

Gesundheits- und Krankenpflege Evaluierung der Ausbildungsbereiche Kontext- und Bedarfsanalyse

Band I von II

Ergebnisbericht (Vorbereitungsphase)

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

Gesundheits- und Krankenpflege Evaluierung der Ausbildungsbereiche Kontext- und Bedarfsanalyse

Band I von II
Ergebnisbericht (Vorbereitungsphase)

Autorinnen/Autoren:

Ingrid Rottenhofer
Elisabeth Rappold
Berta Schrems
Anton Hlava
Thomas Link

Fachliche Begleitung durch das BMG:

Meinhild Hausreither
Ludmilla Gasser
Paul Resetarics

Projektassistenz:

Heike Holzer

Wien, im November 2012
Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

ISBN 978-3-85159-179-8

Herausgeber und Verleger: Gesundheit Österreich GmbH, Stubenring 6, 1010 Wien,
Tel. +43 1 515 61, Fax +43 1 513 84 72, Homepage: www.goeg.at

Der Umwelt zuliebe:

Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.

Inhalt

Abbildungen und Tabellen.....	V
Abkürzungen	X
1 Einleitung	1
2 Gegenstand der Evaluierung	2
2.1 Grundausbildungen	3
2.1.1 Gehobener Dienst für GuK.....	3
2.1.2 Pflegehilfe.....	4
2.2 Aufbauende Aus- und Weiterbildungen	4
2.2.1 Sonderausbildungen	4
2.2.2 Weiterbildungen.....	5
2.2.3 Zusammenschau der Ausbildungen	6
3 Ausgangslage und Fragestellungen.....	8
3.1 Problematisierung der Ausbildungssituation.....	8
3.2 Fragestellungen für die Evaluierung	13
4 Ziel und Methode.....	16
4.1 Ziel und Ergebnis.....	16
4.2 Untersuchungsdesign	16
5 Bedarf und Bedarfsdeckung	17
5.1 Begriffsklärung	17
5.2 Bedarfskomponenten	19
5.3 Bedarf.....	22
5.3.1 Bevölkerungsentwicklung.....	22
5.3.2 Gesundheitszustand der Bevölkerung	29
5.3.3 Zusammenfassung	54
5.4 Bedarfsdeckung	56
5.4.1 Das Österreichische Bildungssystem.....	56
5.4.2 Dynamik und Trends in der Bildungslandschaft	59
5.4.3 Ausbildung Gesundheits- und Pflegeberufe.....	63
5.4.4 Personalsituation an Gesundheits- und Krankenpflegeschulen sowie in Pflegehilfelehrgängen	84
5.4.5 Berufszulassungen und Nostrifikationen.....	84
5.4.6 Personalausstattung.....	87
5.4.7 Arbeitslast in Gesundheitsberufen.....	99
6 Ergebnisse der Literaturrecherche.....	102
6.1 Ziel, Fragestellung und Methode der Literaturrecherche.....	102
6.1.1 Recherchekonzept.....	102
6.1.2 Recherchequellen und Suchbegriffe.....	103
6.1.3 Auswertung der Recherche.....	105
6.2 Rollen/Berufsbilder und Kernkonzepte der Pflege.....	109
6.2.1 Rollen/Berufsbilder der Pflege	110
6.2.2 Kernkonzepte der Pflege	118

6.3	Gesundheitsförderliche Versorgungsleistungen	123
6.3.1	Zielgruppen gesundheitsförderlicher Versorgungsleistungen	124
6.3.2	Handlungsebenen gesundheitsförderlicher Versorgungsleistungen	131
6.3.3	Rollen/Berufsbilder und Kernkonzepte der Pflege im Kontext gesundheitsförderlicher Versorgungsleistungen für Zielgruppen aller Lebensabschnitte	134
6.4	Kurative Versorgungsleistungen	135
6.4.1	Zielgruppen kurativer Versorgungsleistungen	138
6.4.2	Handlungsebenen kurativer Versorgungsleistungen	142
6.4.3	Rollen/Berufsbilder und Kernkonzepte der Pflege in kurativen Versorgungsleistungen	144
6.5	Rehabilitative Versorgungsleistungen	145
6.5.1	Zielgruppen rehabilitativer Versorgungsleistungen	148
6.5.2	Handlungsebenen rehabilitativer Versorgungsleistungen	153
6.5.3	Rollen/Berufsbilder und Kernkonzepte der Pflege in rehabilitativen Versorgungsleistungen	153
6.6	Langzeitorientierte Versorgungsleistungen	154
6.6.1	Zielgruppen langzeitorientierter Versorgungsleistungen	157
6.6.2	Handlungsebenen langzeitorientierter Versorgungsleistungen	167
6.6.3	Rollen/Berufsbilder und Kernkonzepte der Pflege in langzeitorientierten Versorgungsleistungen	169
6.7	Palliative Versorgungsleistungen	170
6.7.1	Zielgruppen palliativer Versorgungsleistungen	173
6.7.2	Alters- und krankheitsunabhängige pflegespezifische Themen in der Palliativpflege	176
6.7.3	Handlungsebenen palliativer Versorgungsleistungen	178
6.7.4	Rollen/Berufsbilder und Kernkonzepte der Pflege in palliativen Versorgungsleistungen	180
7	Fokusgruppeninterviews	182
7.1	Methodische Grundlagen zu den Fokusgruppeninterviews	182
7.2	Auswahl und Zusammensetzung der Fokusgruppen	182
7.3	Fragestellungen zu den Fokusgruppeninterviews	183
7.4	Durchführung der Fokusgruppeninterviews	184
7.5	Auswertung der Fokusgruppeninterviews	184
7.6	Ergebnisse der Fokusgruppeninterviews	184
7.6.1	Übereinstimmende Aspekte aus allen Fokusgruppen	185
7.6.2	Ergebnisse zu den einzelnen Fragen	186
8	Zusammenfassung	200
8.1	Ergebnisse	200
8.2	Schlussfolgerungen	203
	Literatur	207
	Anhang	309

Abbildungen und Tabellen

Abbildungen

Abbildung 2.1:	Pflege- und Sozialbetreuungsberufe, Ebene Grundausbildung	2
Abbildung 2.2:	Grund-, Sonderaus- und Weiterbildungen für Pflege- und Betreuungsberufe	7
Abbildung 3.1:	Bildungsangebote für Pflege- und Sozialbetreuungsberufe	10
Abbildung 3.2:	Evaluierungsdimensionen.....	13
Abbildung 5.1	Komponenten, aus denen sich Pflege- und Betreuungsbedarf ergibt	19
Abbildung 5.2:	Alleinlebende nach Alter und Geschlecht, 2008	24
Abbildung 5.3:	Bevölkerung nach Altersgruppen 1950–2050 (mittlere Variante)..	24
Abbildung 5.4:	Anzahl der im Jahresdurchschnitt 2002–2011 Verstorbenen nach Hauptdiagnosen (ICD–10–Kapitel).....	30
Abbildung 5.5:	Altersstandardisierte Sterblichkeit* 2002–2011 nach den sechs häufigsten Hauptdiagnosen (ICD–10–Kapitel**)	31
Abbildung 5.6:	Altersstandardisierte Sterblichkeit* 2002–2011 der unter 75– Jährigen nach den sechs häufigsten Hauptdiagnosen (ICD–10– Kapitel**).....	32
Abbildung 5.7:	An endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen in den Jahren 2002 – 2011, Verstorbene nach Jahren und ICD–10– Diagnosegruppen	33
Abbildung 5.8:	Anzahl der im Jahresdurchschnitt 2000–2009 gemeldeten Neuerkrankungen an bösartigen Neubildungen nach Hauptdiagnosen (ICD–10–Gruppen).....	35
Abbildung 5.9:	Entwicklung der 2000–2009 gemeldeten Neuerkrankungen an bösartigen Neubildungen und der altersstandardisierten* Neuerkrankungen pro 100.000 EW.....	36
Abbildung 5.10:	Entwicklung der Anzahl Entlassungen und Patientinnen/Patienten in österreichischen Akutkrankenanstalten im Zeitraum 1994–2010 insgesamt sowie pro 100.000 EW (rohe Rate und altersstandardisierte* Rate)	38
Abbildung 5.11:	Entlassung nach Fachgebieten in Altersgruppen 2010, in Prozent	43

Abbildung 5.12:	Anteil an Entlassungen von Kindern und Jugendlichen bis 19 Jahre nach Fachgebieten im Jahr 2010	44
Abbildung 5.13:	Anteil an Entlassungen nach nicht psychiatrischen Fachgebieten mit psychiatrischer Hauptdiagnose im Jahr 2010.....	45
Abbildung 5.14:	Österr. Gesundheitsbefragung: Lebenszeitprävalenz* ärztlich diagnostizierter chronischer Krankheiten in der österreichischen Bevölkerung nach ausgewählten Krankheiten und Altersgruppen 2006/2007	47
Abbildung 5.15:	Das Österreichische Bildungssystem	58
Abbildung 5.16:	Schülerübertritte aus den und in die unterschiedlichen Ausbildungsmöglichkeiten	60
Abbildung 5.17:	Bevölkerungsentwicklung zwischen 1985 und 2030 nach bildungsspezifischen Altersgruppen (Index: 2005 = 100: Bevölkerungsprognose 2007)	61
Abbildung 5.18:	Studentenzahlen 2003–2010: Grundausbildung FH und gleich gehaltene Studienformen (tertiärer Bildungssektor).....	72
Abbildung 5.19:	Studentenzahlen 2003–2010: Nicht gleich gehaltene Studienformen (tertiärer Bildungssektor)	73
Abbildung 5.20:	Studentenzahlen 2003–2010 je Studientyp (tertiärer Bildungssektor)	73
Abbildung 5.21:	Anteil männlicher Schüler in der Grundausbildung (Gesundheits- und Krankenpflegesschulen sowie Pflegehilfelehrgänge).....	75
Abbildung 5.22:	Anteil männlicher Schüler in Sonderausbildungen (Gesundheits- und Krankenpflegesschulen)	75
Abbildung 5.23:	Anteil männlicher Schüler in Sonderausbildung Führungs- bzw. Lehraufgaben (Gesundheits- und Krankenpflegesschulen).....	76
Abbildung 5.24:	Altersstruktur: Gesundheits- und Krankenpflegesschulen sowie Pflegehilfelehrgänge	78
Abbildung 5.25:	Durchschnittsalter im Zeitverlauf: Grundausbildung	79
Abbildung 5.26:	Durchschnittsalter im Zeitverlauf: Sonderausbildungen (Gesundheits- und Krankenpflegesschulen).....	79
Abbildung 6.1:	Populationsbezogene Erbringung von Versorgungsleistungen aus der Sicht der WHO.....	103
Abbildung 6.2:	Rollen, Konzepte und Versorgungsleistungen der Pflege (Übertragung der Rechercheergebnisse ins Hirschfeldmodell).....	109

Tabellen

Tabelle 5.1:	Entlassungen und Patientinnen/Patienten in österreichischen Akutkrankenanstalten 2001–2010 nach ICD-10-Hauptdiagnosekapiteln – Durchschnitt und durchschnittliche jährliche Veränderung, in Prozent.....	39
Tabelle 5.2:	Entwicklung der Anzahl stationärer Patientinnen/Patienten mit Hautdiagnose ICD-10-Code L89 (Dekubitalgeschwüre u. a.) in österreichischen Akutkrankenanstalten im Zeitraum 1992–2010 insgesamt sowie pro 100.000 EW.....	41
Tabelle 5.3:	Entwicklung der Entlassungen aus Spitälern in Altersgruppen im Zeitraum 2000 bis 2010, in Prozent	42
Tabelle 5.4:	Österr. Gesundheitsbefragung: Lebenszeitprävalenz* ärztlich diagnostizierter chronischer Krankheiten in der österreichischen Bevölkerung nach ausgewählten Krankheiten und Altersgruppen 2006/2007, in Prozent der Bevölkerung.....	48
Tabelle 5.5:	Österr. Gesundheitsbefragung: Einschränkungen bei Alltagstätigkeiten auf Grund andauernder gesundheitlicher Probleme in der österreichischen Bevölkerung nach Stärke der Einschränkung und nach Altersgruppen 2006/2007 (absolut und in Prozent der Bevölkerung in der jeweiligen Altersgruppe)	49
Tabelle 5.6:	Österr. Gesundheitsbefragung: Einschränkungen bei Alltagstätigkeiten auf Grund andauernder gesundheitlicher Probleme in der österreichischen Bevölkerung nach Art der Einschränkung und nach Altersgruppen 2006/2007 (absolut und in Prozent der Bevölkerung in der jeweiligen Altersgruppe)	50
Tabelle 5.7:	Bundes- und Landespflegegeldbezieher in Österreich in den Jahren 2000 und 2012 absolut und je 1.000 Einwohner/innen nach Pflegegeldstufen	52
Tabelle 5.8:	Pflegegeldbezieher/innen in Österreich im Jahr 2012 absolut und je 1.000 Einwohner nach Altersgruppen.....	53
Tabelle 5.9:	Ergebnisse der Stellungsuntersuchung von 1998–2007	54
Tabelle 5.10:	Entwicklung der Hochschulzugangquote an wissenschaftlichen Universitäten und Fachhochschulen von 1970/71 bis 2005/06, in Prozent.....	62
Tabelle 5.11:	Anzahl Einrichtungen/Schüler/Absolventen 2000–2010 (Gesundheits- und Krankenpflegesschulen sowie Pflegehilfelehrgänge)	69
Tabelle 5.12:	Anzahl Schüler/Absolventen in ausgewählten Sonderausbildungen 2003–2010 (Gesundheits- und Krankenpflegesschulen).....	70

Tabelle 5.13:	Anzahl Schüler/Absolventen in Sonderausbildung Lehr- und Führungsaufgaben 2003–2010 (Gesundheits- und Krankenpfleges- schulen).....	71
Tabelle 5.14:	Geschlechterverteilung je Studientyp (tertiärer Bildungssektor), 2000–2010	77
Tabelle 5.15:	Ausbildungsabbrüche in Relation zu Schülern bzw. Absolventen von Grundausbildungen an Gesundheits- und Krankenpfleges- schulen sowie in Pflegehilflehrgängen in Relation zu Absolventen- und Schülerzahlen.....	81
Tabelle 5.16:	Ausbildungsabbrüche von ausgewählten Sonderausbildungen an Gesundheits- und Krankenpfleges- schulen in Relation zu Absolventen- und Schülerzahlen.....	82
Tabelle 5.17:	Ausbildungsabbrüche von Sonderausbildungen für Lehr- bzw. Führungsaufgaben an Gesundheits- und Krankenpfleges- schulen in Relation zu Absolventen- und Schülerzahlen	83
Tabelle 5.18:	Anzahl an EWR-Berufszulassungen, Auskunft BMG	86
Tabelle 5.19:	Anzahl der positiven Nostrifikationsbescheide	86
Tabelle 5.20:	Verhältnis Absolventinnen und Absolventen zu Berufszulassungen und Nostrifikationen, Erhebung BMG	87
Tabelle 5.21:	Entwicklung VZÄ nach Berufsgruppen 2001–2010 in österreichischen Fonds-Krankenanstalten	88
Tabelle 5.22:	Entwicklung VZÄ nach Berufsgruppen 2001–2010 in geriatrischen Abteilungen	89
Tabelle 5.23:	Entwicklung der Personalzahlen für den gehobenen Dienst in Funktionsbereichen der Fonds-Krankenanstalten in VZÄ.....	90
Tabelle 5.24:	Entwicklung der Personalzahlen für Pflegehilfe in Funktionsbereichen der Fonds-Krankenanstalten in VZÄ.....	90
Tabelle 5.25:	Mobile Dienste (VZÄ) Versorgungssituation 2007.....	92
Tabelle 5.26:	Alten- und Pflegeheime – Qualifikationsstruktur des Personals in den antwortenden Einrichtungen zum 31. 12. 2006 im Bundesländer- vergleich, in Prozent und Personal absolut.....	94
Tabelle 5.27:	Alten- und Pflegeheime – Vergleich der Beschäftigtenzahlen 2003 und 2006 (Basis: 221 Einrichtungen)	95
Tabelle 5.28:	Betreute Wohnformen – Qualifikationsstruktur des Personals in den antwortenden Einrichtungen zum 31. 12. 2006 im Bundesländer- vergleich, in Prozent und Personal absolut.....	96

Tabelle 5.29:	Tagesbetreuung – Qualifikationsstruktur des Personals in den antwortenden Einrichtungen zum 31. 12. 2006 im Bundesländervergleich, in Prozent und Personal absolut	97
Tabelle 5.30:	Übersicht über die rückgemeldeten Beschäftigten per 31. 12. 2006 und die <i>Veränderung gegenüber 2003 nach Berufsgruppen</i>	98
Tabelle 5.31:	Entwicklung der Relation von VZÄ nach Berufsgruppen zu der Anzahl an Aufnahmen 2001–2010 in österreichischen Fonds–Krankenanstalten	100
Tabelle 5.32:	Entwicklung der Relation von VZÄ nach Berufsgruppen zu der Anzahl Aufnahmen 2001–2010 in geriatrischen Abteilungen österreichischer Fonds–Krankenanstalten	100

Tabellen im Anhang

Tabelle A 1:	Gesundheits– und Krankenpflegeschulen sowie Pflegehilflehrgänge: Kategorisierung, gemäß Statistik Austria	311
Tabelle A 2:	Tertiärer Bildungssektor: Kategorisierung, gemäß Statistik Austria...	312

Abkürzungen

Abs.	Absatz
AHS	Allgemeinbildende Höhere Schule
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
ANP	Advanced Nursing Practitioner
AV	Ausbildungsverordnung
BetrP	Betriebspersonal
BFI	Berufsförderungsinstitut
BGBI	Bundesgesetzblatt
BGF	betriebliche Gesundheitsförderung
BHS	Berufsbildende höhere Schule
BMASK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMGF	ehemaliges Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
BMI	Body Mass Index
BMS	Berufsbildende mittlere Schule = Fachschule
BMSK	ehemaliges Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz
BMUKK	Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur
BMWF	Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung
BS	Berufsschule
bzw.	beziehungsweise
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
DGKP	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonal
d. h.	das heißt
DLD	Diagnosen- und Leistungsdokumentation
DSB	Diplomsozialbetreuung
DSBB	diplomierte Sozialbetreuungsberufe
ECTS	European Credit Transfer System
EQR	Europäischen Qualifikationsrahmens
et al.	et alii / und andere
etc.	et cetera
EU	Europäische Union
EW	Erwachsene
EWR	Europäischer Wirtschaftsraum
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
FH	Fachhochschule
FHN	family health nurse
FHStG	Fachhochschul-Studiengesetz
FSB	Fachsozialbetreuung
GAB	Grundausbildung
ggf.	gegebenenfalls

GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GuK	Gesundheit- und Krankenpflege
GuKB	Gesundheits- und Krankenpflegeberufe
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
GuK-WV	Gesundheits- und Krankenpflege-Weiterbildungsverordnung
HH	Heimhilfe
HIV	Human Immundeficiency Virus
HKP	Hauskrankenpflege
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
ICN	International Council of Nurses
i. S.	im Sinne
KAV Wien	Krankenanstaltenverbund Wien
kg	Kilogramm
LDL	Low Density Lipoprotein
LGBl	Landesgesetzblatt
lt.	laut
mg/dl	Milligramm/Deziliter
Mio.	Millionen
MTD	Medizinisch-technische Dienste
NQR	Nationaler Qualifikationsrahmen
o. a.	oben angeführten
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
o. D.	ohne Datum
o. g.	oben genannt
ÖGIS	Österreichischen Gesundheitsinformationssystem
OP	Operation
PH	Pflegehelferin/Pflegehelfer
PFW	Pflegewissenschaft
PTS	Polytechnische Schule
RV	Regierungsvorlage
SAB	Sonderausbildung
SBB	Sozialbetreuungsberufe
SonstP	sonstiges Personal
ST.AT	Statistik Austria
s. w. u.	siehe weiter oben
Tsd.	Tausend
u. a.	unter andere bzw. unter anderem
v. a.	vor allem
VERW	Verwaltungspersonal
vgl.	vergleiche
VZÄ	Vollzeitäquivalent
WB	Weiterbildung

WHO	Weltgesundheitsorganisation
WIFI	Wirtschaftsförderungsinstitut
w. o.	wie oben
WSBGG	Wiener Sozialbetreuungsberufegesetz
z. B.	zum Beispiel
z. T.	zum Teil

1 Einleitung

Die Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (GÖG/ÖBIG) wurde mit 27. 03. 2009 vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) beauftragt, die gemäß Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) durchgeführten Aus-, Sonderaus- und Weiterbildungen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege (GuK) und der Pflegehilfe zu evaluieren.

Das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz trat mit 1. September 1997 in Kraft und es werden seit nunmehr rund 15 Jahren die darin verankerten Berufe gemäß dieser Rechtsgrundlage(n) aus-, fort- und weitergebildet. Aus diesem Grund war es angezeigt zu evaluieren, ob die derzeitige Ausbildungssystematik der GuK-Berufe formal noch anforderungsgerecht, treffsicher und zukunftsfähig ausgestaltet ist. Dieser Evaluierungsbedarf ist darüber hinaus auch in den Erläuterungen der Regierungsvorlage¹ zum Gesundheitsberufe-Rechtsänderungsgesetz 2007 (GesBRÄG) festgehalten.

Die angestrebte Evaluierung sollte die Ausbildungsbereiche und die damit verbundenen Regelungen des GuKG systematisch untersuchen. Der Prozess, die Ergebnisse, die Schlussfolgerungen und Empfehlungen sollten nachvollziehbar auf empirisch gewonnenen Daten (qualitativ wie quantitativ) beruhen und als Entscheidungsgrundlage für weitere Reformmaßnahmen in Richtung bedarfsorientiert ausgerichtetes Gesamtkonzept dienen.

Der Evaluierungsprozess unterteilte sich in fünf Phasen und beanspruchte bis zur umfassenden Berichtslegung eine Laufzeit von vier Jahren (2009–2012).

- » Vorbereitungsphase (Kontext- und Bedarfsanalyse)
- » Erhebungsphase (Inputfaktoren, Anforderungen, internationale Entwicklungen)
- » Validierungsphase (Ausbildungsgrundlagen, Lernergebnisse)
- » Bewertungsphase (Lernergebnisse IST-SOLL-IST)
- » Empfehlungsphase (Reformansätze)

Dieser Bericht beinhaltet schwerpunktmäßig die Ergebnisse der ersten Phase (Vorbereitungsphase). Die Ergebnisse der Phasen zwei bis fünf sind, inklusive der Integration zentraler Ergebnisse der Kontext- und Bedarfsanalyse, in einem eigenen Ergebnisbericht nachzulesen (vgl. Rappold et al. 2012).

1

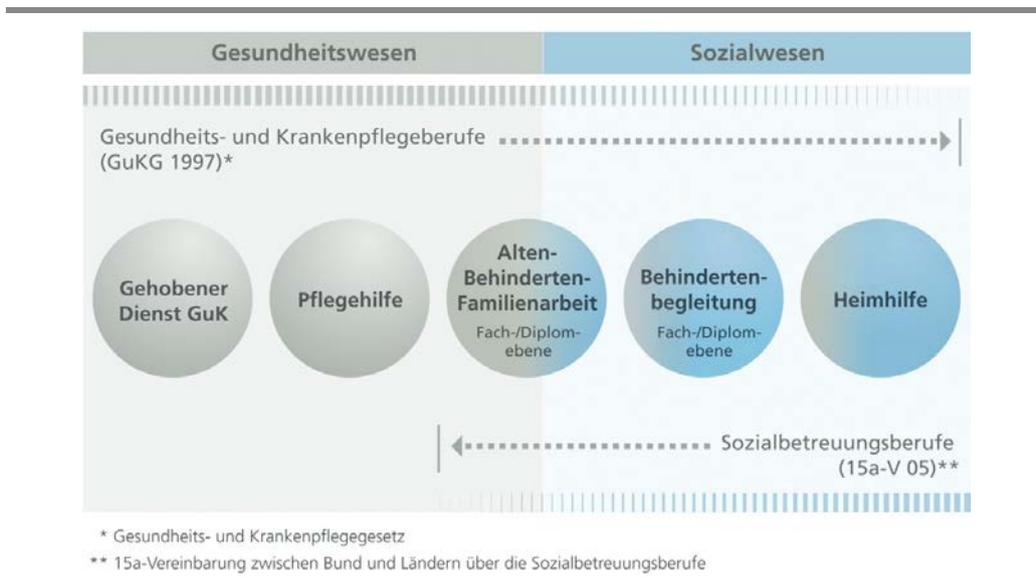
vgl. Erläuterungen, Besonderer Teil, Z 9 letzter Satz der RV 435 und zu 435 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des NR XXIII. GP

2 Gegenstand der Evaluierung

Gegenstand der Evaluierung sind die Ausbildungsbereiche der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe mit Schwerpunkt auf den im GuKG verankerten Aus- und Sonderausbildungen unter Berücksichtigung der Weiterbildungen. Nachdem die Ausbildungen zur Ausübung der im GuKG verankerten Berufe befähigen sollen, ist bei der Evaluierung der Lernergebnisse der Ausbildungen insbesondere auf die mit den Tätigkeitsbereichen¹ verbundenen Kompetenzen Bezug zu nehmen.

Neben den Gesundheits- und Krankenpflegeberufen (GuKB) sind gemäß GuKG und der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG zwischen Bund und Ländern (Bund-Länder-Sozialbetreuungsberufe) auch Sozialbetreuungsberufe befugt, gesundheits- und krankenpflegerische Aufgaben und Tätigkeiten entweder der Pflegehilfe oder laut Modul „Basisversorgung“ zu übernehmen. Damit existiert zwischen Pflege- und Sozialbetreuungsberufen und somit zwischen Gesundheits- und Sozialressort eine gesetzlich geregelte Nahtstelle, die ebenfalls Gegenstand der Evaluation ist (vgl. Abbildung 2.1).

Abbildung 2.1:
Pflege- und Sozialbetreuungsberufe, Ebene Grundausbildung



Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG 2009

¹ Eigenverantwortlicher (§ 14), mitverantwortlicher (§ 15) und interdisziplinärer (§ 16) Tätigkeitsbereich sowie lebensrettende Sofortmaßnahmen (§ 14a), erweiterte und spezielle Tätigkeitsbereiche (§ 17)

2.1 Grundausbildungen

2.1.1 Gehobener Dienst für GuK

Die Ausbildung¹ in einem der drei Zweige² des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege dauert mindestens drei Jahre und umfasst mindestens 4.600 Stunden, die sich aus

- » mindestens 2.000 Stunden theoretischer Ausbildung,
- » mindestens 2.480 Stunden praktischer Ausbildung plus
- » 120 Stunden vertiefendem oder erweiterndem Unterricht – als schulautonomen Schwerpunkt – ergeben.

Die Zugangsvoraussetzungen für eine Ausbildung im gehobenen Dienst sind die gesundheitliche Eignung, die Vertrauenswürdigkeit der Person und die positive Absolvierung von mindestens zehn Schulstufen.

Gesundheits- und Krankenpflegesschulen sind an oder in Verbindung mit Krankenhäusern eingerichtet. Träger der Ausbildung sind die Krankenanstaltenträger oder Erwachsenenbildungseinrichtungen wie das Berufsförderungsinstitut. Seit dem Jahr 2008 kann die Ausbildung in allgemeiner GuK auch an Fachhochschulen mit Bachelorabschluss erworben werden. Die Absolvierung einer der beiden Ausbildungswege ist eine der Voraussetzungen für die Berufsberechtigung und zur Führung der Berufsbezeichnung „Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester / Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger“³.

1

Rechtsgrundlagen für die Ausbildung sind das GuKG und die darauf aufbauenden Verordnungen (GuK-AV, FH-GuK-AV).

2

Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege, psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege, Kinder- und Jugendlichenpflege

3

Diplomierte psychiatrische Gesundheits- und Krankenschwester / Diplomierter psychiatrischer Gesundheits- und Krankenpfleger oder Diplomierte Kinderkrankenschwester / Diplomierter Kinderkrankenpfleger

2.1.2 Pflegehilfe

Die Ausbildung in der Pflegehilfe kann ab einem Lebensalter von mindestens 17 Jahren nach positiver Absolvierung der allgemeinen Schulpflicht gewählt werden, dauert ein Jahr und umfasst insgesamt 1.600 Stunden, wobei je 800 Stunden auf die theoretische und die praktische Ausbildung entfallen müssen. Die Ausbildung erfolgt in Lehrgängen in Verbindung mit Krankenanstalten bzw. Einrichtungen oder Gebietskörperschaften, die Hauskrankenpflege anbieten. Die Träger sind ident mit den Trägern der GuKPS sowie vermehrt Erwachsenenbildungseinrichtungen wie z. B. das WIFI und das BFI.

Seit dem Jahr 2004 ist es möglich, die Pflegehilfekompetenz auch im Rahmen der Ausbildung für Sozialbetreuungsberufe zu erwerben. Dabei handelt es sich um zwei bzw. dreijährige Ausbildungen zum Fach- bzw. Diplomsozialbetreuungsberuf für Alten-, Behinderten- und Familienarbeit. Sozialbetreuungsberufe (SBB) sind für die Mitgestaltung der Lebenswelten ihrer Zielgruppen verantwortlich und werden daher in den Aspekten der Lebenswelt orientierten Begleitung, Unterstützung und für die Daseinsgestaltung ausgebildet. Österreichweit vereinheitlicht wurden diese durch die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG zwischen Bund und Ländern über Sozialbetreuungsberufe (Bund-Länder-Sozialbetreuungsberufe). Ebenfalls zu den Sozialbetreuungsberufen mit Pflegekompetenz zählt der/die Fach-/Diplomsozialbetreuer/in – Behindertenbegleitung und der/die Heimhelfer/in, zu deren Aufgabe neben Sozialbetreuung und Haushaltsführung auch die Unterstützung bei der Basisversorgung gehört.

2.2 Aufbauende Aus- und Weiterbildungen

2.2.1 Sonderausbildungen

Als aufbauende Spezialisierungsmöglichkeiten wurden für diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen im GuKG Sonderausbildungen im Ausmaß von mindestens 800 bis 1.600 Stunden (theoretische und praktische Ausbildung) für erweiterte und spezielle Tätigkeitsbereiche geschaffen (vgl. Abbildung 2.2).

- » Spezialaufgaben sind
 - Kinder- und Jugendlichenpflege (aufbauend auf die Ausbildung in Allgemeiner Gesundheits- und Krankenpflege),
 - Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege (aufbauend auf die Ausbildung in Allgemeiner Gesundheits- und Krankenpflege),

Intensivpflege sowie Kinderintensivpflege,
Anästhesiepflege,
Pflege bei Nierenersatztherapie,
Pflege im Operationsbereich,
Krankenhausthygiene.

- » Lehraufgaben sind
Lehrtätigkeit in der Gesundheits- und Krankenpflege,
Leitung von Gesundheits- und Krankenpflegeschulen,
Leitung von Sonderausbildungen,
Leitung von Pflegehilflehrgängen.
- » Führungsaufgaben sind
die Leitung des Pflegedienstes an einer Krankenanstalt und an Einrichtungen, die der Betreuung pflegebedürftiger Menschen dienen.

Die Regelung für die Spezialaufgaben sieht eine verpflichtende Sonderausbildung vor, diese muss jedoch erst nach spätestens fünf Jahren der Tätigkeit im jeweiligen Fachbereich abgeschlossen sein.

Die Sonderausbildungen für Lehr- und Führungsaufgaben werden überwiegend in Kooperation mit Universitäten als Universitätslehrgänge geführt und sind heute verpflichtende Voraussetzung für die Berufsberechtigung in den genannten Bereichen. Daneben gibt es im Hochschulbereich zahlreiche andere Ausbildungen, die mit den Sonderausbildungen für Lehr- und Führungsaufgaben im Verordnungswege vom Bundesminister/in für Gesundheit gleichgehalten sind, d. h. sie besitzen den gleichen Stellenwert.

Wollen Kinder- und Jugendlichenpflegepersonen bzw. psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, die eine spezielle Grundausbildung absolviert haben, oder Sanitätsunteroffiziere, Hebammen, Mediziner/innen und Pflegehilfen in der Allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege tätig sein, müssen sie eine verkürzte Ausbildung (1-2 Jahre ggf. im Dienstverhältnis) absolvieren. Der gehobene Dienst konnte bis zur Überführung der Hebammenausbildung in den Fachhochschulbereich durch eine verkürzte Ausbildung auch die Berufsberechtigung für die Hebamme erlangen.

2.2.2 Weiterbildungen

Als vertiefendes Bildungsangebot können Weiterbildungen gemäß §§ 64 und 104a GuKG mit einem Stundenumfang von mindestens 160 Stunden auf Landesebene beim

Landeshauptmann / bei der Landeshauptfrau zur Anerkennung eingereicht werden. Zurzeit sind für diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen insgesamt 45 anerkannte Weiterbildungen und für die Pflegehilfe 14 Weiterbildungen vorgesehen (Anlagen 1 und 2, GuK-WV).

Gemäß § 11 Abs 1 und 2 GuK-WV haben die Inhalte von Weiterbildungen den neuesten pflegewissenschaftlichen und medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen und Erfahrungen sowie erforderlichenfalls Erkenntnissen und Erfahrungen anderer für die Berufsausübung relevanter Wissensbereiche Rechnung zu tragen sowie sicherzustellen, dass mit der Weiterbildung die für die jeweilige Tätigkeit erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten von den Teilnehmerinnen/Teilnehmern erworben werden. Weiterbildungen haben auch hinsichtlich des Umfangs und des Verhältnisses zwischen theoretischer und praktischer Ausbildung dem Abs 1 zu entsprechen.

Der Bundesminister für Gesundheit kann darüber hinaus Empfehlungen über die erforderlichen Inhalte und den Umfang für einzelne Weiterbildungen im Internet auf der Homepage des Bundesministeriums für Gesundheit veröffentlichen. Die Empfehlungen für Weiterbildungen des BMG sollten zu einer Vereinheitlichung des Angebotes beitragen.

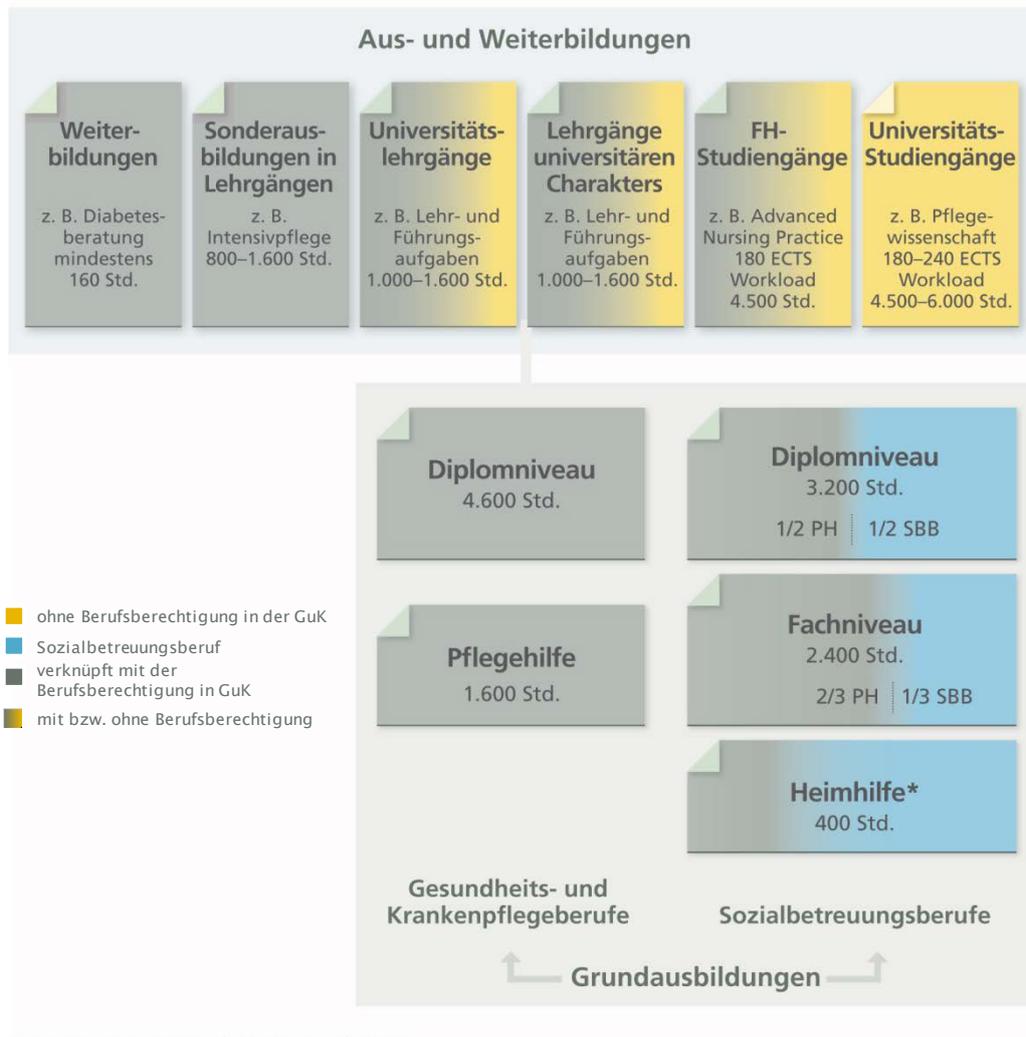
Während Sonderausbildungen im GuKG abschließend und vom Stundenumfang und den Ausbildungsinhalten her detailliert geregelt sind, gibt es für Weiterbildungen nur Rahmenvorgaben (u. a. Mindestumfang von 160 Stunden), was die Vergleichbarkeit der genannten Weiterbildungen erschwert. Ein Hinweis auf das anzustrebende Weiterbildungsergebnis im Sinne eines Qualifikationsprofils wird ebenso vermisst wie die Argumentation eines bestimmten didaktischen Konzeptes oder die Erfüllung der in der Verordnung geforderten Wissenschaftlichkeit (Literaturzitate etc.).

2.2.3 Zusammenschau der Ausbildungen

Die Ausbildungslandschaft der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe ist über die letzten Jahrzehnte gewachsen und daher mittlerweile sehr klar mit auf die Grundausbildung aufbauenden Sonderaus-, Weiter- und Fortbildungen geregelt. Eine Analogie dazu existiert bei den Sozialbetreuungsberufen (noch) nicht (vgl. Abbildung 2.2).

Abbildung 2.2:

Grund-, Sonderaus- und Weiterbildungen für Pflege- und Betreuungsberufe



* Kein Zugang zu Weiterbildung gemäß GuKG

PH: Pflegehilfe | SBB: Sozialbetreuungsberufe | ECTS: European Credits Transfer System | Workload: Arbeitslast | 1 ECTS = 25 Stunden

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG 2011

3 Ausgangslage und Fragestellungen

3.1 Problematisierung der Ausbildungssituation

Pflegehilfe

Auf Ebene der Hilfs- und Assistenzkräfte im Pflegebereich begannen grundlegende Reformen anlassbezogen bereits im Jahr 1990. Infolge des „Lainz-Skandals“ wurde u. a. eine Ausbildungsoffensive gestartet. Die Anlernberufe der Stationsgehilfinnen und -gehilfen wurden von Pflegehelferinnen/-helfern mit einer verpflichtenden Ausbildung von einem Jahr abgelöst (§ 43a bis f Krankenpflegegesetz). Waren Pflegehelfer/innen gemäß Krankenpflegegesetz 1961 Teil der Sanitätshilfsdienste, so wurden sie im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz 1997 (GuKG b) ein Beruf der Gesundheits- und Krankenpflege. Durch den steigenden Betreuungs- und Pflegebedarf der alternden Bevölkerung und die im Sozialbereich auf Landesebene unterschiedlich geregelten Berufen und Hilfsdiensten (z. B. Altenhelfer/innen und Behindertenbetreuer/innen) bestand im letzten Jahrzehnt einerseits die Notwendigkeit der Harmonisierung auf Bundesebene, und andererseits sollten auch diese Berufe – je nach Zielgruppe – mit mehr oder weniger Pflegekompetenz ausgestattet werden. Das führte zur Integration der Pflegehilfeausbildung in die Ausbildungen der Betreuungsberufe, der Formulierung der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über Sozialbetreuungsberufe und der Schaffung des Moduls Basisversorgung (140 Stunden) für Berufe wie Heimhilfen und Sozialbetreuer/innen für Behindertenbegleitung, die mit Menschen mit geringem Unterstützungsbedarf arbeiten (GuKG a; Abbildung 2.2). Trotz dieser Reformen werden nach wie vor, insbesondere aus dem Sozialbereich, Wünsche und Forderungen bezüglich Erweiterung der Kompetenzen und Befugnisse von Pflegehelferinnen/-helfern in Richtung gehobener Dienst an das BMG herangetragen. Die abschließend geregelten¹ Befugnisse der PH erschweren den bedarfsorientierten Personaleinsatz und auch mit der positiven Absolvierung der – ebenfalls abschließend geregelten – Weiterbildungen sind keine Befugnisweiterungen verknüpft. Dies wäre gemäß den Aussagen von Vertreterinnen/Vertretern unterschiedlicher Sektoren, Ebenen und Bereiche für die Pflegeversorgung aber dringend nötig, um sie leistbar zu gestalten.

¹ abschließend geregelt = auch weiterführende Ausbildungen ermächtigen zu keinen zusätzlichen über die gesetzlich festgelegten hinausgehenden Berechtigungen und Tätigkeiten

Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege – Grundausbildung(en)

Die derzeit existierende Bildungslandschaft der Pflege- und Sozialbetreuungsberufe (Abbildung 3.1) ist das Ergebnis jahrzehntelanger Reformbestrebungen der Pflegeberufe in Österreich. Für den gehobenen Dienst führten die Bestrebungen im GuKG zwar zu einem eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich mit Handlungsautonomie, nicht jedoch zur Etablierung der beruflichen Erstausbildung mit Berufsberechtigung an der Hochschule. Obwohl das Anforderungsniveau der Ausbildung im gehobenen Dienst seit dem Jahr 1997 mindestens einer berufsbildenden höheren Schule entspricht, schließt sie ohne Matura als allgemeinen Hochschulzugang ab. Aufgrund des Aufnahmeerfordernisses von zehn positiv absolvierten Schulstufen besteht eine Lücke zwischen Absolvierung der Schulpflicht und beruflicher Erstausbildung. Die Ausbildung ist außerhalb des allgemeinen Bildungswesens auf Sekundarstufe II angesiedelt. Als Ausbildung „sui generis“ ist die Durchlässigkeit zum Regelschulwesen und dem Hochschulbereich nicht gewährleistet. Erst seit dem Jahr 2008 kann die Ausbildung zur allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege auch an der Fachhochschule mit Bachelorabschluss absolviert werden, sofern der einzelne Fachhochschul-Bachelorstudiengang die Mindestanforderungen der FH-GuK-AV (FH-GuK-AV) erfüllt. Bis heute nutzen mit Wien, Niederösterreich, Salzburg erst drei Bundesländer diese Möglichkeit parallel zur traditionellen Ausbildung. Überwiegend wird in Österreich an Schulen für GuK ausgebildet (vgl. Tabelle 5.11) und ist seit dem Jahr 2006 auch in Teilzeit mit einer Dauer von höchstens sechs Jahren möglich (GuK-TAV). Demgegenüber wird der gehobene Dienst innerhalb der EU mit Ausnahme von Luxemburg, Deutschland und Österreich (vgl. Stöcker 2004, Landenberger 2005) im Hochschulbereich ausgebildet. Zudem ist die Ausbildung EU-weit generalistisch ausgerichtet. Bei der in Österreich umgesetzten Ausbildung in allgemeiner Gesundheits- und Krankenpflege wurde der ursprüngliche generalistische Ansatz, vermutlich aufgrund der parallel geführten speziellen Grundausbildungen in Kinder- und Jugendlichenpflege sowie der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege, in den Hintergrund gedrängt. Damit ist die Vergleichbarkeit der Lernergebnisse in der allgemeinen GuK trotz Einhaltung der Berufsanerkennungsrichtlinie (Amtsblatt der Europäischen Union 2005) fraglich. Im Rahmen des Vorschlags der Europäischen Kommission zur Änderung der Berufsanerkennungsrichtlinie steht EU-weit eine Änderung der Regelungen über die Zugangsvoraussetzung zur Krankenpflegeausbildung von zehn auf zwölf Jahre allgemeiner Schulbildung zur Diskussion. Österreich hat diesbezüglich im Jahre 2012 in einer Stellungnahme gegenüber der Europäischen Kommission der Anhebung der Zugangsvoraussetzung für Diplompflegeausbildungen von zehn auf zwölf Jahre allgemeine Schulbildung oder eine bestandene Prüfung von gleichwertigem Niveau unter der Bedingung einer mindestens 7-jährigen Übergangsfrist zugestimmt (Bundesministerium für Gesundheit 2012).

Die speziellen Grundausbildungen in der Kinder- und Jugendlichenpflege sowie in der Psychiatrie, wie sie in Österreich praktiziert werden, sind im europäischen Raum eine

Ausnahme. Neben Österreich führt nur Irland eine getrennte Ausbildung für Kinderkrankenpflege. In England und Deutschland findet die Differenzierung zwischen allgemeiner und Kinder- und/oder Alten- und/oder psychiatrischer Pflege innerhalb der dreijährigen Grundausbildung statt (vgl. Stöcker 2004, Landenberger 2005). Spezielle Grundausbildungen sind im Hinblick auf eine Anerkennung innerhalb der EU benachteiligt: Eine automatische Anerkennung besteht auf der Grundlage der o. g. Richtlinie für in der allgemeinen GuK ausgebildete Personen, nicht jedoch für diplomierte psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflegepersonen sowie Kinder- und Jugendlichenpflegepersonen.

Abbildung 3.1:
Bildungsangebote für Pflege- und Sozialbetreuungsberufe

Ausbildungsform	Kurs/ Lehrgang	Fach- schule	BMS/ BHS* GuKPS	SAB im GW	ULG*/ LUC*	Fachhoch- schule	(Privat-) Universität
Abschluss	Zeugnis	Zeugnis	Diplom	Zeugnis	Akad. geprüft / Master	Bachelor/ Master	Bachelor/ Master
Pflegewissenschaft							X
ANP						X	X
Führungsaufgaben				X	X	X	X
Lehraufgaben				X	X	X	X
Pflege im OP-Bereich				X			
Krankenhausthygiene				X			
Pflege bei Nierenersatz- therapie				X			
Anästhesiepflege				X			
Intensivpflege				X			
Gehobener Dienst GuK*			X			X	X
Diplom-Sozialbetreuung			X				
Fach-Sozialbetreuung		X					
Pflegehilfe	X						
Heimhilfe	X						

*GW = Gesundheitswesen / GuK = Gesundheits- und Krankenpflege / GuKPS = Gesundheits- und Krankenpflegesschulen / ULG = Universitätslehrgang / LUC = Lehrgang universitären Charakters / BMS/BHS = Berufsbildende mittlere Schule/Berufsbildende höhere Schule / SAB = Sonderausbildung / ANP = Advanced Nursing Practice

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG 2011

Die im europäischen Vergleich und im Hinblick auf die beruflichen Anforderungen späte Entwicklung hin zu einer hochschulischen Ausbildung in der GuK versuchen

einige Schulen für GuK durch Kooperationen mit Universitäten¹ zu überbrücken. Absolventinnen/Absolventen erwerben aufgrund dieser sogenannten „2-in-1-Modelle“ zwei Abschlüsse, ein Diplom als Abschluss der Schule für GuK und einen Bachelorabschluss an der Universität als ersten akademischen Grad in Pflegewissenschaft.

Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege – Spezialisierungen

Das GuKG regelt auf die Grundausbildung aufbauende und durch Sonderausbildungen (SAB) zu erwerbende Spezialisierungen sowie Weiterbildungen zur Vertiefung der in der Grundausbildung erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten. Die Sonderausbildungen sind im Gegensatz zu den Weiterbildungen abschließend geregelt und können daher nicht flexibel und bedarfsorientiert angepasst werden. Weiterbildungen sind aber nicht standardisiert und führen anders als Sonderausbildungen formal zu keiner Befugnis- bzw. Kompetenzerweiterung. Daher sind Weiterbildungen für die Etablierung neuer Rollen und Funktionen in der GuK nicht geeignet. Für die Wahrnehmung von Lehr- und Führungsaufgaben sowie Spezialaufgaben wie u. a. Intensivpflege oder Krankenhaushygiene sind die dafür vorgesehenen Sonderausbildungen verpflichtend zu absolvieren. Die derzeit abschließend geregelten Sonderausbildungen sind auf die Akutversorgung im Krankenhaus ausgerichtet, was die Entwicklung neuer erforderlicher Rollen und Funktionen insbesondere für die Primär- und Langzeitversorgung be- und verhindert. Studiengänge, die beispielsweise derzeit für „Advanced Nursing Practice“ angeboten werden, fokussieren neben u. a. Patientenedukation alle auf Lehr- und/oder Führungsaufgabe damit auch eine formal und im System etablierte Rolle/Funktion mit diesem Abschluss verknüpft ist. Sonst finden Absolventinnen/Absolventen keine ausbildungsadäquaten Stellen, weder im Krankenhaus noch im niedergelassenen Bereich (mobile Pflege) oder im Pflegeheim. International werden zur Spezialisierung und Vertiefung sowie Erweiterung der Kompetenzen aufbauend auf Bachelorprogrammen unterschiedliche Masterprogramme angeboten. Pflegelehrer/innen beispielsweise werden in Europa an der Universität, der Fachhochschule oder an Weiterbildungsinstituten in Kooperation mit Hochschulen ausgebildet. Die Ausbildung dauert durchschnittlich zwei Jahre, bei einer Mindestdauer von sechs oder zwölf Monaten (Griechenland und Frankreich) und einer Höchstdauer von fünf oder sechs Jahren (Spanien). Zugangsvoraussetzung sind die Grundausbildung in allgemeiner Krankenpflege und zusätzlich Berufspraxis im Ausmaß von einem bis drei Jahren. Abgeschlossen wird die Ausbildung mit dem Master of Nursing Education / Science / Public Health, dem Lehramt oder einem Hochschuldiplom (vgl. Stöcker 2004, Landenberger 2005). In Österreich wird man für Lehr- und Führungsaufgaben noch im Rahmen einer Son-

1

UMIT – Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik (Hall i. Tirol);
PMU – Paracelsus Medizinische Privatuniversität (Salzburg) und MUG – Medizinische Universität Graz (Graz)

derausbildung qualifiziert, die mittlerweile überwiegend in Kooperation mit einer Universität nach den Vorgaben der GuK-LFV (GuK-LFV b) formal als Universitätslehrgang organisiert ist. Eine Anpassung an den europäischen Standard erscheint daher zeitgemäß.

Pflegewissenschaft

Ein weiteres Ziel der Reformbestrebungen der letzten Jahrzehnte war, die Pflegewissenschaft international vergleichbar als eigenständige Disziplin an der Universität zu verankern. Heute bestehen Professuren an vier österreichischen Universitäten (Universität Wien, Medizinische Universität Graz, Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg, Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik Hall in Tirol). Das Studium der Pflegewissenschaft existiert unabhängig von einer zur Berufsberechtigung führenden Ausbildung in Gesundheits- und Krankenpflege an GuK- oder Fachhochschulen und kann aufgrund des freien Hochschulzuges in Österreich auch nicht auf die Zielgruppe der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen eingeschränkt werden. Eine institutionelle Verknüpfung von Pflegewissenschaft und der Ausbildung zum gehobenen Dienst für GuK besteht nur im Rahmen der fachhochschulischen Ausbildung und der zuvor angeführten „2-in-1-Modelle“. Die Herausforderung besteht daher künftig darin, die Erkenntnisse der Pflegewissenschaft zum Nutzen der Pflege und Betreuung der Bevölkerung Österreichs mit einer wissenschaftsbasierten Ausbildung zu verknüpfen sowie pflegewissenschaftliche Fragestellungen der beruflichen Praxis dem Wissenschaftsbereich zuzuführen. Für Letzteres sind international „Advanced Nursing Practitioners“ mit einer Ausbildung zumindest auf Masterniveau verantwortlich.

Schlussfolgerung

Die Bildungslandschaft in der Pflege weist derzeit einen Wildwuchs an nicht aufeinander abgestimmten Ausbildungen und Qualifikationen sowie Spezialisierungen, insbesondere für den gehobenen Dienst, auf. Das Ziel, junge Menschen unmittelbar nach Absolvierung der allgemeinen Schulpflicht in der allgemeinen GuK auszubilden, ist weitgehend gescheitert. Einerseits konnte die Lücke zum Abschluss der Pflichtschule bis heute nicht geschlossen werden, und andererseits wird die Ausbildung im Durchschnitt erst mit 18 Jahren und darüber begonnen (vgl. Abbildung 5.24). Die Fokussierung in der Ausbildung zu GuK-Berufen auf das Krankenhaus greift zu kurz. Zunehmend sind die Bedarfe an Pflege in der Langzeitversorgung bzw. in Alten-/ Pflegeheimen, Einrichtungen der Behindertenbetreuung sowie an häuslicher/mobiler Pflege bei der Regelung und Umsetzung der Aus- und Weiterbildungen zu berücksichtigen (vgl. Punkt 5.4.6). Im internationalen Kontext, insbesondere der EU, gilt es vergleichbare Qualifikationen im Pflegebereich zu etablieren und vom internationalen Austausch v. a.

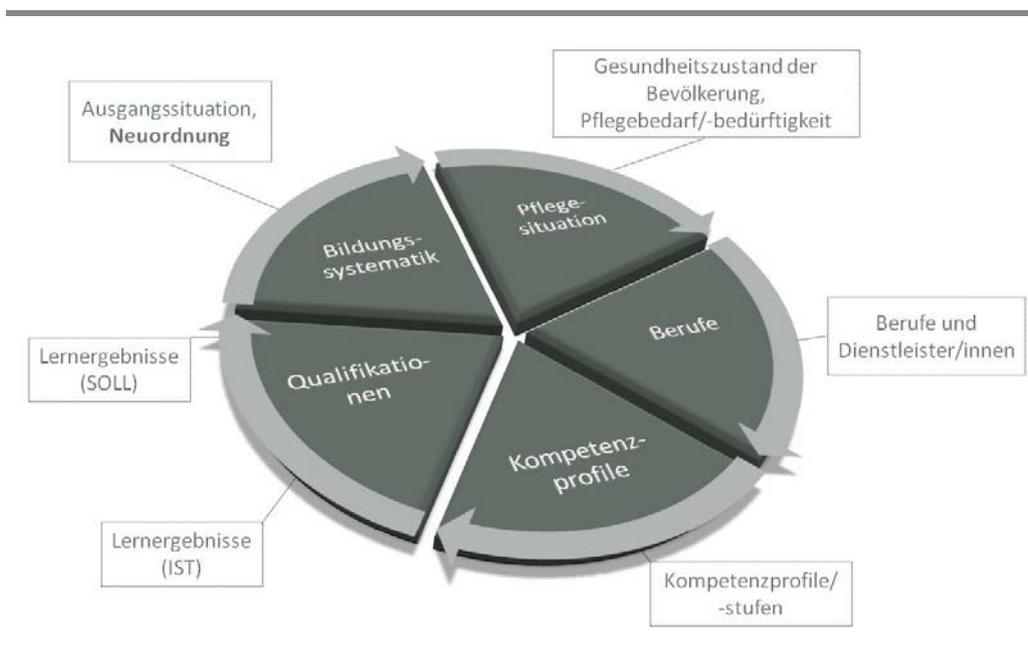
im Hochschulbereich für die österreichische Gesundheits- und Pflegeversorgung zu profitieren.

3.2 Fragestellungen für die Evaluierung

Das Leitmotiv der Evaluierung war die Frage, ob die derzeit angebotenen Aus- und Weiterbildungen dem Bedarf der sich ändernden Gesundheits- und Pflegeversorgung (patienten- und strukturseitig) gerecht werden. Im Detail ergaben sich daraus Fragestellungen zu unterschiedlichen, ineinander greifenden und aufeinander zu beziehenden Dimensionen:

- » Anhand welcher Faktoren (Inputfaktoren) lässt sich die Ausgangssituation zu Aus- und Weiterbildungen der GuK-Berufe beschreiben und welche Schlussfolgerungen sind daraus für eine etwaige Reform abzuleiten?
- » Wie zeigt sich die „Pflugesituation“ der österreichischen Bevölkerung anhand vorhandener Daten sowie internationaler Literatur und welche Bedarfe ergeben sich daraus für Aus- und Weiterbildungen der GuK-Berufe in Österreich?

Abbildung 3.2:
Evaluierungsdimensionen



Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG 2011

- » Wie haben sich die Berufe und Dienstleister/innen im Pflegesektor hinsichtlich Akut-, Langzeit- und häuslicher Versorgung entwickelt und welche Konsequenzen sollte diese Entwicklung für die Aus- und Weiterbildungen der GuK-Berufe haben?
- » Wie haben sich die Kompetenzprofile insbesondere des gehobenen Dienstes für GuK in den letzten Jahrzehnten entwickelt und welche Implikationen birgt das für eine etwaige Neuordnung der Aus- und Weiterbildungen der GuK-Berufe?
- » Werden die tatsächlich durch die Aus- und Sonderausbildungen erzielten Lernergebnisse den gegebenen Anforderungen in den unterschiedlichen Handlungsfeldern/Einsatzbereichen (Krankenhaus, Alten-/Pflegeheim, häusliche Pflege/HKP) der GuK-Berufe gerecht?
- » Stimmen die mit den Vorgaben auf Bundesebene intendierten Lernergebnisse – verankert in GuKG, Ausbildungsverordnungen und Curricula – mit den real durch Ausbildung erzielten überein?
- » Wie verorten sich die Lernergebnisse (IST/SOLL) im nationalen Qualifikationsrahmen (NQR) und lassen sich die aus dieser Analyse stammenden Erkenntnisse für die Weiterentwicklung der Pflegebildungssystematik nutzen?

Die den Evaluationsprozess abschließende Fragestellung lautete: Wie muss sich die Ausbildungssystematik der GuK-Berufe auf Basis der in den einzelnen Dimensionen der Evaluierung gewonnenen Erkenntnisse ändern?

Für die Bedarfs- und Kontextanalyse (Arbeitspaket 1) sind die Fragestellungen auf folgende eingeschränkt:

1. Welche gesellschaftlichen Prognosen und Trends haben (z. B. Entwicklung der Bevölkerung; Frauenberufstätigkeit; Migration- und Wanderbewegungen) eine Relevanz für Ausbildungen und Berufstätigkeit der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe?
2. Welcher qualitative Pflege- und Betreuungsbedarf lässt sich aus epidemiologischen und gesundheitsspezifischen (Krankheiten und deren Folgen) Prognosen und Statistiken für die Gesundheits- und Krankenpflegeberufe ableiten?
3. Welche bildungspolitischen Entwicklungen und Trends sind derzeit zu beobachten (u. a. Bildungsabschlüsse und -karrieren insbesondere bei Frauen; Bildungsdynamik; Richtlinien, Verordnungen und Empfehlungen von EU, WHO und ICN) und welcher Einfluss ist dadurch auf die Ausbildungsbereiche (mit Schwerpunkt Sonderaus- und Weiterbildung unter Berücksichtigung der Aus- und Fortbildung) der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe gegeben?
4. Wie stellt sich die derzeitige (Aus)bildungssituation der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe anhand von Kennzahlen und sozio-demografischer Parameter dar?
5. Welche Kernkonzepte, Rollen und Berufsbilder haben sich international in der Gesundheits- und Pflegeversorgung zur Bewältigung der gegebenen Herausforderungen etabliert bzw. werden in der Literatur als wesentlich beschrieben?

Aus der Beantwortung dieser Fragestellungen werden Handlungsempfehlungen für die inhaltliche und formale Ausgestaltung der Bildungslandschaft der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe für die weiteren Projektphasen der Evaluation abgeleitet.

Prämissen bei der Beantwortung der Fragestellungen sind

- » Bedarfs- und Zukunftsorientierung,
- » Versorgungs- und Patientengerechtigkeit,
- » Eu-Konformität,
- » Qualitätsgesichert.

4 Ziel und Methode

4.1 Ziel und Ergebnis

Ziel der Evaluierung ist eine systematische und fundierte Bewertung der Ausbildungsbereiche des GuKG (gehobener Dienst und Pflegehilfe) zur Optimierung der Sonderaus- und Weiterbildungen unter Berücksichtigung von Aus- und Fortbildungen und damit ggf. auch der Berufsbilder, der Aufgaben und Tätigkeitsbereiche sowie der qualitätssicherenden Bestimmungen/Maßnahmen im GuKG.

Dazu soll als Produkt im Bericht eine möglichst exakte und konsensfähige Beschreibung der aus der Evaluierung abgeleiteten Alternativen mit den beschriebenen Prämissen dargestellt werden.

4.2 Untersuchungsdesign

Für die Evaluierung des GuKG sowie der darin beschriebenen Inhalte und Rahmenbedingungen steht noch kein etabliertes Methodenset zur Verfügung. Aufgrund der Prämissen sind an die Evaluierung hohe inhaltliche und methodische Anforderungen gestellt und es ergeben sich für die Durchführung besondere Ansprüche.

Das Design für die wissenschaftliche Evaluation entspricht einem Querschnittsdesign, bei dem

- » Analysen des Kontextes und des Bedarfs mittels Literaturanalyse und Sekundäranalyse (u. a. Todesurascenstatistik, Diagnosen- und Entlassungsstatistik, Mikrozensus, Bildungsstatistik) sowie Befragungen von Expertinnen/Experten hinsichtlich Bedarfsabschätzungen durchgeführt werden (2009);
- » die Ausbildungsbereiche und Kompetenzen, eingebettet in die derzeit existierende Berufslandschaft im Pflege- und Betreuungsbereich, mit den Ergebnissen der Kontext- und Bedarfsanalyse verglichen werden (2011);
- » bei fehlender Passung von gesellschaftlichem Bedarf auf Versorgungsebene und den gegebenen Ausbildungsbereichen des GuKG eine Ursachenanalyse durchgeführt wird (2011);
- » die Umsetzung der legislativen Vorgaben sowie die praxisrelevanten Aspekte der qualitätssicherenden Maßnahmen im GuKG erhoben (z. B. Fragebogenbefragung/Expertengespräche) und die Ergebnisse aus den beiden Pflegeberichten (Winkler et al. 2006, Riss et al. 2007) genutzt werden (2010);
- » ein idealtypischer SOLL-Zustand zur Ausbildungslandschaft zur Diskussion gestellt wird (Konferenz 26. 9. 2011).

5 Bedarf und Bedarfsdeckung

In diesem Kapitel wird dargestellt, wie sich der Gesundheits- und Pflegezustand der Bevölkerung entwickelt hat und der Versuch unternommen, diese Ergebnisse pflegebedarfsbezogen zu interpretieren bzw. zu schlussfolgern.

5.1 Begriffsklärung

Um aufzeigen zu können, wie sich die „Pflegesituation“ der österreichischen Bevölkerung darstellt, wird primär versucht den Begriff „Pflegebedarf“ näher zu erläutern. Für die Begriffe Pflegebedarf und Pflegebedürftigkeit existiert keine einheitliche Definition, sie werden zumeist synonym verwendet.

Pflegebedarf – Definitionen

Aus pflegewissenschaftlicher Sicht können gesundheitliche Einschränkungen und Krankheiten vorübergehend oder dauerhaft zur Einbuße der Selbstständigkeit in den Aktivitäten des Lebens und der autonomen Gestaltung der verschiedenen Lebensbereiche wie Alltag, Freizeit und Beruf führen. Um das Ausmaß des daraus resultierenden pflegerischen Unterstützungsbedarfs in bio-psycho-sozialer Hinsicht im Detail festzustellen, können heute unterschiedliche Instrumente¹ eingesetzt werden. Das Ergebnis dieser Einschätzung ist der pflegerische Unterstützungsbedarf, den ein Mensch zu diesem Zeitpunkt hat. Kann dieser Unterstützungsbedarf z. B. familiär kompensiert werden, entsteht kein Pflegebedarf. Pflegebedarf entsteht erst, wenn (professionelle) Pflegedienstleistungen zur Kompensation in Anspruch genommen werden müssen. Das heißt, sobald ein Missverhältnis zwischen gesundheitlichen Einbußen, Belastungen, Anforderungen und individuellen Ressourcen zu ihrer Bewältigung besteht und deshalb die Unterstützung sowie Hilfe Dritter vonnöten ist (Wingenfeld et al. 2007).

In der Einstufungsverordnung (EinstV) zum Bundespflegegeld (BPGG) werden die Begriffe wie Hilfe und Betreuung definiert, auf dessen Basis der Pflegebedarf sowie der Anspruch auf finanzielle Leistungen bestimmt wird. Pflegebedürftigkeit wird nach dem Bundespflegegeldgesetz nicht definiert. Gemäß diesem liegt Pflegebedarf vor, wenn sowohl bei Betreuungsmaßnahmen als auch bei Hilfsverrichtungen aufgrund von

¹

RAI HC 2.0 (Resident Assessment Instrument – Home Care); PAS (Pflegeabhängigkeitsskala); SMAF (le Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle), NBA (Neue Begutachtungsassessment, ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, WHO) u. v. a.

Behinderung Unterstützungsleistung nötig ist. Unter Betreuungsmaßnahmen sind all jene zu verstehen, die den persönlichen Bereich betreffen wie Kochen, Essen, Medikamenteneinnahme, An- und Auskleiden, Körperpflege, Verrichtung der Notdurft oder Fortbewegung innerhalb der Wohnung. Unter Hilfsverrichtungen sind aufschiebbar Verrichtungen anderer Personen zu verstehen, die den sachlichen Lebensbereich betreffen und zur Sicherung der Existenz erforderlich sind. Dazu zählen das Herbeischaffen von Nahrungsmitteln, Medikamenten und Bedarfsgütern des täglichen Lebens, die Reinigung der Wohnung und der persönlichen Gebrauchsgegenstände, die Pflege der Leib- und Bettwäsche, die Beheizung des Wohnraumes einschließlich der Herbeischaffung des Heizmaterials und die Mobilitätshilfe im weiteren Sinn (z. B. Begleitung bei Amtswegen oder Arztbesuchen). Der Pflegebedarf setzt sich gemäß Einstufungsverordnung und Bundespflegegeldgesetz aus Betreuungsmaßnahmen und Hilfsverrichtungen zusammen und als pflegebedürftig gilt eine Person, wenn er/sie einen festgestellten Hilfe- und Betreuungsbedarf von mehr als 60 Stunden im Monat¹ hat, der voraussichtlich mindestens sechs Monate bestehen wird (BPGG). Gemäß Einstufungsverordnung sind unter den Verrichtungen, die zur Bemessung des Pflegeaufwandes herangezogen werden, pflegerische Tätigkeiten enthalten, die laut GuKG pflegerische und nicht Betreuungsmaßnahmen darstellen (z. B. Anus-*praeter*-Pflege, Kanülen- oder Sondenpflege, Einläufe, Katheter-Pflege) (EinstV). Das bedeutet, dass unter Betreuungsleistungen erstens (implizit) qualifizierte pflegerische Tätigkeiten genannt werden und zweitens eine Beurteilung von Pflegebedarf entlang der im Gesetz benannten Verrichtungen vorgenommen wird. Dieser Ausschnitt von Betreuungs- und Hilfeleistungen spiegelt jedoch nicht den tatsächlichen Pflegebedarf bzw. erforderliche Pflegeleistungen insbesondere spezieller Zielgruppen wider (vgl. Wingenfeld 2000, Bartholomeyczik et al. 2001).

Die aus pflegewissenschaftlicher Perspektive leichtfertige begriffliche Festlegung / Differenzierung im Bundespflegegeldgesetz muss als Resultat der sektoralen Trennung von Gesundheits- und Pflegebereich interpretiert werden. Es sollte offensichtlich zwischen Pflege und Betreuung (Zuständigkeit Sozialressort) und Gesundheits- und Krankenpflege (Zuständigkeit Gesundheitsressort) unterschieden werden.

Für die weitere Behandlung der Thematik wird auf den pflegewissenschaftlich definierten Begriff der Pflegebedürftigkeit zurückgegriffen, weil es sich bei Evaluation primär um die professionellen Pflegedienstleistungen handelt, für die formal qualifiziert werden soll.

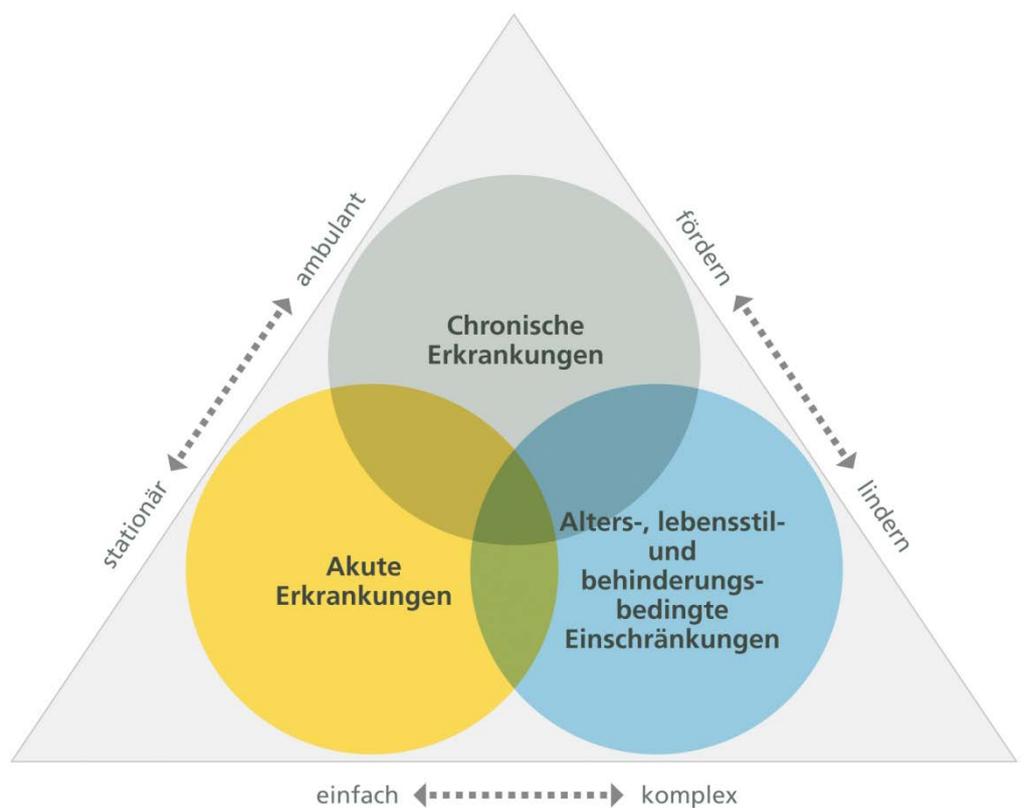
1

Für schwerst behinderte Kinder bis zum 15. Lebensjahr ist darüber hinaus ein Erschwerniszuschlag zwischen 50 und 75 Stunden im Monat vorgesehen; bei Personen mit einer schweren geistigen oder einer schweren psychischen Behinderung, insbesondere einer demenziellen Erkrankung, sind ab dem vollendeten 15. Lebensjahr zusätzlich 25 Stunden pro Monat zu berücksichtigen (§ 1 Abs 5 und 6 EinstV)

5.2 Bedarfskomponenten

Der steigende Pflege- und Betreuungsbedarf stellt die zentralen Herausforderungen für die Pflegeberufe dar und leitet sich aus drei Komponenten ab: akute Erkrankungen, chronische Erkrankungen und alters-, lebensstil- und/oder behinderungsbedingte dauerhafte Beeinträchtigungen (vgl. Abbildung 5.1). In welcher Weise auf diesen Bedarf reagiert wird, ist abhängig von Versorgungsauftrag, Aufgabe und Zielsetzung der Einrichtung (stationär bis ambulant/mobil), vom Komplexitätsgrad der Situation – in unserem Fall der Pflegesituation – und von dem aus dem Gesundheits- und Krankheitsverständnis der Professionisten sowie aus dem den (Bezugs)wissenschaften resultierenden Handlungsrepertoire in den Bereichen Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Rehabilitation, Langzeitversorgung und „Palliativ Care“.

Abbildung 5.1
Komponenten, aus denen sich Pflege- und Betreuungsbedarf ergibt



Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG 2011

In der Akutversorgung im Krankenhaus stellt die Pflege – gemäß Managementliteratur – den Begleitprozess zur medizinischen Diagnostik und Therapie dar. Dabei werden Pflegedienstleistungen nötig, die sich einerseits im Bereich der Lebensaktivitäten bewegen, und andererseits aus der medizinischen Behandlung und dem Setting Krankenhaus resultieren. Im Bereich der Lebensaktivitäten sind im Krankenhaus Unterstützungsleistungen (z. B. Essen bestellen, ausliefern etc.) nötig, die diese institutionsbedingten Einschränkungen kompensieren und ein Umfeld schaffen, in dem trotz Krankheit und Setting Wohlbefinden möglich ist. Neben ärztlichen Assistenzleistungen wie u. a. Injektionen und Infusionen verabreichen, besteht die Hauptaufgabe von Pflegepersonen im Krankenhaus aber darin, den Gesundheitszustand der kranken Menschen rund um die Uhr zu beobachten und zu überwachen. Um die Sicherheit der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus zu gewährleisten, müssen von Pflegepersonen Veränderungen und Abweichungen von der individuellen – krankheits- und therapieabhängigen – Norm unmittelbar wahrgenommen bzw. erkannt und hinsichtlich Gefährdungspotenzial und Handlungsbedarf eingeschätzt werden, damit erforderlichenfalls der Arzt / die Ärztin umgehend informiert bzw. geholt werden kann. Um dieser zentralen Aufgabe gerecht werden zu können, sind umfassende und spezialisierte Kenntnisse von Erkrankungen, deren Ätiologie und Pathogenese sowie deren Diagnostik und Therapie in den unterschiedlichen Fächern der Medizin nötig. Nur wer u. a. die Operationstechnik oder das Arzneimittel/Medikament und mögliche Komplikationen sowie Neben- und Auswirkungen kennt, kann den Beobachtungs- und Überwachungsprozess speziell darauf abstimmen und vor allem in der Akutphase selektiv in diese Richtung agieren. Die Berufsgruppe der GuK ist die einzige Berufsgruppe, die als „bedside Monitor“ rund um die Uhr unmittelbar beim Patienten organisiert ist. Darüber hinaus müssen Patientinnen/Patienten und ggf. deren Angehörige im Krankenhaus, in Vorbereitung auf die Entlassung, zu selbsttherapeutischen und selbstpflegerischen Maßnahmen angeleitet werden, was insbesondere durch die sinkende Verweildauer eine zunehmend zentrale Herausforderung darstellt. Aus diesen Gründen ist es für die Konzeption einer Ausbildung unerlässlich in Erfahrung zu bringen, auf welche demografisch und epidemiologisch bedingten (medizinischen) Problemlagen sie für die Akutversorgung auszurichten ist.

Im Kontext chronischer Erkrankungen und den damit verbundenen dauerhaften Einschränkung bzw. Beeinträchtigungen geht es um die Bewältigung des Alltags mit der jeweiligen Erkrankung bzw. gesundheitlichen Beeinträchtigung und der damit verbundenen Therapie. Menschen mit chronischer Erkrankung sind in allen Settings, d. h. im Krankenhaus, Pflegeheim und in der häuslichen Versorgung anzutreffen und zu pflegen. Menschen mit COPD (beispielsweise) haben mit vielfältigen Belastungen zu kämpfen, also steht hier die Bewältigung der Folgen der Erkrankung ebenso im Mittelpunkt wie die Therapie an sich. Dabei spielt die Gesamtheit der pflegerischen Tätigkeiten (Prävention, Beratung, Prophylaxen, Hilfestellung bei der Bewältigung) eine zentrale Rolle im Versorgungsprozess. Es werden von Pflegepersonen sowohl stationär als auch ambulant Schulungen/Beratungen zu Lebensstil- und Ernährungsanpassungen,

atemunterstützenden Maßnahmen, Verhaltensanpassungen, Infektionsprophylaxe, Medikamentenmanagement und Handhabung von Sauerstofftherapie sowie Beatmungsgeräten bedarfs- und bedürnisorientiert angeboten. Die Symptomkontrolle (Dyspnoe) kann ebenfalls Bestandteil der pflegerischen Leistung in diesem Zusammenhang sein, für die auszubilden ist. Handelt es sich um andere chronische Erkrankungen und komplexere Situationen bzw. sind Spezialwissen und -können notwendig, sind andere Gesundheitsberufe und/oder Pflegepersonen mit Spezialkenntnissen z. B. für Wund-, Schmerz- und Symptommanagement oder Stomaberatung heranzuziehen.

Dauerhafte Beeinträchtigungen, die einerseits durch den Lebensstil oder das Alter, und andererseits durch angeborene oder erworbenene Behinderungen/Beeinträchtigungen bedingt sein können, können langfristig zur Pflegebedürftigkeit führen, die einen Verbleib zu Hause unmöglich machen. Es gilt daher in erster Linie diesbezügliche Risikofaktoren und Risikoindikatoren frühzeitig zu erkennen, um Beeinträchtigungen präventiv zu verhindern bzw. hinauszuzögern. Ist dies nicht möglich, sind Unterstützungs- und Kompensationsleistungen von Seiten der Pflege v. a. im Bereich der Lebensaktivitäten zu Hause nötig oder es muss die Unterbringung in einer dafür vorgesehenen Einrichtung mit der Familie angedacht und diskutiert werden. Welche Berufsgruppen letztlich für die Pflege und Betreuung herangezogen werden müssen bzw. welche am besten geeignet sind, situationsadäquate (kranken)pflegerische Leistungen zu erbringen, entscheidet nach derzeit geltender Regelung der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege. So können Aufgaben in einfachen, stabilen und vorhersehbaren Situationen oder mit geringer Komplexität in diesem Kontext von verschiedenen Pflegehilfsdiensten erbracht werden. Steigt der Komplexitätsgrad der Pflegesituation zu Hause oder im Alten-/Pflegeheim u. a. durch Multimorbidität oder chronische Krankheiten, wird man mit Hilfsdiensten und geringfügigen Pflegequalifikationen (wie dem Modul Basisversorgung oder Pflegehilfekompetenz) nicht mehr das Auslangen finden. In diesen Settings ist aber zu berücksichtigen, dass der Pflegeprozess als gleichrangig mit dem Lebensprozess und der Lebensweltgestaltung zu betrachten und zu handhaben ist, im Gegensatz zum Krankenhaus, wo der medizinisch-pflegerische Prozess im Mittelpunkt steht.

Das Leistungsangebot der Pflege bewegt sich in allen in der Abbildung 5.1 enthaltenen Dimensionen von eher einfachen, weniger komplexen und standardisierten Tätigkeiten – die primär der Bewältigung des unmittelbaren Alltags dienen oder einfach Routinetätigkeiten darstellen – bis hin zu hochkomplexen emotionell, intellektuell, fachlich und technisch anspruchsvollen Prozeduren im Kontext chronischer Krankheit, akutstationärer Pflege oder komplexen familiären Situationen. Die Bedarfsanalyse soll anhand demografischer, epidemiologischer und leistungsbezogener Daten und deren Interpretation aufzeigen, in welche Richtung sich die Ausbildungen und die aufbauenden Spezialisierungen der GuK-Berufe fachlich weiterentwickeln sollen.

5.3 Bedarf

Im Folgenden werden verschiedene Aspekte dargestellt, die sich direkt oder indirekt auf das Pflege- und Betreuungssystem auswirken und damit zentrale Herausforderungen für die Arbeit in diesem System darstellen. Bedarfsbestimmend sind dabei die Bevölkerungs-, Krankheitsentwicklung sowie die Entwicklung dauerhafter Beeinträchtigungen in der Bevölkerung. Beleuchtet werden dazu die Bevölkerungsentwicklung hinsichtlich Alter, Migration bzw. Wanderung sowie Frauenerwerbstätigkeit. Die Alterung der Bevölkerung bedeutet einerseits, dass die Versorgungsleistungen ausgebaut und altersadäquat angeboten werden müssen und andererseits, dass eine Zunahme altersbedingter Krankheiten zu erwarten ist. Migration und Wanderung stellen zwei weitere wichtige Faktoren dar. Die Berufstätigkeit von Frauen wirkt sich auf das Potenzial informeller d. h. innerfamiliärer Pflegeleistungen aus. In Bezug auf die Entwicklungen von Krankheiten liefern die Ergebnisse der Todesursachen- und Krankenhausentlassungsstatistik, die Gesundheitsbefragung im Rahmen der Mikrozensus-erhebung sowie die Pflegegeldstatistik wichtige Rückschlüsse auf die inhaltliche Ausrichtung des pflegerischen Leistungsspektrums.

5.3.1 Bevölkerungsentwicklung

Österreichs Wohnbevölkerung lässt sich am Bevölkerungswachstum, der Altersstruktur der Bevölkerung, dem Verhältnis von Geburten und Sterbefällen sowie der Wanderbewegung darstellen. Die Bevölkerungsentwicklung ist in den nächsten Jahrzehnten von Wachstum gekennzeichnet, wobei das Wachstum primär auf eine positive Wanderungsbilanz und nur marginal auf eine positive Geburtenbilanz zurückzuführen ist. Die Geburtenbilanz war im Jahr 2007 noch positiv, allerdings nahm die Netto-Reproduktionsrate¹ von 0,68 auf 0,66 ab. Das bedeutet, dass 66 Prozent der gegenwärtig Jugendlichen und jungen Erwachsenen durch ihre Kinder ersetzt werden, dies hat zur Folge, dass die Anzahl potenzieller Eltern weiter absinkt. Die Fertilitätsrate lag im Jahr 2007 bei 1,38 und setzt damit die Abwärtstendenz fort (Statistik Austria 2008b). Diese Entwicklung hat zur Folge, dass das Verhältnis der erwerbsfähigen Personen zu den Personen über 65 Jahren einer Veränderung unterworfen ist und unausgewogen sein wird.

Die Altersstruktur der österreichischen Bevölkerung ist im Wandel begriffen, nach Kytir entwickelt sich Österreich gegenwärtig von einer „demografisch jungen zu einer

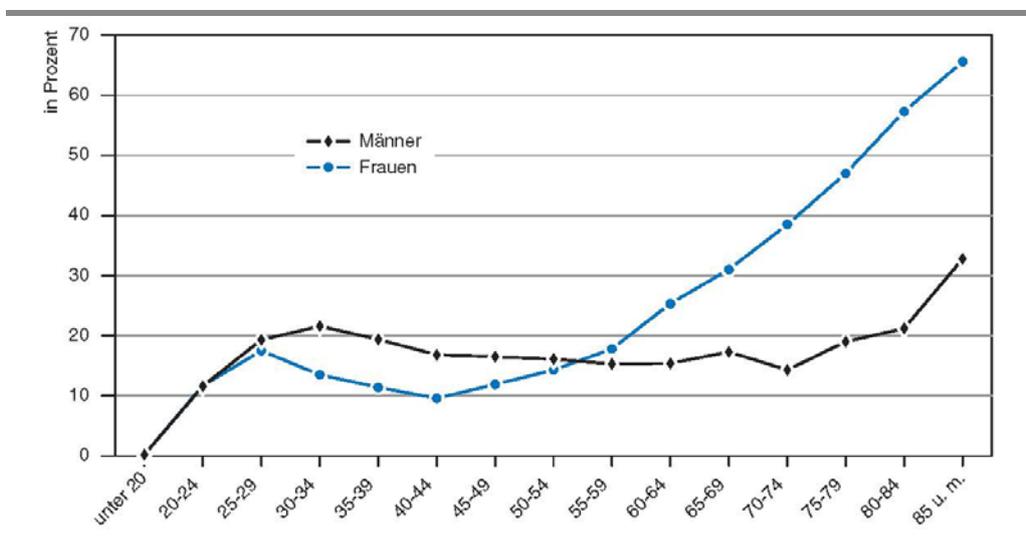
¹

Im Idealfall wäre diese Rate 1,00. d. h. 100 Prozent der gegenwärtig Jugendlichen und jungen Erwachsenen werden durch ihre Kinder ersetzt.

demografisch alten Gesellschaft“ (Kytir 2008, 47). Eine Abnahme der Sterblichkeit (durch verbesserte Behandlungsmöglichkeiten sowie Präventionsmaßnahmen) und die damit verbundene steigende Lebenserwartung verändern die Altersstruktur der Bevölkerung. Die Lebenserwartung betrug im Jahr 2007 bei Männern zum Zeitpunkt der Geburt 77,34 Jahre und die ferne Lebenserwartung mit 60 lag bei 21,21 Jahre. Bei Frauen lag sie mit 82,14 Jahren bei der Geburt und mit 25,08 Jahren im Alter von 60 Jahren deutlich höher. Seit den 1970er Jahren ist die Lebenserwartung sowohl bei Männern (+10,88 Jahre) als auch bei Frauen (+9,49 Jahre) gestiegen. Das Durchschnittsalter hat sich von Beginn der 1970er Jahre von 36,1 Jahre auf 40,9 im Jahre 2008 erhöht. Es wird erwartet, dass im Jahr 2020 die Bevölkerung im Durchschnitt 43,4 Jahre und im Jahr 2040 bereits 46,1 Jahre alt sein wird. Der Anteil der Bevölkerung im Alter von 0- bis 15-Jahren lag im Jahr 2008 bei 15,2 Prozent, der Anteil der 15- bis 60-Jährigen bei 62,2 Prozent und jener der Personen über 60 Jahre bei 22,6 Prozent. Dieses Verhältnis wird sich in den nächsten Jahrzehnten noch verschieben: im Jahr 2020 wird der Anteil der unter 15-Jährigen 14,2 Prozent, der 15- bis 60-Jährigen 59,6 Prozent und jener der über 60-Jährigen 26,2 Prozent betragen. In den folgenden Jahren nimmt der Anteil der beiden jüngeren Gruppen kontinuierlich ab, dies führt dazu, dass im Jahr 2040 Österreichs Bevölkerung einen Anteil von 13,6 Prozent im Alter bis zu 15 Jahren, von 53,5 Prozent im Alter von 15- bis 60-Jahren und einen Anteil von 32,9 Prozent von Personen über 60 Jahren aufweisen wird (Statistik Austria 2009a, 18 / vgl. Abbildung 5.3).

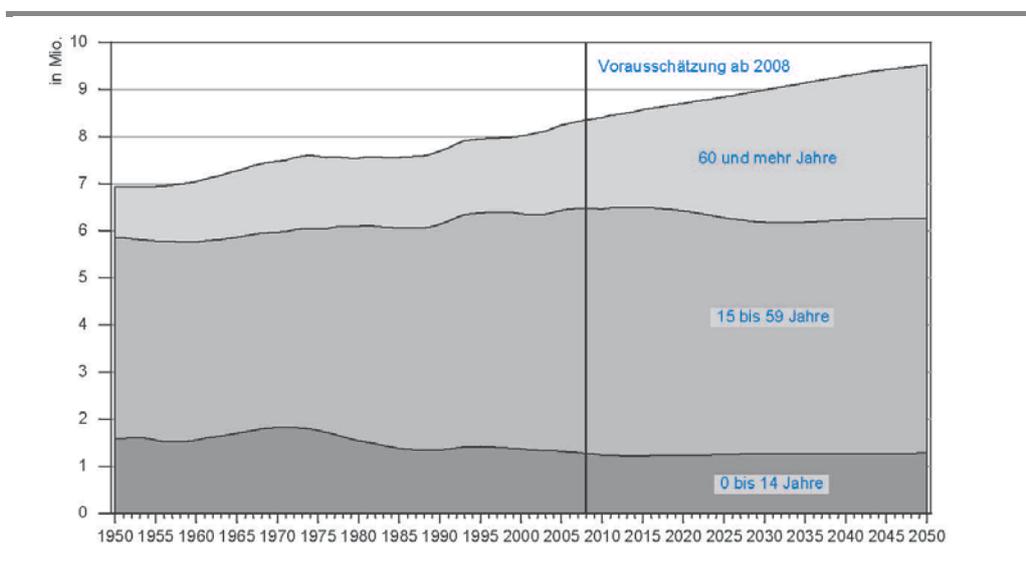
Damit einhergeht das Phänomen Hochaltrigkeit (gemeint sind Menschen über 80 Jahre). Der Anteil Hochaltriger wird von derzeit rund 354.000 bis 2030 auf 600.000 und bis 2050 auf eine Million Personen ansteigen (Statistik Austria 2008a; Statistik Austria 2008b). Personen aus der Babyboomgeneration der 1960er Jahre erhöhen derzeit noch den Anteil der Personen im Erwerbssalter, werden in ein bis zwei Jahrzehnten zur Gruppe der über 60-Jährigen zählen. Mit zunehmendem Alter steigt auch der Anteil der alleinlebenden Personen. Knapp 44 Prozent aller Einpersonenhaushalte geht auf Menschen über 60 Jahre zurück. Rund die Hälfte aller über 80-Jährigen lebt alleine. Es handelt sich dabei auch um ein typisch weibliches Phänomen, denn jede zweite Frau über 75 Jahren lebt allein, während es bei den Männern nur jeder Fünfte in dieser Altersgruppe ist, vgl. Abbildung 5.2 (Statistik Austria 2009a).

Abbildung 5.2:
Alleinlebende nach Alter und Geschlecht, 2008



Quelle und Darstellung: Statistik Austria 2009a

Abbildung 5.3:
Bevölkerung nach Altersgruppen 1950–2050 (mittlere Variante)



Quelle und Darstellung: Statistik Austria 2008b

In Bezug auf die Wanderbewegung liegt der Fokus auf der Herkunft und Altersverteilung von Zuwanderern, deren Beteiligung am Erwerbsleben, der Bildungs- und Wohnsituation sowie auf gesundheits- und frauenspezifische Aspekten.

Die Wanderbewegung wird durch Zu- und Abwanderung dargestellt. Im Jahr 2007 gab es einen Wanderungsgewinn von 32.714 Personen. Die Zuwanderung erfolgte zu zwei Dritteln von Personen aus den Staaten der Europäischen Union, vor allem aus Deutschland gefolgt von Rumänien, Ungarn, der Slowakei, Bulgarien und Polen. Insgesamt von geringerer Bedeutung ist die außereuropäische Zuwanderung, die auch durch eine abnehmende Tendenz gekennzeichnet ist. So zeigt sich ein Rückgang der Zuwanderung aus den Ländern des ehemaligen Jugoslawiens (ohne Slowenien), leicht ansteigend ist die Zuwanderungen aus der Türkei (Statistik Austria 2008c). Österreich hat Tradition als Zuwanderungsland, was sich im Anteil der Personen mit Migrationshintergrund widerspiegelt. Rund ein Fünftel der österreichischen Wohnbevölkerung verfügt über einen Migrationshintergrund oder ist nicht im Besitz der österreichischen Staatsbürgerschaft. Im Jahr 2008 lebten 1,4 Mio. Menschen mit Migrationshintergrund in Österreich. Der Großteil, nämlich 168.600 Personen oder 2,1 Prozent der Zuwanderer kommen aus Deutschland. Personen aus der Türkei sind die zweitgrößte Gruppe mit 159.800 Personen (1,9 %). Die mittlere Aufenthaltsdauer variiert nach dem Herkunftsland, so leben Personen aus der Tschechischen Republik rund 53 Jahre, Personen aus Slowenien 40 Jahre in Österreich, während am anderen Ende Personen aus der Russischen Föderation 5,6 Jahre, aus dem Iran 5,8 Jahre oder aus der Volksrepublik China 8,5 Jahre in Österreich leben. Der Anteil an Frauen ist aus Slowenien mit 69 Prozent, aus dem Kosovo mit 68 Prozent und der Tschechischen Republik und den Philippinen mit 63 Prozent am höchsten. Niedriger ist der Frauenanteil bei Zuwanderern aus dem Iran (46 %), Mazedonien (47 %) und der Türkei (48 %). Den höchsten Anteil an Personen mit Migrationshintergrund stellt die Gruppe zwischen 30 und 34 Jahren dar (Statistik Austria 2009b). Insgesamt ist die Altersstruktur der Migrantinnen/Migranten jünger als der österreichischen Staatsangehörigen, allerdings fallen aus den vorhandenen Statistiken jene Personen heraus, die im Laufe der Jahre eingebürgert werden bzw. jene Personen, die nach Beendigung des Erwerbslebens wieder in ihre Heimat zurückkehren (Fassmann et al. 2006). Über die Situation von älteren und hochaltrigen Migrantinnen/Migranten weiß man derzeit kaum Bescheid, außer, dass der Anteil der über 75-Jährigen seit 1971 sowohl bei Arbeitsmigranten aus der Türkei als auch bei jenen aus dem ehemaligen Jugoslawien 0,05 Prozent resp. 0,2 Prozent auf 0,3 Prozent resp. 3,4 Prozent 2001 gestiegen ist (Reinprecht 2009).

Der Anteil der 15- bis 64-jährigen Männer mit Migrationshintergrund am Erwerbsleben ist mit 77,2 Prozent etwas niedriger als jener an Männern im Alter von 15 bis 64 Jahre ohne Migrationshintergrund, für diese liegt er bei 79,3 Prozent. Allerdings zeigt sich, dass die Erwerbsquote bei Männern aus den EU-15-Ländern (ohne Österreich) mit 81 Prozent über jener der österreichischen Männer liegt. Herkunft spielt eine Rolle bei der Beteiligung am Erwerbsleben. Deutlich geringer ist die Erwerbsquote von Frauen mit Migrationshintergrund. Diese liegt im Durchschnitt bei 57,2 Prozent, die der Österreicherinnen bei 67,6 Prozent.

Die Bildungssituation von Menschen mit Migrationshintergrund unterscheidet sich ebenfalls von jener der Österreicher/innen. Der Anteil an Personen mit Pflichtschulabschluss ist bei Migrantinnen/Migranten mit knapp 28 Prozent deutlich höher als bei Österreicherinnen/Österreichern mit 14 Prozent. Besonders auffallend wird dies bei Menschen türkischer Herkunft, von diesen verfügen zwei Drittel über keinen weiterführenden Abschluss. Umgekehrt ist der Anteil an Maturaabschlüssen und Universitätsabschlüssen bei Migrantinnen/Migranten mit knapp 19 Prozent resp. 16 Prozent höher als bei Österreicherinnen/Österreichern mit 15 Prozent resp. 13 Prozent. Der Anteil an Arbeiterinnen/Arbeitern ist mit 49 Prozent bei Migrantinnen/Migranten höher als bei Österreicherinnen/Österreichern mit 25 Prozent, umgekehrt sind 60 Prozent der Österreicher/innen in angestellten Verhältnissen beschäftigt, von den Migrantinnen/Migranten sind dies 42 Prozent. Selbständig oder mithelfend sind 15 Prozent der Österreicher/innen, bei den Migrantinnen/Migranten sind es neun Prozent. Mehr als ein Viertel (26 %) der erwerbstätigen Migrantinnen/Migranten arbeiten als Hilfsarbeitskräfte (Statistik Austria 2009b). Die Einkommenssituation der ausländischen Wohnbevölkerung ist deutlich schlechter als die der Österreicher/innen. So verdienen zwei Drittel der Österreicher/innen 18.850 € pro Jahr und Kopf, von den Ausländerinnen/Ausländern sind es 14 Prozent. 27 Prozent der Ausländer/innen verdienen nur 9.425 € (ist die Grenze der Armutsgefährdung), während von den Österreicherinnen/Österreichern zwölf Prozent an der Grenze der Armutsgefährdung leben. Das relative Armutsrisiko (bedeutet Einkommen relativ zum mittleren Einkommen der Bevölkerung) ist für Migrantinnen/Migranten doppelt so hoch wie für Österreicher/innen (Fassmann et al. 2006).

Die Wohnsituation von Personen, die zuwandern, ist eher schlechter als jene der Österreicher/innen. So lebt rund ein Prozent der Österreicher/innen in Substandardwohnungen, d. h. in Wohnungen ohne Wasseranschluss und WC. Von den Einwanderern aus der Türkei und dem ehemaligen Jugoslawien sind es neun Prozent (Statistik Austria 2009b).

Aus dem Migrations- und Integrationsbericht 2009 geht hervor, dass der Gesundheitszustand von Migrantinnen/Migranten schlechter ist als von Österreicher/innen. So sind erstere häufiger von chronischen Krankheiten (Wirbelsäulenbeschwerden, Migräne und Kopfschmerzen; Depression und Angstzustände) als Österreicher/innen betroffen. Der Impfschutz ist bei Österreicherinnen/Österreichern besser gewährleistet. Die Säuglingssterblichkeit liegt im österreichischen Durchschnitt bei 4,2 von 1.000 Lebendgeburten, bei Österreicherinnen/Österreichern bei 3,8; bei Kindern ausländischer Mütter bei fünf und bei Kindern von türkischen Frauen bei 5,5 (Marik-Lebeck et al. 2009). Die Gefahr der Säuglingssterblichkeit ist bei ausländischen Müttern also höher als bei österreichischen Müttern.

Als Migrantinnen-spezifische Probleme werden im Migrantinnenbericht 2007 folgende Aspekte thematisiert: Familiäre Problemsituationen durch Mehrfachbelastung von

Erwerbes-, Hausarbeit, Familien- und Kinderbetreuung; häusliche Gewalt. Diese spezifischen Problemlagen treffen bis auf wenige Ausnahmen auf familiäre Situationen generell zu, allerdings treffen sie Migrantinnen aufgrund struktureller, finanzieller oder kultureller Gegebenheiten stärker als Österreicherinnen. Aufgrund des geringen Einkommens müssen Frauen Teilzeitarbeiten annehmen, sind parallel dazu für die Kindererziehung, den Haushalt sowie die Versorgung älterer Familienmitglieder verantwortlich. Häusliche Gewalt stellt für Migrantinnen aufgrund sprachlicher bzw. kultureller Barrieren und der finanziellen Abhängigkeit vom Ehemann ein besonderes Problem dar. Scheidungen oder Trennungen sind u. a. aufgrund des Aufenthaltsstatus (Familienzusammenführung und Beschäftigungsverbot) nicht möglich. In Österreich leben auch Frauen, deren Menschenrechte durch Frauenhandel, Zwangsheirat und arrangierte Ehen und weibliche Genitalverstümmelung verletzt wurden, allerdings gibt es dazu keine Erhebungen.

Im Kontext von Pflege und Betreuung wird die Abnahme des familiären Pflegepotenzials häufig mit der Berufstätigkeit von Frauen argumentiert, daher wird im Folgenden auf diese Situation eingegangen. Die Erwerbstätigenquote zeigt an, wie hoch der Anteil der Personen im erwerbsfähigen Alter (15 bis 64 Jahre) ist, die einer beruflichen Arbeit nachgehen. Diese Quote betrug im Jahr 2007 71,4 Prozent, wobei der Anteil der Männer bei 78,4 Prozent und jener der Frauen bei 65,4 Prozent lag. Die Erwerbsquote der Frauen stieg seit 1994 von 58,4 Prozent auf 64,4 Prozent an. Die höchsten Erwerbsquoten finden sich sowohl bei den Männern (87,1 %) und Frauen (81,8 %) im Alter von 40 bis 44 Jahren. Trotz steigender Beteiligung von Frauen am Erwerbsleben gehen diese nach wie vor atypischen Beschäftigungen, d. h. Teilzeitbeschäftigungen nach. 41,2 Prozent aller berufstätigen Frauen waren teilzeitbeschäftigt, während 92,8 Prozent der berufstätigen Männer einer Vollzeitbeschäftigung nachgingen. Der Anteil an teilzeitbeschäftigten Frauen sank mit zunehmender Bildung. Berufstätige Frauen mit einem Lehrabschluss waren zu 44,0 Prozent teilzeitbeschäftigt, Frauen mit einem Hochschulabschluss zu 34,1 Prozent, AHS-Absolventinnen in Beschäftigungsverhältnissen wiesen mit 49,3 Prozent den höchsten Anteil an teilzeitbeschäftigten Frauen auf (Statistik Austria 2008d). Gesundheitliche Benachteiligung in den jüngeren Jahren setzen sich fort und führen dazu, dass Frauen stärker von gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Alter betroffen sind, als dies bei Männern der Fall ist – bereits bestehende Unterschiede und Benachteiligungen setzen sich im Alter nicht nur fort, sondern werden verstärkt (Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung 2005).

Implikationen der Bevölkerungsentwicklung hinsichtlich Pflege- und Betreuungsbedarf

Aufgrund der wachsenden Anzahl an älteren Menschen wird die Nachfrage nach Gesundheits- und Pflegeleistungen (bedingt durch Alter aber auch die damit verbundenen Krankheiten) steigen bei gleichzeitiger Abnahme des familiären Pflegepotenzials

und einer Singularisierung im Alter. Besonderes Augenmerk muss daher auf die in Singlehaushalten lebenden Frauen gelegt werden. Familie als größter Pflegedienst ist eine abnehmende Größe, die unterstützt und bis zu einem gewissen Grad ersetzt werden muss. Neu hinzu kommt die Gruppe der Hochaltrigen, die wahrscheinlich spezifische Angebote – sowohl in Bezug auf die Wohn- und Pflege- als auch Betreuungsform – benötigen wird. Die Pflege von älteren und hochbetagten Menschen muss aber immer im Kontext der jeweiligen Situation erfolgen, d. h. die Pflege eines jungen Menschen unterscheidet sich prinzipiell nicht von der eines hochbetagten, aber es braucht spezifische und altersadäquate Angebote (sowohl für den jungen als auch den alten Menschen) (vgl. Schneider 2005).

In Bezug auf Migration deuten die Ergebnisse darauf hin, dass Migration per se kein Gesundheitsrisiko darstellt, sondern, dass die Ursachen vermutlich im sozial bedingten Gefälle liegen, von dem Menschen mit Migrationshintergrund betroffen sind. Damit kann Migration als alleiniges gesundheitliches Risiko und als solitäre Herausforderung für Gesundheits- und Pflegeberufe fast ausgeschlossen werden. Allerdings ist Migration eine Komponente, die zur gesundheitlichen Benachteiligung beiträgt. Vor dem Hintergrund der Heterogenität der Migrantinnen/Migranten sind die Aufgaben für das Gesundheits- und Pflegewesen ebenfalls vielfältig. Der Umfang der Aufgaben im Zusammenhang Migration muss sich an sozialen Determinanten¹ von Gesundheit orientieren, bei welchen Migration als verständnisgebender Kontext dient. Bekannte spezifische Benachteiligungen mit Folgen für den Gesundheitszustand, wie schlechter Impfschutz, erhöhte Säuglingssterblichkeit, die besondere Vulnerabilität von ausländischen Frauen, brauchen spezifische Angebote und Strukturen.

Frauenberufstätigkeit hat sowohl strukturelle als auch inhaltliche Auswirkungen auf das Gesundheits- und Pflegewesen: 45- bis 64-jährige Frauen erbringen traditionell die familiären Pflegeleistungen. Es wird angenommen, dass gerade diese Gruppe an Frauen in Zukunft stärker am Erwerbsleben beteiligt sein wird und daher für familiäre Pflegeleistungen nicht oder in eingeschränktem Maß zur Verfügung steht. Daher wird sich die Nachfrage nach beruflich erbrachten Gesundheits- und Pflegeleistungen erhöhen. Mit der Übernahme der häuslichen Pflege durch Frauen geht für diese eine mangelnde soziale Absicherung (z. B. Reduktion oder Aufgabe der Berufstätigkeit) einher, die sich mittel- bis langfristig wiederum negativ auf den Gesundheitszustand auswirken kann.

¹

Das sind sozioökonomische Faktoren und umweltbedingte Verhältnisse, Lebensweisen und Lebensstil, individuelle Faktoren – also Alter, Geschlecht und erbliche Faktoren

5.3.2 Gesundheitszustand der Bevölkerung

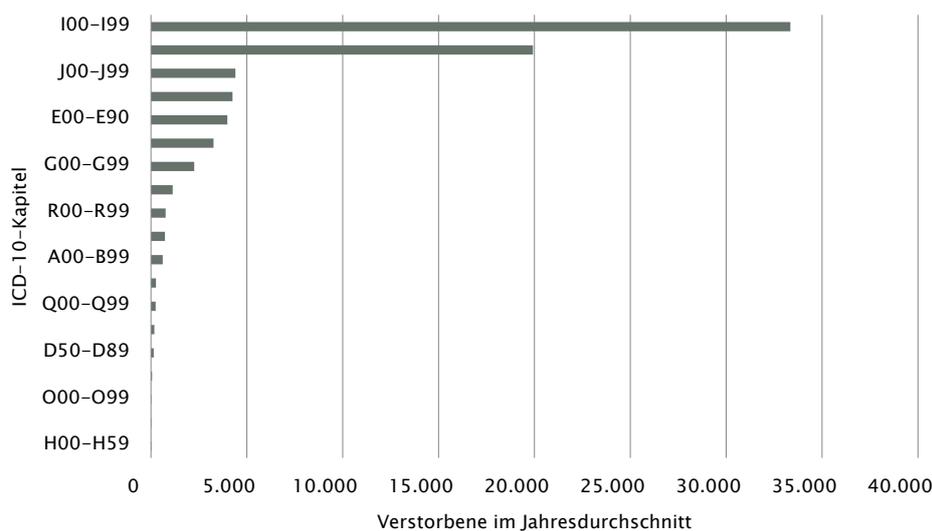
Eine wesentliche Einflussgröße auf den Bedarf im Gesundheits- und Krankenpflegebereich ist die Prävalenz von – vornehmlich chronischen – Krankheiten, die mit einem hohen Aufwand für die pflegerische Versorgung der Erkrankten einhergehen. Die Einschätzung der Prävalenz ist in Österreich allerdings auf Grund der Datensituation nur mit großen Einschränkungen möglich. Da die Diagnosen im niedergelassenen Bereich nicht systematisch dokumentiert und statistisch erfasst werden, stehen für die Einschätzung der „Krankheitslast“ in der Bevölkerung im Wesentlichen folgende Datenquellen zur Verfügung: Todesursachenstatistik, Krebsstatistik, Diagnose- und Leistungsdokumentation, Mikrozensusuntersuchung sowie die Statistik der Pflegegeldbezieher/innen. Im Folgenden werden die Ergebnisse aus diesen Daten dargestellt und diskutiert.

5.3.2.1 Todesursachen

Die Todesursachenstatistik (Datenbereitsteller: Statistik Austria) erfasst in Österreich Verstorbene mit vormaligem Wohnsitz in Österreich nach Alter, Geschlecht, Wohnort und Haupttodesursache (Grundleiden). Die Validität ist u. a. aufgrund der im internationalen Vergleich relativ hohen Obduktionsrate von im Jahr 2008 insgesamt ca. 21 Prozent und von über 30 Prozent bei in Krankenanstalten Verstorbenen hoch. Allerdings sinkt die Obduktionsrate im Zeitverlauf. Mit dem Berichtsjahr 2002 erfolgte die Umstellung von der ICD-9-Kodierung auf die ICD-10-Systematik. Im Österreichischen Gesundheitsinformationssystem (ÖGIS) bei GÖG/ÖBIG stehen Daten für die Jahre 1980–2011 zur Verfügung (Stand Juli 2012).

Die Todesursachen lassen Rückschlüsse auf die häufigsten zum Tod führenden Erkrankungen und den damit verbundenen Pflegeaufwand zu. Gemäß österreichischer Todesursachenstatistik verstarben im Durchschnitt der Jahre 2002–2011 jährlich 75.447 Personen. Bei 70,6 Prozent der Verstorbenen wurde in diesem Zeitraum eine Herz-Kreislauf-Erkrankung (44,2 % – davon zwei Drittel ischämische und sonstige Herzkrankheiten und ein Fünftel zerebrovaskuläre Krankheiten; Schlaganfall) oder Neubildungen (26,4 %; mehr als die Hälfte davon Krebserkrankungen der Verdauungs- der Atmungsorgane und Brustkrebs) als zugrundeliegende Todesursache dokumentiert. Weitere relativ häufige Todesursachen sind Krankheiten des Atmungssystems (5,8 %; v. a. chronische obstruktive Lungenkrankheiten, Pneumonie und Emphysem), des Verdauungssystems (4,3 %; mehr als die Hälfte davon Lebererkrankungen) endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (5,3 %, überwiegend Diabetes mellitus und Adipositas) sowie Verletzungen und Vergiftungen (5,6 %). Die übrigen Erkrankungen nach der ICD-10-Kapitelsystematik wurden bei jeweils weniger als drei Prozent der verstorbenen Österreicher/innen als Todesursache dokumentiert (vgl. Abbildung 5.4).

Abbildung 5.4:
Anzahl der im Jahresdurchschnitt 2002–2011 Verstorbenen nach Hauptdiagnosen
(ICD-10-Kapitel)



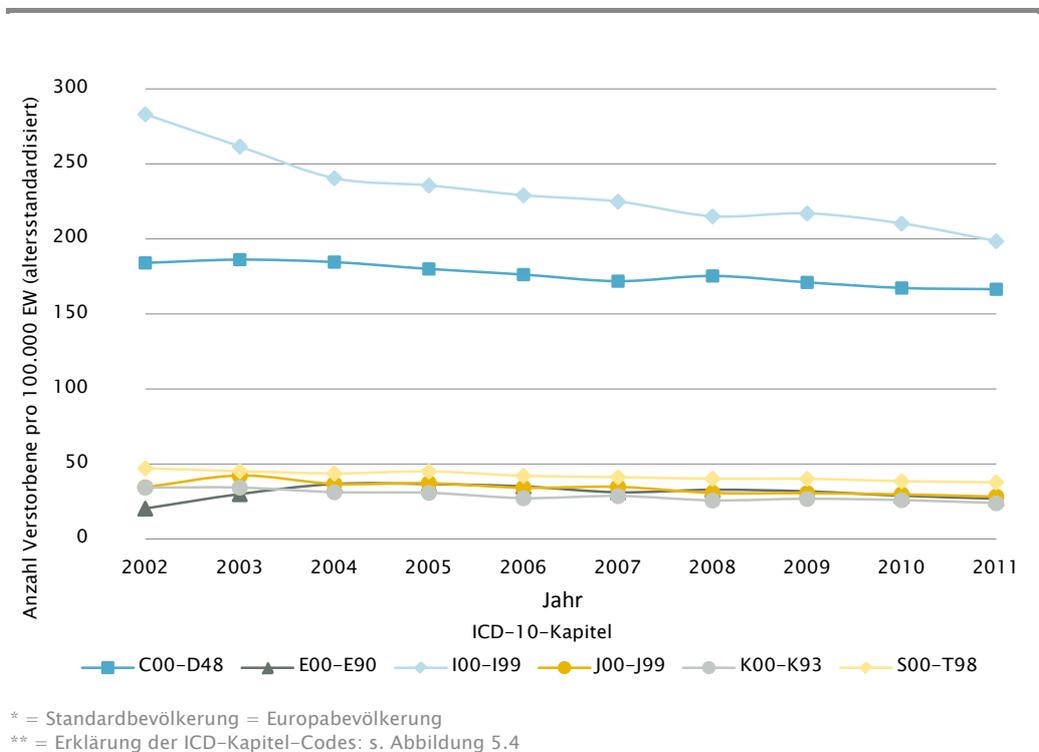
- A00-B99 = Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten
- C00-D48 = Neubildungen
- D50-D89 = Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems
- E00-E90 = Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
- F00-F99 = Psychische und Verhaltensstörungen
- G00-G99 = Krankheiten des Nervensystems
- H00-H59 = Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde
- H60-H95 = Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes
- I00-I99 = Krankheiten des Kreislaufsystems
- J00-J99 = Krankheiten des Atmungssystems
- K00-K93 = Krankheiten des Verdauungssystems
- L00-L99 = Krankheiten der Haut und der Unterhaut
- M00-M99 = Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
- N00-N99 = Krankheiten des Urogenitalsystems
- O00-O99 = Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
- P00-P96 = Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben
- Q00-Q99 = Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien
- R00-R99 = Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind
- S00-T98 = Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen

Quellen: Statistik Austria – Todesursachenstatistik
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Bei Betrachtung der Entwicklung der sechs häufigsten Todesursachen, die mehr als 90 Prozent aller Todesfälle abdecken, zeigt sich bei Heranziehen von altersstandardisierten Sterberaten, d. h. unter Ausblendung der in den einzelnen Berichtsjahren unterschiedlichen Altersstruktur, ein Rückgang der an Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Verstorbenen. Im Jahr 2011 wurden um 30 Prozent weniger Herz-Kreislauf-Todesfälle je 100.000 Einwohner dokumentiert als im Jahr 2002; bei den unter 75-Jährigen um fast 36 Prozent weniger. Demgegenüber sank die Sterblichkeit an Neubildungen um nur neun Prozent bzw. um elf Prozent bei unter 75-Jährigen. Neubildungen sind in dieser Altersgruppe seit dem Jahr 2000 die häufigste Todesursache. Eine Zunahme der altersstandardisierten Sterblichkeit im Beobachtungszeitraum ist von den betrachteten sechs häufigsten Todesursachen nur bei endokrinen Krankheiten festzustellen, allerdings auf vergleichsweise niedrigem Niveau und tendenziell nahezu unverändert (vgl. Abbildung 5.5 und Abbildung 5.6).

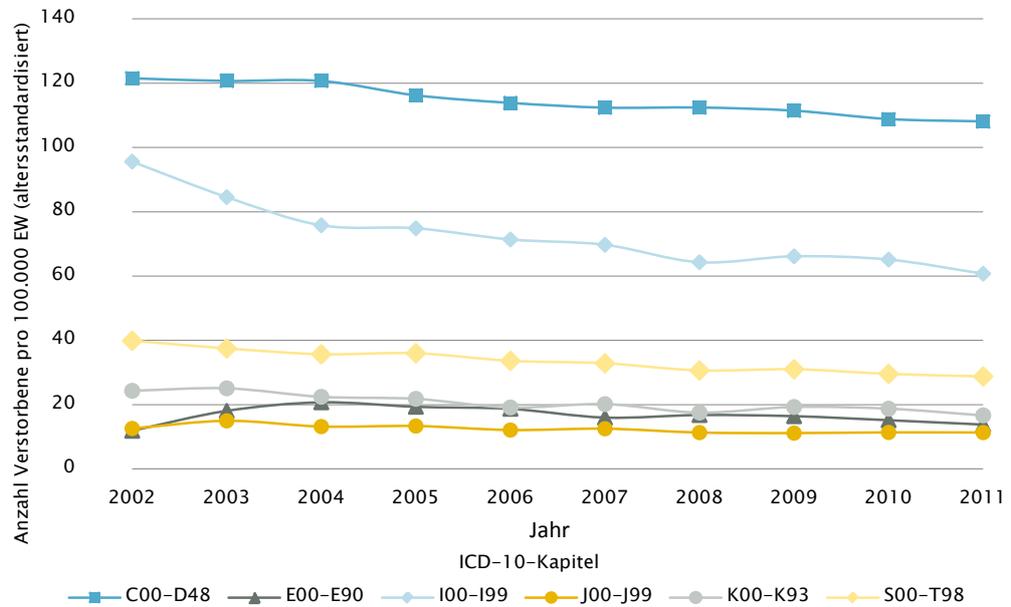
Abbildung 5.5:
Altersstandardisierte Sterblichkeit* 2002–2011 nach den sechs häufigsten Hauptdiagnosen (ICD-10-Kapitel**)



Quellen: Statistik Austria - Todesursachenstatistik, Statistik des Bevölkerungsstandes
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 5.6:

Altersstandardisierte Sterblichkeit* 2002–2011 der unter 75-Jährigen nach den sechs häufigsten Hauptdiagnosen (ICD–10–Kapitel**)



* = Standardbevölkerung = Europabevölkerung

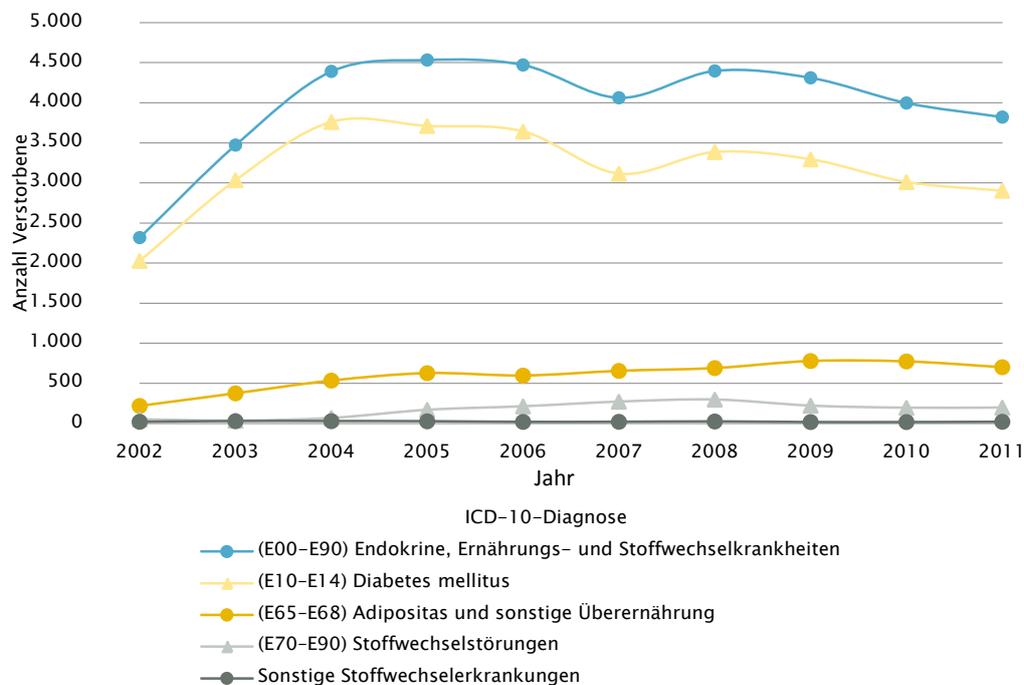
** = Erklärung der ICD–Kapitel–Codes: s. Abbildung 5.4

Quellen: Statistik Austria – Todesursachenstatistik, Statistik des Bevölkerungsstandes
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Bei den Verstorbenen mit Todesursachen–Diagnose im ICD–10–Kapitel E „Endokrine, Ernährungs– und Stoffwechselkrankheiten“ wurde in den Jahren 2002 bis 2011 bei rund 80 Prozent Diabetes mellitus (E10–E14) als Todesursache dokumentiert, bei rund 15 Prozent „Adipositas und sonstige Überernährung“ (E65–E68). Die dritthäufigste Diagnosegruppe war „Stoffwechselstörungen“ (E70–E90) mit rund 4,3 Prozent.

Abbildung 5.7:

An endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen in den Jahren 2002 – 2011, Verstorbene nach Jahren und ICD-10-Diagnosegruppen



Quelle: Statistik Austria- Statistik Austria – Todesursachenstatistik
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

5.3.2.2 Neubildungen/Krebs

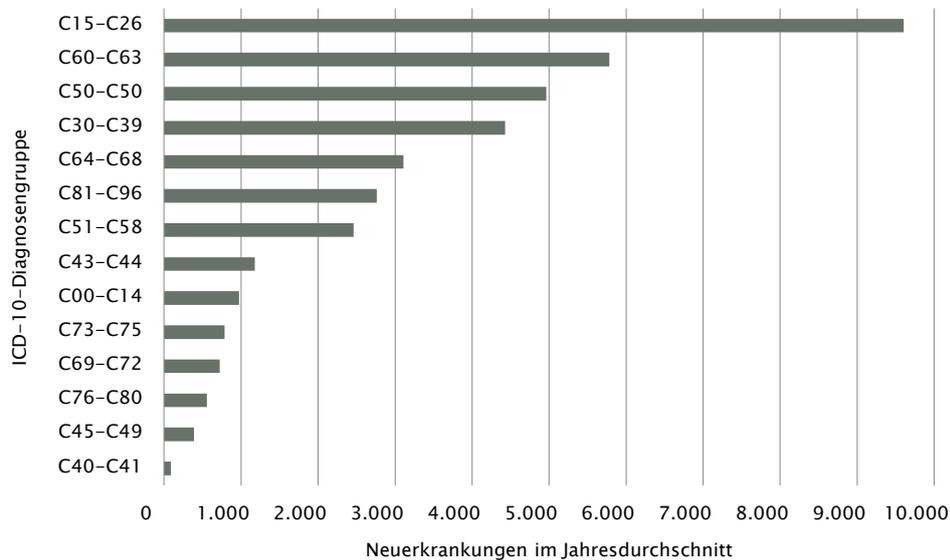
Die Krebsstatistik (Datenbereitsteller: Statistik Austria, regionale Krebsregister) erfasst Krebsneuerkrankungen (=Inzidenz) nach Alter, Geschlecht, Wohnort und Tumorlokalisation sowie Tumorstadium. Die Validität und Vollständigkeit ist regional und zeitlich sehr unterschiedlich, wodurch die Verlässlichkeit insgesamt eingeschränkt ist. Im ÖGIS stehen Werte für die Jahre 1983 bis 2009 zur Verfügung (Stand August 2012).

Die letztverfügbare Dekade für Daten aus der Krebsstatistik erstreckt sich über die Jahre 2000 bis 2009. In diesem Zeitraum erkrankten im Jahresdurchschnitt fast 39.000 Personen mit Wohnsitz in Österreich an Neubildungen, davon rund 38.000 an bösartigen Neubildungen (Krebs). Die am häufigsten diagnostizierten und dokumentierten Krebsneuerkrankungen betrafen im Jahresdurchschnitt mit 9.603 Fällen Verdauungs-

organe, davon vorwiegend Dickdarm, Rektum und Anus, Magen sowie Bauchspeicheldrüse, männliche Geschlechtsorgane in 5.784 Fällen, davon zu 93 Prozent Prostata, die Brustdrüse in 4.963 und Atmungsorgane in 4.429 Fällen, davon zu 90 Prozent Lunge (vgl. Abbildung 5.8). Die stärksten Zuwächse bei den bösartigen Neubildungen waren bei der Schilddrüse, der Gruppe von ungenau bezeichneter, sekundärer und nicht bezeichneter Lokalisation gefolgt von Knochen und Gelenkknorpeln zu verzeichnen. Rückgängig war die Krebsinzidenz v. a. bei den Lokalisationen weibliche Geschlechtsorgane (Eierstock und Gebärmutter), männliche Geschlechtsorgane sowie Auge, Gehirn und sonstige Teile des Zentralnervensystems. Berücksichtigt man die Bevölkerungsentwicklung im Betrachtungszeitraum, die einerseits durch eine Zunahme um 4,5 Prozent insgesamt gekennzeichnet ist, und andererseits durch eine Erhöhung des Durchschnittsalters, lässt sich ein Rückgang der Krebsneuerkrankungen insgesamt pro 100.000 EW im Zeitraum 2000–2009 feststellen.

Abbildung 5.8:

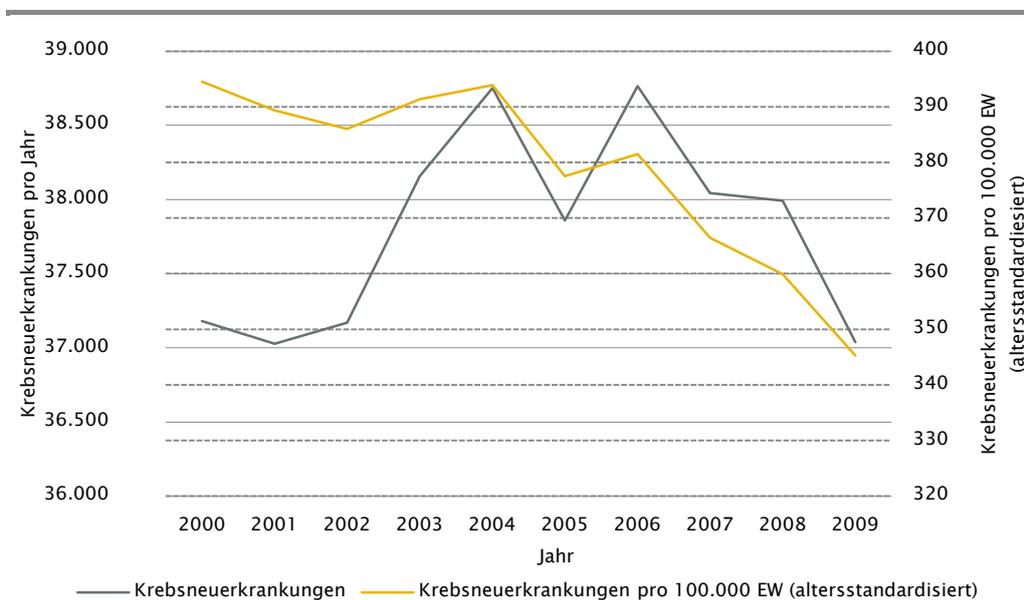
Anzahl der im Jahresdurchschnitt 2000–2009 gemeldeten Neuerkrankungen an bösartigen Neubildungen nach Hauptdiagnosen (ICD-10-Gruppen)



- C40-C41 = Bösartige Neubildungen des Knochens und des Gelenkknorpels
- C45-C49 = Bösartige Neubildungen des mesothelialen Gewebes und des Weichteilgewebes
- C76-C80 = Bösartige Neubildungen ungenau bezeichneter, sekundärer und nicht näher bezeichneter Lokalisationen
- C69-C72 = Bösartige Neubildungen des Auges, des Gehirns und sonstiger Teile des Zentralnervensystems
- C73-C75 = Bösartige Neubildungen der Schilddrüse und sonstiger endokriner Drüsen
- C00-C14 = Bösartige Neubildungen der Lippe, der Mundhöhle und des Pharynx
- C43-C44 = Melanom und sonstige bösartige Neubildungen der Haut
- C51-C58 = Bösartige Neubildungen der weiblichen Genitalorgane
- C81-C96 = Bösartige Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes
- C64-C68 = Bösartige Neubildungen der Harnorgane
- C30-C39 = Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane und sonstiger intrathorakaler Organe
- C50-C50 = Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]
- C60-C63 = Bösartige Neubildungen der männlichen Genitalorgane
- C15-C26 = Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane

Quellen: Statistik Austria – Krebsstatistik
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 5.9:
Entwicklung der 2000–2009 gemeldeten Neuerkrankungen an bösartigen Neubildungen und der altersstandardisierten* Neuerkrankungen pro 100.000 EW



*= Standardbevölkerung = Europabevölkerung

Quellen: Statistik Austria – Krebsstatistik, Volkszählungen 1991 und 2001,
Statistik des Bevölkerungsstandes 2002–2009
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

5.3.2.3 Diagnosen- und Leistungsdokumentation

Die Diagnosen- und Leistungsdokumentation (DLD) der österreichischen Krankenanstalten (Datenbereitsteller: Bundesministerium für Gesundheit bzw. Statistik Austria) erfasst stationäre Fälle nach Alter, Geschlecht, Wohnort, Haupt- bzw. Nebendiagnosen sowie medizinischen Einzelleistungen. Die Validität ist relativ hoch. Es ist jedoch zu beachten, dass die aus der DLD berechnete Krankenhaushäufigkeit nicht nur durch epidemiologische, sondern auch durch verschiedene andere Faktoren beeinflusst wird (z. B. durch regionale Akutbettendichte, Erreichbarkeit, Zahl und Fächermix der niedergelassenen Ärztinnen/Ärzte, durch regionalwirtschaftliche Faktoren oder durch bestimmte Anreize des Krankenhausfinanzierungssystems). Seit dem Berichtsjahr 1997 erfolgt die Krankenanstaltenfinanzierung für die meisten österreichischen Krankenanstalten nicht mehr auf Basis von Belagstagen, sondern nach einem Punktesystem, wobei die Anzahl der Punkte von den dokumentierten Diagnosen und Leistungen abhängt. Der gesamte hier dargestellte Zeitraum 1994–2010 ist durch einen stetigen Anstieg bis zum Jahr 2008 der Krankenhaushäufigkeit in Akutkrankenanstalten

(Fonds-Krankenanstalten, Unfallkrankenanstalten und Sanatorien) gekennzeichnet, wobei die Anzahl der Entlassungen mit im Durchschnitt jährlich 1,6 Prozent von 1,82 Mio. im Jahr 1994 auf 2,6 Mio. im Jahr 2010 um mehr als das Eineinhalbfache angestiegen ist wie die der Patientinnen/Patienten¹ mit im Durchschnitt jährlich 1 Prozent von 1,2 Mio. 1994 auf 1,5 Mio. 2010. Gleichzeitig ist die durchschnittliche Belagsdauer gesunken – von 9,2 Tagen im Jahr 1994 auf 5,4 Tage 2011 bzw. von 7,3 Tagen auf 5,5 Tage ohne Berücksichtigung der Nulltagesfälle und der „Langlieger“ (Aufenthalte > 28 Tage). Diese Zahlen spiegeln die Tendenz zu häufigeren, aber weniger langen Krankenhausaufenthalten in Akutkrankenanstalten (Fonds-Krankenanstalten, Unfallkrankenanstalten und Sanatorien) wider.

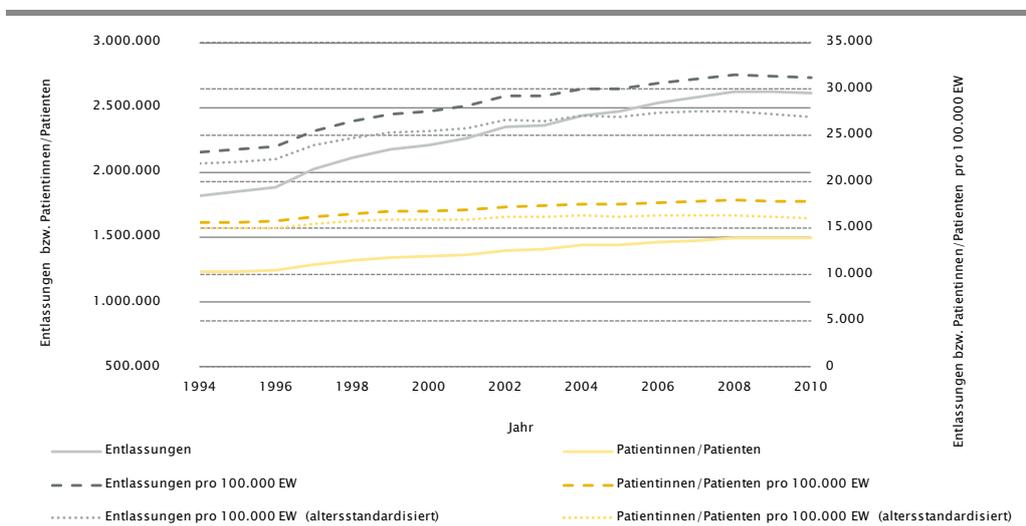
Berücksichtigt man die Bevölkerungsentwicklung in diesem Zeitraum, zeigt sich ein Anstieg der Spitalsentlassungen pro 100.000 Einwohner/innen zwischen den Jahren 1994 und 2010 um 1,9 Prozent und jene der Spitalspatientinnen/-patienten um 1,2 Prozent im Jahresdurchschnitt. Unterstellt man zudem gleiche Altersstruktur im Beobachtungszeitraum und betrachtet altersstandardisierte Raten (Standardbevölkerung = Europabevölkerung), ergeben sich Steigerungsraten von rund 1,3 Prozent jährlich für die Spitalsentlassungen bzw. 0,4 Prozent für Spitalspatientinnen/-patienten (vgl. Abbildung 5.10.)

1

In der österreichischen Spitalsentlassungsstatistik sind Patienten nicht identifizierbar, dokumentiert werden nur Entlassungen. Die Schätzung der Patientenzahl erfolgt unter der Annahme, dass es sich bei Aufenthalten, bei denen sowohl die dokumentierte Wohnpostleitzahl als auch Geschlecht und Geburtsdatum (Tag-Monat-Jahr) identisch sind, um eine im Betrachtungszeitraum mehrmals in stationäre Behandlung aufgenommene Person (einen Patienten / eine Patientin) handelt. Unschärfen ergeben sich bei der Schätzung etwa durch die Existenz von Personen mit gleichem Geschlecht, gleichem Geburtsdatum und gleicher Postleitzahl des Wohnorts (Unterschätzung der Patientenzahl) oder durch den Wohnsitzwechsel von Personen mit Änderung auch der Wohnpostleitzahl oder der Änderung der Wohnpostleitzahl ohne Änderung der Wohnortgemeinde (Überschätzung der Patientenzahl).

Abbildung 5.10:

Entwicklung der Anzahl Entlassungen und Patientinnen/Patienten in österreichischen Akutkrankenanstalten im Zeitraum 1994–2010 insgesamt sowie pro 100.000 EW (rohe Rate und altersstandardisierte* Rate)



*) Standardbevölkerung = Europabevölkerung

Quelle: BMG – Diagnosen- und Leistungsdokumentation; Statistik Austria – Volkszählungen 1991 und 2001, Statistik des Bevölkerungsstandes 2002–2010
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Für die Entwicklung der Krankenhausmorbidity nach Diagnosen, Diagnosegruppen und Diagnosekapiteln wurde der Betrachtungszeitraum auf die Dekade 2001–2010 herangezogen. In diesen zehn Jahren betrug der durchschnittliche jährliche Anstieg bei den Entlassungen 1,6 Prozent und bei den Patientinnen/Patienten 1 Prozent. Bezogen auf 100.000 Einwohner/innen stiegen die Entlassungen um 1,2 Prozent und die Anzahl Patientinnen/Patienten um 0,5 Prozent im Jahresdurchschnitt (altersstandardisiert: 0,5 % bzw. 0,04 %).

Die häufigsten Entlassungen in den Jahren 2001–2010 wurden bei den ICD-10-Diagnosekapiteln Neubildungen (v. a. Krebs), Krankheiten des Kreislaufsystems, Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes, Verletzungen und Vergiftungen sowie Krankheiten des Verdauungssystems dokumentiert – diese Erkrankungsgruppen verursachten mehr als die Hälfte der Krankenhausaufenthalte.

Tabelle 5.1:

Entlassungen und Patientinnen/Patienten in österreichischen Akutkrankenanstalten 2001–2010 nach ICD-10-Hauptdiagnosekapiteln – Durchschnitt und durchschnittliche jährliche Veränderung, in Prozent

ICD-10-Hauptdiagnosekapiteln	Entlassungen 2001–2010		Patienten 2001–2010	
	Durchschnitt	durchschn. Änderung	Durchschnitt	durchschn. Änderung
(C00–D48) Neubildungen	353.638	2,6	124.378	1,4
(I00–I99) Krankheiten des Kreislaufsystems	301.565	0,4	211.900	0,6
(M00–M99) Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	248.181	2,4	195.796	2,2
(S00–T98) Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	241.636	1,1	204.491	1,0
(K00–K93) Krankheiten des Verdauungssystems	225.666	1,8	191.470	1,4
(N00–N99) Krankheiten des Urogenitalsystems	153.996	1,1	127.384	0,8
(J00–J99) Krankheiten des Atmungssystems	147.894	-0,1	122.985	-0,2
(F00–F99) Psychische und Verhaltensstörungen	127.207	1,3	73.168	1,3
(O00–O99) Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	118.954	-0,1	93.951	0,1
(H00–H59) Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	112.073	6,2	80.080	3,6
(G00–G99) Krankheiten des Nervensystems	103.500	2,7	80.475	2,3
(R00–R99) Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	99.549	3,3	90.093	3,3
(E00–E90) Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	64.225	-0,9	52.779	-0,5
(A00–B99) Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	58.043	0,7	52.423	0,8
(L00–L99) Krankheiten der Haut und der Unterhaut	38.208	0,3	33.423	-0,1
(H60–H95) Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	28.817	-0,6	23.475	0,8
(D50–D89) Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	18.437	3,3	11.763	2,9
(Q00–Q99) Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	18.283	1,0	15.085	0,9
(Z00–Z99) Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	14.193	3,6	12.124	3,2
(P00–P96) Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	11.976	0,5	10.256	0,3
Alle Diagnosen	2.486.040	1,6	5.115.374	1,3

Quellen: BMG – Diagnosen- und Leistungsdokumentation
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Diese Krankheitsgruppen sind – mit Ausnahme der Neubildungen – auch bei den Patientenzahlen die am häufigsten dokumentierten Diagnosen bei der Spitalsentlassung. Insbesondere bei Krebserkrankungen dürfte es zu mehreren jährlichen Spitalsaufenthalten kommen. Die höchsten absoluten Zuwächse an Entlassungen finden sich bei Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde, gefolgt von Krankheiten des Urogenitaltraktes sowie von Verletzungen und Vergiftungen. Bei Patientinnen/Patienten gibt es die höchsten absoluten Zuwächse ebenfalls bei Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde, allerdings gefolgt von psychischen und Verhaltensstörungen sowie von Verletzungen und Vergiftungen. Die relativen Anstiege sind sowohl bezüglich Entlassungen als auch bezüglich Patientinnen/Patienten beim Diagnosekapitel „Krankheiten des Auges“ am höchsten, allerdings von relativ geringem Niveau ausgehend. An zweiter und dritter Stelle stehen bei den relativen Anstiegen bezüglich Entlassungen „Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen“ sowie gleichermaßen „Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems“ und „Symptome und abnorme klinische Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind“. Letzteres liegt auch an Stelle beim relativen Anstieg liegen hinsichtlich Entlassungen; an dritter Stelle liegt dabei das Diagnosekapitel „Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen“

Die Diagnosen- und Leistungsdokumentation weist auf eine Zunahme von Krankheiten des Auges, Neubildungen, Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen. Krankheiten des Nervensystems, der Verdauungsorgane, psychischer und Verhaltensstörungen sowie Krankheiten des Kreislaufsystems. Abgenommen haben hingegen „Krankheiten des Atmungssystems“, „Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett“, „Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten“ sowie „Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes“.

International wird Dekubitus als pflegesensitives Ergebniskriterium häufig zitiert. Leider gibt es in Österreich keine Erfassung der Prävalenz von Dekubiti als pflegesensitives Ergebniskriterium. Allerdings kann Dekubitus als ICD-10-Code (L89) mit folgenden Ausprägungen „Dekubitalgeschwür, Dekubitus, Druckgeschwür, Ulkus bei medizinischer Anwendung von Gips“ erfasst werden. Die Auswertung der Spitalsentlassungsstatistik zeigt, dass die Anzahl stationärer Patientinnen/Patienten sowohl absolut als auch bezogen auf die Einwohnerzahl mit dem ICD-10-Code L 89 als Entlassungsdiagnose zwischen 1992 und 2010 gestiegen ist. Bezogen auf 100.000 Einwohner/innen ist dabei die Gruppe der über 85-Jährigen am größten.

Tabelle 5.2:

Entwicklung der Anzahl stationärer Patientinnen/Patienten mit Hauptdiagnose ICD-10-Code L89 (Dekubitalgeschwüre u. a.) in österreichischen Akutkrankenanstalten im Zeitraum 1992 – 2010 insgesamt sowie pro 100.000 EW

Altersgruppen	Stationäre Patientinnen/Patienten 1992–2010							
	insgesamt				pro 100.000 Einwohner			
	Mittelwert	Steigung	Steigung in % des MW	Korrelationskoeffizient	Mittelwert	Steigung	Steigung in % des MW	Korrelationskoeffizient
Insgesamt	1.060	38,9	3,7	0,78	13,1	0,4	3,3	0,74
0–14	5	-0,1	-1,9	-0,25	0,4	0,0	-1,5	-0,21
15–44	74	-0,1	-0,1	-0,09	2,1	0,0	0,0	-0,02
45–64	137	4,4	3,2	0,84	6,9	0,1	2,0	0,67
65–84	529	19,1	3,6	0,72	46,1	1,2	2,6	0,56
85 plus	315	15,6	5,0	0,79	228,5	7,4	3,2	0,57

L89 = Dekubitalgeschwür, Dekubitus, Druckgeschwür, Ulkus bei medizinischer Anwendung von Gips

Quellen: BMG – Diagnosen- und Leistungsdokumentation; Statistik Austria – Volkszählungen 1991 und 2001, Statistik des Bevölkerungsstandes 2002–2010
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Zu anderen pflegesensitiven Ergebniskriterien wie nosokomiale Infektionen, Mangelernährung, Kontrakturen, Thrombosen können aufgrund der Datenlage keine Aussagen getroffen werden.

Demenzielle Erkrankungen werden in Europa als Herausforderung für die Gesundheitssysteme diskutiert. Der Österreichische Demenzbericht zeichnet folgendes Bild: Man geht heute von einer Prävalenz von 1,1 bis 1,2 Prozent der österreichischen Bevölkerung aus. Bis zum Jahr 2050 rechnet man, dass in Österreich rund 235.000 Personen an Demenz leiden werden. Menschen mit demenziellen Erkrankungen bedeuten einen hohen Pflegeaufwand, der sich weniger durch die Unterstützung in körperbezogener Pflege als vielmehr in ständiger Begleitung und/oder Aufsicht äußert. Obwohl Demenz eine chronische Krankheit ist, spielt sie als Todesursache keine Rolle. Als Todesursache dokumentiert werden bei Demenzerkrankungen meist kardiovaskuläre Krankheiten, Infektionen oder Sturz und Mangelernährung. Allerdings liegt das Mortalitätsrisiko bei Demenzerkrankten um das Zwei- bis Dreifache höher als beim Gesunden (vgl. Gleichweit/Rossa 2009).

Als gesundheitliches Risiko wird bei älteren Menschen die Mundgesundheit genannt, denn Schäden im Mundraum (an Zähnen und Schleimhäuten) kann zu Nährstoff- und Flüssigkeitsdefiziten beitragen und somit Mangelernährung oder durch absteigende Infektionen Pneumonie verursachen. Mangelernährung wiederum trägt zur Entwicklung von Druckgeschwüren bei. Die Zahnstatusuntersuchung bei 65- bis 74-Jährigen hat ergeben, dass im Durchschnitt 23 Zähne von Karies betroffen sind, wobei die meisten

Zähne bereits fehlen. 20 Prozent der Untersuchten waren völlig zahnlos, die restlichen 80 Prozent hatten einen abnehmbaren Zahnersatz (vgl. Bodenwinkler/Sax 2005).

5.3.2.4 Entlassungen nach Altersgruppen und Fachrichtungen

Die Darstellung der Entlassungen aus Krankenanstalten nach Altersgruppen und Fachrichtungen ermöglicht einen Rückschluss auf den Bedarf an Pflegepersonen mit altersgruppen- oder fachspezifischen Kompetenzen. Ein Blick auf die Altersverteilung der Entlassungen insgesamt zeigt, dass im Jahr 2010 Menschen über 65 Jahren mit fast 42 Prozent den höchsten Anteil an den Spitalsentlassungen ausmachen. Die Gruppe der Personen im Alter von 15 bis 44 Jahren macht etwas weniger als ein Viertel und jene zwischen 45 und 65 Jahren etwas mehr als ein Viertel aus. In den letzten zehn Jahren wurden die in Spitälern behandelten Menschen zunehmend älter.

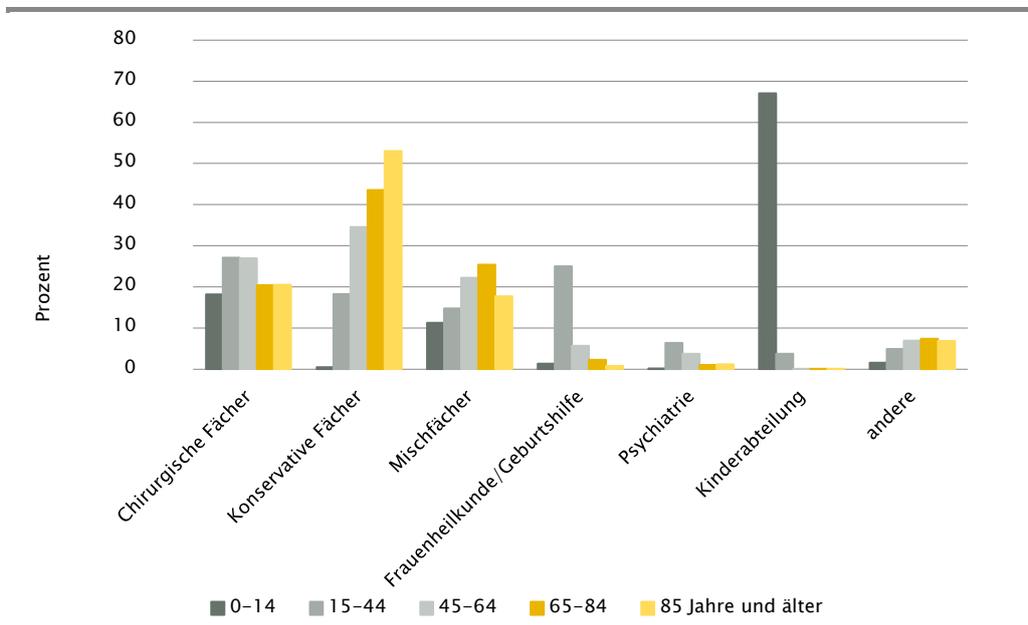
Tabelle 5.3:

Entwicklung der Entlassungen aus Spitälern in Altersgruppen im Zeitraum 2000 bis 2010, in Prozent

Alter (in Jahren)	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
0-14	9,2	9,1	8,8	8,5	8,2	8,1	8,0	7,6	7,4	7,4	7,1
15-44	27,8	27,5	27,6	26,5	26,2	25,7	25,2	24,7	24,4	24,0	23,6
45-64	27,0	27,2	27,7	28,5	28,5	27,8	27,8	27,6	27,5	27,3	27,5
65-84	30,4	30,8	30,9	31,7	32,4	33,3	33,6	34,2	34,4	34,6	34,7
85 plus	5,6	5,4	5,1	4,8	4,6	5,0	5,4	5,9	6,3	6,7	7,1

Quelle: BMG – Diagnosen- und Leistungsdokumentation
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 5.11:
Entlassung nach Fachgebieten in Altersgruppen 2010, in Prozent



Quelle: BMG – Diagnosen- und Leistungsdokumentation
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

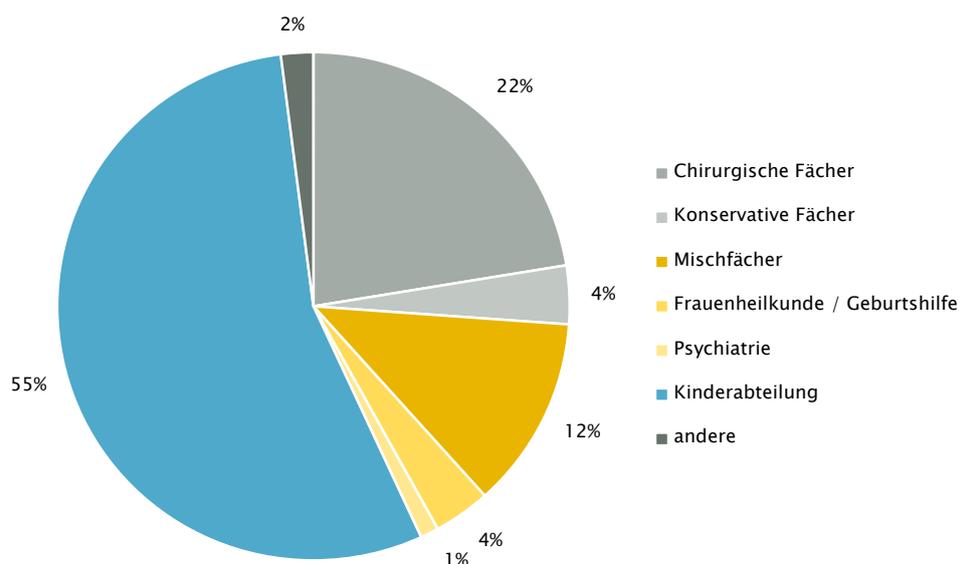
Die Übersicht über die Entlassung nach Fachgebieten im Jahr 2010 unterscheidet zwischen chirurgischen, konservativen und Mischfächern. Zu den chirurgischen Fächern zählen Chirurgie, Kinder-Chirurgie, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Neurochirurgie, Plastische Chirurgie und Unfallchirurgie, zu den konservativen Fächern zählen Innere Medizin, Neurologie, Nuklearmedizin und Radiologie. Mischfächer setzen sich zusammen aus Anästhesie, Augenheilkunde, Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Orthopädie und orthopädische Chirurgie, Pulmologie, Urologie und Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Der Begriff Kinderabteilung umfasst die Bereiche Kinderheilkunde und Kinder-Neuropsychiatrie. In der Tabelle nicht ausgewiesene bzw. nicht hier angeführte Bereiche werden einschließlich des interdisziplinären Bereichs unter andere Fächer zusammengefasst.

Die Zuordnung der betreuten Personen in Altersgruppen nach Fachrichtung zeigt, dass nahezu alle Altersgruppen in allen Fachrichtungen zu finden sind, wenngleich in unterschiedlichem Ausmaß. Besonders auffällig ist, dass mehr als 50 Prozent aller über 80-Jährigen aus konservativen Fachabteilungen entlassen werden, aber generell in allen Abteilungen zu finden sind. Ähnliches gilt für die 70- bis 79-jährigen Personen.

Die Analyse der Entlassungsstatistik in Bezug auf Kinder und Jugendliche zeigt, dass der Anteil von Kindern und Jugendlichen im Alter von 0-19 Jahren an den Entlassungen

insgesamt in den letzten zehn Jahren von 9,2 Prozent im Jahr 2000 auf 7,1 Prozent im Jahr 2010 zurückgegangen ist. Die Verteilung von Kindern und Jugendlichen nach Fachbereichen zeigt, dass sie zwar größtenteils in eigens dafür eingerichteten Abteilungen und Stationen betreut werden (55 %), dass aber 45 Prozent auch in allen anderen Abteilung zu finden sind. Immerhin 22 Prozent aller im Jahr 2010 entlassenen Kinder und Jugendlichen wurden aus diversen chirurgischen Fachabteilungen, zwölf Prozent aus Abteilungen von Mischfächern (z. B. HNO, Dermatologie), je vier Prozent aus der Frauenheilkunde/Geburtshilfe bzw. aus konservativen Fachabteilungen, zwei Prozent aus sonstigen Fachabteilungen und ein Prozent aus der Psychiatrie entlassen (vgl. Abbildung 5.12). Diese Analyse macht deutlich, dass Kinder und Jugendliche, ähnlich wie auch Menschen mit psychiatrischen Diagnosen, in allen Abteilungen und nicht nur in zielgruppenspezifischen betreut werden.

Abbildung 5.12:
Anteil an Entlassungen von Kindern und Jugendlichen bis 19 Jahre nach Fachgebieten im Jahr 2010

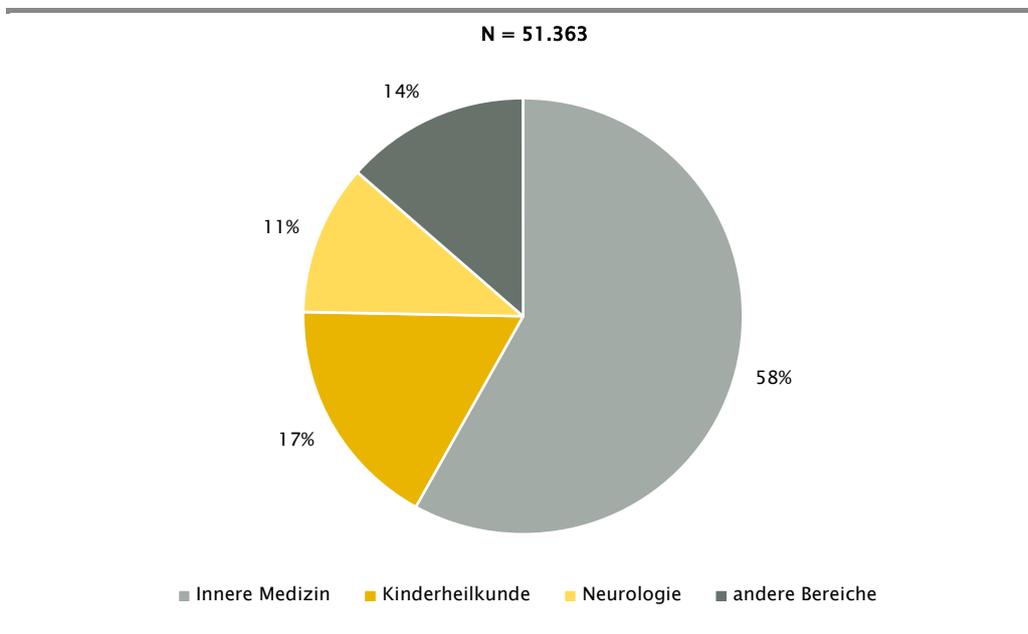


Quelle: BMG – Diagnosen- und Leistungsdokumentation
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Eine von den Expertinnen/Experten als relevant bezeichnete Patientengruppe ist jene die an einer psychischen und/oder psychiatrischen Erkrankung leidet. Von 137.813 mit psychiatrischen Diagnosen dokumentierten Entlassungen im Jahr 2010 entfallen 51.363 Entlassungen auf nicht-psychiatrischen Betten anderer Fachgebiete, insbesondere aus dem Bereich Innere Medizin (vgl. Abbildung 5.13).

Abbildung 5.13:

Anteil an Entlassungen nach nicht psychiatrischen Fachgebieten mit psychiatrischer Hauptdiagnose im Jahr 2010



Quelle: BMG – Diagnosen- und Leistungsdokumentation
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Aufgrund der Tatsache, dass sowohl Kinder und Jugendliche als auch Menschen mit psychiatrischen Diagnosen in allen Fachbereichen behandelt werden, drängt sich die Frage nach der – auch im Rahmen der Fokusgruppen thematisierten – Sinnhaftigkeit der Beibehaltung der drei getrennt geführten Grundausbildungen (Kinder und Jugendliche, allgemeine Pflege und psychiatrische) zum gehobenen Dienst auf. Aufgrund der Patientenverteilung lässt sich dies fachlich für die Zukunft nicht mehr argumentieren. Auch die inhaltliche Schwerpunktsetzung der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege auf Erwachsene im akutstationären Setting muss aufgrund der Befunde kritisch hinterfragt werden.

5.3.2.5 Mikrozensususerhebungen

Bei Mikrozensususerhebungen (Datenbereinsteller: Statistik Austria) werden in unregelmäßigen Intervallen auch der Gesundheitszustand und gesundheitliche Rahmenbedingungen der Befragten erfasst. Die Validität ist zum Teil eingeschränkt, da Angaben aus Selbstauskunft der Befragten resultieren. Zeitliche Längsschnitte sind aufgrund unterschiedlicher Fragen, aber auch wegen unterschiedlicher Techniken der Befragungen

problematisch. Auch die zu analysierende Bevölkerungsgruppe unterscheidet sich zum Teil zwischen einzelnen Befragungen (Einbeziehung der Anstaltenbevölkerung, der unter 15-Jährigen etc.). Im ÖGIS stehen Daten mit Bezug zum Gesundheitszustand aus den Mikrozensusserhebungen „Fragen zur Gesundheit“ 1991 und 1999, „körperliche Beeinträchtigungen“ 1995, „ältere Menschen“ 1998 sowie aus der „Österreichischen Gesundheitsbefragung“ 2006/2007 sowie für die Jahre 1992 bis 2007 zur Verfügung (Stand Juli 2009).

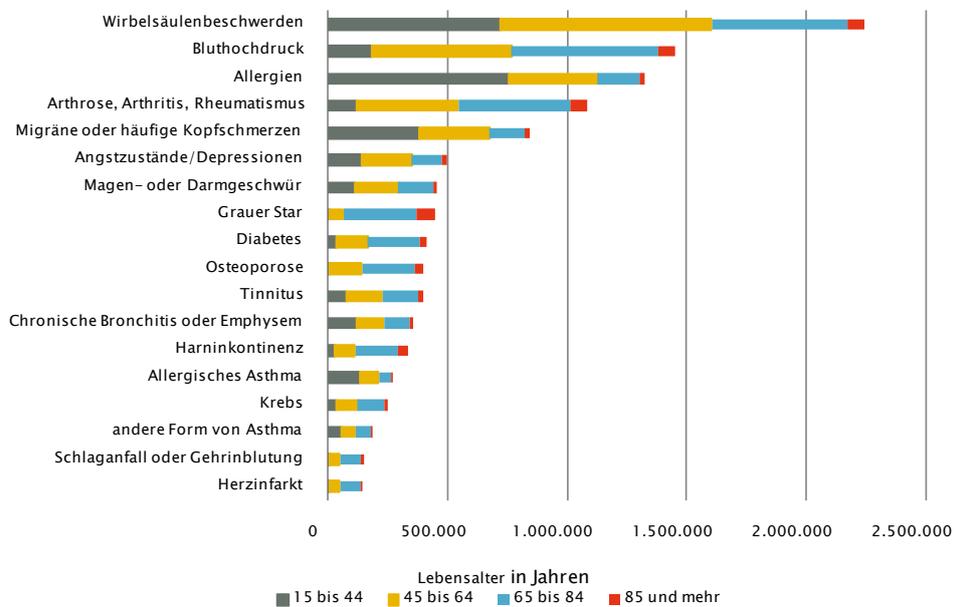
Während zur Krebsinzidenz und zur „stationären“ Morbidität (also für „hochakute Morbidität“) flächendeckende Datengrundlagen in Zeitreihen vorliegen, muss für die Abbildung der „ambulanten“ Morbidität aufgrund mangelnder adäquater Datengrundlagen auf Umfragedaten, die über eine Stichprobenbefragung der Bevölkerung erhoben werden, zurückgegriffen werden. Die aktuellste derartige Erhebung ist die von der Statistik Austria durchgeführte „Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007“, die in ähnlicher Form bereits früher (zuletzt 1991 und 1999) stattgefunden hat. Aufgrund eines neu konzipierten Fragenprogramms sowie eines unterschiedlichen Erhebungsdesigns sind die zuletzt erhobenen Daten allerdings nur eingeschränkt mit früheren Befragungen vergleichbar. Die Befragungsergebnisse sind für die österreichische Bevölkerung ab 15 Jahren repräsentativ.

Bei dieser Befragung gaben 37,1 Prozent an, von einer chronischen Krankheit oder von einem dauerhaften gesundheitlichen Problem betroffen zu sein – das entspricht hochgerechnet rund 2,6 Mio. Einwohnern und Einwohnerinnen. Naturgemäß steigen die Anteile der Betroffenen mit zunehmendem Lebensalter: während (gemäß Selbstauskunft) bei den 15- bis 44-Jährigen 22 Prozent (771.000 Personen) eine chronische Krankheit haben, sind es bei den 45- bis 64-Jährigen 46 Prozent (962.000 Personen), bei den 65- bis 84-Jährigen rund 60 Prozent (758.000 Personen) und in der Gruppe der über 84-Jährigen 72 Prozent (104.000 Personen).

Personen, die bei der Befragung angegeben hatten, eine chronische Krankheit oder ein dauerhaftes gesundheitliches Problem zu haben, wurden ersucht anzugeben, ob sie jemals eine von 18 ausgewählten Krankheiten hatten („Lebenszeitprävalenz“). Da viele Personen von zwei oder mehreren dauerhaften gesundheitlichen Problemen betroffen sind, ergibt sich bei Kumulierung der hier angeführten chronischen Krankheiten eine höhere Prävalenz als bei der Frage nach einer chronischen Erkrankung insgesamt. Die am häufigsten genannten chronischen Krankheiten sind Wirbelsäulenbeschwerden, Bluthochdruck, Allergien sowie Arthrose, Arthritis und Gelenksrheumatismus (vgl. Abbildung 5.14). Mit Ausnahme der Allergiker steigen die Anteile der betroffenen Bevölkerung mit zunehmendem Alter an (vgl. Tabelle 5.4)

Abbildung 5.14:

Österr. Gesundheitsbefragung: Lebenszeitprävalenz* ärztlich diagnostizierter chronischer Krankheiten in der österreichischen Bevölkerung nach ausgewählten Krankheiten und Altersgruppen 2006/2007



* = Nach der ärztlichen Diagnose des Leidens befragt wurden jene Personen über 15 Jahre, die angaben, „jemals“ eine der aufgelisteten chronischen Krankheit gehabt zu haben

Quellen: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle 5.4:

Österr. Gesundheitsbefragung: Lebenszeitprävalenz* ärztlich diagnostizierter chronischer Krankheiten in der österreichischen Bevölkerung nach ausgewählten Krankheiten und Altersgruppen 2006/2007, in Prozent der Bevölkerung

	Altersgruppen in Jahren				Gesamt
	15-44	45-64	65-84	85 und mehr	
Herzinfarkt	0,2	2,2	6,8	7,6	2,1
Schlaganfall oder Gehirnbloodung	0,2	2,2	6,7	10,1	2,2
andere Form von Asthma	1,7	2,8	5,0	6,1	2,7
Krebs	1,1	4,4	8,9	7,1	3,6
Allergisches Asthma	3,9	3,8	4,0	4,3	3,9
Harninkontinenz	0,9	4,2	14,0	28,6	4,8
Chronische Bronchitis oder Emphysem	3,5	5,5	8,5	12,1	5,1
Tinnitus	2,2	7,3	11,9	14,1	5,7
Osteoporose	0,3	6,5	17,4	25,9	5,7
Diabetes	1,2	6,1	17,3	18,4	5,9
Grauer Star	1,2	6,1	17,3	18,4	5,9
Magen- oder Darmgeschwür	3,3	8,7	11,6	12,8	6,6
Angstzustände/Depressionen	4,0	10,2	10,0	15,7	7,1
Migräne oder häufige Kopfschmerzen	4,0	10,2	10,0	15,7	7,1
Arthrose, Arthritis, Rheumatismus	3,5	20,3	37,3	49,1	15,5
Allergien	21,5	18,0	13,9	13,8	18,9
Bluthochdruck	5,3	28,0	48,9	49,4	20,8
Wirbelsäulenbeschwerden	20,6	42,3	45,4	44,5	32,0

*= Nach der ärztlichen Diagnose des Leidens befragt wurden jene Personen über 15 Jahre, die angaben, „jemals“ eine der aufgelisteten chronischen Krankheit gehabt zu haben

Quellen: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, Statistik des Bevölkerungsstandes
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

23,6 Prozent der österreichischen Wohnbevölkerung (1,65 Mio. Personen) fühlen sich durch ein lang (zumindest ein halbes Jahr) anhaltendes gesundheitliches Problem bei normalen Alltagstätigkeiten „etwas eingeschränkt“, 9,1 Prozent (0,6 Mio. Personen) stark eingeschränkt. Die Anteile der Personen, die im Alltagsleben durch lang anhaltende gesundheitliche Probleme stark eingeschränkt sind, steigen von 2,5 Prozent in der Altersgruppe der 15- bis 44-Jährigen auf 20,8 Prozent bei den 65- bis 84-Jährigen. Bei den über 84-Jährigen ist nahezu jeder zweite (47,7 %; 69.000 Personen) bei Alltagstätigkeiten stark eingeschränkt.

Tabelle 5.5:

Österr. Gesundheitsbefragung: Einschränkungen bei Alltagstätigkeiten auf Grund andauernder gesundheitlicher Probleme in der österreichischen Bevölkerung nach Stärke der Einschränkung und nach Altersgruppen 2006/2007 (absolut und in Prozent der Bevölkerung in der jeweiligen Altersgruppe)

	Altersgruppen in Jahren				Gesamt
	15-44	45-64	65-84	85 und mehr	
Stark eingeschränkt	86.356	221.787	261.011	68.986	638.140
in Prozent	2,5	10,6	20,8	47,7	9,1
Etwas eingeschränkt	497.516	598.057	496.562	54.879	1.647.014
in Prozent	14,2	28,6	39,6	37,9	23,6
Nicht eingeschränkt	2.919.408	1.269.590	496.971	20.768	4.706.737
in Prozent	83,3	60,8	39,6	14,4	67,3

Quellen: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007,
 Statistik des Bevölkerungsstandes;
 Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle 5.6 gibt einen Überblick über die Betroffenheit der österreichischen Bevölkerung durch ausgewählte funktionelle Einschränkungen auf Grund eines andauernden gesundheitlichen Problems.

Tabelle 5.6:

Österr. Gesundheitsbefragung: Einschränkungen bei Alltagstätigkeiten auf Grund andauernder gesundheitlicher Probleme in der österreichischen Bevölkerung nach Art der Einschränkung und nach Altersgruppen 2006/2007 (absolut und in Prozent der Bevölkerung in der jeweiligen Altersgruppe)

Probleme beim /bei	Altersgruppen in Jahren				Gesamt
	15-44	45-64	65-84	85 u. mehr	
Zeitung lesen mit Sehhilfe	13.406	32.173	60.021	22.927	128.527
in Prozent	0,4	1,5	4,8	15,9	1,8
Hören ohne Hörhilfe	16.594	32.938	116.736	37.798	204.066
in Prozent	0,5	1,6	9,3	26,1	2,9
Hören mit Hörhilfe	7.123,0	4.666,0	13.180,0	8.270,0	33.239,0
in Prozent	0,2	0,2	1,1	5,7	0,5
Gehen ohne Gehhilfe	25.519	70.992	230.677	87.655	414.843
in Prozent	0,7	3,4	18,4	60,6	5,9
Gehen mit Gehhilfe	16.083	20.402	94.923	31.373	162.781
in Prozent	0,5	1,0	7,6	21,7	2,3
Treppensteigen ohne Gehilfe	18.888	76.783	247.123	75.436	418.230
in Prozent	0,5	3,7	19,7	52,2	6,0
Treppensteigen mit Gehilfe	10.492	18.664	79.073	28.194	136.423
in Prozent	0,3	0,9	6,3	19,5	2,0
Bücken und Niederknien	74.953	283.405	456.940	92.553	907.851
in Prozent	2,1	13,6	36,4	64,0	13,0
Heben und Tragen	52.594	168.576	351.073	94.371	666.614
in Prozent	1,5	8,1	28,0	65,2	9,5
Selbst Essen	21.988	34.299	53.994	23.429	133.710
in Prozent	0,6	1,6	4,3	16,2	1,9
Setzen und Aufzustehen	18.068	30.876	80.370	32.433	161.747
in Prozent	0,5	1,5	6,4	22,4	2,3
An- und Ausziehen	13.042	42.411	95.930	35.700	187.083
in Prozent	0,4	2,0	7,6	24,7	2,7
Toilettenbesuch	9.130	14.519	48.832	26.804	99.285
in Prozent	0,3	0,7	3,9	18,5	1,4
Baden oder Duschen	13.981	25.538	121.408	55.161	216.088
in Prozent	0,4	1,2	9,7	38,1	3,1
Gelegentlicher leichter Hausarbeit	20.164	44.899	126.973	36.368	228.404
in Prozent	0,6	2,1	10,1	25,1	3,3
Gelegentlicher schwerer Hausarbeit	67.430	221.681	419.040	99.371	807.522
in Prozent	1,9	10,6	33,4	68,7	11,5

Quellen: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007,
Statistik des Bevölkerungsstandes
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

5.3.2.6 Pflegegeldbezieher/innen

Die Statistik zu Pflegegeldbezieherinnen/–bezieher (Datenbereitsteller: Hauptverband der Sozialversicherungsträger, Landesstatistikämter) umfasst die Anzahl der Personen mit Pflegegeldbezug nach Pflegegeldstufe, Alter und Geschlecht. Seit dem Inkrafttreten des Bundespflegegeldgesetzes und der entsprechenden Landesgesetze im Juli 1993 sowie der Vereinbarung zwischen Bund und Ländern über Fragen der Finanzierung im Jänner 1994 besteht in Österreich für pflegebedürftige Personen Rechtsanspruch auf den Bezug von Pflegegeld. Seit dem Jahr 2012 kommt ausschließlich das Bundespflegegeldgesetz zur Anwendung. Die Höhe des Geldbezugs ist vom Ausmaß der Behinderung abhängig, wobei die Einstufung in eine der sieben vorgesehenen Stufen aufgrund ärztlicher oder pflegerischer Gutachten unter allfälliger Beiziehung anderer Expertinnen/Experten erfolgt. Je stärker die Behinderung und damit das Ausmaß der monatlich erforderlichen Stunden an Pflegeleistungen ist, desto höher ist die Stufe und damit der Pflegegeldbezug. Die Vollständigkeit dieser Statistik ist hoch einzuschätzen, da auch begüterte Bevölkerungsgruppen zum Großteil nicht auf diese zusätzlichen Einnahmen verzichten. ÖGIS weist Werte für die Jahre 1980 bis 2012 aus (Stand Juli 2012).

Die Anzahl an Pflegegeldbezieherinnen und Pflegegeldbezieherinnen (Bundes- und Landespflegegeld) stieg in Österreich zwischen dem Jahr 2000 und dem Jahr 2012 um nahezu ein Drittel von 328.000 auf 435.000. Der stärkste relative Anstieg war dabei von 1,8 je 1.000 Personen Ende 2000 auf 3,1 im Mai 2012 in den beiden höchsten Pflegegeldstufen (6 und 7), die bei höchster Pflegebedürftigkeit ausbezahlt werden, zu verzeichnen. Mit einer Zunahme von 51.755 Personen von Ende 2002 bis Mai 2012 war der höchste absolute Anstieg an Pflegegeldbezieherinnen bei den Stufen 1 und 2 zu verzeichnen (vgl. Tabelle 5.7).

Tabelle 5.7:

Bundes- und Landespflegegeldbezieher in Österreich in den Jahren 2000 und 2012 absolut und je 1.000 Einwohner/innen nach Pflegegeldstufen

Jahr/Pflegegeldstufe	Anzahl Bundes- und Landespflegegeldbezieher/innen			
	absolut			
	Stufe 1-2	Stufe 3-5	Stufe 6-7	gesamt
2000	179.601	134.286	14.012	327.899
2012	231.356	177.423	26.121	434.900
Differenz in Prozent	28,8	32,1	86,4	32,6
Differenz absolut	51.755	43.137	12.109	107.001
	je 1.000 Einwohner/innen			
2000	22,4	16,8	1,8	40,9
2012	27,4	21,0	3,1	51,5
Differenz in Prozentpunkten	5,0	4,3	1,3	10,6

Quellen: Hauptverband der Sozialversicherungsträger – Stand der Bundespflegegeldbezieher nach Alter und Pflegegeldstufen; Statistik Austria – Landespflegegeldbezieher; Statistik des Bevölkerungsstandes
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Eine Darstellung der Veränderungen nach Altersgruppen und Pflegegeldstufen ist für Pflegegeldbezieher/innen bei den Bezugsquellen nicht möglich, weil Daten der Landespflegegeldbezieher/innen bis Ende 2011 nur für Altersgruppen oder nur für Pflegegeldstufen zur Verfügung stehen.

Der Anteil der Pflegegeldbezieher/innen steigt mit zunehmendem Alter der Empfänger/innen an (vgl. Tabelle 5.8). 1,9 Prozent der Pflegegeldbezieher/innen im Jahr 2012 sind 14 Jahre oder jünger, knapp 35 Prozent sind hingegen 80 Jahre oder älter. Gemessen an der Wohnbevölkerung sind bei den bis zu 14-Jährigen pro Tausend Einwohner/innen 6,7 Personen Pflegegeldbezieher/innen, bei den 80-Jährigen oder Älteren sind es hingegen 755,2 Personen. Das heißt, mehr als drei Viertel der Wohnbevölkerung ab 80 Jahren bezieht Pflegegeld und ist daher pflegebedürftig (vgl. Tabelle 5.8).

Tabelle 5.8:

Pflegegeldbezieher/innen in Österreich im Jahr 2012 absolut und je 1.000 Einwohner nach Altersgruppen

Pflegegeldbezieher nach Altersgruppen und Pflegegeldstufen						
	0-14	15-44	45-64	65-84	85 und mehr	Alle
Stufe 1-2	4.050	14.625	34.219	112.758	65.704	231.356
Stufe 3-5	3.190	11.151	18.655	68.801	75.626	177.423
Stufe 6-7	974	4.215	3.084	8.513	9.335	26.121
Stufe 1-7	8.214	29.991	55.958	190.072	150.665	434.900
Stufe 1-2 pro 1.000 EW	3,3	4,3	14,6	86,8	329,3	27,4
Stufe 3-5 pro 1.000 EW	2,6	3,3	7,9	52,9	379,1	21,0
Stufe 6-7 pro 1.000 EW	0,8	1,3	1,3	6,6	46,8	3,1
Stufe 1-7 pro 1.000 EW	6,7	8,9	23,8	146,3	755,2	51,5

Quellen: Hauptverband der Sozialversicherungsträger – Stand der Bundespflegegeldbezieher nach Alter und Pflegegeldstufen; Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

5.3.2.7 Kinder- und Jugendlichengesundheit

Wenige Daten liegen zur Abbildung der Gesundheit bzw. des Krankheitszustandes von Kindern und Jugendlichen vor. Aus dem Wiener Gesundheitsbericht geht hervor, dass 47 Prozent der untersuchten schulpflichtigen Wiener Kinder im Alter von sechs bis zehn Jahren im Schuljahr Haltungsverfäler und rund 15 Prozent Übergewicht aufweisen. In Bezug auf das Rauchverhalten wurde festgehalten, dass rund die Hälfte der 14- bis 15-jährigen Schüler/innen in Österreich zumindest gelegentlich raucht. Rund ein Viertel der Schulkinder im selben Alter konsumiert zumindest einmal in der Woche ein alkoholisches Getränk (Magistrat Wien 2004).

In Bezug auf die Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen liegen Zahnstatushebungen für 6- und 12-Jährige vor. Aus beiden Berichten geht hervor, dass der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit Zähnen, die von Karies betroffen sind, zurückgeht. Bei den 12-Jährigen reduzierte sich im Beobachtungszeitraum der Kariesbefall von durchschnittlich 1,7 Zähne auf 1,2 Zähne und bei den Kindern mit Milchzähnen konnte der Anteil der Kinder mit völlig gesundem Milchgebiss von sieben Prozent (1996) auf 37 Prozent (2001) gehoben werden. Allerdings geht aus den beiden Berichten auch hervor, dass Karies ungleich verteilt ist. So konzentrieren sich bei den Sechsjährigen 81 Prozent der gesamten Karies auf zehn Prozent der Kinder und bei den 12-Jährigen entfallen drei Viertel der kariösen Schäden auf ein Viertel der 12-Jährigen. In beiden Altersgruppen gibt es einen eindeutigen Zusammenhang zwischen Kariesbefall und Kindern mit Migrationshintergrund bzw. Kindern aus sozialbenachteiligten Schichten (Bodenwinkler et al. 2007, Bodenwinkler et al. 2009).

Die Stellungsuntersuchungen des Österreichischen Bundesheers geben einen Einblick in den Gesundheitszustand von jungen Männern. Die Tabelle 5.9 zeigen die Ergebnisse der Stellungsuntersuchungen in den Jahren 1998 bis 2007, wobei der Anteil der jugendlichen Männer mit einem Gesamtcholesterinspiegel von über 180 mg/dl im Laufe der letzten Jahre deutlich gesunken ist. Allerdings ist der LDL-Spiegel (Low Density Lipoprotein) bei knapp jedem zweiten erhöht, was auf ein gesundheitliches Risiko hinweist. Auffallend ist, dass der Body Mass Index (BMI) im Laufe der letzten zehn Jahre kontinuierlich gestiegen ist. Der BMI wird durch eine einfache Formel [Körpergewicht (in kg) / Körpergröße² (in m)] berechnet und stellt eine einfache Annäherung an den Ernährungszustand dar. Die Grenzwerte liegen für einen BMI von > 25 kg/m² für Übergewicht, bei BMI > 30 kg/m² für Adipositas sowie bei BMI > 40 kg/m² für schwere Adipositas. Das bedeutet, dass jeder fünfte bei der Stellungsuntersuchung bereits übergewichtig ist und dieser Trend in den letzten zehn Jahren zugenommen hat.

Tabelle 5.9:
Ergebnisse der Stellungsuntersuchung von 1998–2007

Anzahl Untersuchte mit	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Blutcholesterin 180 und mehr	11.460	12.400	11.566	11.594	12.904	9.134	8.107	10.254	7.768	7.947
in % der Untersuchten	27,0	28,6	26,6	27,6	30,6	21,9	18,8	23,3	18,1	18,5
BMI 26 und mehr	5.830	6.097	6.299	5.976	6.231	6.618	7.514	8.126	8.119	8.430
in % der Untersuchten	13,7	14,0	14,5	14,2	14,8	15,8	17,3	18,4	18,9	19,6
LDL 130 und mehr	n. v.	622	876	630	807	1.044	987	1.189	854	885
in % der Untersuchten	n. v.	42,7	34,5	28,9	31,5	45,2	40,9	48,5	48,4	43,5
Triglyceride 150 und mehr	7.451	6.526	6.720	6.441	2.466	6.624	5.747	6.855	6.388	6.685
in % der Untersuchten	17,6	15,0	15,5	15,3	5,9	15,9	13,3	15,6	14,9	15,6

Quelle: Bundesministerium für Landesverteidigung – Stellungsuntersuchungen
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

5.3.3 Zusammenfassung

Die bevölkerungs- und krankheitsbezogenen Daten weisen auf besondere Bedarfslagen hin: zunächst bedarf es aufgrund der Ausweitung der älteren und hochaltrigen Bevölkerungsschicht spezifischen Wissens und Kompetenzen im Umgang mit diesen Gruppen. Krankheitsbezogene Bedarfslagen lassen sich primär an den Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebserkrankungen festmachen. Diese Zielgruppe und diese Krankheiten stellen somit ein wichtiges Aufgabenfeld für die Gesundheits- und Krankenpflegeberufe dar, sowohl hinsichtlich Gesundheitsförderung als auch hinsichtlich Kuration, Rehabilitation und der palliativen sowie lebensbegleitenden Versorgung.

Eine zweite pflegerelevante Krankheitsgruppe ist im Bereich chronischer Erkrankungen zu finden, und zwar des endokrinen Systems, der Atmungsorgane und des Verdauungstraktes. Bei diesen Erkrankungen handelt es sich im Wesentlichen um chronische Zustandsbilder, die von akuten und chronischen Phasen gekennzeichnet sind. Es zeigt sich aber, dass diese nicht die Hauptursachen für den Eintritt des Todes sind. Allerdings ist z. B. bekannt, dass zerebrovaskuläre Krankheiten auch Folgeerscheinungen von Diabetes, auch mit tödlichem Ausgang sein können. Ähnlich wie bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen bzw. Krebserkrankungen sind die pflegerischen Herausforderungen vielfältig. Sie erstrecken sich ebenfalls von der Gesundheitsförderung bis hin zur palliativen Begleitung.

Nach wie vor bedeutsam sind Vergiftungen und Verletzungen. Die Aufgaben in diesem Kontext konzentrieren sich primär auf Verhütung/Prävention und im Anlassfall auf die Unterstützung im Heilungsprozess.

Die Ergebnisse der Mikrozensusuntersuchung illustrieren die Vielfalt der Leiden der österreichischen Bevölkerung und lassen dadurch einen Rückschluss auf die zukünftigen Herausforderungen zu. Allgemein dominieren in der über 15-jährigen österreichischen Bevölkerung Wirbelsäulenbeschwerden, Bluthochdruck und Allergien. Maßgeblich für die inhaltliche Gestaltung pflegerischer Arbeit sowie die Entwicklung von Versorgungsangeboten und -konzepten ist die Verteilung der Leiden in den Altersgruppen. In der jüngeren Altersgruppe bis 44 Jahre dominieren Wirbelsäulenbeschwerden und Allergien: nahezu jede fünfte Person in dieser Altersgruppe ist davon betroffen. Zwischen 45 und 64 Jahren dominieren die Wirbelsäulenbeschwerden mit mehr als 40 Prozent Betroffener in dieser Altersgruppe, gefolgt von Bluthochdruck und Allergien. Diese Leiden setzen sich in den höheren Altersgruppen fort, wenngleich Allergien abnehmen. Dafür kommen bei den 65- bis 84-Jährigen Arthrose, Arthritis, Rheumatismus (jede dritte Person in dieser Altersgruppe leidet darunter) dazu, sowie Osteoporose, Diabetes, Grauer Star und Harninkontinenz. Alle erwähnten Krankheiten nehmen mit dem Alter weiterhin zu. Dazu kommen bei Menschen mit 85 Jahren und mehr Angstzustände und Depression sowie Migräne oder häufige Kopfschmerzen hinzu. Diese Ergebnisse machen deutlich, dass die Entwicklung von gesundheitsfördernden Programmen, Beratungs- und Unterstützungsangeboten für ausgewählte chronischen Erkrankungen und Beschwerden sowie Maßnahmen zum Erhalt der Gesundheit bzw. zur Wiedererlangung von Beschwerdefreiheit und Steigerung der gesundheitlichen Lebensqualität notwendig sind. Der steigende Unterstützungsbedarf mit zunehmendem Alter bei den Lebensaktivitäten und Tätigkeiten wie Einkaufen, Hausarbeit, Gehen, Duschen und Essen ist ebenfalls über den Mikrozensus dokumentiert. Vor allem die Gruppe der Menschen mit 85 Jahren und mehr ist davon betroffen. Aufgrund der demografischen Entwicklung ist mit einer verstärkten Inanspruchnahme von pflegerischen Unterstützungsleistungen bei dieser Zielgruppe zu rechnen. Bei Kindern und Jugendlichen werden die oben skizzierten Zustände grundgelegt. Dies weist ebenfalls auf ein hohes Aktionspotenzial in Richtung Gesundheitsförderung und Prävention hin.

Durch die Kombination dieser Erkenntnisse lassen sich bereits heute die hoch komplexen Pflegesituationen von morgen vorstellen. Die Daten weisen schwerpunktmäßig auf altersinduzierte Bedarfslagen hin, gefördert durch die Entwicklung der Singlehaushalte und – vor allem bei Frauen – die soziale Benachteiligung als eine Folge von Migration. Das bedeutet im Umkehrschluss, dass sozialinduzierte Bedarfslagen bereits heute durch Maßnahmen abgeschwächt werden können.

5.4 Bedarfsdeckung

Für die pflegespezifische Bedarfsdeckung stehen derzeit Pflege- und Betreuungsberufe mit unterschiedlichen Pflegequalifikationen zur Verfügung. Die Beschreibung des Status quo dieser Berufe hinsichtlich Ausbildungskennzahlen und Personalausstattung gibt einen Überblick über die Deckung des Bedarfs. Das ausreichende Angebot an Pflegekräften wird maßgeblich vom Ausbildungsangebot und damit auch vom österreichischen Bildungssystem mitbestimmt. Die Anbindungsfrage für Ausbildungen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe an das Regel-Bildungssystem ist von Bedeutung. Zudem sind die (Aus)bildungsentscheidungen junger Menschen von zentralem Interesse, da viele unterschiedliche Bildungseinrichtungen konkurrierend um die kleiner werdende Zielgruppe bemüht sind.

5.4.1 Das Österreichische Bildungssystem

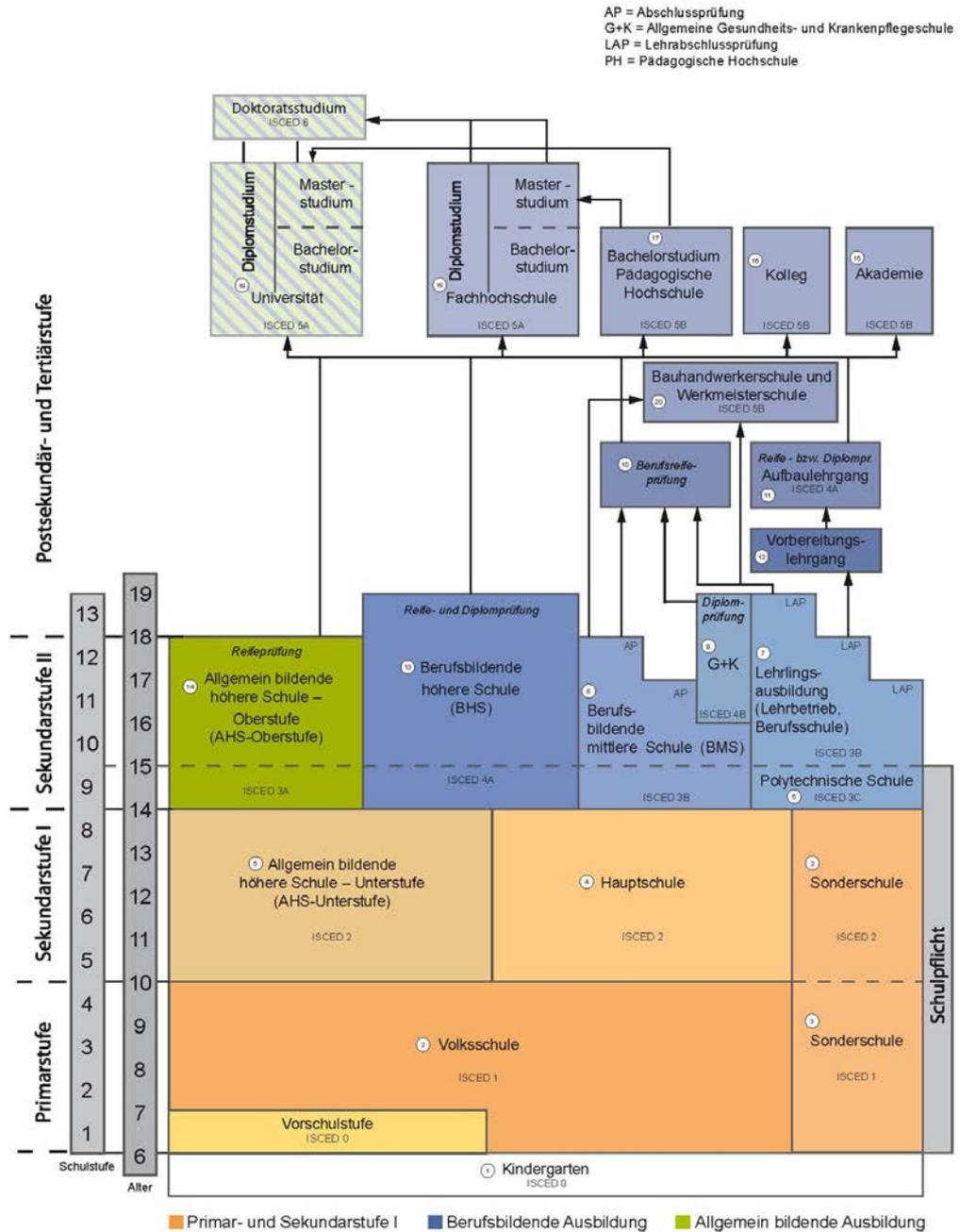
Das Österreichische Bildungssystem ist durch die allgemeine Schulpflicht bis zur 9. Schulstufe gekennzeichnet, nach dieser Schulstufe steht es jedem frei sich, für eine weitere schulische Karriere oder für eine Berufsausbildung zu entscheiden. Mit Ende der Volksschule (Primarstufe) beginnt die Ausbildung auf der Sekundarstufe, die über die allgemeine Schulpflicht hinaus wirkt und in der Regel mit dem Erwerb der Matura oder eines Berufes endet. Daran schließt die Postsekundärstufe bzw. der tertiäre Bildungsbereich an (vgl. Abbildung 5.15). Als postsekundäre Bildungseinrichtungen werden jene anerkannt, die Studien im Umfang von mindestens 180 Credit points nach dem European Credit Transfer System (ECTS) führen. Für die Zulassung zum Studium ist eine allgemeine Universitätsreife notwendig.

Nach dieser österreichischen Bildungssystematik bewegen sich die Pflegeausbildungen im Bereich der berufsbildenden mittleren Schulen oder werden wie die Gesundheits- und Krankenpflegesschulen als solche gesondert ausgewiesen (vgl. Abbildung 5.15). Die Ausbildungslandschaft für Pflegeberufe wird häufig durch ein hierarchisches oder Pyramidenmodell dargestellt. Die bildungslogische Hierarchie wurde in den letzten Jahren aufgelöst. Durch die Autonomie der Universitäten sowie die Entwicklung von

Privatuniversitäten und von Fachhochschulen hat in den letzten Jahren eine Dynamik eingesetzt, die zu einer völlig veränderten Pflege-Bildungslandschaft führte.

Klassisch und traditionell wird der gehobene Dienst in der Sekundarstufe II als Schule im Gesundheitswesen auf Diplomniveau ausgebildet. Daran angeschlossen haben sich die Spezialisierungen in Form von Sonderausbildungen auf Lehrgangs- oder Universitätslehrgangsniveau. Das GuK-Diplom war und ist dabei Zugangsvoraussetzungsanforderung. Heimhilfe-, Pflegehilfeausbildungen (HH, PH) sind auf Lehrgangsebene angesiedelt und die Absolventinnen/Absolventen erhalten ein Abschlusszeugnis. Fach- und Diplomsozialbetreuungsberufe (FSB, DSB) werden in Fachschulen bzw. berufsbildenden mittleren Schulen ausgebildet, verliehen wird ein Zeugnis oder ein Diplom. Das berufsberechtigte Diplom der Gesundheits- und Krankenpflege (DGKP) kann an der traditionellen Gesundheits- und Krankenpflegeschule sowie an Fachhochschulen erworben werden. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit in sogenannten 2in1-Modellen (Privatuniversitäten in Kooperation mit GuK-Schulen) sowohl den Bachelor in Pflegewissenschaften als auch das Diplom zu erhalten. Aufgrund der gegenwärtigen Entwicklungen ist es in Österreich auf Bachelorebene möglich, sowohl zum gehobenen Dienst (Grundausbildung) als auch für Lehr- und Führungsaufgaben sowie zum/zur Advanced Nurse Practitioner ausgebildet zu werden. Diese Ausbildungen finden sich ferner an Weiterbildungsuniversitäten, wo ein Weiterbildungsmaster verliehen wird und in Universitätslehrgängen, wo ein Titel entsprechend dem Lehrgang (akademisch geprüfte/e ...) verliehen wird. Auf Masterebene finden sich auch Management- und Lehrerausbildungen, allerdings setzen diese Ausbildungen, in Anlehnung an die Bologna-Architektur den ersten akademischen Grad auf Bachelorebene voraus. Spezialisierungen in patientennahen Aufgabenbereichen wie OP, Anästhesie, Intensiv, Hygiene, Nierenersatztherapie finden auf Lehrgangsebene außerhalb des tertiären Bildungssystems statt, erst wenige Ausbildungen werden universitär angeboten und enden mit einem Master. Für alle diese Spezialisierungen ist das GuK-Diplom Voraussetzung. Somit ist es derzeit möglich, dass auf formal gleicher Stufe (Bachelor) die berufliche Erstqualifikation sowie die Spezialisierungen für Lehr- und Führungsaufgaben erworben werden können. Auf universitärer Ebene gibt es die Möglichkeit, Gesundheits- und/oder Pflegewissenschaft (PFW) zu studieren, womit aber keine Berufsberechtigung in der Gesundheits- und Krankenpflege verbunden ist. Aufgrund des freien Hochschulzugang studieren an staatlichen Universitäten viele Personen ohne Grundausbildung in der GuK. Damit diese Personengruppe in der GuK tätig sein darf, muss sie eine eigens für sie entwickelte Teilzeitausbildung zum GuK-Diplom absolvieren. Diese wird derzeit am LKH Graz sowie vom KAV Wien angeboten (vgl. Abbildung 5.15).

Abbildung 5.15:
Das Österreichische Bildungssystem



Quelle und Darstellung: http://www.bic.at/downloads/at/brftipps/0_1_bildungssystem_de.pdf, 2011

5.4.2 Dynamik und Trends in der Bildungslandschaft

Im Bildungskontext sind mehrere Trends erkennbar: es gibt einen Trend zur höheren Bildung in der Bevölkerung, der sich am stetig steigenden Anteil der Personen, die eine Reifeprüfung ablegen, festmachen lässt. Ein anderer Indikator dafür ist der abnehmende Anteil an Personen mit Pflichtschulabschluss und der steigende Anteil an Personen mit tertiären Bildungsabschlüssen. Diese Trends wirken auf die Auswahl von Berufen, so wird der potenzielle Schüleranteil für die Pflegegrundausbildung, die derzeit sekundär angesiedelt ist, abnehmen. Parallel dazu könnten sich Interessierte eher für eine Ausbildung der MTD entscheiden, die seit kurzem an Fachhochschulen angeboten werden.

5.4.2.1 Schülerentwicklung im allgemeinen Bildungsbereich

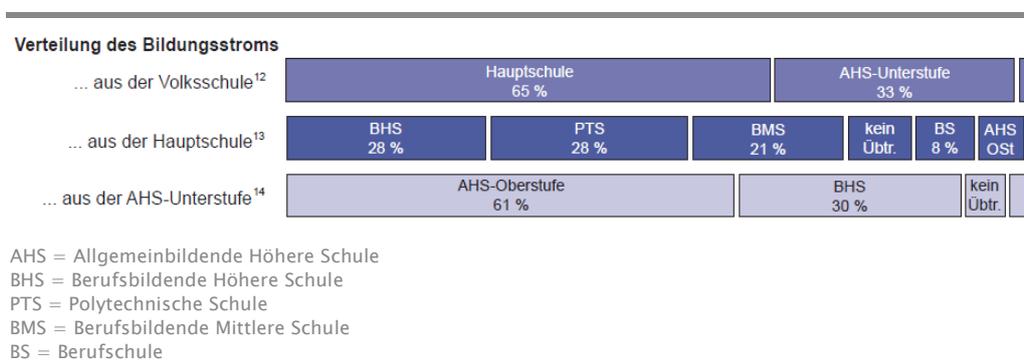
Die Auswahl der Bildungseinrichtung nach der vierten Schulstufe wird primär durch das Angebot und weniger durch individuelle Vorstellungen dominiert. Aus der Volksschule treten rund 65 Prozent der Schüler/innen in eine Hauptschule und 33 Prozent in die AHS-Unterstufe über. Nach der Hauptschule entscheiden sich 28 Prozent für eine BHS, 28 Prozent für eine polytechnische Schule, 21 Prozent für eine BMS und sechs Prozent für die AHS-Oberstufe. Acht Prozent treten direkt in eine Berufsausbildung über. An der AHS-Unterstufe schließen 61 Prozent die AHS-Oberstufe an, 30 Prozent treten in eine BHS über eine Minderheit von 1,7 Prozent wechselt in eine BMS, 0,5 Prozent in eine polytechnische Lehranstalt und 0,5 Prozent beginnen eine Lehre (Wintersteller 2009).

Interessant in diesem Zusammenhang ist auch die Frage, für welche Berufs- und damit Bildungseinrichtung entscheiden sich Jugendliche. Eine Befragung von Maturanten und Maturantinnen in Österreich hat gezeigt, dass zwei Drittel der Befragten mit einem Studium beginnen möchten, rund vier Prozent interessierten sich für medizinisch-technische Dienste. Rund 17 Prozent der Maturantinnen/Maturanten bewerten „Soziales“ als interessanten Fachbereich, bei Medizin und Gesundheit sind es 15 Prozent. Das Interesse ist zwischen den Geschlechtern ungleich verteilt. So interessieren sich acht Prozent der Maturanten und 24 Prozent der Maturantinnen für den Fachbereich „Soziales“ und acht Prozent der Maturanten und 20 Prozent der Maturantinnen für „Gesundheit/Medizin“. Auf die Frage nach den Ausbildungsinhalten nach der Matura werden folgende drei als die wichtigsten genannt: Rechtswissenschaften, Humanmedizin und medizinisch-technische Akademien (MTA). Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege ist an 13. Stelle zu finden. Dies korrespondiert auch mit den beliebtesten Zielberufen nach der Matura, diese sind: Physiotherapeut/in, Arzt/Ärztin

sowie Anwältin/Anwalt, Rechtsanwältin/–anwalt. Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege wird nicht mehr genannt (Nowak 2006)

Kemetmüller et al. führten im Maturajahrgang 2004/05 in Krems eine Befragung zur Attraktivität der Pflegeausbildung durch. 70 Prozent der befragten Personen zogen die Pflegeausbildung nicht in die nähere Berufswahl, 64 Prozent gaben an, Pflege als unattraktiven Beruf wahrzunehmen. Jedoch gab mehr als die Hälfte der Befragten an, dass es sich um einen gesellschaftlich wichtigen Beruf handle (Kemetmüller 2005, 85f).

Abbildung 5.16:
Schülerübertritte aus den und in die unterschiedlichen Ausbildungsmöglichkeiten

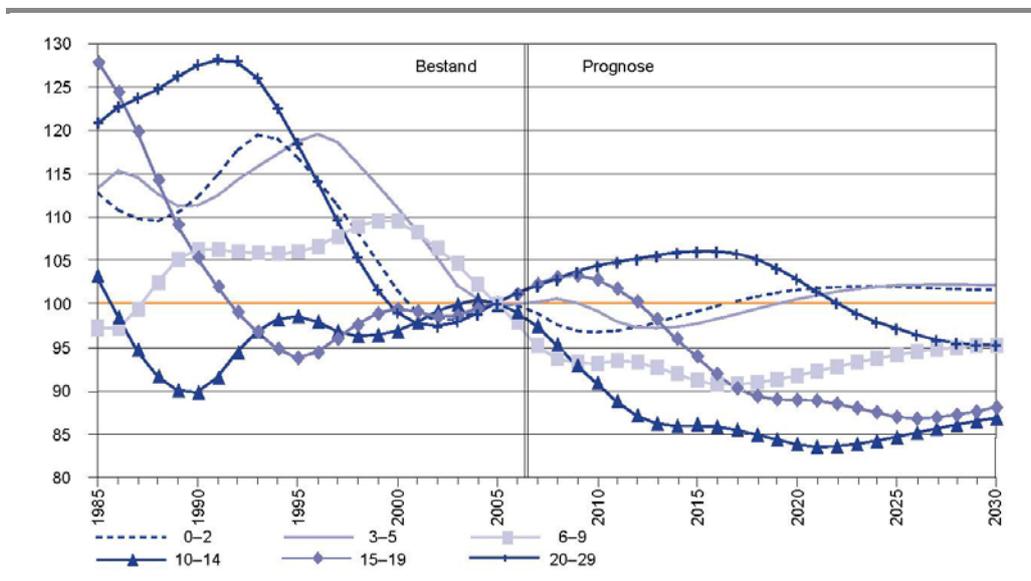


Quelle und Darstellung: Wintersteller 2009

Aufgrund des eingangs erwähnten positiven Wanderungssaldos wird die Bevölkerung auch weiterhin wachsen, daher wird es in den bildungsspezifischen Altersgruppen zu keinen dramatischen Veränderungen kommen. Allerdings werden abhängig vom Bildungsbereich unterschiedliche Entwicklungen prognostiziert. Während in den nächsten zehn bis 15 Jahren ein Rückgang von Kindern im Pflichtschulbereich erwartet wird, wird sich dieser Trend aufgrund der Tendenz zur höheren Bildung im höheren Bildungssegment nicht fortsetzen. Entlastungen werden im Bereich der Pflichtschulen sowie Sekundarstufen erwartet (vgl. Abbildung 5.17).

Abbildung 5.17:

Bevölkerungsentwicklung zwischen 1985 und 2030 nach bildungsspezifischen Altersgruppen (Index: 2005 = 100: Bevölkerungsprognose 2007)



Quelle und Darstellung: Lassnig/Vogtenhuber 2009a, 24

5.4.2.2 Hochschulzugangsquote und Vorbildung

Die Reifeprüfungsquote (Maturanzahl gemessen am Durchschnitt der Bevölkerung im Alter von 18 bis 19 Jahren) betrug 2006/07 39,1 Prozent. Zehn Jahre zuvor lag diese noch bei 24,9 Prozent. Während der Anteil der Maturanten etwa gleich blieb, ist der Anteil an Maturantinnen gestiegen. 2009/10 absolvierten 46,8 Prozent der 18 bis 19jährigen Frauen und der 33,4 Prozent der 18 bis 19jährigen Männer die Sekundarstufe II mit Reifeprüfung/Matura. Insgesamt 50 Prozent der Maturantinnen/Maturanten wechseln an die Universitäten. Seit den 1970er Jahren ist ein Zuwachs im tertiären Bildungsbereich zu verzeichnen. Die Entwicklung der Hochschulquote (ist der Anteil der inländischen Erstzulassungen im Wintersemester gemessen am durchschnittlichen Jahrgang der inländischen Gesamtbevölkerung im Anfängeralter von 18–21 Jahren) hat in den letzten Jahrzehnten deutlich zugenommen (vgl. Tabelle 5.10). 2005/06 nahm nahezu ein Drittel des Altersjahrgangs ein Studium auf. Was auffällt ist, dass der Anteil an Frauen im Laufe der Jahre den Anteil an männlichen Studierenden eingeholt hat.

Tabelle 5.10:

Entwicklung der Hochschulzugangquote an wissenschaftlichen Universitäten und Fachhochschulen von 1970/71 bis 2005/06, in Prozent

Wintersemester	wiss. Universitäten			FH-Studiengänge			Hochschulen gesamt		
	Männer	Frauen	gesamt	Männer	Frauen	gesamt	Männer	Frauen	gesamt
1970/71	13	6	9	-	-	-	13	6	9
1980/81	16	14	15	-	-	-	16	14	15
1990/91	22	21	21	-	-	-	22	21	21
2000/01	23	30	27	6	3	5	29	33	31
2005/06	20	28	24	9	7	8	29	35	32

Quelle und Darstellung: Lassnig/Vogtenhuber 2009b, 71

Die Vorbildung der Studierenden unterscheidet sich nach gewählter Bildungseinrichtung. Studierende an Universitäten verfügen zu 42 Prozent über einen AHS-, zu 27 Prozent über einen BHS-Abschluss, nur 1,6 Prozent sind Absolventinnen/Absolventen eine Bildungsanstalt oder Akademie und 2,8 Prozent legten eine Berufsreife-, Externistenreife- oder Studienberechtigungsprüfung ab. Anders bei Studierenden von Fachhochschulen, diese kommen zu 46 Prozent aus BHS Schulen, 31 Prozent verfügen über einen AHS-Abschluss, 1,4 Prozent sind Absolventinnen/Absolventen einer Bildungsanstalt oder Akademie und 6,9 Prozent legten eine Berufsreife-, Externistenreife- oder Studienberechtigungsprüfung ab (Lassnig/Vogtenhuber 2009b).

Mit Blick auf den Bildungsbereich für die Gesundheits- und Krankenpflegeberufe bedeutet dieser Trend, dass die Gruppe der Personen, die sich für eine berufliche Qualifikation außerhalb des Hochschulbereiches entscheiden, weiter abnehmen wird. Die Übertrittsquoten in die Hochschulen zeigen, dass vor allem der Anteil an Frauen in den letzten Jahren gestiegen ist. Hier könnte es zu zweierlei Auswirkungen auf die Nachfrage der Ausbildung zum gehobenen Dienst kommen. Erstens weisen steigende Übertrittsquoten in den tertiären Bildungsbereich auf eine abnehmende Nachfrage an nicht tertiär angesiedelten Ausbildungen hin bzw. müssen sekundär angesiedelte Ausbildungen um immer weniger Interessenten konkurrieren. Zweitens stellen Frauen nach wie vor den größten Anteil an Auszubildenden in den Gesundheits- und Krankenpflegeschulen dar. Darüber hinaus werden die benachbarten Ausbildungen für medizinisch-technische Dienste und Hebammen bereits an Fachhochschulen angeboten, ob und wie weit sich dies auf die Gesundheits- und Krankenpflege auswirken wird, kann nicht gesagt werden.

5.4.2.3 Europäischer und nationaler Qualifikationsrahmen

Die EU hat sich im Jahr 2000 mit den Lissabon-Zielen dazu verpflichtet, Europa als gemeinsamen politischen und wirtschaftlichen Raum zu stärken. Nachdem der Bildungsbereich dabei eine zentrale Rolle spielt, ist die Verbesserung der Transparenz von Qualifikationen und die Förderung lebenslangen Lernens Hauptbestandteil dieser Bemühungen. Seit dem Jahr 1999 gibt es mit dem Bologna-Prozess im Hochschulbereich klare Bestrebungen zur EU-weiten Zusammenarbeit und im Bereich der beruflichen Bildung werden mit dem Kopenhagen-Prozess seit 2002 ähnliche Bestrebungen gefördert. In diesem Kontext hat die Europäische Kommission die Entwicklung eines europäischen Qualifikationsrahmens (EQR) für lebenslanges Lernen gestartet, um die unterschiedlichen Qualifikationssysteme in Europa vergleichbar zu machen. Den Kern des EQR bilden acht Referenzniveaus, die das gesamte Spektrum möglicher Qualifikationen von der Basisbildung bis zur höchsten Ebene akademischer und beruflicher Bildung umfassen und die anhand von Lernergebnissen charakterisiert sind. Damit sollen Qualifikationen nicht mehr ausschließlich formale Bildungsabschlüsse und Lerninhalte, sondern über Lernergebnisse vergleichbar gemacht werden. Seit 2006 wird in Österreich an der Implementierung des EQR gearbeitet. Bis Ende 2010 sollten alle Qualifikationen des formalen Bildungssystems dem nationalen Qualifikationsrahmen (NQR) zugeordnet sein. Gleichzeitig sollten erste Schritte zur Darstellung von Qualifikationen im nicht formalen und informellen Bereich gesetzt werden. Bis spätestens 2012 sollten auf allen neu auszugebenden Zertifikaten und Dokumenten die Informationen zum jeweiligen EQR-Niveau angegeben sein (Konsultationspapier NQR 2008).

5.4.3 Ausbildung Gesundheits- und Pflegeberufe

Im Jahrbuch der Gesundheitsstatistik der Statistik Austria (Statistik Austria 2008e) werden jährlich Daten zu Gesundheits- und Krankenpflegeschulen sowie die Anzahl der Schüler/innen sowie Absolventinnen und Absolventen in der Grundausbildung bzw. zu einigen Sonderausbildungen veröffentlicht. Weitere Daten zur Geschlechter- bzw. Altersstruktur, der Herkunft und den Ausbildungsabbrüchen müssen direkt von der Statistik Austria bezogen werden. Dasselbe gilt für Daten zum tertiären Bildungssektor, wozu folgende Ausbildungstypen zählen: Studiengänge an Fachhochschulen, Universitätsstudien, Universitätslehrgänge oder auch Lehrgänge mit universitärem Charakter.

In den folgenden Aufstellungen wird zwischen den dem Schulwesen zugerechneten Gesundheits- und Krankenpflegeschulen sowie dem tertiären Bildungssektor differenziert. Diese Unterscheidung bietet sich an, weil die entsprechenden Daten auf unter-

schiedliche Weise erhoben werden und nicht in allen Punkten problemlos miteinander vergleichbar sind. So sind beispielsweise die Daten zu den Studienabschlüssen im tertiären Bildungsbereich mit größeren Inkonsistenzen behaftet, weshalb wir hierfür auch auf eine Auswertung verzichtet haben.

Im sekundären Bildungsbereich werden die einzelnen Schulen in der Statistik zu Schulformen zusammengefasst, wobei zwischen Grundausbildungen (GAB) und Sonderausbildungen (SAB) zu unterscheiden ist (vgl. Tabelle A 1 im Anhang).

Der Titel „Grundausbildung an Gesundheits- und Krankenpflegesschulen“ umfasst folgende vier Schulformen:

- » Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege
- » Kinder- und Jugendlichenpflege (spezielle Grundausbildung sowie, falls nicht anders angeführt, die äquivalente Sonderausbildung)
- » Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege (spezielle Grundausbildung sowie, falls nicht anders angeführt, die äquivalente Sonderausbildung)
- » Pflegehilfe

Die folgenden vier Sonderausbildungen werden in §§ 68 bis 70 GuKG definiert:

- » Sonderausbildung in der Intensivpflege
- » Sonderausbildung in der Anästhesiepflege
- » Sonderausbildung in der Pflege bei Nierenersatztherapie
- » Sonderausbildung in der Pflege im Operationsbereich
- » Sonderausbildung in der Krankenhaushygiene

Dazu kommen folgende zwei Kategorien, die andere nicht explizit definierte Sonderausbildungen (das könnten beispielsweise als Kurse angebotene Teile von Lehrgängen sein) sowie Weiterbildungen umfassen:

- » Sonstige Sonderausbildungen in der Gesundheits- und Krankenpflege
(das sind: spezielle Zusatzausbildung in der Intensivpflege, kombinierte Basisausbildung in der Intensivpflege, Anästhesiepflege und Pflege bei Nierenersatztherapie, Ausbildung in der Kinderintensivpflege)
- » Weiterbildung für Gesundheits- und Krankenpflegeberufe

Folgende zwei Sonderausbildungen, die in § 72 bzw. § 73 GuKG definiert sind, werden fallweise getrennt von den eben genannten Schulformen ausgewertet:

- » Sonderausbildung für Lehraufgaben in der Gesundheits- und Krankenpflege
- » Sonderausbildung für Führungsaufgaben in der Gesundheits- und Krankenpflege

Die Sonderausbildungen *Kinder- und Jugendlichenpflege* sowie *psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege* werden für den vorliegenden Bericht, wie bereits

erwähnt, in die entsprechenden Grundausbildungen einberechnet, da sie wie auch die speziellen Grundausbildungen zur Berufsausübung in den entsprechenden Fächern berechtigen.

Im tertiären Bildungsbereich wird in der folgenden Auswertung zwischen zwei großen Gruppen unterschieden:

- a) Studienrichtungen und Lehrgänge an Fachhochschulen und Universitäten, die entweder zum Erwerb des Diploms in Gesundheits- und Krankenpflege führen und jenen, die gemäß GuK-LFV (GuK-LFV a), das GuKP-Diplom voraussetzen. Diese sind:

Grundausbildung FH: Die Daten beschränken sich gegenwärtig auf den Studiengang am FH-Campus Wien

- b) Führungsaufgaben: Unter diesem Titel werden die gemäß § 10 und Anlage 7 GuK-LFV gleichgehaltenen Universitäts- und Fachhochschulausbildungen subsumiert, die den Besitz des Gesundheits- und Krankenpflegediploms für die Aufnahme in die Ausbildung voraussetzen.

Lehraufgaben: Unter diesem Titel werden die gemäß § 9 und Anlage 6 GuK-LFV gleichgehaltenen Universitäts- und Fachhochschulausbildungen subsumiert, die den Besitz des Gesundheits- und Krankenpflegediploms für die Aufnahme in die Ausbildung voraussetzen.

- c) Eine weitere Gruppe stellen jene Studienrichtungen und Lehrgänge an Fachhochschulen und Universitäten dar, die in der GuK-LFV angeführt sind, und die das GuKP-Diplom nicht zwingend voraussetzen (d. h. für eine große Gruppe an Interessierten offen sind - und daher als Mischform bezeichnet werden) sowie jene, die fachlich verschiedene Bereiche der Pflege berühren. Diese umfassen:

Führungsaufgaben (Mischform): Unter diesem Titel werden die in der GuK-LFV angeführten Universitäts- und Fachhochschulausbildungen für Führungsaufgaben subsumiert, die den Besitz des Gesundheits- und Krankenpflegediploms für die Aufnahme in die Ausbildung NICHT voraussetzen bzw. auch für andere Personengruppen gedacht sind.

Lehraufgaben (Mischform): Unter diesem Titel werden die in der GuK-LFV angeführten Universitäts- und Fachhochschulausbildungen für Lehraufgaben subsumiert, die den Besitz des Gesundheits- und Krankenpflegediploms für die Aufnahme in die Ausbildung NICHT voraussetzen bzw. auch für andere Personengruppen gedacht sind.

Weiterbildungen für Gesundheitsförderung und Public Health: umfasst jene universitär angebotenen Lehrgänge, die in einem fachlichen Bezug zum gehobenen Dienst stehen und für Pflegepersonen offen sind, sich fachlich mit den Themen Gesundheitsförderung und Public Health beschäftigen.

Weiterbildung Palliative Care umfasst jene universitär angebotenen Lehrgänge, die in einem fachlichen Bezug zum gehobenen Dienst stehen, für Pflegepersonen offen sind und sich fachlich mit den Themen Palliative Care beschäftigen.

Weiterbildung Gerontologie: umfasst jene universitär angebotenen Lehrgänge, die in einem fachlichen Bezug zum gehobenen Dienst stehen, für Pflegepersonen offen sind und sich fachlich mit den Themen Gerontologie beschäftigen.

Weiterbildung andere: umfasst jene universitär angebotenen Lehrgänge, die in einem fachlichen Bezug zum gehobenen Dienst stehen, für Pflegepersonen offen sind, aber keiner eindeutigen Kategorie zugeordnet werden können.

Pflegewissenschaft: umfasst Studiengänge wie Gesundheits- und/oder Pflegewissenschaft als eigenständige Studienrichtungen (individuelles Diplomstudium, Bachelor oder Masterstudium) sowie Kombinationsstudiengänge (Pflegegrundausbildung und Bachelorstudium).

Management, ohne Gleichhaltung: darunter sind Lehrgänge und Fachhochschulstudiengänge zusammengefasst, die einen eindeutigen Pflegebezug aufweisen, aber nicht in der GuK-LFV angeführt sind bzw. Studiengänge mit der Bezeichnung „Gesundheitsmanagement“ an Fachhochschulen.

Die genaue Zuordnung einzelner Studienformen zu diesen Kategorien ist Tabelle A 2 im Anhang zu entnehmen.

Für die Gesundheits- und Krankenpflegesschulen sind neben Angaben zum Geschlecht und Alter der Schüler/innen auch deren Nationalität sowie der Status beim Abschluss (Abbruch, Absolvierung) zugänglich.

Die Daten aus dem tertiären Bildungssektor sind prinzipiell umfangreicher, allerdings gibt es leichte Unterschiede in der Dokumentation der einzelnen Ausbildungstypen. Angaben zum Geschlecht, dem Alter sowie der Nationalität der Studierenden werden durchgehend erhoben. Zudem sind Daten zum Herkunftsbundesland für Studierende mit österreichischer Staatsbürgerschaft verfügbar.

Im Folgenden wird zunächst ein Überblick über die Anzahl der Einrichtungen (nur sekundärer Bereich), die Anzahl der Schüler/innen bzw. Studierenden sowie der Absolventinnen und Absolventen gegeben. Nach diesem ersten Überblick wird die Geschlechterverteilung der Schüler/innen bzw. Studierenden dargestellt.

In weiterer Folge werden die Altersstruktur sowie die Herkunft – verstanden als Nationalität – der Schüler/innen bzw. Studierenden diskutiert. Für die Gesundheits- und Krankenpflegesschulen werden abschließend auch noch die Ausbildungsabbrüche aufgezeigt.

5.4.3.1 Gesundheits- und Krankenpflegeschulen sowie Pflegehilflehrgänge

Dieser Abschnitt soll eine erste Übersicht über die Anzahl der Bildungseinrichtungen, der Schüler/innen sowie der Absolventinnen und Absolventen bieten. Die Angaben zu den Grundausbildungen an Gesundheits- und Krankenpflegeschulen sowie Pflegehilflehrgängen aus den Jahren 2000 bis 2008 basieren auf in den Jahrbüchern der Gesundheitsstatistik publizierten Zahlen – wobei die Jahreszahl jeweils das Jahr bezeichnet, in dem das Schuljahr beginnt. Die Angaben zu den Grundausbildungen und Pflegehilflehrgängen aus den Jahren 2009 bis 2010 und den Sonderausbildungen wurden aus Daten der Statistik Austria berechnet. Es kann daher gegenüber den in zukünftigen Jahrbüchern der Gesundheitsstatistik publizierten Zahlen zu geringen Abweichungen kommen.

Ein direkter Abgleich der Schüler- bzw. Studierendenzahlen mit den Absolventenzahlen zur Berechnung von Abbruchquoten, wie er sich auf den ersten Blick vielleicht anbieten würde, ist nicht möglich, da die Ausbildungen mehrere Jahre dauern können und die Bestandszahlen Studierende/Schüler/innen aus mehreren Jahrgängen umfassen. Das gilt auch für die Sonderausbildungen an Gesundheits- und Krankenpflegeschulen, für die nominal ein Jahr veranschlagt ist, die aber oft berufsbegleitend durchgeführt werden, was de facto eine längere Ausbildungszeit zur Folge hat.

In den Jahren 2000 bis 2010 wurden an 61 bis 65 Gesundheits- und Krankenpflegeschulen zwischen 9.233 und 11.916 Schüler/innen in *allgemeiner Gesundheits- und Krankenpflege* ausgebildet – siehe dazu Tabelle 5.11. Während die Zahl der Bildungseinrichtungen über diesen Zeitraum stabil geblieben ist, lassen die Schülerzahlen einen Aufwärtstrend erkennen. Da die Schulstatistik mit dem Jahr 2003 infolge des Inkrafttretens des Bildungsdokumentationsgesetzes einer Änderung unterzogen wurde, beschränken wir uns mit Aussagen über Trends jedoch auf die Jahre nach 2003. Durchschnittlich nahm die Anzahl der Schüler/innen in allen Ausbildungsjahren zwischen 2003 und 2010 jährlich um 323 Personen zu. Die Zahl der Absolventinnen und Absolventen stieg im selben Zeitraum um 161 Personen. Die Steigerungsrate der Absolventinnen und Absolventen ist geringer, weil es sich um eine mehrjährige Ausbildung handelt.

Bei der Ausbildung zur *Kinder- und Jugendlichenpflege* wird zwischen der speziellen Grundausbildung und der Sonderausbildung, die eine abgeschlossene Grundausbildung voraussetzt, unterschieden. Die Daten zur Sonderausbildung beruhen auf eigenen Berechnungen auf Basis der zum Februar 2012 aktuellen Daten zur Schulstatistik der Statistik Austria. Sowohl die Schüler- wie auch die Absolventenzahlen lassen größere Schwankungen erkennen, was möglicherweise mit dem Ausbildungsmodus und kurzfristigen Änderungen im Lehrangebot erklärt werden kann. Insgesamt ist bei

den Schülerzahlen in der speziellen Grundausbildung für die Jahre 2003 bis 2010 eine Zunahme von durchschnittlich etwa 18 Personen pro Jahr festzustellen, wobei die Werte zwischen 315 und 492 Schülerinnen/Schülern liegen. Während die Gesamtzahl der Schüler/innen in der entsprechenden Sonderausbildung mit 38 bis 198 Personen deutlich geringer ist, fällt die durchschnittliche Steigerungsrate ähnlich hoch aus. Interessant ist, dass die Absolventenrate und auch die Steigerungsrate bei der Sonderausbildung vergleichsweise höher als bei speziellen Grundausbildung ist.

Die Ausbildung in *psychiatrischer Gesundheits- und Krankenpflege* ist ebenfalls in eine spezielle Grundausbildung und eine Sonderausbildung unterteilt. Die Anzahl an Einrichtungen, die eine solche Grundausbildung anbieten, ist über den gesamten Beobachtungszeitraum vergleichsweise konstant und schwankt zwischen acht und elf Einrichtungen. In den Jahren 2003 bis 2010 haben etwa jeweils 820 Schüler/innen die spezielle Grundausbildung und durchschnittlich 152 die Sonderausbildung gewählt. Die Absolventenzahlen der Grundausbildung schwanken im Zeitraum vom Jahr 2000 bis 2009 deutlich zwischen 124 und 226 Schüler/innen, wobei die Absolventenzahl durchschnittlich um 10 Personen pro Jahr zunimmt. Bei der Sonderausbildung sind die Studierenden- und Absolventenzahlen hingegen vergleichsweise stabil.

Die Ausbildung zur *Pflegehilfe* hat in den Jahren 2000 bis 2006 eine kontinuierliche Ausweitung der Anbieter erfahren. So ist die Zahl der Bildungseinrichtungen von 26 im Jahr 2000 auf 77 im Jahr 2006 gestiegen, um bis zum Jahr 2008 wieder auf 62 Einrichtungen zu fallen. Die Zahl der Auszubildenden schwankt zwischen den Jahren 2003 und 2010 deutlich zwischen 2.682 und 4.323 Personen, wobei die Teilnehmerzahl insgesamt vergleichsweise konstant bleibt. Die Zahl der Absolventinnen und Absolventen ist hingegen um jährlich durchschnittlich 17 Personen von 613 im Jahr 2000 auf 1.317 im Jahr 2010 gestiegen, wobei vorläufig der Höhepunkt im Jahr 2004 mit 2.206 Absolventen und Absolventinnen erreicht war.

Insbesondere in den Kategorien *Sonderausbildung intensiv, sonstige Sonderausbildungen* sowie *Weiterbildungen* (vgl. Tabelle 5.12 und Tabelle 5.13) nahmen in den Jahren 2003 bis 2010 die Schüler- wie auch Absolventenzahlen zu. Die Schülerzahlen der meisten anderen Sonderausbildungen stiegen, wenn auch in geringerem Maß. Einzig bei den Sonderausbildungen *Anästhesie* und *Lehraufgaben* ist ein Rückgang von durchschnittlich vier bis fünf Schülerinnen/Schülern pro Jahr zu verzeichnen. In beiden Fällen hat das jedoch keine negativen Auswirkungen auf die Absolventenzahlen, weshalb man eine gezieltere Rekrutierung der Schüler/innen oder aber eine Erleichterung der Ausbildungen unterstellen könnte.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass alle Grundausbildungen im Sekundärbereich und die meisten Sonderausbildungen für die Jahre 2003 bis 2010 eine Zunahme an Schüler- und Absolventenzahlen aufweisen, wobei die Zahl der Ausbildungseinrichtungen tendenziell gleich geblieben ist. Lediglich bei Pflegehelferlehrgängen fällt der

Anstieg weniger eindeutig aus. Bei den Sonderausbildungen lässt sich für den Untersuchungszeitraum ein geringfügiger Rückgang der Schülerzahlen erkennen, was auf angebotsbezogene Schwankungen zurückgeführt werden könnte, wobei die Absolventenzahlen auch hier zumindest stabil bleiben.

Tabelle 5.11:

Anzahl Einrichtungen/Schüler/Absolventen 2000–2010 (Gesundheits- und Krankenpflegeschulen sowie Pflegehilfelehrgänge)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Δ ¹
Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege												
Einrichtungen	62	61	62	61	64	64	65	64	65			
Schüler/innen				9.233	10.281	10.956	11.182	11.531	11.373	11.563	11.916	323,19
Absolventinnen/ Absolventen	2.175	1.717	1.841	1.810	2.514	2.274	2.544	2.552	2.992	2528		160,75
Kinder- und Jugendlichenpflege (spezielle Grundausbildung)												
Einrichtungen	5	6	8	5	5	5	6	5	5			
Schüler/innen				315	392	332	371	363	412	411	492	18,50
Absolventinnen/ Absolventen	88	108	89	57	136	76	81	96	117	77		4,07
Kinder- und Jugendlichenpflege (Sonderausbildung)												
Schüler/innen				109	38	57	122	136	164	198	182	19,60
Absolventinnen/ Absolventen				66	61	35	92	74	92	127		10,50
Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege (spezielle Grundausbildung)												
Einrichtungen	10	10	10	8	9	9	9	9	9			
Schüler/innen				667	819	842	845	840	819	884	852	19,38
Absolventinnen/ Absolventen	154	151	146	124	250	146	226	180	215	191		9,64
Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege (Sonderausbildung)												
Schüler/innen				134	113	147	188	202	156	120	155	2,65
Absolventinnen/ Absolventen				66	81	70	89	96	118	57		1,86
Pflegehilfelehrgang												
Einrichtungen	29	30	30	68	75	71	77	69	62			
Schüler/innen				3.643	3.987	4.265	3.789	2.682	2.638	3.878	4.323	-2,07
Absolventinnen/ Absolventen	613	536	650	1.047	2.206	1.972	1.907	2.070	1.566	1.317		16,86

¹ = In der mit "Δ" gekennzeichneten Spalte ist die durchschnittliche jährliche Veränderung aufgelistet – hier verstanden als Steigung einer einfachen Regressionsgeraden, d. h. einer Geraden, die sich möglichst gut an die Daten anzugleichen und dabei die vertikalen Abstände zu den Datenpunkten zu minimieren versucht. Die Werte sind als durchschnittliche Schülerzahl bzw. Anzahl von Bildungseinrichtungen zu verstehen. Die Steigerung wurde wegen einer Änderung der Statistik infolge des Inkrafttretens des Bildungsdokumentationsgesetzes nur für die Jahre 2003 bis 2010 berechnet.

Quelle: Statistik Austria – Jahrbuch der Gesundheitsstatistik und
Spezialauswertung der Statistik Austria – Schulstatistik
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle 5.12:
Anzahl Schüler/Absolventen in ausgewählten Sonderausbildungen 2003–2010
(Gesundheits- und Krankenpflegeschulen)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Δ^1
Sonstige Sonderausbildung									
Schüler/innen	53	72		198	273	297	281	266	36,58
Absolventinnen/Absolventen	9	53	43	78	149	251	195		37,86
Sonderausbildung Intensiv									
Schüler/innen	479	494	416	501	562	594	569	635	24,55
Absolventinnen/Absolventen	239	340	317	314	477	507	414		36,39
Sonderausbildung Anästhesie									
Schüler/innen	78	81	82	69	62	60	63	42	-4,94
Absolventinnen/Absolventen	57	67	40	57	59	69	57		0,82
Sonderausbildung Nierenersatz									
Schüler/innen	43	36	39	40	69	72	62	61	4,57
Absolventinnen/Absolventen	28	21	48	42	40	50	75		6,82
Sonderausbildung OP									
Schüler/innen	200	215	167	189	202	235	203	282	8,70
Absolventinnen/Absolventen	65	160	142	105	132	224	148		13,11
Sonderausbildung Hygiene									
Schüler/innen	42	25	25	43	37	78	67	46	4,65
Absolventinnen/Absolventen	25	18	25		42	36	42		3,71
Weiterbildungen									
Schüler/innen	778	896	890	857	1.158	1211	1338	1513	102,61
Absolventinnen/Absolventen	587	624	892	668	647	1038	792		42,79

¹ = Die Änderungsrate wird wieder als Steigung der Regressionsgeraden, d. h. einer Geraden, die sich möglichst gut an die Daten anzugleichen und dabei die vertikalen Abstände zu den Datenpunkten zu minimieren versucht, verstanden und für die Jahre 2003 bis 2010 berechnet. Die Werte sind als durchschnittliche Schülerzahl zu verstehen.

Quelle: Spezialauswertung der Statistik Austria – Schulstatistik
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle 5.13:

Anzahl Schüler/Absolventen in Sonderausbildung Lehr- und Führungsaufgaben
2003–2010 (Gesundheits- und Krankenpflegesschulen)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Δ^1
Sonderausbildung Lehraufgaben									
Schüler/innen	104	40	61	60	63	47	50	53	-4,12
Absolventinnen/Absolventen	16	51	15	24	47	37	49		3,68
Sonderausbildung Führungsaufgaben									
Schüler/innen	110	190	75	178	194	214	231	252	19,43
Absolventinnen/Absolventen	64	55	93	34	128	111	53		4,07

¹ = Die Änderungsrate wird wieder als Steigung der Regressionsgeraden, d. h. einer Geraden, die sich möglichst gut an die Daten anzugleichen und dabei die vertikalen Abstände zu den Datenpunkten zu minimieren versucht, verstanden und für die Jahre 2003 bis 2010 berechnet. Die Werte sind als durchschnittliche Schülerzahl zu verstehen.

Quelle: Spezialauswertung der Statistik Austria – Schulstatistik
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

5.4.3.2 Tertiärer Bildungssektor

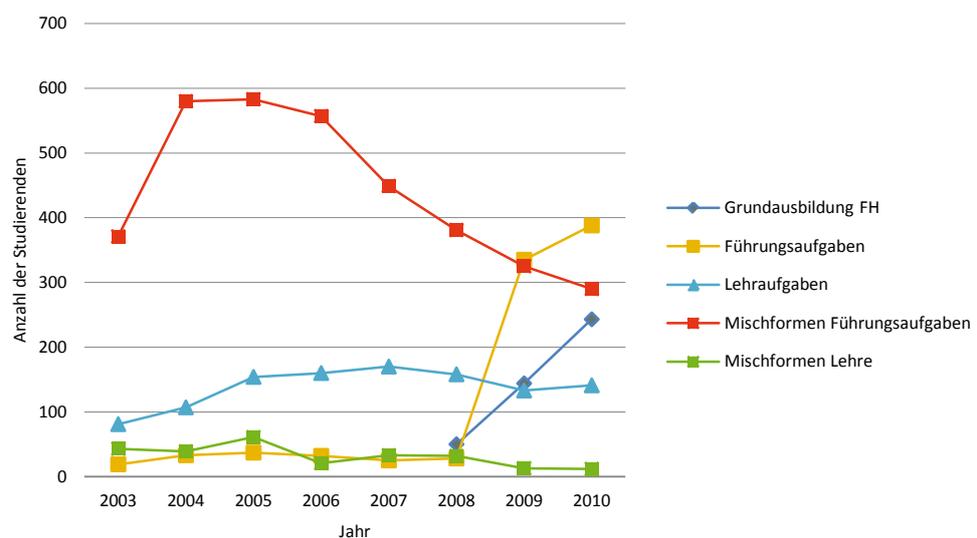
Die Daten aus dem tertiären Bildungssektor sind oft lückenhaft und machen es daher kaum möglich, auf der Ebene einzelner Studienformen Entwicklungstendenzen zu beurteilen. Eine zusätzliche Schwierigkeit ergibt sich daraus, dass Studiengänge in kürzeren Abfolgen ersetzt werden, wodurch sich die Kennzeichnung und der Titel ändern. Deshalb werden die einzelnen Studiengänge zu zehn Kategorien zusammengefasst. Die genaue Zuordnung einzelner Studienformen zu diesen Kategorien ist Tabelle A 2 im Anhang zu entnehmen.

Die Grundausbildung zur allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege ist erst seit dem Jahr 2008 an Fachhochschulen gesetzlich verankert. Infolge der Einführung neuer Studiengänge hat sich die Studierendenzahl von 50 im Jahr 2008 auf 243 im Jahr 2010 beinahe verfünffacht – vgl. Abbildung 5.18. Ebenso erfuhren gleichgehaltene Ausbildungen für Führungsaufgaben einen markanten Anstieg, wohingegen die Studentenzahlen bei gleichgehaltenen Ausbildungen für Lehraufgaben stabil blieben. Mischformen nahmen hingegen ab.

Bei den nicht gleichgehaltenen Ausbildungen (siehe Abbildung 5.19) haben insbesondere nicht gleichgehaltene Management-Weiterbildungen einen annähernd stetigen Anstieg erfahren. Das Studium der Pflegewissenschaft verzeichnet seit dem Jahr 2006 stetig abnehmende Studentenzahlen. Es wird sich zeigen, inwiefern neu eingeführte Studiengänge diesen Trend umzukehren vermögen.

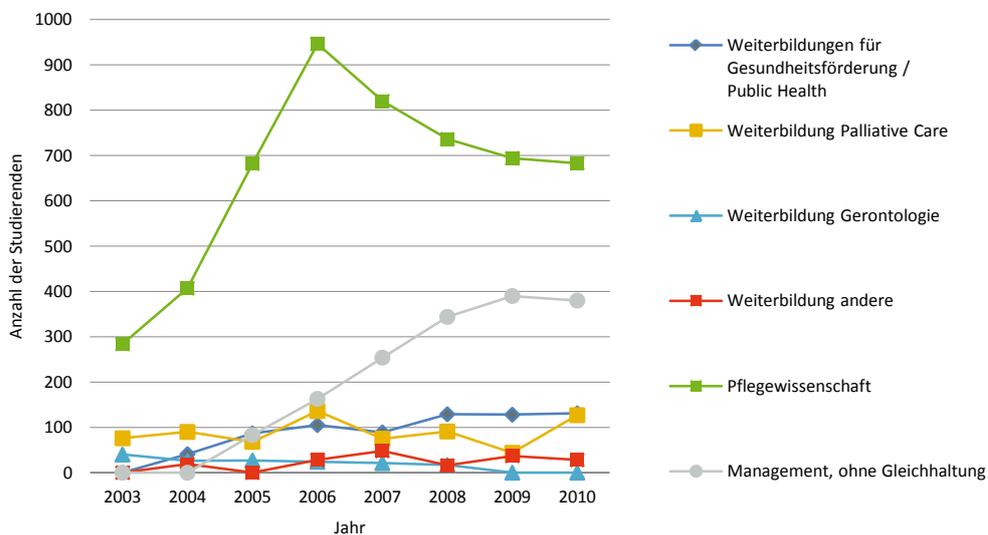
In den vergangenen Jahren war der tertiäre Bildungssektor durch die Umstellung auf dreistufige Universitätsstudien sowie eine Ausweitung der Bildungseinrichtungen zahlreichen Änderungen unterworfen. Dabei ist nicht nur von Interesse, inwiefern Ausbildungen an Universitäten bzw. Fachhochschulen jene an Gesundheits- und Krankenpflegeschulen ersetzen, sondern auch wie sich die einzelnen Studientypen zueinander im Zeitverlauf entwickeln – vgl. Abbildung 5.20. Es zeigt sich, dass die Studentenzahl in relevanten Universitätsstudien seit dem Jahr 2006 rückläufig ist, was mit dem Auslaufen des individuellen Diplomstudiums Pflegewissenschaft an der Universität Wien zusammenhängt. Andererseits nehmen die Student/innen in Studiengängen an Fachhochschulen sowie Privatuniversitäten kontinuierlich zu. Dies beinhaltet jedoch auch in diesem Bericht als „Mischformen“ bezeichnete Studiengänge, die prinzipiell auch Nicht-Pflegepersonen offenstehen.

Abbildung 5.18:
Studentenzahlen 2003–2010: Grundausbildung FH und gleich gehaltene Studienformen (tertiärer Bildungssektor)



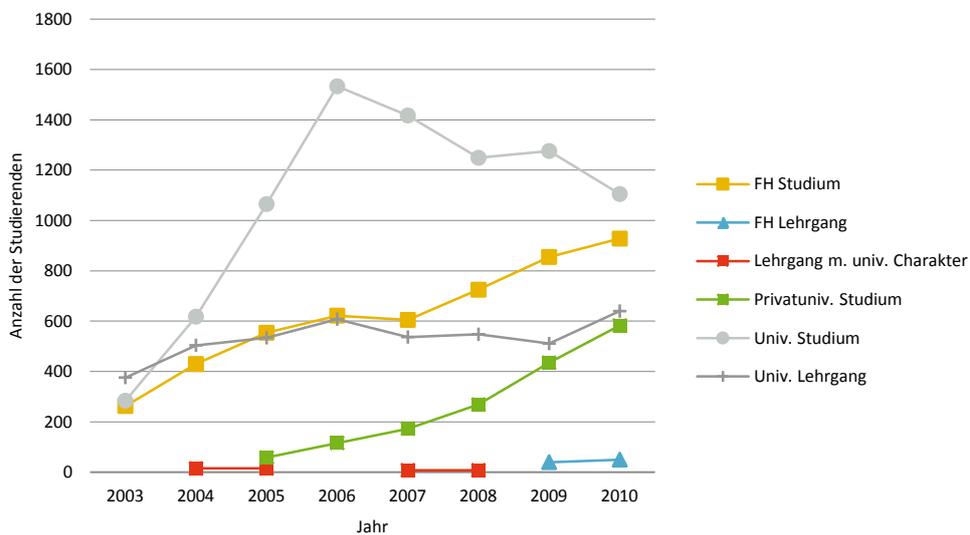
Quelle: Spezialauswertung der Statistik Austria – Hochschulstatistik
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 5.19:
Studentenzahlen 2003–2010: Nicht gleich gehaltene Studienformen (tertiärer
Bildungssektor)



Quelle, Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 5.20:
Studentenzahlen 2003–2010 je Studientyp (tertiärer Bildungssektor)



Quelle: Spezialauswertung der Statistik Austria – Hochschulstatistik
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

5.4.3.3 Geschlechterverteilung

Der Großteil der Schüler/innen und Studierenden in Ausbildungen der Gesundheits- und Krankenpflege sind Frauen. Dem entspricht die Geschlechterverteilung in Ausbildungen zu Sozialberufen an sozialberuflichen Schulen, deren Schülerschaft zu 82,6 Prozent aus Frauen und zu 17,4 Prozent aus Männern besteht (Statistik Austria, 2009c).

Die in diesem Abschnitt präsentierten Daten zur Geschlechterverteilung basieren auf dem Datenstand vom Februar 2012, weshalb es im Detail zu kleineren Abweichungen zu den im Jahrbuch der Gesundheitsstatistik angeführten Summen kommen kann. Für die *Kinder- und Jugendlichenpflege* sowie die *psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege* sind im Folgenden spezielle Grundausbildungen und Sonderausbildungen zusammengerechnet.

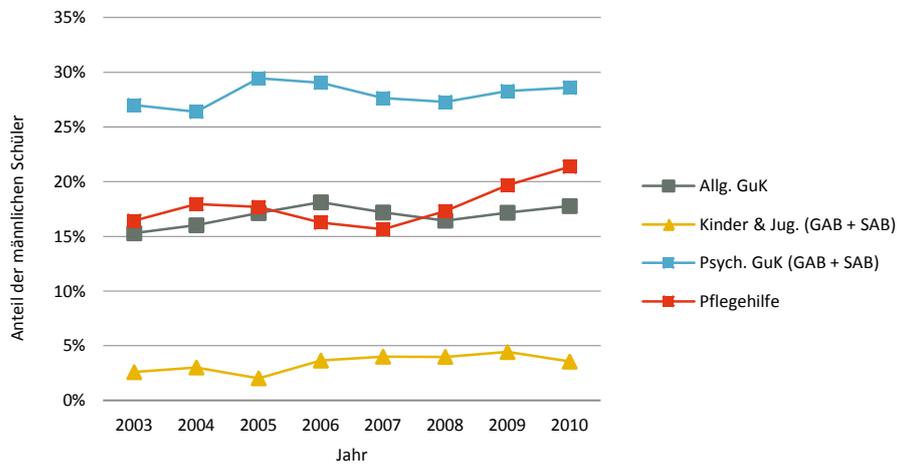
Gesundheits- und Krankenpflegeschulen sowie Pflegehilflehrgänge

Bei der Grundausbildung an Gesundheits- und Krankenpflegeschulen zeigen sich deutliche Unterschiede im Anteil männlicher Schüler zwischen den einzelnen Schulformen (Abbildung 5.21). So ist der Anteil männlicher Schüler an der *psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege* mit durchschnittlich 28 Prozent am höchsten. An der *allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege* sowie der *Pflegehilfe* beträgt dieser Anteil durchschnittlich 17 Prozent. Anders sieht das Bild bei der *Kinder- und Jugendlichenpflege* aus, wo der Anteil männlicher Schüler lediglich drei Prozent beträgt, weshalb dieser Bereich als reiner Frauenberuf gelten darf. Die Geschlechterverteilung ist bei allen Grundausbildungen über den Berichtszeitraum hinweg mit nur wenigen Prozent Schwankungsbreite relativ stabil.

Schwieriger ist die Interpretation der Anteilswerte bei den Sonderausbildungen (vgl. Abbildung 5.22 und Abbildung 5.23). Wegen der geringeren Fallzahlen kann es hier zu größeren Schwankungen von Anteilswerten kommen, die sich in der grafischen Darstellung in Zick-Zack-Linien zeigen. Mit 29 Prozent ist der Anteilswert der männlichen Studenten bei der *Sonderausbildung in der Anästhesiepflege* am höchsten. Bei *Krankenhaushygiene* sowie *Intensivpflege* beträgt der Anteil jeweils rund 23 Prozent und bei der Pflege bei *Nierenersatztherapie* 17 Prozent bzw. im *Operationsbereich* 16 Prozent.

Insgesamt scheint das Geschlechterverhältnis über den Zeitverlauf hin insbesondere bei den Grundausbildungen relativ konstant zu bleiben. Interessant sind jedoch die Unterschiede zwischen den einzelnen Ausbildungsformen.

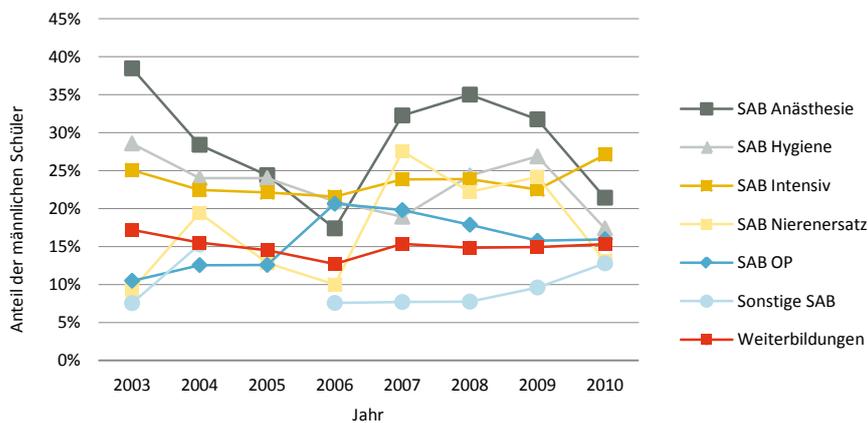
Abbildung 5.21:
Anteil männlicher Schüler in der Grundausbildung (Gesundheits- und Krankenpflegeschulen sowie Pflegehilfelehrgänge)



GAB = Grundausbildung
SAB = Sonderausbildung

Quelle: Spezialauswertung der Statistik Austria – Schulstatistik
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

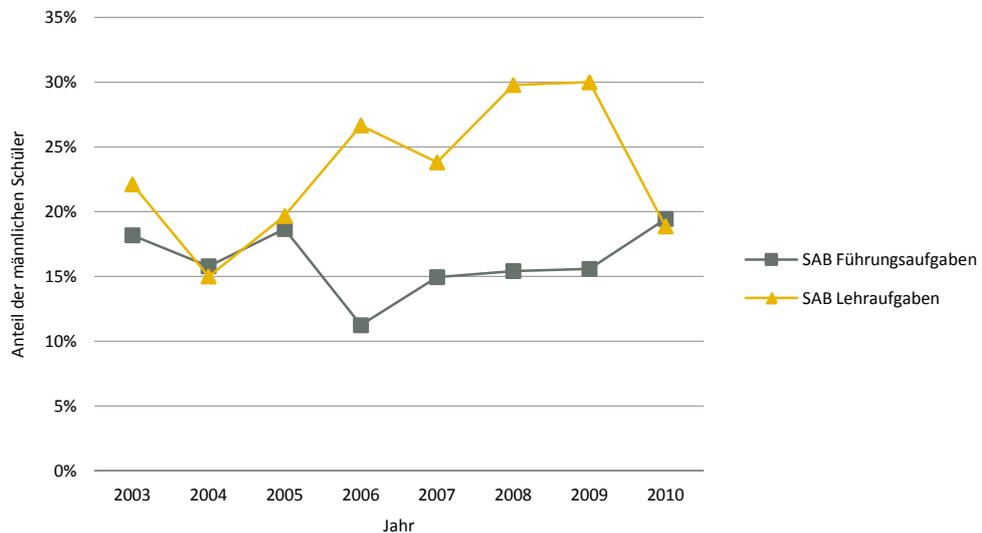
Abbildung 5.22:
Anteil männlicher Schüler in Sonderausbildungen (Gesundheits- und Krankenpflegeschulen)



SAB = Sonderausbildung
OP = Operation

Quelle: Spezialauswertung der Statistik Austria – Schulstatistik
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 5.23:
Anteil männlicher Schüler in Sonderausbildung Führungs- bzw. Lehraufgaben
(Gesundheits- und Krankenpflegeschulen)



SAB = Sonderausbildung

Quelle: Spezialauswertung der Statistik Austria – Schulstatistik
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tertiärer Bildungssektor

Bei den Ausbildungen an Hochschulen oder Lehrgängen mit universitärem Charakter interessieren in diesem Zusammenhang lediglich die Kategorien *Grundausbildung FH*, *Führungsaufgaben* sowie *Lehraufgaben*, da sie direkte Auswirkungen auf die in der Gesundheits- und Krankenpflege tätigen Personen haben.

Die Daten zur Grundausbildung beschränken sich zurzeit auf drei FH-Studiengänge und sind somit nur bedingt von Relevanz. Im Zeitraum zwischen 2008 und 2010 studierten in zwei von drei Studiengängen 21 bis 28 Prozent Männer. Im dritten Studiengang lag dieser Prozentsatz allerdings lediglich bei zehn Prozent. Der Gesamtdurchschnitt liegt bei 21 Prozent. Diese Werte sind geringfügig höher als für die Grundausbildungen an Gesundheits- und Krankenpflegeschulen.

Studiengänge in der Kategorie *Lehraufgaben* wurden im Beobachtungszeitraum 2000 bis 2010 zu 19 Prozent und in der Kategorie *Führungsaufgaben* zu 25 Prozent von Männern besucht, wobei die Einzelwerte je Ausbildung und Jahr stark schwanken.

Interessant erscheinen im tertiären Bildungssektor die Unterschiede in der Geschlechterverteilung zwischen den Bildungseinrichtungen. Da anhand der vorliegenden, bruchstückhaften Daten nicht entschieden werden kann, ob es sich dabei nicht zumindest teilweise auch um Bundesländerunterschiede handelt, wird hier darauf nicht näher eingegangen.

Weniger stark ausgeprägt sind die Unterschiede zwischen den einzelnen Studientypen (vgl. Tabelle 5.14). So beträgt der Männeranteil in Lehrgängen mit universitärem Charakter 30, in Universitätslehrgängen 28 und in Studien an Privatuniversitäten 26 Prozent. Bei FH-Studiengängen oder Universitätsstudien ist dieser Anteil mit 18 bzw. 15 Prozent merklich geringer.

Die starken Unterschiede im Geschlechterverhältnis zwischen den Ausbildungstypen bzw. den Bildungseinrichtungen deuten auf eine gewisse Segregation zwischen tendenziell weiblichen Ausbildungsformen und solchen, die vergleichsweise besser Männer zu rekrutieren vermögen, hin. Dabei muss die Möglichkeit bedacht werden, dass diese Unterschiede wenigstens teilweise regional bzw. durch traditionelle Rollenbilder bestimmt sein könnten. Es ist aufgrund der Datenbasis nicht zu klären, ob daran unterschiedliche Berufstätigkeiten anknüpfen bzw. welche Auswirkungen dies auf die berufliche Karriere der Studierenden hat.

Tabelle 5.14:
Geschlechterverteilung je Studientyp (tertiärer Bildungssektor), 2000–2010

	Frauen in Prozent	Männer in Prozent	Gesamt ¹
FH Studiengänge	82	18	622,75
FH Lehrgänge	78	22	45,00
Lehrgänge mit universitärem Charakter	70	30	11,50
Studien an Privatuniversitäten	74	26	272,33
Universitätsstudien	85	15	1068,38
Universitätslehrgänge	72	28	532,25

¹ = Durchschnittliche Anzahl der Studierenden pro Jahr

Quelle: Spezialauswertung der Statistik Austria – Hochschulstatistik
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

5.4.3.4 Altersstruktur

Gesundheits- und Krankenpflegeschulen sowie Pflegehilfelehrgänge

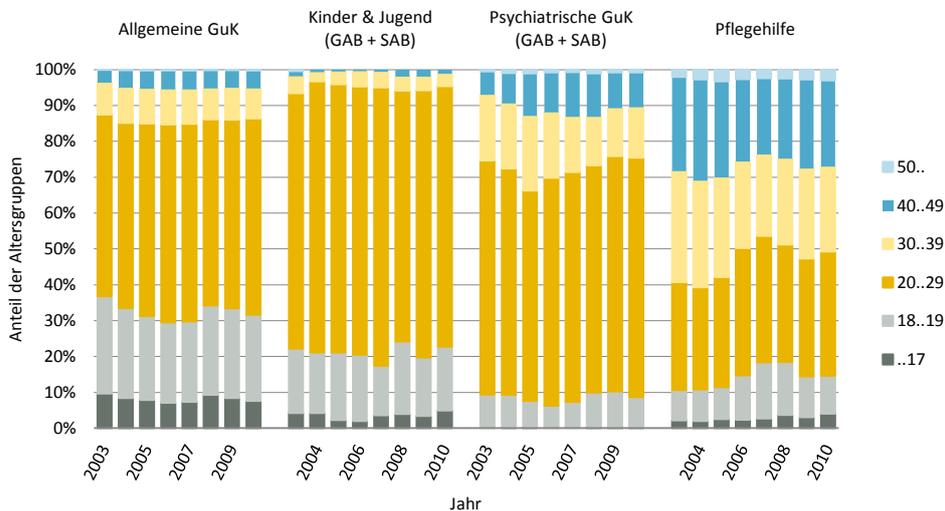
Ein Vergleich der Altersstruktur in der Grundausbildung lässt Unterschiede zwischen den vier Zweigen erkennen (vgl. Abbildung 5.24). So sind Schüler/innen der *Kinder-*

und *Jugendlichenpflege* im Durchschnitt geringfügig jünger als jene der *allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege*, die wiederum jünger als jene der *psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege* sind. Die Schüler/innen der *Pflegehilfe* sind vergleichsweise am ältesten. In diesem Ausbildungszweig machen die über 50-jährigen Schüler/innen mit zwei bis drei Prozent einen erkennbaren Anteil aus. Die Gruppe der unter 18-Jährigen ist mit durchschnittlich acht Prozent anteilmäßig am stärksten in der *allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege* zu finden. Dabei ist zu beachten, dass männliche Schüler in den Grundausbildungen mit Ausnahme der *Pflegehilfe* durchschnittlich ein bis zwei Jahre älter sind als ihre weiblichen Mitschülerinnen.

Schüler/innen in Sonderausbildungen sind im Durchschnitt notwendigerweise älter als jene in Grundausbildungen. Dabei sind Schüler/innen der *Intensivpflege* sowie der *Pflege im Operationsbereich* mit durchschnittlich 30 Jahren jünger als beispielsweise jene der *Krankenhaushygiene*, die im Mittel 38 Jahre alt sind.

Sowohl bei den Grundausbildungen als auch bei den Sonderausbildungen scheint die Altersstruktur im Zeitverlauf weitgehend konstant zu bleiben (vgl. Abbildung 5.25 und Abbildung 5.26). Einzig bei den „*Sonstigen Sonderausbildungen*“ kommt es vom Jahr 2004 bis zum Jahr 2006 zu einem sprunghaften Anstieg des Durchschnittsalters, wobei für das Jahr 2005 keine Daten verfügbar sind.

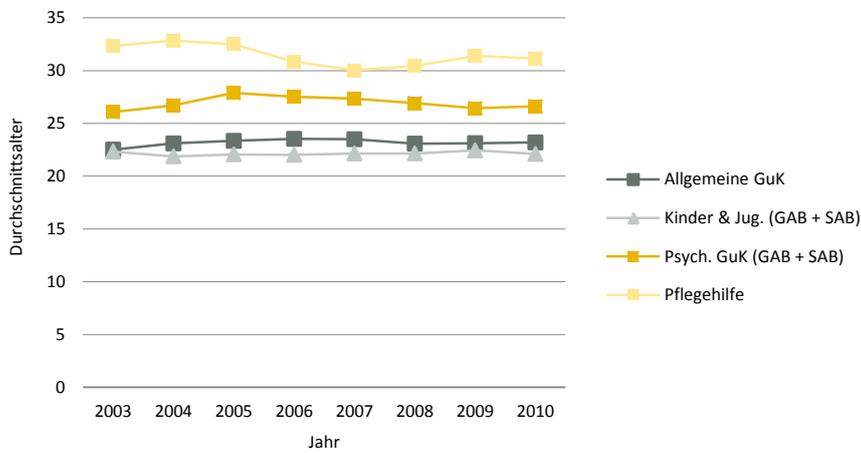
Abbildung 5.24:
Altersstruktur: Gesundheits- und Krankenpflegeschulen sowie Pflegehilfelehrgänge



GAB = Grundausbildung
GuK = Gesundheit- und Krankenpflege
SAB = Sonderausbildung

Quelle: Spezialauswertung der Statistik Austria – Schulstatistik
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

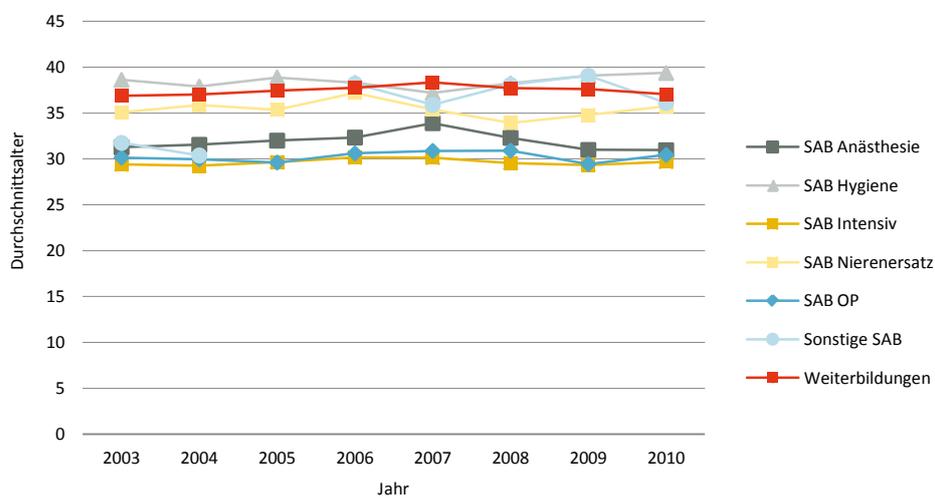
Abbildung 5.25:
Durchschnittsalter im Zeitverlauf: Grundausbildung



GAB = Grundausbildung
SAB = Sonderausbildung

Quelle: Spezialauswertung der Statistik Austria – Schulstatistik
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 5.26:
Durchschnittsalter im Zeitverlauf: Sonderausbildungen (Gesundheits- und Krankenpflegeschulen)



SAB = Sonderausbildung
OP = Operation

Quelle: Spezialauswertung der Statistik Austria – Schulstatistik
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

5.4.3.5 Ausbildungsabbrüche

Gesundheits- und Krankenpflegeschulen sowie Pflegehilfelehrgänge

Da keine aktuellen Längsschnittdaten bzw. Angaben zur Zahl der Ausbildungsanfänge zur Verfügung stehen, können keine präzisen Aussagen zu den Abbruchraten getroffen werden. Für eine ältere Analyse kann der Österreichische Pflegebericht (Winkler et al. 2006, Riess et al. 2007) herangezogen werden.

Als grobe Annäherung könnte ein Vergleich der Abbruchzahlen mit den Absolventenzahlen dienen. Eine solche Verhältniszahl ist jedoch problematisch, weil die Grundausbildungen zum gehobenen Dienst drei Jahre dauern und die Anfängerzahlen jahresweis stark schwanken. Alternativ könnte man die Abbruchzahlen zu den Schülerzahlen in Beziehung setzen. Diese Verhältniszahl ist in einem geringeren Maß von Schwankungen im Angebot abhängig. Keine der beiden Verhältniszahlen sollte im Sinn einer Abbruchrate interpretiert werden. Die Werte sind zudem unsicher, weil sich die Schüler- und Absolventenzahlen auf ein Schuljahr, die Abbruchzahlen hingegen auf ein Kalenderjahr beziehen.

Die folgenden Ausführungen sind daher lediglich eine Hilfe, um die Größenordnung der abgebrochenen Ausbildungen grob abzuschätzen. Zudem basiert die unten stehende Darstellung auf vergleichsweise alten Daten aus den Jahren 2003 bis 2007.

In Tabelle 5.15 sind die Abbruchzahlen für die Grundausbildungen sowie die Verhältniszahlen zu den Absolventeninnen/Absolventen sowie Schülerinnen/Schülern dargestellt. Die Verhältniszahl Abbrecher/innen zu Schülerinnen/Schülern liegt jeweils unter 0,1 – das heißt: auf zehn Schüler/innen kommt höchstens eine Abbrecherin oder ein Abbrecher. Als allerdings nur sehr grobe Annäherung lassen sich die Zahlen so verstehen, dass in der *allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege* jede/jeder fünfte, in der *psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege* jede/jeder sechste und in der *Kinder- und Jugendlichenpflege* oder auch *Pflegehilfe* jede/jeder zehnte Schüler/in die Ausbildung abbricht.

Die Verhältniszahlen scheinen mit einzelnen Schwankungen über den Zeitverlauf hin stabil. Lediglich im Bereich *Kinder- und Jugendlichenpflege* deutet sich eine relative Verringerung der Abbruchzahlen in den Jahren 2006 sowie 2007 an. Kamen in den Jahren zuvor noch sechs bis neun Abbrecher/innen auf 100 Schüler/innen, so waren es in den Jahren 2006 und 2007 nur noch drei.

Die Sonderausbildungen sind in Tabelle 5.16 zusammengefasst. Hier sind mit Ausnahme einzelner Spitzen vor allem die extrem geringen Abbruchzahlen auffällig. In

einzelnen Sonderausbildungen wurden über den gesamten Beobachtungszeitraum keine Abbrüche dokumentiert.

Tabelle 5.15:

Ausbildungsabbrüche in Relation zu Schülern bzw. Absolventen von Grundausbildungen an Gesundheits- und Krankenpflegesschulen sowie in Pflegehilflehrgängen in Relation zu Absolventen- und Schülerzahlen

	2003	2004	2005	2006	2007
Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege					
Anzahl der Abbrüche	421	534	562	655	717
zu 100 Absolventinnen/Absolventen	19	21	20	20	22
zu 100 Schüler/innen	5	5	5	6	6
Kinder & Jug. (inkl. Sonderausbildung)					
Anzahl der Abbrüche	25	38	23	13	15
zu 100 Absolventinnen/Absolventen	17	19	17	7	8
zu 100 Schüler/innen	6	9	6	3	3
Pflegehilfe					
Anzahl der Abbrüche	164	225	187	331	289
zu 100 Absolventinnen/Absolventen	13	10	9	14	12
zu 100 Schüler/innen	5	6	4	9	10
Psych. GuK (inkl. Sonderausbildung)					
Anzahl der Abbrüche	42	49	71	54	69
zu 100 Absolventinnen/Absolventen	18	15	26	15	20
zu 100 Schüler/innen	5	5	7	5	7

Allg. GuK = Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege

SAB = Sonderausbildung

Quelle: Spezialauswertung der Statistik Austria – Schulstatistik
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle 5.16:

Ausbildungsabbrüche von ausgewählten Sonderausbildungen an Gesundheits- und Krankenpflegeschulen in Relation zu Absolventen- und Schülerzahlen

	2003	2004	2005	2006	2007
Sonstige Sonderausbildung					
Anzahl der Abbrüche	0	2	0	0	0
zu 100 Schüler/innen	0	3		0	0
zu 100 Absolventinnen/Absolventen	0	4	0	0	0
Sonderausbildung Intensiv					
Anzahl der Abbrüche	4	4	0	2	7
zu 100 Schüler/innen	1	1	0	0	1
zu 100 Absolventinnen/Absolventen	2	1	0	1	1
Sonderausbildung Anästhesie					
Anzahl der Abbrüche	0	0	0	0	0
zu 100 Schüler/innen	0	0	0	0	0
zu 100 Absolventinnen/Absolventen	0	0	0	0	0
Sonderausbildung Nierenersatz					
Anzahl der Abbrüche	0	0	0	0	0
zu 100 Schüler/innen	0	0	0	0	0
zu 100 Absolventinnen/Absolventen	0	0	0	0	0
Sonderausbildung OP					
Anzahl der Abbrüche	1	2	0	0	0
zu 100 Schüler/innen	1	1	0	0	0
zu 100 Absolventinnen/ Absolventen	2	1	0	0	0
Sonderausbildung Hygiene					
Anzahl der Abbrüche	0	0	0	0	0
zu 100 Schüler/innen	0	0	0	0	0
zu 100 Absolventinnen/Absolventen	0	0	0		0
Weiterbildungen					
Anzahl der Abbrüche	3	0	6	6	5
zu 100 Schüler/innen	0	0	1	1	0
zu 100 Absolventinnen/Absolventen	1	0	1	1	1

Quelle: Spezialauswertung der Statistik Austria – Schulstatistik
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle 5.17:

Ausbildungsabbrüche von Sonderausbildungen für Lehr- bzw. Führungsaufgaben an Gesundheits- und Krankenpflegeschulen in Relation zu Absolventen- und Schülerzahlen

	2003	2004	2005	2006	2007
Sonderausbildung Führungsaufgaben					
Anzahl der Abbrüche	0	1	2	1	4
zu 100 Schüler/innen	0	1	3	1	2
zu 100 Absolventinnen/ Absolventen	0	2	2	3	3
Sonderausbildung Lehraufgaben					
Anzahl der ,Abbrüche	0	0	0	0	1
zu 100 Schüler/innen	0	0	0	0	2
zu 100 Absolventinnen/ Absolventen	0	0	0	0	2

Quelle: Spezialauswertung der Statistik Austria – Schulstatistik
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

5.4.3.6 Zusammenfassung

Durch die Ausweitung der Ausbildung zum gehobenen Dienst auf den tertiären Bildungsbereich ist die Bildungslandschaft für Gesundheitsberufe im Umbruch begriffen. Welche Auswirkungen beispielsweise die Grundausbildung zum gehobenen Dienst im Rahmen von Fachhochschul-Bachelorstudiengängen hat und in welchem Ausmaß es hier zu Verschiebungen von Gesundheits- und Krankenpflegeschulen hin zu Fachhochschulen kommen wird, ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht abzuschätzen. Derzeit sind nur Daten zu den Ausbildungen von drei Studiengängen, von 2008 bis 2010, allerdings ohne Absolventenzahlen, verfügbar.

Die Zahl der Schüler/innen ist im Laufe der letzten zehn Jahren in allen drei Zweigen gestiegen, in der Pflegehilfe hat die Zahl abgenommen. Die Absolventenzahl nahm in der *allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege* parallel dazu zu, während diese in der *Kinder- und Jugendlichen Pflege*, in der *psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege* und *Pflegehilfe* schwanken. Keine Aussage kann aufgrund der Datenlage getroffen werden, ob es für die Ausbildungsplätze Wartelisten gibt bzw. wie viele Personen sich für einen Ausbildungsplatz bewerben.

Betrachtet man die Grundausbildung an den Gesundheits- und Krankenpflegeschulen, so ist für die Jahre 2003 bis 2010 eine Zunahme der Schüler- und Absolventenzahlen zu beobachten. Eine Zunahme ist mit Ausnahme von *Anästhesiepflege* sowie *Lehraufgaben* auch bei den Sonderausbildungen zu beobachten. Sowohl das Geschlechterverhältnis als auch die Altersstruktur scheinen im Zeitverlauf weitgehend stabil zu sein,

wenngleich es ausgeprägte Unterschiede zwischen den einzelnen Schulformen gibt. Grundausbildungen sowie Sonderausbildungen unterscheiden sich deutlich hinsichtlich der Abbruchzahlen. Bei einigen Sonderausbildungen wurden keinerlei Ausbildungsabbrüche dokumentiert. Hinsichtlich der Altersstruktur fällt auf, dass die Schüler/innen in Schulen der Allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege zum Großteil über 20 Jahre alt sind, obwohl mit dem Schulbesuch bereits ab 17 Jahren begonnen werden kann.

Im tertiären Bildungssektor nahmen die Studentenzahlen in Studiengängen an Fachhochschulen sowie Privatuniversitäten im Zeitraum zwischen 2003 und 2010 kontinuierlich zu. Davon profitierten vor allem die Bereiche Leitung bzw. Gesundheitsmanagement, wobei aber zu bedenken ist, dass diese Studiengänge auch Nicht-Pflegepersonal offenstehen. Bezüglich der Geschlechterverteilung lassen sich gewisse Unterschiede zwischen den Bildungseinrichtungen und in schwächerem Maß zwischen den Ausbildungstypen erkennen. Es bleibt zu prüfen, welche Auswirkungen das auf die berufliche Praxis haben könnte.

5.4.4 Personalsituation an Gesundheits- und Krankenpflegeschulen sowie in Pflegehilfelehrgängen

Die Daten zum Personal an Gesundheits- und Krankenpflegeschulen werden nur für die gesamte Bildungseinrichtung erfasst und nicht nach Verwendung je Schulform aufgeschlüsselt. Die Daten sind somit nicht geeignet, präzise Aussagen zur Personalsituation in den hier interessierenden Schulformen zu machen, weshalb wir auf diese Auswertungen verzichtet haben. Eine Annäherung ist dem Pflegebericht (Riess et al. 2007) zu entnehmen.

5.4.5 Berufszulassungen und Nostrifikationen

Je nach Herkunftsland ist bei der Anerkennung von im Ausland absolvierten Ausbildungen zwischen Berufszulassungen aus dem EWR, für die das BMG zuständig ist, und Zulassungen bei in Drittstaaten absolvierter Ausbildung, die von den Ländern vorgenommen wird, zu unterscheiden. Bei den Berufszulassungen muss weiters zwischen automatischen Zulassungen und Zulassungen mit Bedingung bzw. Ausgleichsmaßnahmen differenziert werden. Im Gegensatz zu den automatischen sind jene Berufszulassungen mit Bedingung bzw. Ausgleichsmaßnahmen an bestimmte Auflagen wie etwa Eignungsprüfung oder Anpassungslehrgang geknüpft, die jeweils im Einzelfall vorgeschrieben werden. Im Folgenden werden für Berufszulassungen und Nostrifikationen die Zahlen für die positiven Bescheide dargestellt. Ein positiver Bescheid für eine Berufszulassung mit Bedingung bzw. eine Nostrifikation resultieren formal jedoch nicht

automatisch in einer Berufsberechtigung, wenn die Erfüllung der Auflagen nicht im Bescheid eingetragen wurden. Die erfolgreichen Abschlüsse sind jedoch erst seit 1.1.2010 dokumentiert, weshalb auf diese in der folgenden Darstellung verzichtet wurde.

Bei den EWR-Berufszulassungen (siehe Tabelle 5.18) kam es nach dem Jahr 2006 zu einer insbesondere bei der *allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege* merkbaren Änderung. So ging die Zahl der automatischen Berufszulassungen bzw. der Berufszulassungen ohne Bedingung zwischen 2006 auf 2007 sprunghaft von 1.033 auf 549 zurück. Eine mögliche Erklärung wäre eine Änderung in den Migrationsströmen, da dieser Rückgang etwa auf das Niveau von 2004 über alle gesundheitsbezogenen Berufszulassungen hinweg zu beobachten ist. Im Zeitraum von 2007 bis 2010 sind die Zahlen der Berufszulassungen stabil geblieben.

Bei den Nostrifikationen (siehe Tabelle 5.19) ist ein ähnlicher Rückgang zu beobachten. Allerdings ist hier bei der *allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege* schon von 2005 auf 2006 eine merkliche Reduktion der Zahl der positiven Nostrifikationsbescheide festzustellen.

Als Maß dafür, inwiefern offene Stellen mit Absolventen und Absolventinnen österreichischer Ausbildungen oder aber von Personen mit im Ausland absolvierter Ausbildung besetzt werden können, dient die Verhältniszahl von Absolventen und Absolventinnen einerseits und Berufszulassungen bzw. Nostrifikationen andererseits. Diese Verhältniszahlen für die Grundausbildungen sind für die Jahre 2005 bis 2009 in Tabelle 5.20 dargestellt. Dabei werden bei der *Kinder- und Jugendlichenpflege* sowie der *psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege* die Absolventenzahlen der speziellen Grundausbildung und der entsprechenden Sonderausbildung zusammengezählt.

Insbesondere bei der *allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege* sowie der *Kinder- und Jugendlichenpflege* bilden die Berufszulassungen bzw. Nostrifikationen, wenn auch mit jährlichen Schwankungen, eine relevante Größe. So kommt bei der *allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege* im Zeitraum von 2005 bis 2009 eine Berufszulassung bzw. Nostrifikation auf durchschnittlich 2,4 Absolventinnen und Absolventen an einer österreichischen Gesundheitsschule. Im Bereich der *Kinder- und Jugendlichenpflege* kommt sogar auf durchschnittlich nur 1,9 Absolventinnen und Absolventen eine Berufszulassung bzw. Nostrifikation, wobei es im Jahr 2005 sogar mehr Berufszulassungen als Absolventinnen und Absolventen gab. Dies macht deutlich, dass in diesen Fächern in den Jahren 2005–2006 ein beachtenswerter Teil des Personalbedarfs nicht über Ausbildungen an heimischen Gesundheits- und Krankenpflegeschulen, sondern über den Zuzug ausländischer Fachkräfte abgedeckt wurde.

Die nationale Herkunft von Personen, die Ansuchen auf Berufszulassung stellen, verteilen sich ähnlich wie jene der Schüler/innen in der Grundausbildung. Die überwie-

gende Zahl hat die Ausbildung in Deutschland, gefolgt von der Slowakei, absolviert. In geringerem Maß bilden auch Personen aus den Ursprungsländern Tschechien, Ungarn und Polen eine nennenswerte Größe.

Tabelle 5.18:
Anzahl an EWR-Berufszulassungen

	2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010	
	Zul.	Bed.	Zul.	Bed.	Zul.	Bed.	Zul.	Bed.	Zul.	Bed.	Zul.	Bed.	Zul.	Bed.
Grundausbildung														
Allg GuK	713	1	1.120		1.033		549		510	53	506	69	548	74
Kinder & Jugendlichenpflege	94		110	20	84	20	72	11	45	6	40	8	32	5
Psych GuK	4			1	5				3		4		2	
Pflegehilfe	43	4	123	13	195	14	138	23	65	42	39		54	90
Sonderausbildung														
OP	7		8		13	12	15	5	15	1	12		12	
Intensiv & Anästhesie	9		13		18		16		11		21		16	
Intensiv	3		7		4	5	6	2	8	1	1	2	7	1
Anästhesie						3			3		1	1	2	
Nierenersatztherapie			3				3	1	3		2		2	
Kinderintensiv			1				1				3		1	
Lehre	6		4		12		8		4		5		3	
Leitung	2		4		4		9		4	1	12		9	

Zul. = Automatische Zulassung und Zulassung ohne Bedingung bzw. Ausgleichsmaßnahme
Bed. = Zulassung mit Bedingung bzw. Ausgleichsmaßnahme

Quelle: Auskunft Bundesministerium für Gesundheit
Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle 5.19:
Anzahl der positiven Nostrifikationsbescheide

	2005	2006	2007	2008	2009	Mittel
Allgemeine GuK	572	383	254	171	169	310
Kinder & Jugendlichenpflege	13	9	2	10	6	8
Psychiatrische GuK	1	1	1	0	1	1
Pflegehilfe	106	113	70	68	60	83

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle 5.20:

Verhältnis Absolventinnen und Absolventen zu Berufszulassungen und Nostrifikationen

	2005	2006	2007	2008	2009	Gesamt
Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege	1,34	1,80	3,18	4,08	3,40	2,39
Kinder- und Jugendlichenpflege (GAB + SAB)	0,78	1,53	2,00	3,43	3,78	1,90
Psychiatrische GuK (GAB + SAB)	108,00	52,50	276,00	111,00	49,60	81,65
Pflegehilfelehrgang	8,15	5,92	8,96	8,95	13,30	8,26

Quelle: Erhebung Bundesministerium für Gesundheit
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

5.4.6 Personalausstattung

Zur Deckung des Pflege- und Betreuungsbedarfs werden in den verschiedenen Settings, abhängig von den dort vorherrschenden Kernaufgaben, Gesundheitsberufe in unterschiedlichem Ausmaß beschäftigt. Im Folgenden wird auf die Situation des Personals in akutstationären Einrichtungen (Fonds-Krankenanstellen), in der mobilen Pflege sowie in den Langzeiteinrichtungen des Alten- und Behindertenbereiches eingegangen.

5.4.6.1 Personal in Fonds-Krankenanstellen

In den Jahren 2001 bis 2010 stiegen in österreichischen Fonds-Krankenanstellen die Vollzeitäquivalente der Berufsgruppen Ärzteschaft, Apothekerschaft, Hebammen, diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal (DGKP), medizinisch-technische Dienste (MTD), Pflegehelfer/innen einschließlich Sanitätshilfsdienste (PH), Verwaltungspersonal (VERW), Betriebspersonal (BetrP) sowie des sonstigen Personals (SonstP) gemäß Kostenstellenstatistik von 79.194 auf 87.716. Dies entspricht einer durchschnittlichen jährlichen Steigerung um mehr als 1 Prozent. Die größte Berufsgruppe waren im Jahr 2010 mit 41.142 VZÄ DGKP, gefolgt von der Ärzteschaft (18.343 VZÄ), Pflegehelfer/innen und Sanitätshilfsdienste (9.379 VZÄ) sowie MTD (9.116 VZÄ); siehe Tabelle 5.21. Die höchsten absoluten Zuwächse zwischen 2001 und 2010 verzeichnen DGKP (+4.826 VZÄ - +13 %), Ärzteschaft (+2.902 VZÄ - +19 %) und MTD (+1.364 - +18 %) zu. Im Vergleichszeitraum abgenommen hat die Anzahl der Pflegehelfer/innen einschließlich der Sanitätshilfsdienste (-825 VZÄ, -8 %) sowie des Betriebspersonals (-973 VZÄ, -29 %).

Tabelle 5.21:
Entwicklung VZÄ nach Berufsgruppen 2001–2010 in österreichischen Fonds-
Krankenanstalten

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Ärzte	15.441	15.744	16.084	6.426	16.382	16.765	17.080	7.525	17.989	18.343
Apotheker	478	497	537	591	655	690	747	818	901	935
Hebammen	863	883	898	902	945	965	952	967	984	979
DGKP	36.316	36.583	36.885	37.597	38.468	39.221	39.894	40.576	41.157	41.142
MTD	7.752	7.858	8.025	8.313	8.521	8.658	8.752	8.904	9.017	9.116
PH	10.204	10.079	9.994	9.944	9.873	9.777	9.578	9.502	9.485	9.379
VERW	3.195	3.324	3.393	3.414	3.396	3.470	3.515	3.554	3.659	3.684
BetrP	3.306	3.233	3.088	3.075	3.086	3.055	2.634	2.368	2.385	2.333
SonstP	1.640	1.661	1.624	1.797	1.859	1.856	1.809	1.835	1.790	1.804
SUMME	79.194	79.863	80.528	82.059	83.185	84.457	84.960	86.050	87.366	87.716

Quellen: BMG – Krankenanstalten-Kostenstellenstatistik
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Für den Pflegebedarf interessant sind die Entwicklungen im Bereich geriatrischer Abteilungen (siehe Tabelle 5.22). Grundlage für die Tabelle sind die Kostenstellenstatistiken. Geriatrische Kostenstellen finden sich in den Fachbereichen Interne, Psychiatrie und Neurologie sowie Neurologie und Psychiatrie.

An geriatrischen Abteilungen waren in den Jahren 2001 bis 2010 österreichweit durchschnittlich 1.586 VZÄ beschäftigt, davon 785 DGKP, 365 PH und 204 Ärztinnen/Ärzten. Bei allen betrachteten Berufsgruppen waren zwischen 2001 und 2010 starke Zuwächse an VZÄ zu beobachten: Die Anzahl stieg bei den DGKP um 576 (+121%), bei den PH um 206 (+87%) und bei den Ärzten/Ärztinnen um 166 (+140%). Die prozentuelle Zunahme war bei MTD mit einer Steigerung von 12 auf 96 VZÄ am größten. Insgesamt nahmen die VZÄ aller betrachteten Berufsgruppen zwischen 2001 und 2010 um 1.152 (121%) zu.

Tabelle 5.22:

Entwicklung VZÄ nach Berufsgruppen 2001–2010 in geriatrischen Abteilungen

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Ärzte	119	134	158	184	193	213	233	251	268	284
Apotheker	7	7	7	9	10	10	17	17	20	20
Hebammen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
DGKP	477	538	587	725	738	826	938	965	1.004	1.053
MTD	12	18	28	56	55	77	92	98	94	96
PH	236	265	284	357	368	412	418	413	452	442
VERW	21	23	26	29	34	49	56	65	64	64
BetrP	55	58	64	72	76	87	80	78	82	84
SonstP	21	25	32	38	38	38	46	54	56	57
SUMME	949	1.068	1.187	1.471	1.513	1.713	1.880	1.941	2.040	2.100

Quellen: BMG – Krankenanstalten-Kostenstellenstatistik
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Die Verteilung des gehobenen Dienstes und der Pflegehilfe in ausgewählten Bereichen stellt sich wie folgt dar: Rehabilitation und Langzeitbetreuung in den Krankenhäusern weisen abnehmende Personalzahlen auf, was auf eine Verlagerung der Leistung in andere Bereiche schließen lässt. Hingegen steigt die Personalzahl im tagesklinischen Bereich, was auf eine Steigerung der Aktivitäten in diesem Bereich hinweist. Erst seit dem Jahr 2002 wird der Palliativbereich erfasst, wobei sich die VZÄ im gehobenen Dienst bis zum Jahr 2010 mehr als verdreifachten (siehe Tabelle 5.23).

Die Anzahl an Pflegepersonen in den Fachbereichen, für die entsprechende Sonderausbildungen (Dialyse, Anästhesie, Psychiatrie, Kinder, OP und Intensiv) vorgesehen sind, stieg ebenfalls kontinuierlich.

Für die Pflegehilfe zeigt sich in der Rehabilitation und Langzeitbetreuung ein ähnliches Bild wie beim gehobenen Dienst. In den Bereichen Psychiatrie und Kinder ist ebenfalls ein Rückgang zu verzeichnen. In der Dialyse besteht eine leichte Abnahme. Eine Tendenz zur Abnahme nach einer Zunahme innerhalb des Untersuchungszeitraums zeigt der Bereich Intensiv. Anästhesie, tagesklinischer Bereich und OP verzeichnen Zuwächse.

Tabelle 5.23:

Entwicklung der Personalzahlen für den gehobenen Dienst in Funktionsbereichen der Fonds-Krankenanstalten in VZÄ

DGKP										
Funktionscode-Kategorie	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
REHA	371	403	406	102	96	86	56	61	43	41
LANGZEIT	208	199	202	129	114	112	93	92	93	90
TAGESKLINIK	128	162	182	167	176	208	217	244	261	274
PALLIATIV	-	80	100	141	170	224	252	261	287	292
DIALYSE	683	693	716	762	800	817	861	883	929	946
ANÄSTHESIE	1.079	1.122	1.101	1.232	1.299	1.345	1.386	1.418	1.458	1.491
PSYCHIATRIE	2.420	2.428	2.410	2.427	2.526	2.682	2.778	2.864	2.920	2.774
KINDER	2.132	2.164	2.179	2.146	2.144	2.110	2.138	1.847	1.807	1.772
OP	3.325	3.345	3.351	3.400	3.501	3.553	3.583	3.618	3.643	3.659
INTENSIV	4.818	4.865	5.109	5.542	5.644	5.831	5.968	6.020	6.188	6.188
SUMME	15.163	15.461	15.756	16.049	16.470	16.968	17.331	17.309	17.628	17.527

Quellen: BMG – Krankenanstalten-Kostenstellenstatistik
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle 5.24:

Entwicklung der Personalzahlen für Pflegehilfe in Funktionsbereichen der Fonds-Krankenanstalten in VZÄ

PH										
Funktionscode-Kategorie	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
REHA	100	98	89	26	26	23	14	14	11	11
LANGZEIT	110	11	104	53	43	40	30	28	28	29
TAGESKLINIK	17	28	34	25	26	30	27	34	37	36
PALLIATIV	-	15	13	21	22	23	22	23	23	23
DIALYSE	55	59	56	55	54	52	50	50	50	51
ANÄSTHESIE	94	95	92	94	96	97	94	92	93	101
PSYCHIATRIE	850	830	794	767	766	767	730	703	702	626
KINDER	283	273	265	256	247	232	234	235	238	235
OP	1.814	1.825	1.822	1.848	1.865	1.857	1.843	1.838	1.839	1.846
INTENSIV	313	311	317	329	331	343	325	324	317	308
SUMME	3.636	3.643	3.589	3.473	3.476	3.464	3.368	3.341	3.338	3.265

Quellen: BMG – Krankenanstalten-Kostenstellenstatistik
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

5.4.6.2 Personal in den mobilen Diensten

Unter mobilen Diensten wird das Dienstleistungsangebot, das im Kontext der häuslichen Pflege und Betreuung von DGKP, PH, SBB oder HH angeboten wird, zusammengefasst. Ergänzt werden die personalisierten Dienstleistungen von Servicedienstleistungen, wie zum Beispiel Essen auf Rädern, Fahrtendienste, Reparaturdienste und Ähnliches. Seit dem Jahr 2007 werden diese Dienste durch das Angebot der Personenbetreuer/innen ergänzt. Seit April 2008 sind deren zulässige Tätigkeiten auch um einzelne pflegerische und ärztliche Tätigkeiten erweitert. Personenbetreuer/innen werden auch als Laienbetreuer/innen bezeichnet, da sie keine in Österreich anerkannte Ausbildung als Pflege- oder Betreuungsberuf haben. Sie sind angestellt oder selbstständig tätig und wohnen in einer Hausgemeinschaft mit der zu betreuenden Person, um so die kontinuierliche Betreuung sicherzustellen.

Die Personalausstattung in den mobilen Diensten variiert zwischen den Bundesländern. In Österreich (ohne Niederösterreich) waren im Jahr 2007 insgesamt 7.624 Pflegepersonen (VZÄ) im Einsatz. Niederösterreich würde diese Zahl noch erhöhen, da diese Angaben aber in „Köpfen“ sind, können sie nicht hinzugezählt werden. Die Sozialbetreuungsberufe waren zum Erhebungszeitpunkt nur in Oberösterreich eingeführt und stellen mit 550 VZÄ die kleinste Berufsgruppe dar. Der gehobene Dienst und die Pflegehilfe sind etwa in gleichem Umfang mit je 1.392 bzw. 1.355 VZÄ vertreten. Den höchsten Anteil stellt die Heimhilfe mit 4.326 VZÄ dar. Im mobilen Bereich wird meist von flächendeckenden Angeboten gesprochen, was nicht unbedingt dem Bedarf entsprechen muss. Aufgrund der bekannten Personalausstattung zeigt sich, dass z. B. auf ein Vollzeitäquivalent in der mobilen Pflege und Betreuung ca. 194 zu betreuende Personen über 60 Jahre kommen. Bezogen auf die Pflegegeldbezieher/innen ergibt sich ein Verhältnis von 1:52.

Tabelle 5.25:
Mobile Dienste (VZÄ) Versorgungssituation 2007

	DGKP	FDSB	PH	HH	insg.
Burgenland	32,7	--	29,3	81,8	143,8
Kärnten	112,6	--	233,1	239,5	585,2
Niederösterreich	870,0	--	958,0	1.987,0	3.815,0
Oberösterreich	235,3	550,4	--	137,3	923,0
Salzburg	126,7	--	68,8	218,8	414,3
Steiermark	253,1	--	301,2	243,1	797,4
Tirol	160,0	--	152,0	155,0	467,0
Vorarlberg	127,6	--	16,2	256,7	400,5
Wien	344,0	--	555,0	2.994,0	3.893,0
Österreich (ohne NÖ)	1.392,0	550,4	1.355,6	4.326,2	7.624,2

Anmerkungen

Burgenland = VZÄ auf Basis 38 Stunden/Woche

Kärnten = Versorgungssituation bezieht sich auf das Jahr 2006

Niederösterreich = Bei den Zahlen handelt es sich um „Köpfe“; FDSB + PH wurden gesamt angegeben

Vorarlberg = FDSB wird nicht differenziert erhoben; wenn FDSB eingesetzt werden, wurden diese unter „PH“ subsumiert

Wien = Versorgungssituation bezieht sich auf das Jahr 2006

Mobile Dienste = umfassen medizinische Hauskrankenpflege, Hauskrankenpflege, Alten- und Pflegehilfe sowie Heimhilfe

DGKP = Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen

FDSB = Fach-Sozialbetreuer/innen bzw. Diplom-Sozialbetreuer/innen inkl. Altenfachbetreuer/innen

PH = Pflegehelfer/innen

HH = Heimhilfen

VZÄ = Vollzeitäquivalente (Basis 40 Stunden Woche, z. B. Arbeitszeit 20 h/Woche = 0,5 VZÄ)

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit 2009
Erhebung und Darstellung: GÖG/ÖBIG 2008

Ende September 2011 waren bei der Wirtschaftskammer Österreich 31.345 Personen als Personenbetreuerinnen/Personenbetreuer gemäß Hausbetreuungsgesetz für die 24-Stunden-Betreuung zuzüglich 8.246 mit ruhender Gewerbeberechtigung gemeldet. Um ein Gefühl für die Größe dieser Gruppe zu bekommen, wurden diese in Relation zu den Pflegegeldbezieherinnen/-bezieher gesetzt. Demnach kämen auf jeden Personenbetreuer durchschnittlich 14 Pflegegeldbezieher/innen. Allerdings sind dabei mangels Datenverfügbarkeit Personenbetreuer/innen in einem Arbeitsverhältnis zu sozialen Organisationen oder zur betreuten Person selbst nicht berücksichtigt.

5.4.6.3 Personal in der Alten- und Behindertenbetreuung

Im Jahr 2006 wurden die Beschäftigtenzahlen im Bereich der Alten- und Behindertenbetreuung ermittelt und mit den bekannten Zahlen aus den Jahren davor verglichen. In diese von der GÖG/ÖBIG durchgeführten Studie (vgl. Nemeth et al. 2007) wurden folgende Dienste und Einrichtungen einbezogen:

Altenbetreuung:

- » Alten- und Pflegeheime
- » Geriatrische Tageszentren
- » Mobile Dienste und mobile Physiotherapie

Behindertenbetreuung:

- » Betreute Wohnformen
- » Tagesbetreuung
- » Soziale Integration / mobile Dienstleistungen
- » Berufliche Integration / begleitende Hilfen
- » Einrichtungen mit psychosozialem Schwerpunkt

In diesen Einrichtungen und Diensten werden rund 55.000 Personen beschäftigt, die größte Berufsgruppe davon ist die der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, gefolgt von den Pflegehelferinnen und Pflegehelfern (zusammen rund 23.400 Personen bzw. 42 % der gemeldeten Beschäftigten).

Die folgenden Tabellen zeigen die Personalausstattung in den einzelnen Betreuungsformen, die über eine Befragung erhoben wurde.

Pflegeberufe stellen in Alten-/Pflegeheimen die größte Berufsgruppe dar. Gemäß den heterogenen Personalschlüsselverordnungen der Länder zeigen sich auch deutliche Unterschiede in der Qualifikationsstruktur des Personal (vgl. Tabelle 5.26). Die Pflegeberufe weisen im Vergleichszeitraum 2003 bis 2006, absolut gesehen, den höchsten Zuwachs aus. Prozentuell gesehen, ist der Anteil der therapeutischen Berufe jedoch stärker gestiegen. Abgenommen hat hingegen die Anzahl an ärztlichem Personal sowie an „weiterem Personal“ (vgl. Tabelle 5.27).

Tabelle 5.26:

Alten- und Pflegeheime – Qualifikationsstruktur des Personals in den antwortenden Einrichtungen zum 31. 12. 2006 im Bundesländervergleich, in Prozent und Personal absolut

Berufskategorie	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W	Ö
Dipl. Gesundheits- und Krankenpflegepersonal	45,4	36,2	52,3	29,8	40,0	34,2	34,1	39,6	56,3	43,6
Pflegehilfpersonal	37,5	48,8	32,6	56,6	42,0	40,8	49,5	37,3	22,2	37,8
Hilfspersonal	8,1	7,7	4,3	2,1	10,3	11,1	9,6	11,4	3,8	6,0
Familienhilfe	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2	0,0	0,0
Fachkräfte im Behindertenbereich	0,3	1,0	0,3	0,1	0,0	0,1	0,2	0,0	0,1	0,2
Fachkräfte in der Begleitung/Betreuung/Assistenz	0,0	0,5	0,2	0,3	0,4	0,4	0,2	0,3	0,4	0,3
Therapeutinnen/Therapeuten und MTF	0,1	0,5	1,8	1,0	0,8	0,7	1,2	0,0	3,8	1,8
Masseurinnen und Masseur	0,0	0,0	0,3	0,1	0,0	0,3	0,1	0,0	0,2	0,2
Psychotherapeutisches/psychologisches Personal	0,0	0,0	0,2	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,3	0,1
Weiteres therapeutisches Personal	0,0	0,0	0,4	0,3	0,8	0,4	0,4	0,3	0,2	0,3
Ärztliches Personal	0,7	0,6	1,4	0,1	0,3	0,2	0,5	0,5	3,8	1,5
Weiteres Personal	7,9	4,6	6,2	9,5	5,3	11,7	4,0	10,3	8,8	8,1
Summe	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Personal absolut	724	936	3.159	3.920	1.331	2.721	2.204	914	6.871	22.780
Relevante Adressaten	42	84	112	124	76	373	85	62	94	1.052
Ausgewertete Datensätze	28	39	65	87	45	149	61	34	73	581

Dipl. Gesundheits- und Krankenpflegepersonal = dipl. Gesundheits- und Krankenschwestern und -pfleger, dipl. psychiatrische Gesundheits- und Krankenschwestern und -pfleger
 Pflegehilfpersonal = Pflegehelfer/innen, Altenfachbetreuer/innen
 Hilfspersonal = Altenhelfer/innen, Heimhelfer/innen, Betreuungspersonal ohne spezielle Ausbildung
 Fachkräfte im Behindertenbereich = dipl. Behindertenpädagoginnen und -pädagogen, Behinderten(fach)-betreuer/innen, Sonderpädagoginnen und -pädagogen
 Fachkräfte in der Begleitung/Betreuung/Assistenz = Mitarbeiter/innen in der Behindertenbetreuung, fachliche Trainingsbegleitung, psychosozialen Begleitung und der beruflichen Integration
 Therapeutinnen und Therapeuten = Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Diätologinnen und Diätologen, Ergotherapeutinnen und -therapeuten, Logopädinnen und Logopäden, dipl. med.-techn. Fachkräfte
 Masseurinnen und Masseur = medizinische Masseurinnen und Masseur, Heilmasseurinnen und -masseur
 Psychotherapeutisches/psychologisches Personal = Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Gesundheitspsychologinnen und -psychologen, klinische Psychologinnen und -psychologen
 Weiteres therapeutisches Personal = z. B. Maltherapeutinnen und -therapeuten, Musiktherapeutinnen und -therapeuten
 Weiteres Personal = Sozialarbeiter/innen, sonstiges Personal, Zivildienstler

Quelle: Nemeth et al. 2007
 Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle 5.27:

Alten- und Pflegeheime – Vergleich der Beschäftigtenzahlen 2003 und 2006 (Basis: 221 Einrichtungen)

Berufskategorie	Beschäftigte Personen		Veränderung in Prozent
	31. 12. 2003	31. 12. 2006	
Gesundheits- und Sozialbetreuungsberufe	9.556	10.655	+11,5
Therapeutisches Personal	279	335	+20,1
Ärztliches Personal	220	213	-3,2
Weiteres Personal	1.326	960	-27,6
Summe	11.381	12.163	+6,9

Quelle: Nemeth et al. 2007
Darstellung: GÖG/ÖBIG

Geriatrische Tageszentren stellen einen kleinen Anteil in der Betreuung von älteren Menschen dar, dies zeigt sich auch in der Beschäftigtenzahl. So waren im Jahr 2006 insgesamt 182 Personen der relevanten Berufsgruppen beschäftigt. Der Großteil davon (154 Personen) aus den Pflegeberufen und zehn Personen als Angehörige eines therapeutischen Berufes, zwei Personen im ärztlichen Dienst sowie 16 Beschäftigte aus der Kategorie „weiteres Personal“.

In Einrichtungen der Behindertenbetreuung liegt der Schwerpunkt der Beschäftigten bei den Fachkräften im Behindertenbereich sowie bei Fachkräften für Begleitung/Betreuung/Assistenz. Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, Pflegehilfpersonal (Pflegehelfer/innen, Altenfachbetreuer/innen) machen zusammen knapp ein Viertel der Beschäftigten aus. Die Qualifikationsstruktur in diesem Bereich variiert zwischen den Bundesländern ebenfalls erheblich (vgl. Tabelle 5.28).

Tabelle 5.28:

Betreute Wohnformen – Qualifikationsstruktur des Personals in den antwortenden Einrichtungen zum 31. 12. 2006 im Bundesländervergleich, in Prozent und Personal absolut

Berufskategorie	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W	Ö
Dipl. Gesundheits- und Krankenpflegepersonal	16,4	21,6	14,6	13,1	19,9	11,8	13,5	2,4	12,7	13,4
Pflegehilfpersonal	8,2	2,7	1,8	6,3	20,8	28,8	7,9	11,0	15,8	12,3
Hilfpersonal	1,6	2,7	8,4	6,8	22,0	3,8	7,1	3,7	9,1	7,5
Familienhilfe	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,1	0,0	1,2	0,0	0,01
Fachkräfte im Behindertenbereich	24,6	28,4	14,8	24,6	16,1	28,4	12,4	29,3	29,1	23,0
Fachkräfte in der Begleitung/Betreuung/Assistenz	29,5	37,8	43,1	37,5	14,8	12,6	51	28	19,8	30,8
Therapeutinnen/Therapeuten und MTF	8,2	0,7	1,3	1,0	0,0	1,7	1,4	2,4	2,3	1,6
Masseurinnen und Masseur	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,1	0,01
Psychotherapeutisches/psychologisches Personal	0,0	1,4	1,2	1,0	0,4	2,8	0,4	1,2	2,2	1,5
Weiteres therapeutisches Personal	1,6	0,7	1,8	0,6	0,0	0,0	0,4	0,0	0,1	0,6
Ärztliches Personal	0,8	1,4	0,3	0,5	0,4	2,9	0,1	1,2	1,4	1,1
Weiteres Personal	9,0	2,7	12,6	8,4	5,5	6,8	5,6	19,5	7,5	8,1
Summe	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Personal absolut	122	148	1.044	1.471	236	1.090	910	82	1.610	6.713
Relevante Adressaten	14	56	110	163	40	87	66	21	57	614
Ausgewertete Datensätze	7	21	77	138	37	49	54	6	35	424

Dipl. Gesundheits- und Krankenpflegepersonal = dipl. Gesundheits- und Krankenschwestern und -pfleger, dipl. psychiatrische Gesundheits- und Krankenschwestern und -pfleger

Pflegehilfpersonal = Pflegehelfer/innen, Altenfachbetreuer/innen

Hilfpersonal = Altenhelfer/innen, Heimhelfer/innen, Betreuungspersonal ohne spezielle Ausbildung

Fachkräfte im Behindertenbereich = dipl. Behindertenpädagoginnen und -pädagogen, Behinderten(fach)-betreuer/innen, Sonderpädagoginnen und -pädagogen

Fachkräfte in der Begleitung/Betreuung/Assistenz = Mitarbeiter/innen in der Behindertenbetreuung, fachliche Trainingsbegleitung, psychosozialen Begleitung und der beruflichen Integration

Therapeutinnen und Therapeuten = Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Diätologinnen und Diätologen, Ergotherapeutinnen und -therapeuten, Logopädinnen und Logopäden, dipl. med.-techn. Fachkräfte

Masseurinnen und Masseur = medizinische Masseurinnen und Masseur, Heilmasseurinnen und -masseur

Psychotherapeutisches/psychologisches Personal = Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Gesundheitspsychologinnen und -psychologen, klinische Psychologinnen und -psychologen

Weiteres therapeutisches Personal = z. B. Maltherapeutinnen und -therapeuten, Musiktherapeutinnen und -therapeuten

Weiteres Personal = Sozialarbeiter/innen, sonstiges Personal, Zivildienstler

Quelle: Nemeth et al. 2007

Darstellung: GÖG/ÖBIG

Die Tagesbetreuung mit 492 Einrichtungen stellt eine relevante Größe dar. Im Jahr 2006 waren in diesen Einrichtungen 4.103 Personen beschäftigt. Den höchsten Anteil an Beschäftigten stellten die Berufe, die spezifisch für die Behindertenarbeit bzw. für Begleitung, Betreuung und Assistenz ausgebildet sind. 15 Prozent des Personals kann

dem Pflegepersonal (diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, Pflegehelfer/innen, Altenfachbetreuer/innen) zugeordnet werden. Auch hier zeigen sich in den Bundesländern erhebliche Unterschiede bezüglich Qualifikationsstruktur (vgl. Tabelle 5.29).

Tabelle 5.29:

Tagesbetreuung – Qualifikationsstruktur des Personals in den antwortenden Einrichtungen zum 31. 12. 2006 im Bundesländervergleich, in Prozent und Personal absolut

Berufskategorie	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W	Ö
Dipl. Gesundheits- und Krankenpflegepersonal	13,3	1,5	1,6	13,4	19,4	8,8	0,4	1,6	2,3	6,2
Pflegehilfspersonal	6,7	1,5	2,9	7	0,0	1,9	0,0	1,6	1,0	3,2
Hilfspersonal	0,0	4,6	10,1	4,7	12,9	7,7	0,0	0,0	9,6	5,8
Familienhilfe	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,1
Fachkräfte im Behindertenbereich	48,0	81,5	14,1	28,7	16,1	48,8	91,8	56,5	62,7	44,1
Fachkräfte in der Begleitung/Betreuung/Assistenz	4,0	4,6	52,1	27,0	12,9	14,0	5,7	22,6	15,5	25,3
Therapeutinnen/Therapeuten und MTF	1,3	6,2	0,5	0,9	0,0	1,4	0,1	0,0	0,3	0,8
Masseurinnen und Masseur	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Psychotherapeutisches/psychologisches Personal	1,3	0,0	0,8	0,4	0,0	1,4	0,1	0,0	0,0	0,6
Weiteres therapeutisches Personal	0,0	0,0	3,5	0,4	0,0	1,2	1,5	3,2	0,7	1,6
Ärztliches Personal	0,0	0,0	0,3	0,6	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,4
Weiteres Personal	25,3	0,0	14,0	16,3	38,7	13,5	0,1	14,5	7,9	11,7
Summe	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Personal absolut	75	65	998	1.130	31	691	748	62	303	4.103
Relevante Adressaten	18	16	88	107	29	102	34	27	14	435
Ausgewertete Datensätze	10	9	61	94	27	63	29	8	12	313

Dipl. Gesundheits- und Krankenpflegepersonal = dipl. Gesundheits- und Krankenschwestern und -pfleger, dipl. psychiatrische Gesundheits- und Krankenschwestern und -pfleger

Pflegehilfspersonal = Pflegehelfer/innen, Altenfachbetreuer/innen

Hilfspersonal = Althelfer/innen, Heimhelfer/innen, Betreuungspersonal ohne spezielle Ausbildung

Fachkräfte im Behindertenbereich = dipl. Behindertenpädagoginnen und -pädagogen, Behinderten(fach)-betreuer/innen, Sonderpädagoginnen und -pädagogen

Fachkräfte in der Begleitung/Betreuung/Assistenz = Mitarbeiter/innen in der Behindertenbetreuung, fachliche Trainingsbegleitung, psychosozialen Begleitung und der beruflichen Integration

Therapeutinnen und Therapeuten = Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Diätologinnen und Diätologen, Ergotherapeutinnen und -therapeuten, Logopädinnen und Logopäden, dipl. med.-techn. Fachkräfte

Masseurinnen und Masseur = medizinische Masseurinnen und Masseur, Heilmasseurinnen und -masseur

Psychotherapeutisches/psychologisches Personal = Psychotherapeutinnen und -therapeuten,

Gesundheitspsychologinnen und -psychologen, klinische Psychologinnen und -psychologen

Weiteres therapeutisches Personal = z. B. Maltherapeutinnen und -therapeuten, Musiktherapeutinnen und -therapeuten

Weiteres Personal = Sozialarbeiter/innen, sonstiges Personal, Zivildienstler

Quelle: Nemeth et al. 2007
Darstellung: GÖG/ÖBIG

Eine zusammenfassende Darstellung der Studienergebnisse zur Entwicklung (in allen Betreuungsangeboten des Alten- und Behindertenbereichs) nach Berufsgruppen ergibt folgendes Bild. Der Anteil der im GuKG geregelten Gesundheits- und Krankenpflegeberufe ist in diesem Zeitraum um ein Drittel gestiegen, jener der Sozialbetreuungsberufe jedoch um nur 7,4 Prozent. Das bedeutet, dass der Bedarf an krankenschweflerischen Dienstleistungen in diesen Bereichen zugenommen haben muss. Auffallend ist allerdings, dass der Anteil an Personen des therapeutischen Bereichs und des medizinischen ebenso abgenommen hat wie der Anteil an „weiterem Personal“.

Tabelle 5.30:

Übersicht über die rückgemeldeten Beschäftigten per 31. 12. 2006 und die Veränderung gegenüber 2003 nach Berufsgruppen

<i>Berufsgruppe</i>	<i>Rückgemeldete Beschäftigte zum Stichtag 31. 12 2006</i>	<i>Veränderung des Personalstandes gegenüber 2003 in Prozent</i>
<i>Gesundheitsberufe*</i>	24.001	+30,1
<i>Sozialbetreuungsberufe**</i>	16.215	+7,4
<i>Weitere Gesundheits- und Sozialbetreuungsberufe</i>	8.046	+0,2
Therapeutisches Personal	1.782	-26,6
Ärztliches Personal	567	-13,4
Weiteres Personal	4.708	-28,0
Insgesamt	55.319	+12,1

Anmerkung: Bei der Interpretation der Daten ist zu beachten, dass die Spalten nicht direkt zueinander in Beziehung gesetzt werden können, da diesen unterschiedliche Grundgesamtheiten zu Grunde liegen. Die Veränderung des Personalstandes bezieht sich nur auf diejenigen Einrichtungen, die sich an beiden Erhebungen beteiligten.

* = gem. Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG)

** = entspr. Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG zwischen dem Bund und den Ländern über Sozialbetreuungsberufe

Quelle: Nemeth et al. 2007
Darstellung: GÖG/ÖBIG

5.4.6.4 Zusammenfassung

Die Personalausstattung in den verschiedenen Versorgungsbereichen/Settings macht deutlich, dass es in allen Betreuungsformen zu einem Zuwachs an Personal in den Pflege- und pflegenahen Berufen (DGKP, PH, SBB und HH) gekommen ist. Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege und die Pflegehilfe stellen gemeinsam sowohl in den akutstationären Einrichtungen als auch in jenen der Langzeitbetreuung die größte Berufsgruppe dar. Bei den mobilen Diensten ist von den ausgebildeten Berufen die Heimhilfe zahlenmäßig die größte Berufsgruppe. Ohne berufliche Qualifikation ist die Gruppe der Personenbetreuer/innen, die auch als Laienbetreuer/innen bezeichnet werden, die größte. Erhebliche Unterschiede in Bezug auf das Personal

zeigen sich in der Tagesbetreuung, die sowohl für Behinderte als auch für alte Menschen existiert. Tagesbetreuung ist vor allem im Kontext von Behinderung zu finden, kaum noch im Zusammenhang mit Alter.

Vor dem Hintergrund der Ausbildungslandschaft bedeutet dies, dass von den krankenhausnahen Gesundheits- und Krankenpflegeschulen ein nicht unwesentlicher Teil des Personals für die mobile Versorgung sowie die Langzeitversorgung von behinderten und alten Menschen ausgebildet wird (vor allem DGKP). Das eröffnet für die folgenden Schritte im Projekt sowohl Fragen nach dem Inhalt und der Anbindung der Ausbildungen an das Regelschulwesen als auch Fragen hinsichtlich der Ausbildungsplatzdimensionierung.

Auf struktureller Ebene drängen sich vor allem Fragen zur Tagesbetreuung auf, da es kaum Betreuungsplätze für ältere Menschen gibt. Dieser Knappheit muss in Anbetracht der Krankheits- und Bevölkerungsentwicklung und der Tatsache älter und kränker werdender Menschen mit Behinderungen strukturell begegnet werden.

5.4.7 Arbeitslast in Gesundheitsberufen

Die Anzahl der Krankenhaus-Aufnahmen stieg gemäß Diagnosen- und Leistungsdocumentation vom Jahr 2001 bis zum Jahr 2010 in Akut-Krankenanstalten von 2,3 Mio. um nahezu 355 Tausend (16 %) auf 2,6 Mio. Im gleichen Zeitraum sank die Anzahl der Belagstage von 14,75 Mio. um 505 Tausend (3,4 %) auf 14,2 Mio. Die Tendenz zu häufigeren, aber kürzeren Aufenthalten spiegelt sich in der Abnahme der durchschnittlichen Belagstage von 6,5 im Jahr 2001 auf 5,4 im Jahr 2010 wider.

Die Relation zwischen DGKP-VZÄ und der Anzahl Aufnahmen sank im Beobachtungszeitraum von 14,6 VZÄ pro 1.000 Aufnahmen auf 13,8; jene zwischen den Ärzte-VZÄ und der Anzahl Aufnahmen von 6,2 auf 6,1. Bei den Pflegehelferinnen/-helfern verringerte sich das Verhältnis von 4,1 im Jahr 2001 auf 3,1 im Jahr 2010 (vgl. Tabelle 5.31).

Tabelle 5.31:

Entwicklung der Relation von VZÄ nach Berufsgruppen zu der Anzahl an Aufnahmen
2001–2010 in österreichischen Fonds–Krankenanstalten

ALLE	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Ärzte	6,2	6,1	6,2	6,1	5,9	6,0	6,0	6,0	6,2	6,1
Apotheker	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3
Hebammen	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
DGKP	14,6	14,1	14,2	14,1	13,9	14,0	13,9	13,9	14,1	13,8
MTD	3,1	3,0	3,1	3,1	3,1	3,1	3,1	3,0	3,1	3,0
PH	4,1	3,9	3,8	3,7	3,6	3,5	3,3	3,2	3,2	3,1
VERW	1,3	1,3	1,3	1,3	1,2	1,2	1,2	1,2	1,3	1,2
BetrP	1,3	1,2	1,2	1,2	1,1	1,1	0,9	0,8	0,8	0,8
SonstP	0,7	0,6	0,6	0,7	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6
SUMME	31,8	30,8	30,9	30,7	30,1	30,1	29,7	29,4	29,9	29,3

Quellen: BMG – Krankenanstalten–Kostenstellenstatistik
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

In geriatrischen Abteilungen österreichischer Fonds–Krankenanstalten findet sich zwischen den Jahren 2001 und 2010 hingegen mit Ausnahme von Pflegehelferinnen/–helfern (–0,7) und Betriebspersonal (–0,5) ein Zuwachs in der Relation zwischen VZÄ und der Anzahl Aufnahmen. Die stärksten Zuwächse waren bei DGKP (+1,5) und MTD mit einer Vervierfachung von 0,4 auf 1,6 zu beobachten, gefolgt von Ärzten (+0,7); siehe Tabelle 5.32.

Tabelle 5.32:

Entwicklung der Relation von VZÄ nach Berufsgruppen zu der Anzahl Aufnahmen
2001–2010 in geriatrischen Abteilungen österreichischer Fonds–Krankenanstalten

ALLE	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Ärzte	4,1	4,0	4,6	5,1	5,0	5,1	4,8	5,0	5,4	4,8
Apotheker	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,4	0,3	0,4	0,3
Hebammen	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
DGKP	16,5	16,2	17,0	20,2	19,1	19,8	19,3	19,1	20,2	18,0
MTD	0,4	0,5	0,8	1,6	1,4	1,9	1,9	1,9	1,9	1,6
PH	8,2	7,9	8,2	10,0	9,5	9,9	8,6	8,2	9,1	7,5
VERW	0,7	0,7	0,8	0,8	0,9	1,2	1,2	1,3	1,3	1,1
BetrP	1,9	1,8	1,9	2,0	2,0	2,1	1,6	1,5	1,7	1,4
SonstP	0,7	0,7	0,9	1,1	1,0	0,9	1,0	1,1	1,1	1,0
SUMME	32,9	32,1	34,3	41,0	39,1	41,1	38,8	38,4	41,1	35,8

Quellen: BMG – Krankenanstalten–Kostenstellenstatistik
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Durch die Gegenüberstellung der Anzahl an Pflegepersonen zu den Aufnahmen lässt sich erahnen, dass die Arbeitsdichte in den Fonds–Krankenanstalten mit Ausnahme der

geriatrischen Abteilungen in den letzten zehn Jahren gestiegen ist. Durch die geringere Verweildauer müssen administrative Aufgaben, aber vor allem das pflegerische Assessment häufiger durchgeführt werden. Daraus resultieren pflegetherapeutische Interventionen, die in kürzerer Zeit organisiert und angeboten werden müssen. Zusätzlich nimmt der Anteil an älteren Menschen als Patientengruppe zu, damit verbunden ist ein höherer Pflegeaufwand, da zusätzlich spezifische Beratungs- und Informationsleistungen altersgerecht angeboten werden müssen. Im Hinblick auf die Entlassung nimmt der Koordinations-, Organisations- und Überleitungsaufwand zu. Einerseits quantitativ durch die häufigeren Entlassungen, aber vor allem auch qualitativ durch die kürzere Verweildauer, d. h. Patientinnen/Patienten müssen mit komplexeren Zustandsbildern entlassen werden, was eine intensivere Entlassungs-Vorbereitung erfordert. Mit in einer definierten Zeiteinheit höherem Patientenaufkommen ist ein Anstieg des Logistikaufwandes und der Aufbereitung des Umfeldes verbunden (z. B. Reinigung, Desinfektion, Bestellung von Verbrauchsgütern).

6 Ergebnisse der Literaturrecherche

6.1 Ziel, Fragestellung und Methode der Literaturrecherche

Ziel der Literaturrecherche ist es, einen Überblick über die Themen, die in der einschlägigen pflege- und gesundheitswissenschaftlichen Literatur behandelt werden, zu schaffen. Der Recherche liegen zwei allgemeine Fragestellungen zu Grunde:

- » Welche Themen werden in der pflege- und gesundheitswissenschaftlichen Literatur behandelt?
- » Welche Rolle wird dabei der Pflege zugeschrieben?

Die Literaturrecherche hat einen explorativen Charakter zur prinzipiellen Auslotung des Feldes und folgt in der ersten Runde den Schritten eines systematischen und in der Verfeinerung und Darstellung der Ergebnisse eines narrativen Reviews. Auf eine systematische Analyse der aufgefundenen Literatur und eine Auflistung der Suchergebnisse wurde im Hinblick auf die Zielsetzung und die Fülle des Materials verzichtet, auch wenn quantitative Aspekte die Festlegung der zentralen Themen beeinflusst haben. Ebenso wird auf die Bewertung der Publikationen im Hinblick auf deren wissenschaftliche Güte verzichtet, da zum einen Trends abgebildet werden sollen und zum anderen die Grundlage wissenschaftliche Zeitschriften und Journals bilden, die auf Basis von Peer Reviews ein gewisses Maß an Qualität garantieren. Zitiert und im Literaturverzeichnis angeführt werden Veröffentlichungen, die entweder den Schwerpunkt exemplarisch beschreiben oder die Thematik zum Schwerpunkt in Form von Reviews zusammenfassen.

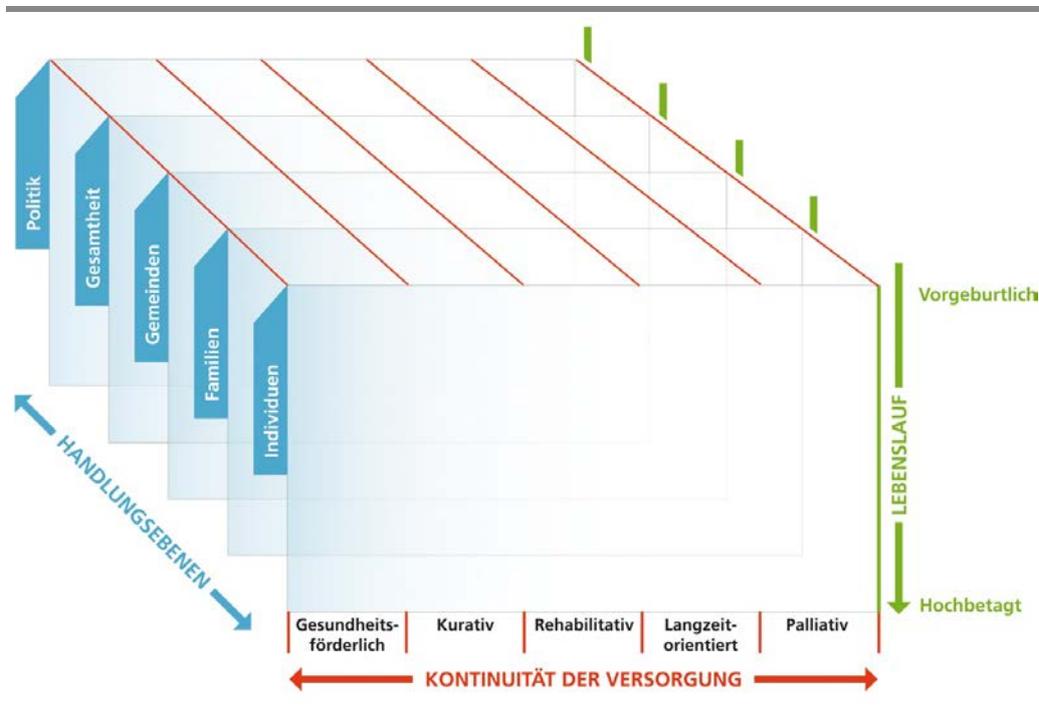
Die Bedeutung der Thematik für zukünftige Handlungsfelder der Pflege in Österreich kann in einem weiteren Schritt durch das Zusammenführen der Recherche-Ergebnisse mit epidemiologischen und demografischen Daten zur Situation in Österreich überprüft werden.

6.1.1 Recherchekonzept

Der Literaturrecherche liegen zwei Konzepte zu Grunde. Zum einen handelt es sich um das Modell von Miriam Hirschfeld zur „Populationsbezogenen Erbringung von Versorgungsleistungen“ (Hirschfeld 2000; Schaeffer & Ewers 2001) und zum anderen um die inhaltliche Struktur der Gesundheitsberichterstattung, wie sie von der EU empfohlen wird (Eugloreh 2007), abgeglichen mit den Inhalten der österreichischen Gesundheitsberichterstattung (BMGF 2004).

Abbildung 6.1:

Populationsbezogene Erbringung von Versorgungsleistungen aus der Sicht der WHO



Quelle: Nach Hirschfeld 2000
Darstellung: GÖG/ÖBIG

Aus dem Hirschfeld-Modell ergeben sich für die Literaturrecherche drei Suchstränge (vgl. Abbildung 6.2):

- » Gesundheitsförderliche, kurative, rehabilitative, langzeitorientierte und palliative Versorgungsleistungen
- » Vorgeburtlich bis hochbetagt als Lebensabschnitte über den gesamten Lebenslauf, differenziert nach Föten (in der Recherche kombiniert mit Schwangerschaft), Säuglingen, Kleinkindern, Jugendlichen, Erwachsenen, jungen Alten und Hochbetagten
- » Individuen, Familien, Gemeinden, Gesamtheit (Gesellschaft) und Politik als zentrale Handlungsebenen

6.1.2 Recherchequellen und Suchbegriffe

Die Suche in internationalen pflegewissenschaftlichen Journals erfolgte

- » für alle Lebensabschnitte und Versorgungsleistungen in den Datenbanken CINAHL (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*) und PubMed (Reviews),
- » für die Lebensabschnitte der Älteren und Hochbetagten zusätzlich in GeroLit und

- » für Versorgungsleistungen bei Krebserkrankungen und für die Palliativpflege in CancerLit.

Als Suchbegriffe (vorkommend im Titel/Abstract) wurden die Versorgungsleistungen *health promotion, rehabilitation, long-term care* und *palliative* jeweils für alle Lebensabschnitte im Lebenslauf (prenatal, pregnancy, infant, child/children, young, adolescence, adult, elder/elderly, old/older) mit *AND Nurse/Nursing* kombiniert. In der Versorgungsleistung *kurativ* erfolgte die Recherche auf Basis der Schwerpunktthemen der nationalen und internationalen Gesundheitsberichterstattung (Eugloreh 2007) sowohl in CINAHL und PubMed. In der ersten Sichtung wurden die Ergebnisse nach den Handlungsebenen (Individuen, Familien, Gemeinden, Gesellschaft, Politik) geordnet und ausgewertet und mit vertieften Recherchen zu Schwerpunktthemen verfeinert.

In der deutschsprachigen Literatur wurde mit den Begriffen der Versorgungsleistungen Gesundheitsförderung, Prävention, Rehabilitation, Langzeitpflege, Palliativ/Hospiz *UND Pflege* systematisch gesucht und in der Feinanalyse die Zuordnung zu den Lebensabschnitten und den Handlungsebenen vorgenommen. Diese Vorgangsweise ergab sich aus dem wesentlich geringeren Umfang von Journals und Publikationen. Als Quelle dienten, neben GeroLit und Google Scholar, die Zeitschriften

- » PFLEGE – Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe,
- » Pflege & Gesellschaft und
- » Printernet.

Berücksichtigt wurden alle Veröffentlichungen im Zeitraum 1999 bis 2009 in englischer und deutscher Sprache.

Ausgeschlossen wurden Veröffentlichungen

- » mit spezifischem Länderbezug außerhalb Europas und den USA,
- » mit Bezug auf spezifische ethnische Gruppen (z. B. Hispanos, Afro-Amerikaner),
- » mit Bezug auf andere Zielgruppen als die Pflege (z. B. Eltern, Lehrer/innen, Mediziner/innen),
- » Evaluationen von Instrumenten der Pflege (z. B. Pflegediagnosen, spezielle Pflegetheorien, Validitätsprüfungen von Assessments) und Projektevaluationen,
- » Master Thesis, Diplomarbeiten, Dissertationen,
- » Kommentare, Editorials sowie
- » Proceedings und Konferenzprogramme.

Als weitere wichtige Quellen wurden internationale und nationale Gesundheitsberichte, Berichte aus Projekten sowie Berichte zur sozialen Situation im Gesundheitsbereich herangezogen. Auf österreichspezifische Veröffentlichungen wurde in erster Linie über die Datenbanken der Gesundheit Österreich GmbH (REGIS –Regionales Gesundheitsinformationssystem <http://regis.oebig.at/> und www.goeg.at/de/BerichteListing/

[berichtev/oebig.html](#)) sowie auf Publikationen des Bundesministeriums für Frauen und Gesundheit zugegriffen.

In allen Teilen und auf allen Ebenen der Recherche fanden Ergänzungen im Schneeballsystem statt. Im Weiteren wurden für Begriffsdefinitionen und zur Beschreibung der Rollen/Berufsbilder sowie der Kernkonzepte der Pflege einschlägige Fachbücher verwendet.

6.1.3 Auswertung der Recherche

Die Auswertung der Rechercheergebnisse erfolgte auf drei Ebenen.

1. Die Auswertung der Ergebnisse aus den Zeitschriften und Journals erfolgte im Hinblick auf die Frage „Welche Themen werden in den einzelnen Versorgungsleistungen bezogen auf die Zielgruppen im gesamten Lebenslauf in den verschiedenen Handlungsebenen behandelt und welche Rollen werden der Pflege zugeschrieben?“
6. Die Ergebnisse aus dem ersten Schritt der Literaturrecherche wurden, sofern vorhanden, beispielhaft mit Programmen, Initiativen und politischen Schwerpunkten auf internationaler und nationaler Ebene ergänzt. Dahinter stand die Frage: „Finden sich diese Themen in internationalen und nationalen Programmen wieder?“
7. Die Gesamtergebnisse werden mit Ergebnissen zur Epidemiologie und Demografie im Hinblick auf die Frage „Spiegeln sich die recherchierten Themen auch in den Daten zur epidemiologischen und demografischen Entwicklung in Österreich wieder?“ ergänzt.

In der ersten Runde der Recherche wurden die drei Stränge des Hirschfeldmodells kombiniert. Dabei wurde nach Versorgungsleistung und Lebensabschnitt im Lebenslauf gesucht (z. B. gesundheitsförderlich und Säuglinge) und nach Handlungsebenen (Individuum, Familie etc.) ausgewertet. Das Ergebnis diente als Ausgangspunkt für eine verfeinerte Recherche jener Themenbereiche, die auffallend häufig vorkamen und in der österreichischen Gesundheitsberichterstattung angeführt sind. Schwerpunktmäßig lassen sich diesen Themen die Versorgungsleistungen kurativ, rehabilitativ und langzeitorientiert zuordnen. Es sind dies neben Behinderungen, Verletzungen und Unfällen nachfolgend angeführte Erkrankungen (in alphabetischer Reihenfolge):

- » Asthma/COPD (Chronic Obstructive Pulmonary)
- » Diabetes
- » Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- » HIV/AIDS
- » Krebserkrankungen
- » Leberkrankungen
- » Nierenerkrankungen
- » Psychische Störungen/Erkrankungen
- » Zerebrovaskuläre Erkrankungen

Für die Versorgungsleistung „gesundheitsförderlich“ erfolgte eine vertiefte Recherche nach Ernährung, Arbeitsplatz und Schulen sowie nach Lifestyle-Aspekten. In der Versorgungsleistung „palliativ“ wurde zusätzlich mit dem Begriff Hospiz recherchiert. Zur Auswertung der Literatur im Hinblick auf die Rollen der Pflege wurden die im Zusammenhang mit den Versorgungsleistungen genannten Rollen gesammelt und einer vertieften Recherche zur Beschreibung der Begriffe unterzogen. Das Ergebnis ist eine Mischung aus sich teilweise überschneidenden Rollen und Berufsbildern und Spezialisierung im Hinblick auf Aufgaben, Zielgruppen und Setting. In der Darstellung der Ergebnisse werden beide Begriffe, Rollen und Berufsbilder, verwendet, dabei wird mit dem Begriff der Rolle dem englischen „role“ zur Beschreibung von Berufsbilder gefolgt. Ebenso werden die englischen Bezeichnungen übernommen. Eine gesonderte Stellung nehmen die sogenannten Nurse-led Units oder Programmes, von der Pflege geführte Abteilungen oder Programme, ein. Sie stellen in gewisser Weise eine Kombination von Struktur und Rolle dar.

Ein zweites Ergebnis dieser Recherche sind zentrale Konzepte, die in der Ausübung der Rolle zur Anwendung kommen. Letztere stehen im Zusammenhang mit den Versorgungsleistungen und den Krankheitsbildern, dabei finden sich die Rollen/Berufsbilder und Kernkonzepte in unterschiedlichen Kombinationen in den Versorgungsleistungen und Krankheitsbilder wieder. Nachfolgend werden die Rollen/Berufsbilder sowie die Kernkonzepte in alphabetischer Reihenfolge angeführt. Eine Beschreibung der Rollen/Berufsbilder und Kernkonzepte findet sich am Beginn der Darstellung der detaillierten Ergebnisse.

Nursing Assistent

- » Nursing Assistent im gesamten Bereich der Pflege, in allen Settings und mehrheitlich im Erwachsenen- und Altenpflegebereich. Dazu zählen Assistenzkräfte ohne und mit Ausbildung und gesetzlich geregelter Aufgabenbereich.

Rollen/Berufsbilder der Pflege aufbauend auf die Grundausbildung

- » Advanced Nursing Practice mit Spezialisierungen im gesamten Bereich der Pflege in allen Settings, für alle Lebensabschnitte und mit dem Schwerpunkt der Praxisentwicklung durch Anwendung und Evaluation von Forschungsergebnissen.
- » Case Manager mit settingübergreifenden Funktionen.
- » Clinical Nurse Specialist mit Spezialisierungen im gesamten Bereich der Pflege in allen Settings und für alle Lebensabschnitte. Die Spezialisierungen sind vorrangig auf einzelne Krankheitsbilder und Pflegephänomene (s. w. u. Nurse Practitioner) konzentriert. Zum Beispiel Continence Nurse Specialists, Diabetes Specialist Nurse, Psychiatric Clinical Nurse Specialist, Wound, Stoma, Continence Consulting, Infection Control Nurse, Cancer Specialist Nurse, Breast Cancer Nurse, Oncology Nurse

Specialist, Stroke Nurse Specialist, Bariatric Nurse Specialist, Geriatric Clinical Nurse, Palliative Care Nurse Specialists, Forensic Nurse, Triage Nurse etc.

- » Community Nurse mit dem Schwerpunkt im extramuralen Bereich.
- » Family (Health) Nurse mit dem Schwerpunkt Familien in allen Settings.
- » Health Visitors mit dem Schwerpunkt im extramuralen Bereich.
- » Nurse Consultant mit beratender Funktion im gesamten Bereich der Pflege in allen Settings und für alle Lebensabschnitte.
- » Nurse Practitioner/Practice Nurse mit Spezialisierungen im gesamten Bereich der Pflege in allen Settings und für alle Lebensabschnitte. Die Spezialisierungen sind auf Zielgruppen und Settings (s. w. o. Clinical nurse Specialist) konzentriert. Zum Beispiel Women Health Nurse, Women Health Practitioner, Primary Health Care Nurse Practitioner, Child Nurse Practitioner, Acute Care Nurse Practitioner, Gerontological Nurse Practitioners, Psychiatric Nurse Practitioner etc.
- » Occupational Nurse mit dem Schwerpunkt arbeitende Menschen und Organisationen.
- » Public Health Nurse mit dem Schwerpunkt gesunde Menschen, Organisationen und Risikogruppen.
- » School Nurse mit dem Schwerpunkt Kinder, Schüler/innen und Jugendliche in Kindergärten und Schulen.

Spezialformen und Funktionen

- » Nurse-led Units/programmes mit einem eigenständigen Dienstleistungsangebot der Pflege.
- » Nurse Prescribers mit Spezialisierung im pharmakologischen Bereich zur Medikamentenbeschreibung für den gesamten Bereich der Pflege in allen Settings und für alle Lebensabschnitte.

Lehrendes und leitendes Pflegepersonal wird im Zusammenhang mit Versorgungsleistungen und Handlungsebenen nicht thematisiert. Ebenso wenig findet sich eine Grundausbildung nach den Zweigen Allgemeine-, Kinder- und psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege. Die Spezialbereiche Intensivpflege, Kinderintensivpflege, Anästhesiepflege und Pflege bei Nierenersatztherapie finden sich als Spezialisierungen nach einer generalistischen Grundausbildung mit unterschiedlich weitem Aufgabenfeld (Advanced Nursing Practice oder Clinical Nursing Specialists).

Kernkonzepte der Pflege

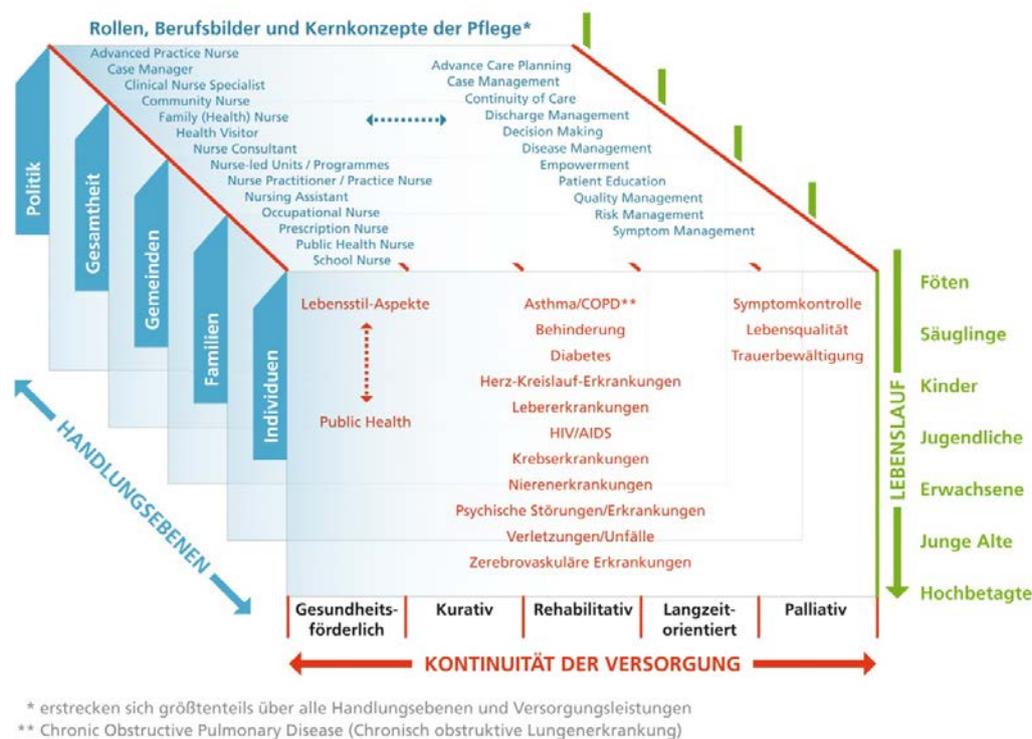
- » Advance Care Planning
- » Case Management
- » Continuity of Care
- » Discharge Management

- » Decision Making
- » Disease Management
- » Empowerment
- » Patient Education
- » Quality Management
- » Risk Management
- » Symptom Management

Die meisten Kernkonzepte sind in Kombination mit anderen anzutreffen, wie z. B. Case Management, Patient Education und Empowerment. Da sie in so unterschiedlichen Kombinationen anzutreffen sind, werden sie einzeln angeführt. Zum Beispiel basiert Patient Education auf Empowerment, aber nicht jede Empowermentmaßnahme zielt auf Patient Education ab, ebenso wenig sind beide Konzepte zwingend in das Konzept des Case Managements einzubetten, ebenso wenig wie das Entlassungsmanagement. Ein anderes Beispiel ist Decision making als zentrales Konzept von Advance Care Planning, also wenn es um End-of-life-Entscheidungen geht. Darüber hinaus aber ist Decision making ein Grundkonzept in der Umsetzung des Pflegeprozesses. Risk Management wiederum ist Teil eines umfassenden Qualitätsmanagements, in der Ausübung einer Funktion kann dieses jedoch als eigenständiges Konzept ausgeführt werden. Und Symptommanagement stellt einen Teil des Disease Managements dar, es muss jedoch nicht jedes Symptom Zeichen einer Erkrankung (Disease), sondern kann auch eine Folge der Behandlung sein. Pflegerelevante Beispiele sind z. B. Fatigue im Rahmen von Krebsbehandlungen, Schmerz nach chirurgischen Eingriffen oder Hautläsionen nach einer Strahlenbehandlung. Die Kombinationen der Kernkonzepte können also sehr unterschiedlich gestaltet sein, wobei als übergeordnetes Konzept nur die Versorgungskontinuität oder Continuity of Care in und über die Grenzen der verschiedenen Versorgungsleistungen hinaus steht.

Zusammenfassend ergibt die Übertragung der Rechercheergebnisse in das Hirschfeldmodell folgendes Bild (vgl. Abbildung 6.2):

Abbildung 6.2:
Rollen, Konzepte und Versorgungsleistungen der Pflege
(Übertragung der Rechercheergebnisse ins Hirschfeldmodell)



Quelle: Nach Hirschfeld 2000
Darstellung: GÖG/ÖBIG

6.2 Rollen/Berufsbilder und Kernkonzepte der Pflege

Am Beginn der detaillierten Darstellung der Ergebnisse stehen die allgemeinen Beschreibungen der Rollen/Berufsbilder und der Kernkonzepte der Pflege, gefolgt von den Versorgungsleistungen in den verschiedenen Lebensabschnitten, ausgewertet nach Handlungsebenen und mit einem ergänzendem Blick auf demografische und epidemiologische Daten aus Österreich. Zeigten sich große Überschneidungsbereiche oder eine undeutliche Trennung zwischen den einzelnen Gruppen in den Lebensabschnitten, dann wurden diese zusammengefasst. Dies gilt insbesondere für Säuglinge, Kinder und Jugendliche sowie für junge Alte und Hochbetagte. Nicht altersmäßig spezifizierte Themen wurden dem Lebensabschnitt Erwachsene zugeteilt. Jedem Punkt sind, sofern vorhanden, beispielhaft Programme und Initiativen auf internationaler und nationaler Ebene (WHO, EU, Österreich) zum jeweiligen Schwerpunkt angefügt, diese sollen die Ebene der Politik repräsentieren. In jedem der Felder werden die spezifischen Rol-

len/Berufsbilder der Pflege und soweit angegeben Kernkonzepte erfasst. Jeder Versorgungsleistung wird eine kurze Beschreibung des Feldes, eine Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse zum jeweiligen Thema vorangestellt.

Die Rollen/Berufsbilder der Pflege sind vielfältig und finden sich mit unterschiedlichen Bezeichnungen in allen Versorgungsleistungen für alle Lebensabschnitte und Handlungsebenen. Jene Rollen/Berufsbilder, die mehrmals genannt werden, werden an dieser Stelle allgemein beschrieben. Die klare Abgrenzung zwischen den Rollen/Berufsbildern ist nicht immer einfach, wie dies auch in verschiedenen Beiträgen zur Beschreibung neuer Rollen und Berufsfelder der Pflege betont wird (Maylor 2005; Ormond-Walsh & Newham 2001; Quaal 1999; Buchan & Calman 2005). Ein zweites Element der Beschreibung zur Rolle bzw. zu den Berufsbildern der Pflege stellen Kernkonzepte dar. Sie bezeichnen besondere Aufgaben und finden sich in allen Versorgungsleistungen und Rollen/Berufsbildern verteilt. Die zentralen Kernkonzepte werden im Anschluss an die Rollen/Berufsbilder vorgestellt.

Es handelt sich bei der Darstellung der Rollen/Berufsbilder und der Kernkonzepte um eine Zusammenführung von Beschreibungen aus den verschiedensten Quellen der gesamten Recherche und nicht um allgemeingültige Definitionen oder Berufsbilder. Für die Beschreibung werden die englischen Begriffe verwendet, sofern es dazu deutschsprachige Literatur und Begriffe gibt, werden diese angeführt. Spezifische Einsatzgebiete der einzelnen Rollen/Berufsbilder und Kernkonzepte werden ebenfalls in den Ergebnissen der Recherche dargestellt.

6.2.1 Rollen/Berufsbilder der Pflege

6.2.1.1 Advanced Nursing Practice

Advanced Nursing Practice (ANP) bezeichnet eine erweiterte und vertiefte Pflegepraxis (Mendel & Feuchtinger 2009; Seidl 2004). Das Berufsbild der ANP wurde in den späten 1950er Jahren in den USA entwickelt und findet langsam Verbreitung im europäischen Raum (Sachs 2007; Callaghan 2008). „Mit ANP wird die Praxis von universitär (Master- oder Doktoratsebene) ausgebildeten und praxiserfahrenen Pflegenden umschrieben, die sich in einem bestimmten Fachgebiet spezialisieren. Die Pflege dieser Spezialistinnen/Spezialisten ist auf Einzelpersonen, Familien oder Gruppen mit spezifischen gesundheitlichen Problemen aller Altersstufen ausgerichtet. ANP-Angebote und Interventionen gründen auf neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen sowie auf Erfahrungswissen. Forschungsergebnisse werden aufgenommen, angewandt und Resultate dieser Anwendungen systematisch ausgewertet. Bei Entscheidungen werden die Präferenzen der gepflegten Menschen miteinbezogen. Wertschätzende, tragende und

befähigende Beziehungen zu anderen, besonders auch zu Patientinnen und Angehörigen, sind unabdingbare Basis für ANP.“ (Spirig & De Geest 2004) Die Unterscheidung zur herkömmlichen Pflege kann auf drei Ebenen festgemacht werden: in der Spezialisierung in einem bestimmten Fachgebiet, z. B. Kinderpalliativpflege (Morgan 2009; Volker, Kahn & Penticuff 2004), Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Anderson 2007), Geriatrie (Mezey, Burger, Bloom, Bonner, Bourbonniere, Bowers, Burl, Capezuti, Carter, Dimant, Jerro, Reinhard & Maat 2005), HIV-AIDS (Spirig, Nicca, Voggensperger, Unger, Werder & Niepmann 2004), der Erweiterung des Handlungsfeldes und im Fortschritt des Faches (DeGeest & Spirig 2004).

Das International Council of Nurses (ICN) definiert Advanced Nursing Practice gleich wie *Nurse Practitioner* (s. w. u.) folgendermaßen: “A Nurse Practitioner / Advanced Practice Nurse is a registered nurse who has acquired the expert knowledge base, complex decision-making skills and clinical competencies for expanded practice, the characteristics of which are shaped by the context and/or country in which s/he is credentialed to practice. A master level degree is recommended for entry level.” (International Council of Nurses 2005). Ebenso stellen Clinical Nurse Specialists (s. w. u.) eine Form der Advanced Nursing Practice in einem bestimmten Gebiet dar. Im Wesentlichen kann der Unterschied von ANP und den beiden anderen Rollen oder Berufsbildern in der Nähe zur Forschung und Weiterentwicklung des Fachbereiches gesehen werden (International Council of Nurses 2008). Mit der zunehmenden Akademisierung im Pflegebereich setzt sich die Bezeichnung Advanced Nursing Practice (ANP) auch im deutschsprachigen Raum durch (Engel & Kriegl 2009). Neben dem Begriff Advanced Nursing Practice (ANP) findet sich auch jener von Advanced Practice Nursing (APN) (Fawcett & Graham 2005). Weniger durchgesetzt hat sich die Bezeichnung der „intensivierten Pflege“ (Frank, Konta, Prusa & Raymann 2006). In Ermangelung einer einheitlichen Definition werden die Begriffe synonym verwendet (Mendel & Feuchtinger 2009).

6.2.1.2 Case Manager

Ausgehend von der Definition des Case Managements (siehe Kernkonzept) umfasst die Funktion des *Case Managers* / der *Case Managerin* folgende Aufgaben: durchgehende Betreuung von Klientinnen/Klienten, die individuelle, klientenorientierte Steuerung der Prozesse nach Pflege- und Betreuungsbedarf, Förderung der Selbstbefähigung, Ansprech- und Bezugsperson für Klientinnen/Klienten und ihr soziales Umfeld sowie Koordination und Vernetzung der verschiedenen Leistungserbringer. Aus der Kombination der verschiedenen Aufgaben des Case Managers / der Case Managerin ergeben sich folgende Funktionen: eine Anwaltsfunktion (Advocacy), eine Vermittler- und Maklerfunktion (Broker) und eine Unterstützungsfunktion (Support) in der Bewältigung komplexer Situationen. Die Einsatzgebiete sind vielfältig (White & Hall 2006), wobei

sich im Bereich der Pflege als zentrales Tätigkeitsfeld die Sicherung der Versorgungskontinuität über Einrichtungsgrenzen hinweg herauskristallisiert, wie z. B. in der Krebsversorgung (Lindpaintner & Sax 2008) oder auch in der Psychiatrie (Maier, Herdt & Kuhl 2006). Ein weiteres zentrales Tätigkeitsfeld ist die Hauskrankenpflege (Grundböck 2001). Je nach Einsatzgebiet liegen die Besonderheiten des Case Manager / der Case Managerin in der Überschreitung von Institutions- und disziplinären Grenzen.

6.2.1.3 Clinical Nurse Specialist

Das Aufgabenfeld von *Clinical Nurse Specialists* umfasst drei zentrale Bereiche. Das Management komplexer Pflegesituationen von Individuen, Familien und vulnerablen Bevölkerungsgruppen in allen Settings, die Unterstützung, Beratung und Weiterbildung der Mitglieder des interdisziplinären Teams und die Initiierung, Gestaltung und Begleitung von Veränderungsprozessen und Innovationen im Gesundheitssystem. Diese Aufgaben können schwerpunktmäßig in einem Gebiet (Spezialist/in) liegen z. B. als Continence Nurse Specialist (Klay & Marfyak 2005), Diabetes Spezialist Nurse (James 2004) oder Psychiatric Clinical Nurse Specialist, in einem umfassenderen Programm wie dem Wound, Stoma, Continence Consulting (Youngberg 2007) oder zu allgemeineren Themen der Pflege (Generalist/in) für alle und in allen Fachbereichen (z. B. Beratungsleistungen, Projektmanagement etc.), erbracht werden (Hurlimann, Hofer & Hirter 2001; Lewandowski & Adamle 2009; Benedict, Robinson & Holder 2006; Husband 2008). Clinical Nurse Specialists finden sich auch in den Bereichen der Onkologie als Cancer, Breast Cancer oder Oncology Specialist Nurse, in der Pflege nach Schlaganfällen als Stroke Nurse (Werner 2005), in der Bariatrie (Morissette 2004) sowie im geriatrischen Bereich als Geriatric Clinical Nurse (Thornlow, Auerhahn & Stanley 2006) und in der Palliativpflege als Palliative Care Nurse Specialist (Newbury, Leeuw & Newton 2008). Im deutschsprachigen Raum werden Clinical Nurse Specialists als Pflegeexpertinnen/-experten bezeichnet (Dörr 2004; Ewers 2001; Mendel & Feuchtinger 2009).

6.2.1.4 Community Nurses

Community Nurses können auch mit Gemeindegeschwester oder -pfleger übersetzt werden. Es handelt sich dabei um eine Pflegefachkraft, die auf Gemeindeebene tätig ist. Der Schwerpunkt der Community Nurse liegt auf Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention für Individuen, Familien und Gruppen sowie auf Koordination und Integration von Gesundheitsprogrammen, wie z. B. Unterstützung und Begleitung von Familien mit Neugeborenen, Gesundheitserziehung in Schulen, Beratung und Aufklärung zu aktuellen Gesundheitsthemen, wie Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Ernährung, Unterstützung betreuender Angehöriger, von Menschen mit

Behinderungen und in der Palliativpflege als Community Hospice Nurse (Pastor 2005). Ziel ist die Verbesserung der Gesundheit und des Wohlbefindens auf individueller Ebene und auf der Ebene von Gemeinden (Hasseler 2006; Aranda & Jones 2008; Diekemper, Smith Battle & Drake 1999). Das Aufgabenfeld der Community Nurse mit der Handlungsebene Individuum, Familie und Gemeinde und einem großen Überschneidungsbereich zur Public Health Nurse ist nur bedingt vergleichbar mit dem der Pflegefachkraft in der ambulanten Pflege, deren Handlungsebene hauptsächlich auf das Individuum begrenzt bleibt.

6.2.1.5 Family Nurse, Family Health Nurse

Die *Family Nurse* oder auch *Family Health Nurse* ist eine Pflegefachkraft mit Spezialausbildung. Beim Berufsbild der Family Health Nurse handelt es sich um eine Empfehlung der WHO aus dem Programm „Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert“ (WHO 1999), in dem die Einführung der Family Health Nurse eine Maßnahme zur Erreichung der in diesem Programm verfolgten Ziele darstellt. Der Aufgabenbereich der Family Health Nurse umfasst die Unterstützung von Familien und Individuen aller Altersgruppen in kritischen Lebensphasen. Zentrale Schwerpunkte sind Gesundheitsförderung und Prävention von Familien und Familienmitgliedern, Begleitung in Krisen- und Krankheitsprozessen durch Motivation, Beratung und Unterstützung der Klientinnen/Klienten und deren Angehörigen, Koordination anderer Dienstleistungen, Beratung in Gesundheitsverhalten und Lebensstilfragen, Aufklärung und Erfassung von Risiko- und Stressfaktoren und Unterstützung in der Rehabilitation (Hasseler 2006; Eberl & Schnepf 2006). Ziel ist die Erfassung und die Unterstützung in der Realisierung der Bedürfnisse von Familien in diesen kritischen Phasen. Dies umfasst Hilfe zur Selbsthilfe, Empowerment und Unterstützung in Entscheidungssituationen.

6.2.1.6 Health Visitor

Ein *Health Visitor* ist eine qualifizierte Pflegekraft mit einer Zusatzqualifikation. *Health Visitors* finden sich vor allem in Großbritannien (Hanks & Smith 1999a). Als Mitglied eines Teams der Primärversorgung sind sie für Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention für Menschen aller Altersstufen verantwortlich. Dies können Individuen, Gruppen oder Gemeinden sein. Spezialisierungen im Bereich der Mutter-Kind-Betreuung, für Familien (Adams 2007), für sozial schwache Bevölkerungsgruppen und für ältere Menschen (Patel & Yea 1999) sind möglich. Ziel ist die Unterstützung und Begleitung von Individuen, Familien und Gemeinden in der Übernahme der Verantwortung für deren Gesundheit (Hasseler 2006).

6.2.1.7 Nurse Consultant

Nurse Consultants oder auch Pflegeberaterinnen/-berater sind spezialisierte Pflegekräfte, die in verschiedenen Settings Beratungsleistungen anbieten. Die Spezialisierung kann mit jener von Pflegeexpertinnen/-experten gleichgesetzt werden. Zielgruppen können Klientinnen/Klienten, Teams, Organisationen, aber auch die Politik sein. Der Inhalt der Beratungsleistung ist klienten-/patientenbezogen, entweder pflegefachspezifische Einzelfallbesprechungen, aber auch Beratung in pflegefachspezifischen Abteilungs- oder Einrichtungsfragen. Norwood beschreibt die Pflegeberatung als Zusammenarbeit von einzelnen Menschen oder Gruppen zur Unterstützung in der Lösung von existierenden oder potenziellen Problemen den Gesundheitszustand oder die Gesundheitsversorgung betreffend (Norwood 2002). Ein Beispiel ist die Beratung von Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen in spezifischen Pflegefragen (Jahncke-Lattek & Weber 2004), bei einem Schlaganfall (Burton, Bennett & Gibbon 2009) oder als Verbindungspflegerperson „Psychiatric Consultation Liaison Nurse“ (Minarik & Neese 2002).

6.2.1.8 Nurse-led units/programmes

Nurse-led bedeutet von der Pflege geführt und findet sich in verschiedenen Formen im Gesundheitswesen. Dabei stellt die Pflege die vorherrschende Dienstleistung dar. Die Verantwortlichkeit umfasst neben der Pflege auch die Aufnahme und Entlassung, die Beziehung von anderen Berufsgruppen, die Anordnung von Untersuchungen sowie die Führung eines multidisziplinären Teams (Harris, Richardson, Griffiths, Hallett & Wilson-Barnet 2005). So können z. B. Abteilungen (Strömberg, Martensson, Friedlund & Dahlström 2001; Loftus & Weston 2001) wie ein von Pflegepersonen geführtes Hospiz (McGovern 2001), spezifische Pflegeangebote wie zur Behandlung chronischer Wunden (Rayner 2006) gleichermaßen wie Gesundheitsprogramme oder Screening-Programme (Joss & Lindsay 2003) durch die Pflege geführt werden.

6.2.1.9 Nurse Practitioner / Practice Nurse

Vom International Council of Nurses (INC) werden die Bezeichnungen *Nurse Practitioner* und *Advanced Nursing Practice* synonym verwendet (International Council of Nurses 2005). Es handelt sich dabei um akademisch ausgebildete Pflegepersonen, die innerhalb eines bestimmten Bereichs der Pflege über Spezialwissen verfügen und dieses in komplexen Pflegesituationen anwenden, indem sie direkte, bedürfnisorientierte Pflege leisten und/oder koordinieren und die Kontinuität der Versorgung gewährleisten. Vielfach werden in der Beschreibung des Aufgabenfeldes auch medizini-

sche Tätigkeiten wie Körperuntersuchungen oder die Anordnung von Labortests beschrieben (Bunnell 2007). Zu den Kernaufgaben zählen in diesem Zusammenhang die Diagnosestellung, Behandlung und Medikamentenverschreibung. Eine etwas engere Definition ist jene der "Practice Nurse", eine speziell ausgebildete Pflegeperson, die in der Allgemeinmedizin in einer Arztpraxis und bei Hausbesuchen tätig ist. Practice Nurses sind ebenfalls Mitglieder von Primary Care Teams (Elaine 2003). So stellt beispielweise die Beratung in Fragen des Lebensstils (Lifestyle Counselling) eine Teilaufgabe der Practice Nurse (Lambe, Connolly & McEvoy 2008) dar.

Weitere Beispiele für Spezialisierungen sind Women Health Practitioners Nurses mit dem Schwerpunkt Frauengesundheit sowie frauenspezifische Symptomatik und Krankheitsbewältigung. Hierzu zählt auch die Breast Cancer Nurse (Burnet, Chapman, Wishart & Purushotham 2004). Primary Health Care Nurse Practitioner mit Fokus auf Individuen und Familien in den Gemeinden zur Förderung von Gesundheit, zur Prävention von Krankheit und Verletzung sowie zur Diagnostik von akuten und chronischen Erkrankungen. Der Primary Health Care Nurse Practitioner stellt eine Brücke zwischen den allgemeinen gesundheitsfördernden Programmen und dem Hausarzt/der Hausärztin und anderen Einrichtungen des primären Gesundheitsbereichs dar. Pediatric Nurse, Child Nurse Practitioner, Child Health Nurses sind auf Kinderpflege spezialisierte Pflegekräfte, mit verschiedenen Spezialgebieten wie Gesundheitspflege (McKey & Huntington 2005) oder pädiatrische Onkologie (Wilson 2005). In diesem Feld gibt es einen großen Überschneidungsbereich zum Tätigkeitsbereich der Family Nurse (Hydén & Baggens 2004). Acute Care Nurse Practitioner sind in der Koordination der Pflege, in der Förderung der Zusammenarbeit mit Angehörigen und Familienmitgliedern, in der Beratung und Entlassungsplanung im akuten Setting tätig (Kleinpell-Nowell 1999; Kleinpell-Nowell 2001) und Gerontological Nurse Practitioners mit Schwerpunkt Geriatrie und Psychiatric Nurse Practitioner für den Bereich der Psychiatrie (McCabe & Grover 1999). Die *Triage Nurse* ist ein Arbeitsfeld der Pflege in interdisziplinären Notfallstationen. Das Aufgabengebiet der Triage Nurse umfasst die Aspekte der Reihung der Behandlungen nach Dringlichkeit (gatekeeping), das Zeitmanagement (timekeeping) basierend auf dem Kernkonzept der Entscheidungsfindung (decision making) (Rettke, Martin & Langewitz 2005; Reveley 1999). Ein weitere Spezialisierung ist die *Forensic Nurse*. im Zusammenhang mit rechtswidrigen Handlungen, wie Missbrauch oder physische und psychische Gewaltanwendung. Es handelt sich um eine speziell ausgebildete Pflegeperson, die Zeichen von Gewalt- und Missbrauchshandlungen deuten und erfassen, eine Beweisführung vornehmen, vor Gericht aussagen und Opfer begleiten kann. Die Einsatzbereiche umfassen alle Gesundheits- und Sozialeinrichtungen stationär wie ambulant sowie Gemeinden. Spezielle Zielgruppen sind Kinder und Familien, schwer traumatisierte Menschen sowie Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen bzw. psychischen Störungen. Forensic Nurses sind im deutschsprachigen Raum nicht etabliert, wobei der Bedarf durchaus gesehen wird (Kettles & Woods 2006; International Association of Forensic Nurses 2006; Doyle 2001; Lambe & Gage-Lindner 2007). Im deutschsprachigen Raum findet sich jedoch der Begriff der forensi-

schen Pflege. Es handelt sich dabei um Pflege in forensischen Abteilungen, d. h. Abteilungen mit Straftätern, die meist in psychiatrischen Einrichtungen angesiedelt sind (Bachl 2009).

6.2.1.10 Nursing Assistant

Mit dem Begriff *Nursing Assistant* werden verschiedene Hilfsdienste zur Unterstützung der Pflege bezeichnet. Dabei werden jene Unterstützungsdienste, die keine besondere Ausbildung oder Schulung und keinen gesetzlich geregelten Aufgabenbereich haben (*Nursing Support Workers, Personal Care Worker, Health Care Assistant, Aide, Second Level Nurse etc.*) von jenen mit einer Ausbildung bzw. einem definierten Aufgabenbereich (*Enrolled, Registered oder Licensed Practical Nurse*) unterschieden (International Council of Nurses 2008). In der Schweiz finden sich dazu die Pflegeassistentinnen/-assistenten (Laufbahnzentrum Zürich 2009), in Deutschland Krankenpflege- oder Altenpflegehelfinnen/-gehilfen (Maiwald 2008) und in Österreich die Pflegehilfe oder Pflegehelferinnen/-helfer. Je nach Bundesland und Ausbildungsregelung zählen auch die Heimhilfe bzw. die Heimhelferinnen/-helfer dazu. Das Thema der Pflegeassistentinnen/-assistenten wird in zweifacher Weise diskutiert. Zum einem im Zusammenhang mit den Entwicklungen im Gesundheitswesen, der Finanzierung und der Verschiebung des Pflegebedarfs von akut zu langzeitorientiert (Milson-Hawke & Higgins 2003; Webb 2000). Ein zweiter Aspekt ist die Professionalisierung der Pflege auf Bachelorniveau, die eine neue Aufgabenverteilung und Nachjustierung im Assistenzbereich erforderlich macht (Rhéaume 2003). Als spezielle Einsatzbereiche werden die Palliativpflege (Garrity, Fello & Anderson 2007), die Medikamentengabe (Walker 2008) sowie die wichtige Rolle der Pflegeassistentinnen/-assistenten bei der Hautpflege und Dekubitusprophylaxe (Howe 2008) sowie bei der Essens- und Flüssigkeitszufuhr (Crogan, Shultz, Adams & Massey 2001) beschrieben.

6.2.1.11 Occupational Nurse

Occupational Nurses, im Deutschen auch als Betriebskrankenschwester/-pfleger bezeichnet, sind qualifizierte Pflegekräfte, die in Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten betriebliche Gesundheitsförderung, Risikomanagement und diverse andere Gesundheitsdienstleistungen erbringen. Arbeitsplätze sind Betriebe, Firmen und Einrichtungen des öffentlichen Sektors. Neben den Grundlagenkenntnissen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention sind spezifisch auf den Arbeitsbereich abgestimmte Kenntnisse nötig (Naumanen-Tuomela 2001).

6.2.1.12 Prescription Nurse

Prescription Nurses sind speziell zur Verordnung von bestimmten Medikamenten pharmakologisch ausgebildete Pflegepersonen. Die Verschreibung von Medikamenten stellt vor allem in Großbritannien ein rasch wachsendes Aufgabengebiet der Pflege dar (Latter & Courtenay 2004). Die Ausbildung und das Aufgabenfeld sind geregelt, ebenso die Liste der verschreibbaren Medikamente (Department of Health 2004). Beispiele aus der Praxis finden sich im Zusammenhang mit Diabetes (James 2004) oder in der Palliativpflege (Ryan-Woolley, McHugh & Luker 2008).

6.2.1.13 Public Health Nurse

Public Health Nurses sind qualifizierte Pflegekräfte, die in Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen für die Einschätzung des Bedarfs an Gesundheitsmaßnahmen bzw. an Krankheitsprävention sowie für die Planung, Entwicklung und Unterstützung in der Umsetzung verschiedener Gesundheitsprogramme verantwortlich sind. Einsatzgebiete sind alle Einrichtungen des Gesundheitswesens, aber auch Versicherungen, Gemeinden und politische Institutionen. Eine zentrale Funktion ist die inhaltliche und organisatorische Koordination von professionellen Dienstleistern und den Verantwortlichen in den einzelnen Bereichen. Ziel ist die Verbesserung der Gesundheit sowie der Lebensqualität auf struktureller und individueller Ebene. Beispiele dafür sind „Gesunde Schulen“, „Gesunde Gemeinden“, Aufklärungs- und Beratungsprogramme für Diabetes, HIV/AIDS, Mundhygiene oder Ernährung. Zielgruppen sind dabei weniger einzelne Personen, sondern Bevölkerungsgruppen. In der Arbeit mit Zielgruppen stellen die Motivation zur Teilnahme an Programme, z. B. an Screeningprogrammen für Frauen, Männer und Kinder sowie die Kompetenzförderung und das Empowerment wichtige Strategien dar (Brieskorn-Zinke 2003; Hasseler 2006; Molloy & Caraher 2006; Aston, Meagher-Stewart, Edwards & Young 2009; Uosukainen 2001; Molloy & Caraher 2000).

6.2.1.14 School Nurse

School Nurses sind Pflegefachkräfte mit Spezialausbildung zur Kinder- und Jugendgesundheit. Der Aufgabenbereich umfasst die Einführung und Begleitung von gesundheitsfördernden Programmen und Aktionen in Kindergärten, Kindertagesstätten und Schulen. Die School Nurse arbeitet mit anderen Professionen, mit Eltern und Lehrerinnen/Lehrern bzw. Erzieherinnen/Erziehern zusammen bzw. koordiniert diese je nach Bedarf. Die School Nurse stellt einen integralen Bestandteil des Gesundheitssystems dar (Kocks 2008a). Das Ziel ist die Bewusstseinsbildung und die An- und Begleitung in der Umsetzung eines gesunden Lebensstils. Die Pflege übernimmt beispielsweise das

Erfassen von Bedürfnissen, die Entwicklung und Umsetzung von Programmen und speziellen Aktionen in Zusammenarbeit mit Eltern, Lehrerinnen/Lehrern und anderen Professionen. Die Themen sind Bewegung, Ernährung, Hygiene, im speziellen Zahn- und Mundhygiene, und je nach Altersgruppe Fragen zur Sexualität, zur Verhütung und zu HIV/AIDS (Wainwright, Thomas & Jones 2000; Whitehead 2006; Kocks 2008b; American Academy of Pediatrics 2001; Cotton, Brazier, Hall, Lindsay, Marsh, Polnay & Williams 2000).

6.2.2 Kernkonzepte der Pflege

6.2.2.1 Advance Care Planning

Advance Care Planning bezeichnet das Erfassen von Wünschen und Bedürfnissen in lebensbedrohlichen Situationen für die möglicherweise letzte Phase des Lebens. Zu den Kernaufgaben zählen die Erfassung zu Vorstellungen und Überlegungen zu verschiedenen Themen, wie PatientInnenverfügung sowie Fragen zum Schmerzmanagement, zu Bluttransfusionen, zur künstlichen Ernährung, Beatmung, Organspenden etc. Nicht zuletzt zählen dazu auch die Wünsche über die Art der Bestattung. Dies geschieht in Zusammenarbeit mit Familien, Angehörigen und wichtigen Bezugspersonen. Darüber hinaus ist die Weiterleitung von Entscheidungen sowie die Dokumentation der Wünsche und Vorstellungen eine zentrale Aufgabe (Daaleman, Williams, Preisser, Sloane, Biola & Zimmerman 2009; Lynn & Schuster 2000; Cantor & Pearlman 2003). Die Rolle der Pflege wird in der Vermittlung gesehen (Jeong, Higgins & Mcmillan 2007).

6.2.2.2 Case Management

Case Management im Gesundheitsbereich bezeichnet die Koordination klinischer Prozesse mit jenen der Sicherstellung eines angemessenen Betreuungsmilieus. Eine allgemeine Definition lautet: „Case Management ist ein Prozess der Zusammenarbeit, in dem eingeschätzt, geplant, implementiert, koordiniert, überwacht wird und Optionen und Dienstleistungen evaluiert werden, um dem gesundheitlichen Bedarf eines Individuums mittels Kommunikation und verfügbarer Ressourcen auf qualitätsvolle und kostenwirksame Ergebnisse hin nachzukommen.“ (Wendt 2005) Diese allgemeine Definition von Case Management ist ident mit der spezifischen Definition des pflegerischen Case Managements: „Nursing case management is a collaborative approach that focuses on the coordination, integration, and direct delivery of patient services and places internal controls on the resources used for care.“ (Cohen & Cesta 2005) Das Case Management stellt ein Instrument zur Sicherstellung der Versorgungs-

kontinuität dar (Schaeffer 2000), dabei können verschiedene Schwerpunktsetzungen unterschieden werden, wie information-, anbieter-, krankheits- oder patientenzentrierte Ansätze (Grün & Maier 2008). Dies zeigt sich in Überschneidungen zu anderen Kernkonzepten. Die spezielle Herausforderung im Case Management liegt darin, dass Case Manager/innen sich mit Klientinnen/Klienten mit bewegen und in diesem Zusammenhang nicht nur Einrichtungsgrenzen, sondern auch disziplinäre Grenzen überschreiten. Ein Beispiel ist ein gemeindebasiertes Case Management bei Herzkrankungen, in dem eine „Advanced Practice Cardiac Nurse“ in Hausbesuchen Assessments durchführt und gegebenenfalls alle weiteren notwendigen Schritte koordiniert sowie den gesamten Prozess begleitet (Anderson 2007).

6.2.2.3 Continuity of Care

Continuity of Care oder Continuum of Care – Versorgungskontinuität beschreibt das nahtlos Aufeinander-Bezogen-Sein von Versorgungsleistungen, wenn Klientinnen und Klienten Unterstützung bei einem oder bei mehreren Einrichtungen des Gesundheitssystems suchen (Höhmann 2002; McBryde-Foster & Allen 2005). Kontinuität kann dabei auf mehreren Ebenen festgemacht werden, fachlich, z. B. bei Pflegeinterventionen (fachintern/fachübergreifend), die Information und Kommunikation betreffend, z. B. in der Beratung, die Organisation des gesamten Prozesses betreffen, z. B. in der zeitlichen Aufeinanderfolge von Leistungen, sowie persönlich, z. B. im therapeutischen und im Versorgungsprozess. Je nach Schwerpunktsetzung werden Kernkonzepte wie Entlassungsmanagement, Disease Management oder Case Management wirksam. Die Entwicklung eines Kontinuums in der Versorgung stellt auch eine der höchsten Prioritäten der WHO dar. Für den Langzeitbereich werden dazu fünf Kernkompetenzen festgemacht: patientenzentrierte Versorgung, die auf partnerschaftlichen Prinzipien beruht, sowie Qualitätsverbesserung, Information und der Einsatz von Kommunikationstechnologien (World Health Organization 2006).

6.2.2.4 Decision Making *Decision Making* oder Entscheidungsfindung

wird für den Pflegebereich auch als klinische Entscheidungsfindung oder klinische Urteilsbildung bezeichnet. Entscheidungsfindung bezeichnet allgemein einen Prozess der Auswahl aus mehreren Möglichkeiten oder Alternativen. Dabei können diese Alternativen bereits bekannt sein oder aber erst im Entscheidungsfindungsprozess entwickelt werden. Methodisch können rational-begründete, z. B. mit wissenschaftlicher Evidenz belegte, aber auch intuitive, auf tiefem Erfahrungswissen und nicht begründbare Entscheidungsfindungsprozesse unterschieden werden (Banning 2007; Harbison 2001). Die Art der Entscheidungsfindung wird im Wesentlichen von drei Aspekten beeinflusst, dem Gegenstand der Entscheidung, z. B. einfach, strukturiert oder komplex, undurchsichtig (Cader, Campell & Watson 2005), der entscheidenden

Person (Lernende, Expertin) (Benner 1984) und dem Umfeld, z. B. Zeit, Praktiken, Störfaktoren (Hedberg 2004), in dem die Entscheidung getroffen wird. Ein besonderes Feld wenig strukturierter Entscheidungsfindungen stellen ethisch schwierige Situationen dar (z. B. Entscheidungen im Spannungsfeld Autonomie und Sicherheit in der Altenpflege oder zum Lebensende). Methodisch finden sich dazu spezielle Formen der Fallbesprechung (case deliberations) (Steinkamp & Gordijn 2003). Das Ergebnis einer Entscheidung dient der Problemlösung. Problemlösung und Entscheidungsfindung stehen in engem Zusammenhang, folgen jedoch unterschiedlichen Prinzipien, wobei jede Problemlösung einer Entscheidung bedarf, aber nicht jede Entscheidung automatisch eine Problemlösung zur Folge hat. In der Pflege ist die Entscheidungsfindung Teil des Pflegeprozesses und damit Grundlage jeder Pflegehandlung.

6.2.2.5 Disease Management

Im *Disease Management* oder auch Krankheitsmanagement stehen Krankheitsbilder im Vordergrund. Disease Management umfasst das eigenverantwortlich durchgeführte Management von und die Begleitung und Unterstützung in Behandlungsprozessen (Wooler 2001) während des gesamten Krankheitsverlaufs. Das Ziel ist die Sicherstellung der Versorgungskontinuität (Forbes & While 2009) und die Vermeidung von Risiken oder Krisen. Damit zeigt sich ein Überschneidungsbereich zum Case Management. Ursprünglich war Disease Management ein Feld der Medizin. Mit dem Anstieg chronischer Erkrankungen und der Professionalisierung der Pflege gewinnt dieses Konzept aber auch für die Pflege zunehmend an Bedeutung. Beispiele sind das pflegerische Disease Management bei Diabetes, COPD, Asthma oder Multiple Sklerose (Goldstein 2006).

6.2.2.6 Discharge Management

Für den Begriff *Discharge Management* oder *Discharge Planning* steht die deutschsprachige Entsprechung Entlassungsmanagement. Im Wesentlichen findet es an der Schnittstelle akut/ambulant oder akut/langzeitorientiert oder akut/rehabilitativ statt. Das Ziel ist die Aufrechterhaltung der Versorgungskontinuität und die Vermeidung von Wiederaufnahmen. Die vorherrschende Zielgruppe sind ältere Menschen mit multimorbiden Zustandsbildern (McAvay, Van Ness, Bogardus, Zhang, Leslie, Leo-Summers & Inouye 2006; Greene, Caldwell, McVeigh, Rankin & Sheeran 2008), nach einem Schlaganfall (Arts, Francke & Hutton 2000; Sackley & Pound 2002) oder Kinder, die einer Intensivbetreuung zu Hause bedürfen (Stephens 2005). Im Prinzip werden zwei Formen unterschieden, das direkte, in den Stationen durchgeführte, und das indirekte, von eigens dafür zuständigen organisatorischen Stellen organisierte Entlassungsmanagement (Klassen & Müller 2009). Die Hauptaufgaben sind das Erfassen von Klientin-

nen/Klienten mit poststationärem Unterstützungsbedarf und die Einschätzung desselben, die klientenorientierte Steuerung der Entlassungsplanung, Beratung und Schulung von Klientinnen/Klienten/Angehörigen, die Gestaltung von Kooperations-, Abstimmungs- und Informationsprozessen und die kontinuierliche Evaluation des Prozesses im Hinblick auf die Zielsetzung (DNQP 2009). Dabei übernehmen Pflege und Sozialarbeit die Hauptfunktion. Entlassungsmanagement weist einen Überschneidungsbereich mit Case Management auf (Klassen & Müller 2009).

6.2.2.7 Empowerment

Empowerment im Sinne von Ermächtigung beschreibt einen Prozess, der Menschen in die Lage versetzt, Einflussmöglichkeiten auf das eigene Leben zu erhalten, zu stärken und/oder wieder zu erlangen (Rodwell 1996). Empowerment im Gesundheitssystem umfasst alle Maßnahmen zur Erhöhung der Selbstkompetenz im Umgang mit der Erkrankung, d. h. mit Symptomen, Emotionen, Medikation, Lebensstil und Behandlungsoptionen, und dient der Förderung der Krankheitsverarbeitung, dem Erkennen der eigenen Kompetenzen und Ressourcen sowie der Entwicklung von individuellen Problemlösungen. Empowerment bezeichnet damit den Prozess der Selbstbemächtigung wie auch jenen der professionellen Unterstützung zur Erlangung derselben (Mahrer 2005). Empowerment stellt eine zentrale Grundlage in Entscheidungsfindungsprozessen und in Konzepten des Selbstmanagements dar, ebenso ist es Teil eines patientenzentrierten Case Managements (Grün & Maier 2008). Die Grundlagen sind Information und Edukation (s. w. u.)

6.2.2.8 Patient Education

Patient Education oder auch Patientenedukation, -schulung oder Familien- und Patientenedukation genannt, hat zum Ziel, das Wissen und Handeln gezielt und systematisch auf die Betroffenen zu übertragen (Abt-Zegelin 2000) und stellt eine Form des Empowerments dar. Die Komponenten der Patientenedukation sind Information (Mitteilung), Schulung (Vermittlung von Wissen und Fertigkeiten nach erwachsenpädagogischen Prinzipien) und Beratung (ergebnisoffener, dialogischer Prozess), unter Verwendung unterschiedlicher Prinzipien und Konzepte (Abt-Zegelin 2002). Für die Pflege steht dabei die Unterstützung in der Alltagsbewältigung im Mittelpunkt. Beispiele finden sich für alle Lebensabschnitte zu verschiedensten Themen, wie Mütter und Säuglinge zum Thema Stillen (Hoyer & Horvat 2000), chronisch kranke und schwerstkranke Kinder (Verger, Trimarchi & Barnsteiner 2002), chronische Erkrankungen wie Asthma (Dinelli & Higgins 2002) oder Diabetes (Brown 2007).

6.2.2.9 Quality Management

Quality Management oder Qualitätsmanagement umfasst alle Maßnahmen zur Festlegung, zur Entwicklung, zur Einschätzung, zur Überwachung und zur Verbesserung der Qualität von Dienstleistungen. Traditionellerweise werden die Anforderungen auf den drei Ebenen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (Donabedian 2005) definiert. Auf der strukturellen Ebene geht es um materielle und immaterielle Ressourcen, z. B. Wissen, Ausstattung, technische Hilfsmittel und Erfordernisse. Sie bilden die Grundlagen für Prozesse. Die in diesem Kapitel angeführten Kernkonzepte können beispielsweise als Qualitätsmaßnahmen der Prozessebene zugeordnet werden. Ein Schwerpunktthema für die Pflege ist jenes der pflegesensitiven Outcomekriterien und der Indikatorenbildung, das sind Ergebniskriterien, die maßgeblich durch pflegerisches Handeln beeinflusst werden. Dazu zählen die Qualität der Pflege, z. B. bei Sturz, Dekubitus, Schmerz, Selbstpflegefähigkeit, nosokomiale Infektionen, die „gesundheitsbezogene Lebensqualität“, diese umfasst funktionelle und physische Aspekte (Bullinger, Siegrist & Ravens-Sieberer 2000) sowie die Zufriedenheit von Klientinnen/Klienten, d. h. das subjektive Erleben. Im deutschsprachigen Raum bestehen noch wenig Erkenntnisse zu pflegespezifischen Outcomekriterien und zur Messung derselben (Stemmer 2005), international liegt der Schwerpunkt auf der Langzeitpflege (Mor 2006; Yu, Evans & Sullivan-Marx 2005; Maloney & Cafiero 2000; Rudolph, Schreiber & Harrington 2008; Duffy 2002).

6.2.2.10 Risk Management

Risk Management oder auch Risikomanagement zielt auf das Erfassen, die Analyse, Beurteilung und Steuerung von Risiken zur Reduktion derselben sowie zur Vermeidung des Eintretens eines Schadens. Im Kontext des Gesundheitswesens haben Risiken vor allem drei Ursachen, eine Erkrankung oder körperliche Einschränkung, die Institution, z. B. das Risiko einer Infektion und das Zusammenwirken dieser beiden und die Infektion auf Grund einer schwachen Konstitution. Während Risiken, die auf Grund einer Erkrankung entstehen, Teil der Behandlung im jeweiligen Fachbereich sind, umfasst ein organisationsbezogenes Risikomanagement jene Risiken, die im Zusammenwirken von menschlicher Konstitution und Institution entstehen. Die Grundlagen in der Pflege dazu sind Erkenntnisse zu den o. a. pflegesensitiven Ergebniskriterien. Beispiele sind das Risiko einer Fehl- oder Mangelernährung, eines Dekubitus, einer nosokomialen Infektion, eines Sturzes, einer Inkontinenz etc. (Klie & Pfundstein 2005). Risikomanagement ist Teil eines umfassenden Qualitätsmanagements.

6.2.2.11 Symptom Management

Symptom Management bezeichnet die Erfassung und Behandlung von (Neben-)Erscheinungen von Erkrankungen bzw. von Behandlungen wie z. B. Schmerz, Müdigkeit, Fieber, depressive Verstimmtheit etc. Das Ziel eines Symptommanagements ist die Prävention und/oder frühe Behandlung von Symptomen zur Aufrechterhaltung und Förderung der Lebensqualität von kranken Menschen. Dabei steht das subjektive Erleben im Vordergrund. Symptommanagement ist jedoch auch ein Teilkonzept des Empowerments, wobei Klientinnen/Klienten befähigt werden, die Symptome frühzeitig zu erkennen und selbst zu behandeln, Beispiele sind an AIDS erkrankte Menschen (Coyne, Lyne & Watson 2002), krebserkrankte Menschen (Duncan, Forbes-Thompson & Bott 2008) oder Menschen in der Palliativpflege (Müller-Mundt & Schaeffer 2002; Faull & Hirsch 2000).

6.3 Gesundheitsförderliche Versorgungsleistungen

Der Stellenwert gesundheitsförderlicher Aktivitäten und Maßnahmen in der Pflege ist in der Berufsbezeichnung der Gesundheits- und Krankenpflege angelegt. Gesundheitsförderliche Versorgungsleistungen beziehen alle Lebensabschnitte und alle Handlungsebenen wie Individuen, Familien, Gemeinden sowie Politik mit ein. Gesundheitsförderung auf Gemeinde- und gesellschaftlicher Ebene findet in diversen Programmen statt, spezielle Zielgruppen sind sozial benachteiligte Gruppen und Menschen in ländlichen Gebieten, spezielle Institutionen sind die Gemeinde, die Schule und das Krankenhaus.

Ein zentrales Ergebnis der Recherche ist, dass sich Gesundheitsförderung nicht nur auf gesunde Menschen bezieht, sondern auch auf chronisch kranke und alte Menschen, und damit in allen anderen Versorgungsleistungen zu finden ist. Die Themen Ernährung und Bewegung kristallisieren sich als Hauptthemen für alle Lebensabschnitte heraus. Eine zentrale Zielgruppe sind Kinder und zwar vor dem Hintergrund, dass ein gesundes Leben im Kindesalter vor gesundheitlichen Problemen im Erwachsenenalter schützen soll. Eine vernachlässigte Gruppe stellen Jugendliche dar. Ein Spezialthema sind Kinder und Jugendliche, die pflegebedürftige Familienmitglieder pflegen, sogenannte „Young Carers“. Sie werden der Versorgungsleistung Gesundheitsförderung zugeordnet, da es bei den wenigen Erkenntnissen, die es zu dieser Gruppe gibt, auch um Belastungsfaktoren und die Auswirkungen auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität geht.

Eng verbunden mit gesundheitsförderlichem Verhalten ist der Begriff der Lifestyleveränderung. Das Ziel ist, die gesunden Anteile bei Krankheit und Alterseinschränkungen zu erhalten bzw. zu fördern. Dies wird mit dem Begriff der funktionalen Gesundheit

beschrieben. „Die funktionale Gesundheit beschreibt, wie Menschen aufgrund ihrer gesundheitlichen Voraussetzungen in der Lage sind, Alltagsanforderungen zu erfüllen und am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben.“ (Menning 2006) Daraus ergeben sich spezifische Rollen/Berufsbilder für die Pflege, die vor allem dem Bereich Public Health (Brieskorn–Zinke 2003; Hasseler 2006), der Familiengesundheitspflege (Eberl & Schnepf 2006; Hasseler 2006), der Gemeinde(–Gesundheits)pflge (Bartholomeyczik, Brieskorn–Zinke, Eberl, Schnepf, Weidner & Zegelin 2008; Hasseler 2006) sowie dem Health Visitor (Hasseler 2006) zuzuordnen sind. Kernkonzepte sind Empowerment und Risk Management.

6.3.1 Zielgruppen gesundheitsförderlicher Versorgungsleistungen

Schwangere, Föten und Säuglinge

Die Themen zur Gesundheitsförderung im Zusammenhang mit Schwangerschaft reichen von der Aufklärung und dem Schutz vor unerwünschten Schwangerschaften, über die Gesunderhaltung und Lebensstiländerungen vor, während und nach der Schwangerschaft bis hin zur Risikoerkennung und –vermeidung sowie der Begleitung bei Risikoschwangerschaften vor, während und nach der Geburt. Die nachfolgend angeführten Themen weisen großteils eine Schnittstelle zum Hebammenwesen (midwifery) auf und wurden daher nicht weiter in die Tiefe recherchiert.

Stellt man die Kombination von Schwangerschaft und unterschiedlichen Lebensphasen her, zeigt sich eine Häufung von Veröffentlichungen zum Thema jugendliche Schwangere (Herrman 2006; Thomas & Looney 2004a; Willcox & Gleeson 2003; Sutton 2001; James–Childs 2000; Moos 2004). Wenn auch nur am Rande, finden schwangere Frauen ab dem 35. Lebensalter (Viau, Padula & Eddy 2002) Erwähnung.

In allen Gruppen stehen Themen zur Lebensstiländerung bei Schwangerschaft im Vordergrund, wobei die beeinflussenden Faktoren des Umfeldes, wie z. B. Berufstätigkeit der Mutter, besondere Beachtung finden (Pasinlioğlu 2004). Auf der Ebene der Individuen finden sich die Subthemen Ernährung (Fowles & Fowles 2008; Hitthaller 2008; Esberger 2007), Rauchen (Hotham, Gilbert & Atkinson 2005; Wewers & Uno 2006), und spezifische Krankheitsbilder, wie Asthma (Kennedy 2009) oder Diabetes (Hofmanova 2006a) im Zusammenhang mit den Auswirkungen auf die schwangere Frau und den Fötus. Die Themen bleiben auch nach der Schwangerschaft sehr ähnlich, wie z. B. Umgang mit der veränderten Situation, Ernährung, Rauchen, Körperbild (Montgomery 2001; Lever & Moore 2005). Die Häufigkeit der Themen ist relativ gleich verteilt und insgesamt eher gering. Maßnahmen der Gesundheitsförderung bleiben relativ begrenzt auf der individuellen Ebene bzw. auf Mutter und Kind.

Säuglinge finden sich in Kombination mit dem Begriff Pflege kaum als eigene Zielgruppe gesundheitsförderlicher Maßnahmen, sondern mehrheitlich in Kombination mit der Mutter. Ein zentrales Thema ist die frühe Entlassung nach der Geburt (Cusack, Hall, Scruby & Wong 2008) sowie die Begleitung von Müttern und Säuglingen während der ersten Wochen nach der Geburt (Montgomery 2001; Lever & Moore 2005). Zentrale Themen sind Stillen (Raisler 2000; Downie & Juliff 2000) und Ernährung (Esberger 2007), eine spezielle Zielgruppe sind sozial benachteiligte Familien bzw. Familien mit niedrigem Einkommen. Dabei stehen die Identifikation von Risiken, wie viele Geburten in kurzen Zeiträumen, postnatale Depression, die sozio-ökonomische Situation, Missbrauch und die Sicherheit für alle Familienmitglieder im Zentrum (Williamson & Drummond 2000; Hanks & Smith 1999b; Adams 2007). Die Maßnahmen der Gesundheitsförderung beziehen sich auf Individuen bzw. Mutter, Kind und die weitere Familie.

Kinder

Gesundheitsförderung bei Kindern hat in den vergangenen Jahren an Bedeutung gewonnen und ist integraler Bestandteil der Kinderpflege. Ein gesunder Lebensstil im Kindesalter soll vor gesundheitlichen Problemen im Erwachsenenalter schützen. Die Maßnahmenpalette ebenso wie die Ansatzpunkte sind sehr breit gestreut (Whiting & Miller 2009; Forbes, While, Ullman & Murgatroyd 2007; Looman & Lindeke 2005).

Mit Abstand das am häufigsten vorkommendes Thema ist das der gesunden Ernährung (Lucarelli 2002; Hern, Marine & Morris 1999; Kennedy & Floriani 2008; Limbo, Petersen & Pridham 2003; Monsen 2000; Ottley 2002) sowie die enorme Verbreitung von Adipositas (obesity) (Budd & Hayman 2008; Gallagher 2005; Fröschl, Haas & Wirl 2009). Im Speziellen werden Maßnahmen zur Feststellung des Risikos einer Fehlernährung (Kopp & Hornberger 2008; Abraham 2004; Di Napoli 2008) und zur Aufklärung (Snethen & Broome 2007), Beratung und Begleitung bei Lebensstiländerungen (Spice 2008; Doolen, Alpert & Miller 2009; Kools, Kennedy, Engler & Engler 2008; Fröschl et al. 2009) behandelt. Dabei werden als wichtigste Ansprechpartner nicht nur Kinder, sondern die Familien (Nauta, Byrne & Wesley 2009; McKey & Huntington 2005; Murphy & Polivka 2007; Howard 2007) und insbesondere Familien mit niedrigem Einkommen (Lynn E. Kelly & Patterson 2006) genannt.

Zum Thema Gesundheitsförderung im Sinne der Frühprävention bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen, eine der häufigsten Erkrankungen im Erwachsenenalter, findet sich in einem Review der Hinweis, dass dies ein vernachlässigtes Thema in der Pflege (-literatur) sei (Nicholson 2000). Da dieser Artikel aus dem Jahre 2000 ist, wurde der Frage in einer eigenen Recherche nachgegangen, mit dem Ergebnis von zwei weiteren Veröffentlichungen spezifisch zu diesem Thema. D. h. auch nach dem Jahr 2000 wurde diesem Thema in Pflegezeitschriften wenig Aufmerksamkeit gewidmet (Young, Janosek

& McKenzie 2001; Kelleher, Fallon, McCarthy, Dineen, O'Connell, Killian, Hope, Bluett, Varley & McDonagh 1999).

Neben dem Thema Ernährung findet sich im Zusammenhang mit Gesundheitsförderung psychische Gesundheit (wie z. B. Schulstress, Depressionen) (BMGFJ 2007; LBI 2009) mehrfach thematisiert, wobei die zentrale Rolle der Gesundheitsförderung der School Nurse zugeschrieben wird (DeSocio & Hootman 2004; Tusaie 2008; Johansson & Ehnfors 2006; Desocio, Stember & Schrinisky 2006).

Das Thema Hygiene wird im Zusammenhang mit der Zahn- und Mundhygiene (oral health) (BMG o. D.) sowie der Händehygiene in Einrichtungen der Kinderbetreuung erwähnt (Williams & DeVries 2000).

Die Förderung der Gesundheit von Kindern findet vielfach in nationalen Programmen statt (Condon 2008; Taylor 2005; Gorski, Borchers, Glassy, High, Johnson, Levitzky, Palmer, Romano & Szilagyi 2002). Ansatzpunkte sind Gesundheitsprogramme für Kinder in der Vorschule und Schule bzw. nach der Schule (Kennedy & Floriani 2008; Weepie & McCarthy 2002b). Eine spezielle Zielgruppe sind Kinder in Kinderheimen (Hunter, McCartney, Fleming & Guy 2008; Philpot 2004; Greene, Lucarelli & Shocksneider 1999).

Jugendliche

Gesundheitsförderung für Jugendliche wird als ein vernachlässigtes Thema bezeichnet und entsprechend gering ist das Wissen um die speziellen Bedürfnisse dieser Altersgruppen (Nerdahl, Berglund, Bearinger, Saewyc, Ireland & Evans 1999). Behandelt werden vor allem die Themen Gewalt (BMGFJ 2007) vorrangig bei männlichen Jugendlichen, sowie Rauchen und Drogen, Sexualität/Schwangerschaft und Körperbewusstsein und Ernährung bei weiblichen Jugendlichen (BMGFJ 2007) sowie spezielle Aspekte der Pubertät, safer sex und psychischen Gesundheit (Nicol, Manoharan, Marfell-Jones, Meha-Hoerara, Milne, O'Connell, Olliver & Teekman 2002; Croghan 2005; Lind 2007; Frenn, Malin & Bansal 2003).

Zum Thema Ernährung und Jugendliche findet sich eher einseitig das Thema der Adipositas (Wilson 2007). Daher wurde eine vertiefte Recherche zu Essstörungen, Anorexie und Bulimie in Zusammenhang mit Gesundheitsförderung durchgeführt. Das Ergebnis sind nur wenige weitere Veröffentlichungen zu diesem Thema, im Speziellen das Management von Essstörungen (Muscari 2002), die Erfahrung von Eltern mit Kindern, die an Essstörungen leiden (McMaster, Beale, Hillege & Nagy 2004) sowie der Effekt von Bewegungsprogrammen auf das Verhalten von anorexierelevanten Menschen (Davies, Parekh, Etelapaa, Wood & Jaffa 2007; Andrist 2003). Keiner der Artikel gibt an, welche Rolle die Pflege in diesem Bereich einnimmt.

Zum Thema Sexualität werden die Subthemen Aufklärung, Verhütung, junge Elternschaft, sicherer Geschlechtsverkehr und Schutz vor Krankheiten mehrfach behandelt (Herrman 2006; Evans 2006; Thomas & Looney 2004b; Sutton 2001; Black & Ford-Gilboe 2004; Cleaver & Rich 2005; Morrison-Beedy, Carey, Kowalsky & Tu 2005; Nyamathi, Flaskerud, Leake, Dixon & Lu 2001).

Ansprechpartner sind Jugendliche selbst, z. B. in Empowerment-Programmen (Nash 2007), sowie Eltern (Saewyc, Bearinger, McMahon & Evans 2006). Als Zugang zu Gesundheitsthemen von Jugendlichen wird mehrfach das Internet erwähnt (Hern et al. 1999; Haerens, Deforche, Vandelanotte, Maes & Bourdeaudhuij 2007). Ebenso werden Informationsstellen, wie nurse-led drop-in sexual health services (Ingram 2007), genannt.

Ein Spezialthema sind Kinder und Jugendliche, die pflegebedürftige Familienmitglieder pflegen, sogenannte „Young Carers“. Mit Young Carers „[...] sind Kinder gemeint, die das 18. Lebensjahr noch nicht erreicht haben und regelmäßig für ein oder mehrere chronisch erkrankte Familienmitglieder sorgen, ihnen helfen und sie pflegen. Sie übernehmen dadurch eine spezifische Verantwortung, die – zumindest in westlichen Gesellschaften – normalerweise nicht für Kinder vorgesehen ist (Becker 2000) und die sie von Gleichaltrigen unterscheidet.“ (Metzing, Schnepf, Hübner & Büscher 2006) Insgesamt ist wenig bekannt über die Situation pflegender Kindern (Watson 1999; Metzing & Schnepf 2007). Das Thema wird in der pflegewissenschaftlichen Literatur bestimmt durch Erkenntnisse aus Großbritannien. Die Untersuchungen zeigen sowohl positive wie auch belastende Faktoren. Positiv werden ein gesteigertes Selbstwertgefühl, ein höhere Empathievermögen, eine enge Bindung an den kranken Angehörigen und Reife und Verantwortungsgefühl, negativ die Überforderung mit der Verantwortung, die Überschreitung von Schamgrenzen, der Zwang zur Reife und die soziale Isolation genannt. Die zeitliche und psychische Belastung kann Auswirkungen auf die schulische Entwicklung und den Eintritt in das Berufsleben haben, so wird von Schulabbrüchen oder den Verzicht auf eine berufliche Karriere zugunsten der Pflegekarriere berichtet (Metzing et al. 2006).

Stellt man die zentralen Themen der pflegewissenschaftlichen Literatur aktuellen Daten zum Gesundheitszustand in den Lebensabschnitten gegenüber, zeigen sich viele Übereinstimmungen. Im Bereich der gesundheitsförderlichen Maßnahmen bei Kindern und Jugendlichen zeigen sich die Themen Adipositas und psychische Gesundheit als Schwerpunkte. Ein Bedarf an gesundheitsförderlichen Maßnahmen zeigt sich in den Ergebnissen zum Gesundheitszustand von Schülern und Schülerinnen (BMGFJ 2007) im Bereich der Ernährung, Bewegung, Rauchen, Alkohol und Drogen und psychischen Gesundheit und der Förderung sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen.

Erwachsene

Zum Thema Gesundheitsförderung und Erwachsene auf allgemeiner Ebene finden sich relativ wenige Veröffentlichungen, wobei der Überschneidungsbereich zu den jungen Alten groß ist. Die Grenze zwischen Gesundheitsförderung und Prävention ist fließend. Zentrale Themen sind die Erfassung der Bedürfnisse spezieller Zielgruppen und die Entwicklung maßgeschneiderter Programme zur Erhaltung und Förderung eines gesunden Lebensstils. Zu allen nachstehend angeführten Bereichen stellen die ländliche Bevölkerung und Menschen mit Behinderungen spezielle Zielgruppen dar.

Als Risikofaktoren werden Rauchen (Whyte, Watson & McIntosh 2006), Alkohol (Lock, Kaner, Heather, Doughty, Crawshaw, McNamee, Purdy & Pearson 2006), Bluthochdruck, Übergewicht und Adipositas sowie Karies identifiziert (Sheahan 2000).

Im Hinblick auf die Krankheitsbilder finden sich gesundheitsfördernde Maßnahmen zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Steptoe, Doherty, Elizabeth Rink, Kendrick & Hilton 1999; Drevenhorn, Kjellgren & Bengtson 2007b; Tonstad, Alm & Sandvik 2007; MacDonald 1999), Diabetes (Taylor, Oberle, Crutcher & Norton 2005; Kleijn 2008), zu cerebrovaskulären (Fernandez, Davidson, Griffiths, Juergens, Stafford & Salamonson 2009) und rheumatischen Erkrankungen (Oh & Seo 2003). Als spezielles Problem werden Adipositas bei chronisch psychisch kranken Menschen (Ekpe 2001) und die Unterstützung im Selbstmanagement erwähnt.

Als gesundheitsfördernde Maßnahme wird das Thema Bewegung und hier speziell für Frauen am Land mehrfach behandelt (Houde & Melilo 2000; Peterson, Yates, Atwood & Hertzog 2005; Walker, Pullen, Boeckner, Hageman, Hertzog, Oberdorfer & Rutledge 2009; Perry, Rosenfeld, Bennett & Potempa 2007; Aittasalo, Miilunpalo & Suni 2004; Costanzo, Walker, Yates, McCabe & Berg 2006).

Neben der ländlichen Bevölkerung stellen junge Frauen (Graves 2005), Menschen mit Behinderungen und Lernschwierigkeiten (Hunt, Wakefield & Hunt 2001; Thomson, Gripton, Lutzmiah & Caan 2007; Marshall, McConkey & Moore 2003; Elaine 2003; Betz 2003; Mackey & Goddard 2006) sowie wohnungslose Menschen (Pieper & DiNardo 2001) spezielle Zielgruppen dar.

Das Thema Lifestyle und Programme zur Lifestyleveränderung finden sich zu den Themen Bluthochdruck (Drevenhorn, Kjellgren & Bengtson 2007a) und Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Chyun, Amend, Newlin, Langerman & Melkus 2003), nach einer Transplantation (Bass, Galley-Reilley, DE & Whitaker 1999), nach einem Schlaganfall (Redfern, McKevitt, Dundas, Rudd & Wolfe 2000), Diabetes Typ 2 (Whittemore, Chase, Mandle & Roy 2002). Die Aufgabe der Pflege ist die Beratung (Lifestyle Counselling) als Teilaufgabe der Practice Nurse (Lambe et al. 2008).

Hinweise auf gesundheitsförderliche Bedarfe bei Erwachsenen (inkl. der jungen Alten) finden sich im 1. Österreichische Männergesundheitsbericht (ÖBIG 2004a), im Frauengesundheitsbericht (BMGF 2005b) sowie in den Ergebnissen der Gesundheitsbefragung 2006/2007 (Klimont, Kytir & Leitner 2007). Ausgehend von häufig auftretenden Erkrankungen bzw. von Erkrankungen mit steigender Tendenz bei Frauen (psychische und Verhaltensstörungen, Essstörungen und Adipositas, neurologische Erkrankungen, Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems), dem Risikoverhalten (Sexualität, Psychopharmakagebrauch, Anstieg des Alkoholkonsums, Haushaltsunfälle) sowie den häufigsten Todesursachen, Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen (Brustkrebs und Krebs der Verdauungsorgane) werden im Österreichischen Frauengesundheitsbericht folgende gesundheitsbelastenden Aspekte besonders hervorgehoben und als Ansatzpunkte für gesundheitsförderliche Maßnahmen festgehalten (BMGF 2005b): psychische Gesundheitsförderung, geschlechtersensible Suchtprävention, sexuelle und reproduktive Gesundheit bzw. die Sexualpädagogik, Prävention von HIV/AIDS und anderer sexuell übertragbarer Erkrankungen, Ernährungsverhalten und der Nikotinkonsum sowie die Pflegeprävention als Gesundheitsförderung und Prävention durch Gesundheits- und Krankenpfleger/innen. Basierend auf den häufigsten Todesursachen bei Männern (Verletzungen in jungen Jahren, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Erkrankungen des Verdauungstraktes im mittleren Alter sowie Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen im höheren Alter) werden folgende Aspekte als gesundheitsbelastend und damit als Ansatzpunkte für gesundheitsförderliche Maßnahmen festgehalten: Lebensstil (Ernährung, Bewegung, Alkohol, Rauchen), Stress, erhöhte Unfallhäufigkeit, die speziell bei jungen Männern auf ein bewusstes, höheres Risikoverhalten zurückzuführen sind, körperliche Belastungen, z. B. Schwer- und Schichtarbeit, geringere oder verspätete Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, speziell im Bereich der Gesundheitsvorsorge.“ (ÖBIG 2004a).

Ergebnisse der Gesundheitsbefragung zum Gesundheitsverhalten von Menschen ab dem 15. Lebensjahr weisen neben den Themen Rauchen, Alkohol sowie Screening-Programme und Impfungen eine deutliche Parallele zu den o. a. Themen auf. In der Zusammenfassung der Ergebnisse dieser Befragung steht das Thema der Fettleibigkeit an oberster Stelle (Klimont et al. 2007).

Junge Alte und hochbetagte Menschen

Da in der Literatur die Trennung von jungen Alten und Hochbetagten kaum erkennbar ist, werden die Ergebnisse dieser beiden Gruppen zusammengefasst dargestellt. Für die jungen Alten finden das Monitoring im Hinblick auf chronische Erkrankungen wie Diabetes, Bluthochdruck oder Krebs sowie die Notwendigkeit der Beteiligung an gesundheitsfördernden Maßnahmen zur Förderung und Erhaltung der Selbstständigkeit, allgemein und im Speziellen in Einrichtungen der Langzeitpflege, Erwähnung.

Maßnahmen zur Förderung und Erhaltung der Selbstständigkeit zum Autonomieerhalt und zum Empowerment (Grove, Loeb & Penrod 2009; Biley 2002; Hartman–Stein & Potkanowicz 2003; Bennett, Perrin, Hanson, Bennett, Gaynor, Flaherty–Robb, Joseph, Butterworth & Potempa 2005) gehen einher mit den Subthemen Vermeidung von Stürzen und Bewegungsprogrammen (Tidwell, Holland, Greenberg, Malone, Mullan & Newcomer 2004; Chen, Chou, Yu & Cheng 2008; Schneider, Mercer, Hering, Smith & Prysak 2004).

Alle im Folgenden angeführten Themen werden vereinzelt erwähnt. Es sind dies Maßnahmen im Hinblick auf Kognition und geistige Vitalität (Yevchak, Loeb & Fick 2008), psychische Gesundheit und Erfassung eines Depressionsrisikos (Hedelin & Svensson 2003), Screening–Programme, z. B. für ältere Männer (Loeb 2003), Alkoholkonsum (Schofield & Tolson 2001; Ingrid & Marsella 2008 – 2009), Ernährung und Adipositas (Flood & Newman 2007) sowie spezielle Gesundheitsförderungsprogramme für Frauen in und nach der Menopause.

Erfassung und Förderung von Gesundheit im Hinblick auf die Vermeidung von spezifischen Krankheiten finden sich zum Thema Herz–Kreislauf–Erkrankungen (Kim, Kyung–Ja & Sond 2003) sowie zur Inkontinenz (Santos & Cestari 2008; Dobrzanska, Dean & Graham 2004; Jenkins, Baker & White 2009; Boyington, Dougherty & Phetrasuwan 2005).

Als das Gesundheitsverhalten von älteren Menschen beeinflussende Faktoren wurden der Gesundheitszustand, die Selbsteinschätzung sowie soziale Aspekte, wie Bildung, Einkommen und Geschlecht (Callaghan 2005) erfasst. So verhalten sich z. B. hochbetagte Männer gesünder als Frauen (BMSK 2008b). Spezielle Zielgruppen sind Menschen in ländlichen Gebieten, wobei hier allgemein der Zugang zur Gesundheitsversorgung (Rosswurm 2001) und die Unterstützung von pflegenden Angehörigen angesprochen werden (Torp, Hanson, Haugel, Ulstein & Magnusson 2007), sowie ältere Arbeitnehmerinnen/Arbeitnehmer (Jenkins et al. 2009), ältere Menschen mit niedrigem Einkommen (Buijs, Ross–Ker, O’Brien & WILSON 2003), Immigrantinnen/Immigranten (McElmurry, Park & Buseh 2004) und sehr gebrechliche (frail) Menschen (Markle–Reid, Weir, Browne, Roberts, Gafni & Henderson 2006). Ebenso wird das Thema der Gesundheitsförderung in Einrichtungen der Langzeitpflege erwähnt (Chow 2003).

Dem Bericht „Hochaltrigkeit in Österreich“ (BMSK 2008b) folgend werden mit gesundheitsförderlichen Maßnahmen bei Hochbetagten die Ziele der Aufrechterhaltung der Selbstständigkeit und der Verhinderung von Gebrechlichkeit („Frailty“) verfolgt. Die Herausforderungen liegen im Risiko der Multimorbidität, d. h. im Auftreten mehrerer Gesundheitsprobleme, kombiniert mit den Einschränkungen des Alters. Die Ansatzpunkte der Gesundheitsförderung liegen, neben klassischen Maßnahmen wie Krebs–screening, Hör– und Sehtest, Impfungen, vor allem in der Förderung eines gesunden Lebensstils (Ernährung und Bewegung) und in der Sturzprävention. Damit soll die

Selbstständigkeit in der Bewältigung der Aktivitäten des täglichen Lebens so lang wie möglich erhalten bleiben (BMSK 2008b). Auch wenn sich diese Zielsetzungen in den Rechercheergebnissen teilweise widerspiegeln, wird im Bericht zur Hochaltrigkeit in Österreich ein Mangel an Erkenntnissen zu den speziellen Bedürfnissen dieser Zielgruppe konstatiert. In diesem Zusammenhang werden Risiken wie Mangelernährung, Stürze, psychosoziale Veränderungen und Isolation erwähnt.

6.3.2 Handlungsebenen gesundheitsförderlicher Versorgungsleistungen

Familie

Die Gesundheitsförderung in Familien ist die Aufgabe der Family Nurse, dies ist ein zentrales Ergebnis der Recherche. Die Themen sind Empowerment und Unterstützung zur Selbsthilfe (Hartrick 2000) sowie die Koordination verschiedener Dienste im Falle von Krankheit eines Familienmitgliedes (Blomquist 2006) durch den Aufbau einer Beziehung und Vertrauensbasis zur Familie (Benzein, Hagberg & Saveman 2008). Spezielle Zielgruppen sind Familien mit behinderten Kindern (Mackey & Goddard 2006), sozial benachteiligte Familien (Cohen & Reutter 2007) und Migranten-Familien (Samarasinghe, Fridlund & Arvidsson 2006).

Ein Programm zur Unterstützung von Familien rund um die Geburt ist das „European Early Promotion Project“. Es handelt sich dabei um ein Besuchsprogramm von Frauen und Familien, das vor der Geburt beginnt und Unterstützung in den ersten Wochen nach der Geburt bietet (Puura, Davis, Papadopoulou, Tsiantis, Ispanovic-Radojkovic, Rudic, Tamminen, Turunen, Dragonas, Paradisiotou, Vizakou, Roberts & Day 2002).

Ein anderes Programm ist das Partnerschaftsprogramm „Nurse-Family-Partnership“ zur Begleitung von Erstgebärenden und ihren Kindern in besonders gefährdeten Familien, wie sozial benachteiligten Familie. Es handelt sich dabei um ein wissenschaftlich fundiertes und evaluiertes Programm, das sich diesen speziellen Zielgruppen widmet. Ausgeführt wird es von speziell ausgebildeten Pflegepersonen, die diese Familien über eine Dauer von zweieinhalb Jahren kontinuierlich besuchen (David 2006).

Gemeinde und Gesellschaft

Gesundheitsförderung auf Gemeindeebene ist Aufgabe der Community Nurse, der Public Health Nurse, und findet in Nursing Centers (Clear, Starbecker & Kelly 1999) oder in Nurse-managed Health Centers (Ferrari 2005) in Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen aus dem Bereich der Primärversorgung statt. Dabei zeigen sich zwei

zentrale Schwerpunkte: Screening-Programme und Gesundheitsförderungsprogramme für spezielle Zielgruppen, wie Frauen – speziell ältere Frauen – und Mammografien (Hurdle 2007), sowie Osteoporose-Vorsorge (Estok, Sedlak, Doheny & Hall 2007; Sedlak, Doheny, Estok & Zeller 2005), Männer im Zusammenhang mit Prostata-Tumoren (Davison, Oliffe, Pickles & Mroz 2009) sowie beide Gruppen im Hinblick auf Darmtumore (Wahab, Menon & Szalacha 2008).

Der Zugang zu diesen Gruppen erfolgt ebenfalls über diverse Programme, wie das *Escalante Health Partnerships* Programm, ein auf Gemeindeebene angesiedeltes, von Pflegepersonen geführtes Programm zur Gesundheitsförderung für ältere Bewohner/innen und zum Management von chronischen Erkrankungen (Nuñez, Armbruster, Phillips & Gale 2003). Eine andere Form der Beratung stellen die *Nursing Clinics* dar. Es handelt sich dabei um Einrichtungen, die von fortgeschrittenen Pflegestudierenden (in Baccalauriatsausbildung) geführt werden. Sie betreuen im Rahmen der praktischen Ausbildung Menschen in Stadtgebieten mit Sozialwohnungen und befähigen sie zum Selbstmanagement (client education). Die Ergebnisse zeigen, dass damit Gesundheitsprobleme, wie Diabetes oder Bluthochdruck rascher erkannt und frühzeitig behandelt werden können (Ellenbecker, Byrne, O'Brien & Rogosta 2002). Ein weiteres Programm ist *Transgenerational health promotion*. Es handelt sich dabei um ein gemeinsam von Pflegepersonen, Studierenden anderer Disziplinen und erwachsenen Menschen aller Altersgruppen gestaltetes Gesundheits- und Wohlbefinden Förderndes Programm (Watson & Pulliam 2000).

Umfassendere Gesundheitsförderungsprogramme beziehen sich im Weiteren auf Institutionen und Einrichtungen, wie z. B. *Gesundheitsfördernde Gesundheitseinrichtungen* bzw. *Gesunde Krankenhäuser*. Das Ziel der Programme Gesundheitsfördernder Einrichtungen bzw. Gesunder Krankenhäuser ist es, den Fokus auf Gesundheit und nicht nur auf Krankheit zu richten. Ein Schwerpunkt dabei ist, dass Gesundungsprozesse nur in einer gesunden Umgebung und von gesunden Menschen unterstützt und begleitet werden können. Die Schaffung von Strukturen und Prozessen, um die Gesundheit von Patientinnen/Patienten und Mitarbeiter/innen erhalten, fördern oder wieder herstellen zu können, steht dabei im Mittelpunkt. Das zentrale Konzept ist Empowerment, d. h. die Bemächtigung der Akteure, mitzureden, mitzuentcheiden und Verantwortung zu übernehmen. Für die Pflege kommt hier das Konzept der Selbstpflege zum Tragen, damit übernimmt sie eine zentrale Rolle in den Programmen ein. Inhaltlich finden sich hier alle Themen der Gesundheitsförderung und Krankheitsvermeidung (Whitehead 2005; BMGFJ 2008; Speroni, Tea, Earley, Niehoff & Atherton 2008; Tveito & Eriksen 2009; Gates, Brehm, Hutton, Singler & Poeppelman 2006).

Gesunde Schulen: Programme zur „Gesunden Schule“ umfassen Aufklärung, Information und Begleitung in Fragen der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention, wie sie weiter oben bereits angeführt wurden. Schwerpunktthemen sind Ernährung, Bewegung, Mund- und Zahnhygiene und je nach Altersgruppe, Fragen zur Sexualität,

zur Verhütung und Aufklärung zu HIV/AIDS. Die Pflege übernimmt in der Rolle der School Nurse die Erfassung von Bedürfnissen, die Entwicklung und Umsetzung von Programmen und speziellen Aktionen in Zusammenarbeit mit Eltern, Lehrerinnen/Lehrern und anderen Professionen. Das Ziel ist es, Bewusstsein zum Thema Gesundheit bereits in frühen Lebensjahren zu schaffen, Krankheitsrisiken erkennen zu können und entsprechende Maßnahmen zu setzen (Wainwright et al. 2000; Whitehead 2006; Kocks 2008b; American Academy of Pediatrics 2001; Weepie & McCarthy 2002a; Pate, Davis, Robinson, Stone, McKenzie & Young 2006).

Gesunde Gemeinden: Die Steuerung und Begleitung von Programmen der Gesunden Gemeinden erfolgen in Zusammenarbeit von Family Nurses (Ravella & Thompson 2001) oder Health Visitors (Hogg & Hanley 2008) und Laien. Pflegepersonen stellen dabei als Community Health Nurses (St John 1999) mit einer erweiterten Funktion (Advanced Nursing Practice) eine Brücke zwischen den Programmen, den Bereichen der Primärversorgung und den Gemeinden dar. Gesundheitsförderung, Feststellen von Bedarfen, Hilfe zur Selbsthilfe durch Bildungsmaßnahmen, Empowerment, Krankheitsprävention sowie Diagnostik von akuten und chronischen Erkrankungen sind die Aufgabenschwerpunkte. Spezielle Zielgruppen sind ländliche Gemeinden (Lyons, Crow, Dunn, Edwards, Graves, Shelton & Dunkin 2001; Hayward 2005; Larsson, Butterfield, Christopher & Hill 2006) sowie besonders gefährdete (vulnerable) Gruppen, wie ethnische Gruppen, Minderheiten, Obdachlose etc. sozial benachteiligte und in Armut lebende Bevölkerungsschichten (McNeal 2008; Laperrière 2007; Hilfinger Messias, De Jong & McLoughlin 2005; Lazenbatt, Orr, Bradley & McWhirter 2000; Cornely, Elfenbein & Macias-Moriarity 2001).

Im Zusammenhang mit dem Thema Gesundheit und Migration wird allgemein festgehalten, dass auf Grund der Vielfalt an Gruppen, die als Migrantinnen/Migranten zählen (World Health Organization 2007; Mladovsky 2007), keine Aussagen über bestimmte Zusammenhänge im Hinblick auf Herkunft und Ethnizität und Gesundheitszustand zu machen sind, sondern dass die sozialen Milieus, aussagekräftiger sind (Knipper & Bilgin 2009). In diesem Punkt unterscheiden sich, abgesehen von den Sprach- und Kommunikationsproblemen, Migrantinnen/Migranten nicht von Einheimischen, in dem finanziell schlechter gestellte und bildungsschwache Gruppen einen weniger guten Zugang zum System haben bzw. dieses weniger nutzen.

Die Informations- und Beratungsthemen umfassen neben unmittelbar gesundheitsbezogenen Themen auch umwelt- (Chalupka 2005) und berufs- bzw. arbeitsplatzbezogene Aspekte (Larsson et al. 2006). Krankheitsbezogene Themen sind Diabetes und Ernährung (Senior, MacNair & Jindal 2008; Constance, Crawford, Hare, Parker, Scott, Stys & May-Aldrich 2002), Asthma (Nies, Bickes, Schim & Johnson 2002b), Hautkrebsvorsorge (Hatmaker 2003), Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Stuart-Shor 2004) und Psychische Gesundheit (Magyar 2002; Calloway 2007).

Politik

Auf internationaler Ebene und national wirksam sind die Programme der WHO „Gesundheit für alle“ (GFA), Nr. 7 (World Health Organization 2005) und das Weißbuch „Gemeinsam für die Gesundheit: ein strategischer Ansatz der EU für 2008–2013“ (Kommission der Europäischen Gemeinschaften 2007) und richtungsweisend für gesundheitsförderliche Maßnahmen. Auf nationaler Ebene hat der Fonds Gesundes Österreich eine zentrale Rolle in der Gesundheitsförderung. Dem gesetzlichen Auftrag folgend liegen die Schwerpunktthemen in der Bewegung, Ernährung, seelischen Gesundheit, bei Kindern und Jugendlichen, Menschen am Arbeitsplatz – BGF und älteren Menschen (FGÖ 2008). Vom Fonds Gesundes Österreich werden für 2008 neben Herz-Kreislauf-Erkrankungen die Schwerpunkte Kommunales Setting, Kindergarten & Schule sowie Arbeitsplatz gesetzt (FGÖ 2009). Dem Schwerpunkt Ernährung ist auch ein u. a. von Gesundheitsministerium und Sozialversicherungsträger finanziertes Projekt „Richtig essen von Anfang an“ gewidmet (Hitthaller 2008). Darüber hinaus stellen die Vorsorge-Untersuchungen und diverse Screening-Programme von Versicherungen einen wichtigen Aspekt dar (Österreichische Sozialversicherung o. D.).

6.3.3 Rollen/Berufsbilder und Kernkonzepte der Pflege im Kontext gesundheitsförderlicher Versorgungsleistungen für Zielgruppen aller Lebensabschnitte

Gesundheitsförderliche Versorgungsleistungen bezogen für die Zeit vor der Geburt, der Schwangerschaft und von Säuglingen werden für die Pflege die Rolle der Aufklärung, Beratung und Begleitung gesehen. Als spezielle Rollen/Berufsbilder werden Women Health Nurse und Health Visitors genannt. Im Zusammenhang mit Kindern werden die Aufgaben der Pflege in der Aufklärung, Anleitung und Begleitung sowie der Schaffung von Strukturen zur Gesunderhaltung im Familiensystem gesehen. Die Bezeichnungen der pflegerischen Rollen/Berufsbilder im Bereich der Kinderpflege sind vielfältig, wie Community Nurse, die Child Health Nurse, Public Health Nurse und Health Visitors, Pediatric and Public Health Nurses, School Nurses, Child Health Nurses (McKey & Huntington 2005), Health Consultant (Evers 2002) und Health Counseling als spezielles Beratungsangebot für Eltern (Golsäter, Enskär, Lingfors & Sidenvall 2009). Die Rollen/Berufsbilder in der Pflege Jugendlicher sind vorrangig die School Nurse und die Practice Nurse in Zusammenarbeit mit dem praktischen Arzt (Bekeart 2003).

Zur Gesundheitsförderung für Erwachsene findet sich eine Reihe von spezialisierten Rollen/Berufsbildern der Advanced Nursing Practice, z. B. zur Durchführung von Nurse-led Health Screenings (Marshall et al. 2003) durch Nurse Practitioner, Occupational Health Professionals, Community Nurse, Clinical Nurse oder Practice Nurses als Mitglieder von Primary Care Teams (Elaine 2003). In der Gesundheitsförderung für

junge Alte und Hochbetagte wird am häufigsten die Rolle der Community Health Nurse genannt. Weitere Rollen/Berufsbilder sind Clinical Nurse Specialist, Nurse Coache/Case Manager, Advanced Nursing Practice, Community Staff Nurse, Nurse managed Clinics in ländlichen oder städtisch benachteiligten Gebieten und Occupational Nurse im Arbeitsumfeld. Pflegerische Handlungsebenen in der Familienpflege sind die Kommunen, Schulen und Nurse-led-Kliniken für Familien (Clendon 2004). Auf Gemeindeebene findet sich die Community Nurse, auf der gesellschaftlichen Ebenen die Public Health Nurse. Die zentralen Kernkonzepte gesundheitsförderlicher Versorgungsleistungen sind das Risikomanagement und Empowerment.

6.4 Kurative Versorgungsleistungen

Kurative Versorgungsleistungen sind zwischen präventiven und palliativen Leistungen angesiedelt und umfassen im Kontext des Gesundheitssystems alle Maßnahmen der Diagnose, Therapie und Pflege von Erkrankungen, solange eine Chance auf Heilung besteht. Dabei steht der Begriff kurativ (lat. curation) für Heilung (Georg & Frohwein 1999). Die Grenzen im Übergang zur Prävention, zu chronisch (anhaltend) und lebensbedrohlich (critical) sind fließend. In der Recherche zu kurativen Versorgungsleistungen erfolgte eine thematische Orientierung an den Empfehlungen der EU zum Aufbau von Gesundheitsberichten (Eugloreh 2007) abgeglichen mit den Ergebnissen der Auswertung der Einschätzung der Krankheitslast in Österreich und den häufigsten Diagnosen bei Krankenhausentlassungen (siehe Abschnitt 5.4). Daraus ergeben sich für die Recherche folgende Schwerpunktthemen: Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen, Erkrankungen des Atmungssystems / der Lunge, Erkrankungen des Magen-Darmtraktes, Nierenerkrankungen, endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen, Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems, Verletzungen/Vergiftung sowie Schmerz und Wunden. Eine vertiefte Recherche zum Thema Wundbehandlung, weist in der Mehrzahl auf die Pflege chronischer Wunden, ähnlich beim Thema Schmerz. Da die Recherche zum Thema Verletzungen, mit Ausnahme des Themas Sturz, keine nennenswerten Ansatzpunkte für pflegerisches Handeln lieferte, wurde eine gesonderte Recherche für den Bereich der interdisziplinären Notfallpflege vorgenommen. Von der Idee geleitet, dass eine Recherche nach Krankheitsbildern und Diagnosen Auskunft zu den Anforderungen an die Pflege in allen Aspekten geben soll, wurde auf eine Recherche zu den Bereichen, in denen nach dem Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegegesetz Sonderausbildungen bestehen (wie Intensiv-, Anästhesie-, und Pflege im OP-Bereich, Nierenersatztherapie) verzichtet.

Erwartungsgemäß zeigen die Ergebnisse der Recherche zu kurativen Versorgungsleistungen einen engen Zusammenhang mit dem mitverantwortlichen und interdisziplinären Tätigkeitsbereich der Pflege. Zentrale Themen sind Beobachtung, Assessments, Prophylaxen und die Koordination verschiedener Berufsgruppen bzw. Leistun-

gen. Dieses Ergebnis könnte mit dem allgemeinen Trend der Verkürzung der Liegedauer in Zusammenhang stehen, die im Schnitt unter fünf Tagen liegt (siehe Abschnitt 5.4) wodurch sich der Bedarf an ein umfassendes Entlassungsmanagement – Case Management – begründet.

Die Recherche der Herz-Kreislauf-Erkrankungen erfolgte mit den Begriffen Ischaemic Heart Diseases AND Nursing, ohne aussagekräftige Ergebnisse, sowie mit Cardiac Disease AND Nursing und Heart Diseases AND Nursing. Die Recherche erfolgte allgemein, Ergebnisse wurden nach Zielgruppen und Handlungsebenen ausgewertet und dargestellt. Zentrales Thema in diesem Bereich ist der Unterschied zwischen Frauen und Männern in der Symptomatik und im Erleben von Herzerkrankungen. Spezialisierungen der Pflege sind die Advanced Practice Cardiac Nurse, Women Health Practitioners Nurses. Die Eingabe Cerebrovascular Diseases AND Nursing bringt wenig verwertbare Resultate, daher wurde zum Thema Schlaganfall und Stroke AND Nursing eine vertiefte Recherche durchgeführt. Ansatzpunkte für pflegespezifisches Handeln ausgeführt von der Stroke Nurse finden sich in den Bereichen Rehabilitation, Schluck- und Sprachbeschwerden sowie Inkontinenz.

Krebserkrankungen brachten mit dem Suchbegriff Cancer AND Nursing das umfassendste Ergebnis, aus diesem Grund wurde das Thema differenziert nach Lebensabschnitten und nach allen Handlungsebenen ausgewertet. Die in der Literatur am häufigsten behandelte Krebsart ist das Brustkarzinom, gefolgt von Prostata-, Lungen-, Cervikal-, Eierstock- sowie Colorectal- und Pankreaskarzinom. Andere Krebsarten werden vereinzelt genannt. Stellt man diesem Ergebnis die Daten aus der Österreichischen Krebsstatistik gegenüber (Abschnitt 5.4), zeigen sich Parallelen, wobei sich in der Recherche der Anstieg in den Neubildungen der Verdauungsorgane nicht deutlich abbildet. Anforderungen im Bereich der Pflege finden sich hier möglicherweise eher zu den Themen Stoma und Ernährung.

Die Schwerpunkte bei Krebserkrankungen liegen in pflegersicher Hinsicht auf dem Symptommanagement. Im Weiteren werden die Aspekte des Erlebens, der Wahrnehmung der Erkrankung, der Krankheitsbewältigung sowie Behandlungsmethoden und deren Wirkung insbesondere auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität beleuchtet. Im Zusammenhang mit Krebserkrankungen ergibt sich ein großer Überschneidungsbereich zur Palliativpflege. Auf der Handlungsebene Gemeinde und Gesellschaft sind die Themen Screening-Programme und Epidemiologie Hauptthemen, mit einem Überschneidungsbereich zum Thema Prävention, auch sie werden nicht im Einzelnen angeführt. Die Rollen/Berufsbilder der Pflege sind die Public Nurse, die Cancer und Oncology Specialist Nurse und die Advanced Nurse Practice eben in allen diesen Bereichen. Die Kernkonzepte sind Symptommanagement im Speziellen Schmerz und Fatigue und Case Management.

Bei den Erkrankungen des Atmungssystems/der Lunge erfolgte für einen ersten Überblick eine Recherche zu Lung Diseases AND Nursing und eine vertiefte Recherche zu Pneumonie, mit den meisten Treffern und einem großen Überschneidungsbereich zu nosokomialen Infektionen und zur Langzeitpflege sowie zu Asthma, COPD und zum Emphysem. Letztere lieferte nur eine geringe Menge an Beiträgen, ebenso wenig finden sich spezifische Pflegeethemen, die nicht auch im Zusammenhang mit COPD oder Asthma erwähnt wurden. COPD und Asthma als chronische Erkrankungen werden im Abschnitt langzeitorientierte Versorgungsleistungen behandelt. Das Thema Pneumonie wird zu fast 100 Prozent im Zusammenhang mit nosokomialen Infektionen (siehe nosokomiale Infektionen) behandelt. Pflegerische Rollen sind die Begleitung, Unterstützung in der Therapie, z. B. Inhalation, sowie präventive Maßnahmen wie Mundhygiene, im Speziellen bei beatmeten Menschen und Menschen mit Schluckbeschwerden zur Vermeidung einer Aspirationspneumonie.

Die Recherche pflegespezifischer Themen zu Erkrankungen des Magen-Darmtraktes mit den Suchbegriffen Gastrointestinal Diseases AND Nursing liefert nur wenig Ergebnisse. Aus diesem Grund wurde die Suche spezifiziert nach Lebererkrankungen, entsprechend der Häufigkeit der Todesursachen. Die Recherche lieferte keine pflegespezifischen Aspekte. Eine Zuordnung zu Lebensabschnitten ist nicht möglich, die Ergebnisse werden in der Gruppe der Erwachsenen behandelt.

Nierenerkrankungen, recherchiert mit dem Suchbegriff Renal diseases AND Nursing, finden sich in erster Linie im Zusammenhang mit Dialyse, sie werden daher im Abschnitt der langzeitorientierten Versorgungsleistungen angeführt. Gleiches gilt für endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen, im Wesentlichen Diabetes sowie Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems.

Zum Thema Verletzungen im Zusammenhang mit der Pflege ergeben sich zwei Schwerpunkte. Verletzungen von Pflegepersonen, wie Arbeitsunfälle und Nadelstichverletzungen. Der zweite Schwerpunkt sind Klienten-/Patientenstürze. Im europäischen Bericht zu „Injuries“ (Zimmermann & Bauer 2006) werden als häufigste Verletzung Frakturen und als häufigste Todesursachen durch Verletzungen Suizid, Stürze und Verkehrsunfälle genannt. Sie machen insgesamt zwei Drittel aller fatalen Unfälle aus. Im Kindesalter ist es Ertrinken, im Jugendalter sind es Verkehrsunfälle und im höheren Alter Stürze (Zimmermann & Bauer 2006). Österreichspezifisch zeigt die Statistik über Heim- und Freizeitunfälle, dass die vorherrschende Unfallart der Sturz/Fall/Sprung (in 59 % aller Fälle), gefolgt vom Sturz auf gleicher Ebene (in den verbleibenden 41 %) (Bauer, Steiner & Stögerer 2004). Die häufigsten Verletzungen sind mit Abstand Knochenbrüche, Prellungen, Sehnen- und Muskelverletzungen sowie offene Wunden (Bauer et al. 2004). Im Wesentlichen deuten die Daten zu den Unfällen und Verletzungen auf einen Bedarf an Präventivmaßnahmen im Rahmen der Sturzprophylaxe. Das Thema Sturz wird im Abschnitt der langzeitorientierten Versorgungsleistungen behandelt.

Die Recherche zur Vergiftung mit den Suchbegriffen Poisoning AND Nursing sowie Intoxication AND Nursing brachte kein pflegespezifisches Ergebnis. Ein mit Verletzungen in Zusammenhang stehendes Thema ist die Notfallpflege bei Erwachsenen, sie wird im Abschnitt Rollen/Berufsbilder und Kernkonzepte der Pflege behandelt.

Krankheit geht sehr häufig mit Schmerz einher. Im akuten Zustand ist der Schmerz ein Symptom mit Signalfunktion, im chronischen Zustand vielfach ein eigenes Krankheitsbild. Das Kernkonzept beim Thema Schmerz ist das Schmerzmanagement, die Rolle der Pflege, die des Mitglieds eines multidisziplinären Teams (Haigh 2001). Für beide Formen des Schmerzes liegt die Aufgabe der Pflege im kontinuierlichen Assessment. Auf das Thema Schmerz wird im Abschnitt der langzeitorientierten Versorgungsleistungen eingegangen.

Gleiches wie für den Schmerz gilt für das Thema Wunden und Wundmanagement. Der Themenbereich wird bestimmt durch spezielle Behandlungsmethoden, im Vordergrund steht jedoch auch hier die Behandlung von chronischen Wunden. Aus diesem Grund wird dieses Thema ebenfalls den langzeitorientierten Versorgungsleistungen zugeordnet.

6.4.1 Zielgruppen kurativer Versorgungsleistungen

Schwangere, Föten, Säuglinge, Kinder, Jugendliche

Schwangere, Säuglinge, Kinder und Jugendliche werden zusammengefasst dargestellt, da die Ergebnisse für die einzelnen Zielgruppen sehr gering sind. Rund um die Geburt bzw. zu Säuglingen findet sich das Thema der angeborenen Herzerkrankungen und in diesem Zusammenhang die Konsequenzen für die Pflege Neugeborener und die Begleitung von Eltern und Kindern. Das Thema gewinnt durch die steigenden Überlebenschancen dieser Kinder zunehmend an Bedeutung (Jones, Willis & Uzark 2006; Thompson 2007).

Pflege und der Umgang mit häufig vorkommenden Symptomen bei Krebserkrankungen und Krebsbehandlungen sind Schwerpunktthemen bei den Neubildungen bei Kindern. Die Themen sind Fatigue bzw. Müdigkeit, Energielosigkeit (Davies, Whitsett, Bruce & McCarthy 2002), Schlafstörungen und Schmerz (Hockenberry & Hooke 2007; Docherty 2003), Stress und Übelkeit (Docherty 2003) sowie spezielle Ernährungsbedürfnisse (Han-Markey 2000). Das Schmerzmanagement bei Neugeborenen wird als besondere Herausforderung (Carrier & Walden 2001; Rouzan 2001) thematisiert. Spezielle Anforderungen an die Fach- und Sozialkompetenz (Cantrell 2007) werden in der Pflege bei Kindern mit Chemotherapie gesehen (Andam & Silva 2008). Für an Krebs erkrankte Jugendliche wird die Frage nach den speziellen Bedürfnissen und dem Ort, an dem sie

betreut werden sollen, gestellt, da sie oft für die Kinderabteilung zu alt und für die Erwachsenenabteilungen zu jung sind (Whelan 2003). Ein Vorschlag sind eigene Abteilungen (Smith 2004). Die Rolle der Pflege ist die des Child Nurse Practitioners in der pädiatrischen Onkologie (Wilson 2005).

Erwachsene

Im Zusammenhang mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen werden die unterschiedlichen Symptomatik, das Wahrnehmen der Beschwerden (z. B. Herzschmerzen) von Frauen und Männern sowie Konsequenzen für Früherkennung und Diagnostik behandelt (O'Keefe-McCarthy 2008; Davidson, Daly, Hancock, Moser, Chang & Cockburn 2003; Miller 2002). Ein weiteres Thema sind Auswirkungen von Herzerkrankungen auf die Sexualität und die beratende Rolle, die die Pflege dazu einnehmen kann (Hardin 2007). Das Thema Schlaganfall findet sich im Zusammenhang mit einem Nurse-led-Programm zur Mundgesundheit im stationären Bereich (Brady, Furlanetto, Hunter, Lewis & Milne 2006).

Themen zu Krebserkrankungen bei Erwachsenen sind ebenfalls die Symptome Fatigue (Nail 2002), Schmerz (Goldberg & Morrison 2007), im Speziellen Schmerzen bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen (McDonald 1999), Schlafstörungen (Vena, Parker, Allen, Bliwise, Jain & Kimble 2006; Kaplow 2005; Vena, Parker, Cunningham, Clark & McMillan 2004) und Übelkeit (Campbell & Hately 2000). Altersunspezifisch wird das Thema der Auswirkungen der Symptome bei Krebserkrankungen und onkologischen Behandlungen auf die Ernährung behandelt (Grant & Kravits 2000).

Die Recherche pflegespezifischer Themen zu Erkrankungen des Magen-Darmtraktes lieferte keine Ergebnisse, aus diesem Grund wurde die Suche spezifiziert nach Lebererkrankungen. Die Ergebnisse sind auch hier nicht sehr zahlreich. Thematisiert wird die psychologische Betreuung bei Lebererkrankungen und die Rolle der Pflege (Tonks & Smith 2005) allgemein und im Speziellen bei einem Cerebraloedem, verursacht durch ein Leberversagen (McGuinness 2007). Im Weiteren wurde die Pflege bei Ascites und Leberzirrhose (Sargent 2006) sowie bei akutem und chronischem Leberversagen (Starr & Hand 2002) angesprochen. Als weitere Themen finden sich die chronische Hepatitis C im Zusammenhang mit Lebensqualität (Heitkemper, Jarrett, Kurashige & Carithers 2001), Hepatitis verursacht durch Alkoholmissbrauch (Sargent 2005) und das primäre und metastatische Lebercarcinom (Groen 1999) thematisiert. Eine eindeutige Zuordnung nach Altersgruppen und Lebensabschnitten ist nicht möglich.

Als besondere Herausforderung wird das Thema Adipositas im Akutkrankenhaus gesehen. Thematisiert werden insbesondere die Anforderungen bei Erste Hilfe-Maßnahmen, die spezielle Hautpflege, Mobilisierung, Konsequenzen einer eingeschränkten Atmung (Camden 2009) sowie die Wundbehandlung (Wilson & Clark 2003;

Mathison 2003). Spezialbereiche dabei sind die peri- und postoperative Pflege (McAuliffe & Edge 2007; Abir & Bell 2004), die Intensivpflege (Davidson, Kruse, Cox & Duncan 2003) und die spezielle Pflege nach bariatrischen Operationen (Grindel & Grindel 2006). Bariatrie ist jenes medizinische Spezialgebiet, das sich mit den Ursachen, der Prävention und der Behandlung von Übergewicht und Adipositas (Obesity) beschäftigt. Eine Spezialisierung der Pflege ist in diesem Fach der Clinical Nurse Specialist (Banning 2005) in Bariatrie (Morissette 2004).

Junge Alte, Hochbetagte

In der Altersgruppe der jungen Alten und der Hochbetagten stehen der Schlaganfall mit Folgeerscheinungen, wie z. B. Urininkontinenz und Pflegemaßnahmen zur Verbesserung der Blasenfunktion (Nazarko 2007a; Nazarko 2007b) und Schluckstörungen (Dysphagie) (Smithard, Smeeton & Wolfe 2007; Werner 2005; Cefalu 1999; Travers 1999) und die damit verbundenen Essstörungen (Westergren 2006) im Zentrum. Die Rolle der Pflege ist die Spezialisierung als Nurse Specialist in den jeweiligen Themen/Fächern (Werner 2005).

Im Zusammenhang mit Neubildungen werden das mit steigendem Alter häufigere Vorkommen von Krebserkrankungen und die Konsequenzen für die geriatrische Pflege (Hodgson 2002; Bourbonniere & Kagan 2004) diskutiert. Als Maßnahme wird eine im onkologischen Bereich spezialisierte Pflegekraft für Pflegeheime (Bourbonniere & van Cleave 2006) vorgeschlagen. Ein zweites Thema ist die Vernachlässigung des Symptommanagements, im Speziellen des Schmerzmanagements in Pflegeeinrichtungen für ältere Menschen (Duncan et al. 2008; Weiner & Hanlon 2001; Barkin, Barkin & Barkin 2005).

Bei den Erkrankungen des Atmungssystems/der Lungen stehen die Pneumonie (Chong & Street 2008) und die Pneumonieprävention bei älteren Menschen in der Akutpflege und in Einrichtungen der Langzeitpflege im Vordergrund. In diesem Zusammenhang finden sich das Thema der Aspirationspneumonie und Möglichkeiten der Vermeidung (Oh, Weintraub & Dhanani 2004; Loeb, Becker, Eady & Walker-Dilks 2003) sowie vielfach der Aspekt der Mundgesundheit und der Mundhygiene (Oral Health) (Sjögren, Nilsson, Forsell, Johansson & Hoogstraate 2008; Booker 2004; Coleman 2004). Die Aspirationspneumonie steht dabei im Zusammenhang mit Schluckbeschwerden (Dysphagie), die häufig Ursache der Aspiration ist.

Der mit Abstand am häufigsten thematisierte Aspekt ist jener der nosokomialen Pneumonie. Dabei werden verschiedene Formen unterschieden, die jeweils unterschiedliche Maßnahmen der Prävention und Behandlung erfordern: hospital-acquired pneumonia (HAP) (Goss 2008), ventilator-associated pneumonia (VAP) (Ruffell & Adamcova 2008) und health-care-acquired pneumonia (HCAP), nursing-home-

associated (NHAP) (Mylotte 2007; Medina-Walpole & Katz 1999) und community-acquired pneumonia (CAP) (Kleinpell & Elpern 2004; Torres, El-Ebiary, Riquelme, Ruiz & Celis 1999; Marrie 2000; Welte & Köhnlein 2009). So konnte z. B. festgestellt werden, dass HAP und VAP ein größeres Risiko einer Antibiotikerresistenz aufweisen (Abrahamian, Deblieux, Emerman, Kollef, Kupersmith, Leeper, Paterson & Shorr 2008). Die postoperative Pneumonie findet sich hier explizit als ein pflegesensitives Outcomekriterium (Brooks 2001) genannt und in diesem Zusammenhang die Mundhygiene (oral health) zur Vorbeugung einer nosokomialen Pneumonie und Senkung des Mortalitätsrisikos (Farrell & Petrik 2009; Bassim, Gibson, Ward, Paphides & DeNucci 2008; Mylotte 2007).

Auch im Bereich der Altenpflege finden sich das Themen Bariatric und die besonderen Anforderungen (Lapane & Resnik 2005) an entsprechende Programme in Pflegeheimen (Dimant 2005).

Während bei jüngeren Alten das Problem des Übergewichts im Mittelpunkt steht, ist es bei den Hochbetagten eher das Problem der Mangelernährung (Malnutrition) (Strube 2006; DiMaria-Ghalili & Amella 2005), insbesondere bei sehr gebrechlichen und an Demenz erkrankten Personen. Die Erfassung von Ernährungszuständen erfordert spezielle Kenntnisse bei den Pflegepersonen (Labossiere & Bernard 2008). Zum routinemäßigen Screening werden einfache Instrumente empfohlen (Elia, Zellipour & Stratton 2004), ebenso wird ein Nurse-led-Programm zur Erfassung von Mangelernährung (Bläuer, Schierz-Hungerbühler, Trachsel, Spirig & Frei 2008) vorgestellt. Spezielle Zielgruppen sind ältere (Eberhardie 2002) und an Demenz erkrankte Menschen (Amella 2006; BMSK 2008b). In diesem Zusammenhang findet sich das Thema der Sondenernährung mehrmals erwähnt (Sampson, Candy & Jones 2009; Finucane, Christmas & Leff 2007; Russell & Rollins 2002).

Ein Subthema im Zusammenhang mit kurativen Versorgungsleistungen sind Aspekte von älteren und alten Menschen im Akutkrankenhaus, z. B. in der Orthopädie und die Notwendigkeit geriatrischer Assessments zur Feststellung des Pflegebedarfs (Panno, Kolcaba & Holder 2000). Zwei Themenbereiche werden im Kontext des Akutkrankenhauses mehrfach angeführt, die Sturzprävention und das Delirium.

Stürze stellen die häufigsten Verletzungen bei alten Menschen dar (Rubenstein 2006). Die Ursachen sind vielfältig und häufig umgebungsbedingt (Tzeng & Yin 2008; Hignett & Masud 2006) bzw. liegen im Zusammenwirken von Gesundheitszustand und Umgebung. Ebenso finden sich spezielle Maßnahmen zur Prävention (Murphy, Labonte, Klock & Houser 2008; MacCulloch, Gardner & Bonner 2007) sowie zu einem Sicherheits- bzw. Risk Management allgemein (Currie 2006b) und speziell für hospitalisierte ältere Menschen (Lindquist & Sendelbach 2007).

Das Delirium wird als ein vernachlässigtes Thema im klinischen Setting gesehen. Maßgeblich ist der Zusammenhang zwischen Delirium und Mortalität (Kiely, Marcantonio, Inouye, Shaffer, Bergmann, Yang, Fearing & Jones 2009) sowie zwischen Delirium und funktionalem Status, Kognition und Pflegeheimaufnahme (Cole, Ciampi, Belzile & Zhong 2009). Als allgemeine und postoperative (Haynes 1999) Begleiterscheinungen stellt das Delir ein erhöhtes Risiko vor allem für iatrogene Infektionen, für eine Verschlechterung der Kondition und im Weiteren ein Risiko für Dekubitus, Sturz, Inkontinenz, Polypharmacie und Mangelernährung dar (Rudolph et al. 2008; C. Ski & O'Connell 2006). Als spezielles Setting wird die Intensivstation genannt (Marshall & Soucy 2003; Truman, Gordon & Ely 2004). Betroffen sind darüber hinaus vor allem ältere Menschen (Gogol 2008). Der Pflege wird u. a. die Rolle (Gillis & MacDonald 2006; Rabinowitz 2002) zugeschrieben, dieses Thema aufzugreifen (Schofield 2008; Schuurmans, Duursma & Shortridge-Baggett 2001) und Maßnahmen zur Prävention (Kalisvaart & Vreeswijk 2009) vorzunehmen.

6.4.2 Handlungsebenen kurativer Versorgungsleistungen

Familie

Auf der Handlungsebene Familie finden sich familienzentrierte Pflegeinterventionen nach einem Myocardinfarkt (Fleury & Moore 1999). Im Zusammenhang mit Krebserkrankungen wird die Familie als das zentrale Unterstützungspotenzial für Erkrankte gesehen, das aber ebenfalls einer Unterstützung und Begleitung bedarf (Northouse 2005; Flanagan 2001; Yates 1999).

Gemeinde

Auf der Ebenen der Gemeinden wird mehrfach die Möglichkeit der Pflege, Zugang zu den Menschen zu haben, betont (Witter 2005). So auch im Zusammenhang mit einem gemeindebasierten Case Management bei Herzerkrankungen (Anderson 2007) und einem Informationsprogramm zum Thema Krebs, in dem die Pflege eine Vermittlerrolle zwischen den einzelnen Spezialisten und allen anderen Beteiligten einnimmt (Rimer & Gierisch 2005). Diese Vermittlerrolle der Pflege und ihre Stärkung durch eine Erweiterung des Handlungsfeldes (Assessment, Diagnostik) werden mehrfach thematisiert (Greenwald 2005).

Gesellschaft

Auf der Handlungsebene Gemeinde und Gesellschaft stehen die Themen Screening-Programme, Epidemiologie sowie das Erreichen der Beteiligung von vulnerablen Gruppen, wie z. B. verschiedene ethnische Gruppen (Kagawa-Singer 2000), von Bevölkerungs- und Risikogruppen im Vordergrund.

Politik

Im WHO Programm „Gesundheit 21 – Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert“ hat als ein Schwerpunktthema die „Verringerung der Inzidenz und Prävalenz von Krankheiten und anderen Ursachen für schlechte Gesundheit oder Tod auf den niedrigstmöglichen Stand“ (World Health Organization 1999). Neben den Erkrankungen mit den häufigsten Todesursachen, Herz-Kreislauf-Krankheiten und Krebserkrankungen sowie den häufigsten chronischen Erkrankungen werden Mitgliedstaaten aufgefordert, nationale Gesundheitsprogramme zur Verringerung von psychischen Problemen, von Verletzungen und Gewalteinwirkungen und von bereits vergessenen Krankheiten wie Malaria, Tuberkulose und Syphilis zu gestalten.

Im Weißbuch der Europäischen Kommission werden drei strategische Ziele zur Bewältigung der Herausforderungen der Zukunft angeführt. Erstens die Förderung der Gesundheit in einem alternden Europa, mit den zentralen Themen schlechte Ernährung, Bewegungsmangel, Alkohol-, Drogen- und Tabakkonsum, Umweltrisiken, Straßenverkehrsunfälle sowie Heim- und Freizeitunfälle. Zweitens der Schutz der Bürger und Bürgerinnen von Gesundheitsgefahren, dies inkludiert die Möglichkeiten der Krankheitsübertragung als Folge der Globalisierung und vermehrter Reisen (Epidemien und Pandemien), Erkrankungen und Bedrohungen, die im Zusammenhang mit dem Klimawandel stehen sowie Patientensicherheit im Hinblick auf unerwünschte Ereignisse. Als drittes Ziel wird die Förderung dynamischer Gesundheitssysteme und neuer Technologien festgehalten. Die Notwendigkeit der Dynamik begründet sich durch das Altern der Gesellschaft, die Migration und die Mobilität von Patientinnen und Patienten. Als neue Technologien werden Gesundheitstelematik, Genomik und Biotechnologien zur Prävention von Krankheiten und zur Verbesserung der Behandlung angeführt (Kommission der Europäischen Gemeinschaften 2007). Die Aufgabe der Kommission ist die der Koordination von Daten und Maßnahmen der Mitgliedstaaten, da die Zuständigkeit für das Gesundheitswesen auf nationaler, regionaler und kommunaler Ebene liegt.

Auf nationaler Ebene finden sich im Wesentlichen Themen der Gesundheitsförderung und der Prävention und wenige Programme, die auf kurative Maßnahmen abzielen. Daher werden an dieser Stelle nur wenige Beispiele angeführt, wie das Programm zur Herz-Kreislauf-Gesundheit im Grundlagenkonzept zu Interventionen der Herz-Kreislauf-Gesundheit des Fonds Gesundes Österreich (FGÖ 2007), die Berücksichti-

gung wichtiger Lebensstilthemen und Zivilisationserkrankungen in Vorsorgeprogrammen wie Bewegung, Ernährung, Rauchen, Krebs-Screeningprogramme für Brust- und Darmkrebs oder Hör- und Sehleistung ab dem 65. Lebensjahr (Österreichische Sozialversicherung o. D.). Schwerpunkte auf nationaler Ebene lassen sich auch in der Gesundheitsberichterstattung ablesen, wie z. B. im Brustkrebsbericht (ÖBIG 2008a) oder im Bericht zu Heim- und Freizeitunfällen (Bauer et al. 2004).

6.4.3 Rollen/Berufsbilder und Kernkonzepte der Pflege in kurativen Versorgungsleistungen

In der Kinder- und Kinderintensivpflege findet sich als Rolle der Pflege die Advanced Nursing Practice (Verger et al. 2002).

Bei Herzerkrankungen wird ein gemeindebasiertes Case Management genannt, ausgeführt von einer „Advanced Practice Cardiac Nurse“ (Anderson 2007). Ebenso ein Nurse-led-Programm zur Prävention von kardiovaskulären Erkrankungen bzw. Verhinderung einer Verschlechterung des bestehenden Zustandes (insbesondere durch Maßnahmen der Lebensstiländerung), geführt von einer District Nurse (Joss & Lindsay 2003; Witter 2005).

Im Bereich der Onkologie finden sich Oncology Nurses (Mick & Clin 2008), Radiation Oncology Nurses (Gosselin-Acomb 2006) und Pflegepersonen in der Funktion der Advanced Nursing Practice (Moore & Sweedman 2004). Zur Nachbetreuung werden von der Pflege geführte Einheiten, „Nurse-led Care“, eigene „Nurse-Clinics“ (Loftus & Weston 2001), unter Einsatz von Telehealth-Maßnahmen (Cox & Wilson 2003) und Case Management zur Verbesserung der Kommunikation zwischen Grundversorgern und Spezialisten (Lindpaintner & Sax 2008) diskutiert.

Ein weiteres Arbeitsfeld im kurativen Bereich sind Stroke-Units (Seneviratne 2008), wobei in einer europäischen Studien festgestellt wird, dass ältere Menschen mit einem Schlaganfall weniger Zugang zu speziellen Stroke-Units haben (Bhalla, Grieve, Tilling, Rudd & Wolfe 2004). Die Rolle der Pflege ist die Beratung bei Schlaganfall in der Funktion eines Stroke Consultant (Burton et al. 2009). Das Kernkonzept ist das Discharge Management bzw. Entlassungsmanagement für Schlaganfallpatienten mittels Kontaktpflegepersonen, die vom stationären Setting aus agieren (Liaison nursing) (Arts et al. 2000).

Ein Arbeitsfeld der Pflege sind interdisziplinäre Notfallstationen. Notfall-Pflege wird als ein hochspezialisiertes Gebiet (Rettke et al. 2005) dargestellt und die Rolle der Pflege in der Triage Nurse (gatekeeping, timekeeping and decision making) diskutiert. Besondere Herausforderungen stellen auch in diesem Zusammenhang ältere Menschen

(Melby & Ryan 2005; Terrell & Miller 2006) dar. Als Rolle der Pflege wird der Emergency care practitioner genannt (Mason, Coleman, O'Keeffe, Ratcliffe & Nicholl 2006).

6.5 Rehabilitative Versorgungsleistungen

In der Rehabilitation als Maßnahme in Folge von Erkrankungen oder Unfällen erfüllt die Pflege eine zentrale Rolle in einem interdisziplinären Team. Themen der Alltagsbewältigung mit bleibenden Beeinträchtigungen, mit nur langsam zurückkehrenden oder neu zu erlernenden Fähigkeiten sowie Lebensstiländerungen im individuellen, sozialen und räumlichen Umfeld der betroffenen Menschen und ihrer Familien, Angehörigen und Bezugspersonen setzen am zentralen Pflegeverständnis der Selbstpflege, der aktivierenden und rehabilitierenden Pflege an (Muthny & Mariolakou 2002). Dieses Selbstverständnis fügt sich nahtlos in eine sehr allgemeine Definition von Rehabilitation ein: „Ganz allgemein ist unter Rehabilitation die bestmögliche Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit oder Lebenstüchtigkeit zu verstehen, eine (Re-)Integration in das gesellschaftliche Leben oder in den Arbeitsprozess für körperlich oder geistig geschädigte Menschen“ (Pieper, Pokorny & Smolka, 2000, 17). Während in den vergangenen Jahrzehnten Rehabilitation auf die Wiedereingliederung in das Erwerbsleben konzentriert war, setzt sich seit geraumer Zeit ein weiter gefasstes Verständnis von Rehabilitation durch. Die Begründung dafür sind neben ethisch-humanen Argumenten auch finanzielle Gesichtspunkte, da eine Vernachlässigung der Rehabilitation Kosten durch Arbeitsausfall und durch eine vermehrte Inanspruchnahme von Gesundheits- und Versicherungsleistungen erzeugt (Pieper, Pokorny & Smolka 2000). In der englischen Literatur findet sich eine nicht immer deutliche Trennung zwischen den Begriffen *rehabilitation* und *recovery*. Da *recovery* im Sinne der Genesung Teil eines jeden Gesundungsprozesses ist, aber auch im Sinne der Wiederherstellung verwendet werden kann, wurden diese Quellen nicht generell ausgeschlossen, sondern nach Sichtung der Inhalte teilweise in die Ergebnisdarstellung aufgenommen.

Diesem weiteren Verständnis von Rehabilitation folgend umfasst die Recherche daher alle Zielgruppen im gesamten Lebenslauf. Rehabilitation konzentriert sich dabei ausschließlich auf die individuelle und familiäre Handlungsebene. Gemeinden und Programme auf inter-/nationaler Ebene für bestimmte Zielgruppen stellen in der Rehabilitation keine nennenswerte Handlungsebene dar. Strukturelle Grundlagen finden sich im österreichischen Rehabilitationsplan, der eine Bestandsanalyse der Einrichtungen zur Durchführung von Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation bzw. der Gesundheitsvorsorge sowie die Abschätzung des Bedarfs an Rehabilitationseinrichtungen umfasst (ÖBIG 2004b).

Ein zentrales Ergebnis der Recherche ist, dass individuell angemessenen Programmen (Frühmobilisation, Frührehabilitation), die bereits in einem frühen Krankheitsstadium

begonnen und in interdisziplinären Spezialteams präzisiert und weitergeführt werden, die größte Wirkung zugeschrieben wird (Stucki, Stier-Jarmer, Grill & Melvin 2005).

Neben der Rehabilitation nach Erkrankungen oder Unfällen stellt die *geriatrische Rehabilitation* auf der Lebensspanne der jungen Alten und Hochbetagten einen zweiten Schwerpunkt dar. Zum einen findet sich hier die *geriatrische Remobilisation (REM) im Rahmen der Akutgeriatrie*. Sie umfasst die ganzheitliche und interdisziplinäre Behandlung der akuten Krankheit von alten Menschen während eines Krankenhausaufenthalts, mit dem „[...] Ziel der Wiederherstellung und Erhaltung der Fähigkeit zur weitgehend selbstständigen Lebensführung, die Vermeidung weiterer Funktionsverluste, die Erhöhung der Lebensqualität und die Reintegration des Patienten in das gewohnte Umfeld.“ (ÖBIG 2004b) In diesem Zusammenhang zeigt eine Untersuchung, dass die Rehabilitation bei älteren Menschen im Akutkrankenhaus vernachlässigt wird (Atwal, Tattersall, Murphy, Davenport, Craik, Caldwell & McIntyre 2007). Eine allgemeinere Form der Rehabilitation, unabhängig von der Art des Krankheitsgeschehens, stellt die geriatrische Rehabilitation dar. Während die Zielsetzung gleich bleibt (BMSK 2008b), gehen die Themen über das Akutgeschehen hinaus und umfassen die Vermeidung von Gebrechlichkeit (frailty), Auswirkungen auf die Ernährung und die besonderen Anforderungen bei Demenz etc. (Wells, Seabrook, Stolee, Borrie & Knoefel 2003). In der Recherche wird der allgemeinere Begriff der geriatrischen Rehabilitation verwendet.

Rehabilitationsmaßnahmen bzw. pflegespezifische Ansatzpunkte finden sich dabei in allen Phasen der Rehabilitation (ÖBIG 2004b), wie sie im Rehabilitationsbericht beschrieben werden:

- » „Phase I: Frühmobilisation im Akutkrankenhaus. Diese umfasst physikalisch-therapeutische Einzelmaßnahmen, funktionsorientierte physikalische Therapie, physikalisch-medizinische Komplexbehandlung sowie den Einsatz weiterer Therapiebereiche (Ergotherapie, Psychotherapie, Logopädie) in patientenbezogenen unterschiedlichen Kombinationen und unterschiedlichem Zeitaufwand.
- » Phase II: Die Phase II erfolgt zumeist stationär im Anschluss an das Akutkrankenhaus. Die ambulante bzw. teilstationäre Rehabilitation stellt bereits in dieser Phase eine wünschenswerte Ergänzung der stationären Rehabilitation dar. Als Alternative zur stationären Rehabilitation kommt sie allerdings nur bei niedrigem Risiko und einem entsprechenden sozialen Umfeld in Betracht.
- » Phase III: Die Phase III des Rehabilitationsprozesses dient der Stabilisierung der in Phase II erreichten Effekte sowie der langfristig positiven Veränderung des Lebensstils zur Vermeidung neuer Erkrankungen im Rahmen einer wohnortnahen Rehabilitation in entsprechenden Einrichtungen, wenn vom HVSVT vorgegebene Qualitätskriterien eingehalten werden.
- » Phase IV: Diese Phase bezeichnet die langfristige ambulante Nachsorge, die ohne ärztliche Aufsicht erfolgen kann. Ziel ist eine weitere Verbesserung und Festigung der erzielten Effekte. Die Abgrenzungen zwischen einzelnen Phasen und Phasenübergängen sind nach ICF zu beurteilen.“

Bei den rehabilitativen Versorgungsleistungen konnten für die Gruppen Schwangerschaft, Säuglinge, Kinder und Jugendliche sowie Erwachsene kaum Recherche-Resultate erzielt werden. Die ergebnisreichsten Gruppen stellen die jungen Alten und die Hochbetagten dar, wobei die Trennung zwischen den jungen Alten und den Hochbetagten nicht immer deutlich zu erkennen ist. Aus diesem Grund werden die Ergebnisse der beiden Gruppen zusammengefasst. Übereinstimmend werden für beide Gruppen die geriatrische und die neurologische (mit dem Schwerpunkt Schlaganfall) sowie die onkologische Rehabilitation am häufigsten erwähnt. Vereinzelt finden sich die Themen der Rehabilitation nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Lungenerkrankungen, orthopädischen und rheumatischen Erkrankungen, nach Amputationen und Verletzungen (mit den Schwerpunkten Rückenmarks- und Schädel-Gehirnverletzungen, Sturz).

Stellt man die Ergebnisse der Recherche den im Österreichischen Rehabilitationsplan angeführten Indikationsgruppen (s. w. u.) gegenüber, zeigt sich neben der insgesamt wenig behandelten Thematik der Rehabilitation in der Pflege eine Unterrepräsentation in den Punkten Krankheiten des Stoffwechsel- und Verdauungsapparates sowie teilweise in der psychiatrischen Rehabilitation.

- » Krankheiten des Bewegungs- und Stützapparats
- » Krankheiten des zentralen und peripheren Nervensystems
- » Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems
- » Krankheiten des Stoffwechselsystems und des Verdauungsapparats
- » Krankheiten der Atmungsorgane
- » Zustände nach Unfällen und neurochirurgischen Eingriffen
- » Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen
- » Psychiatrische Rehabilitation

Der Bereich der onkologischen Rehabilitation ist entweder jeweils funktionsbezogen in den Indikationsgruppen eins bis sieben inkludiert oder erfolgt in spezialisierten Einrichtungen.“ (ÖBIG 2004b).

Der Pflege ist Teil interdisziplinärer Teams, arbeitet und befasst sich mit Alltagsbewältigung, Lebensstiländerung unter körperlichen Ein- und Beschränkungen sowie mit dem Einsatz von Hilfsmitteln. Dies gilt insbesondere im Übergang von einem stationären in ein ambulantes Setting. Eng im Zusammenhang mit dem Thema Rehabilitation steht das Thema der Mobilisation nach einer mehr oder weniger langen Bettlägerigkeit.

6.5.1 Zielgruppen rehabilitativer Versorgungsleistungen

Säuglinge, Kinder und Jugendliche

Das Thema Kinderrehabilitation ist in der pflegewissenschaftlichen Literatur kaum vertreten. Ohne spezifischen Bezug zu einem Krankheitsbild oder zu einer bestimmten Behinderung findet sich das Thema nur im Zusammenhang mit familienzentrierten Programmen, in denen die Einbindung von Eltern in die Entscheidungsfindung und in die Umsetzung von Programmen hervorgehoben wird (Hostler 1999). Zu den einzelnen Schwerpunktthemen bzw. Krankheitsbildern finden sich vereinzelt die Themen der Neurorehabilitation. Dabei wird die Rolle der Pflege vor allem im interdisziplinären Team verortet (Kuhlmann 2002), im Speziellen in der Begleitung und Koordination von Übergängen vom stationären in den ambulanten Bereich (Stephens 2005) sowie in der Bewältigung technischer Herausforderungen, die sich z. B. in der Anwendung spezieller Hilfsmittel stellen (Herouvin 2007; Parra 2003; Wang & Barnard 2004). Allgemein ist das Thema der Neurorehabilitation mehrheitlich von anderen Berufsgruppen, wie Mediziner/innen, Logo-, Ergo- und Physiotherapeutinnen/-therapeuten besetzt.

Onkologische Rehabilitation bei Kindern nach Krebserkrankungen umfasst Programme, die Kinder und ihre Familien im Umgang mit den körperlichen, emotionalen, sozialen und seelischen Konsequenzen einer Krebserkrankung und -therapie unterstützen. Pflegespezifische Rehabilitationsprogramme gibt es derzeit nicht, wobei ein Bedarf durchaus gesehen wird (Heath 1999; Heath 2007).

Die Rehabilitation bei Lungenerkrankungen wird vor allem im Zusammenhang mit dem Thema Beatmung und Entwöhnung behandelt (Cushman, Dumas, Haley, O'Brien & Kharasch 2002).

Unfälle zählen vor allem in den jüngeren Bevölkerungsgruppen zu den häufigsten Ursachen für Arzt- und Krankenhausbesuche. Dabei spielen vor allem die Heim-, Freizeit- und Sportunfälle und die Straßenverkehrsunfälle eine entscheidende Rolle (Kuratorium für Verkehrssicherheit 2007). Eine häufige Unfallfolge für alle Altersgruppen sind interkraniale Verletzungen. Gehirn und Schädel stehen an der fünften und sechsten Stelle der am häufigsten von Verletzungen betroffenen Körperteile (Bauer et al. 2004). Dies kann auch für Kinder und Jugendliche angenommen werden. So findet sich als Subthema der neurologischen Rehabilitation das Thema **Gehirnverletzungen**. Im pflegerischen Zusammenhang steht auch hier die Vorbereitung der Familie auf die Entlassung im Zentrum (Holland & Holland 2002).

Erwachsene

Rehabilitation im Erwachsenenalter findet sich im Zusammenhang mit Schädel- und Rückenmarksverletzungen, Krebserkrankungen, nach Intensivbehandlungen sowie bei Lungen-, Herz-Kreislauf- und cerebrovaskulären Erkrankungen. Der Pflege übernimmt als Teil interdisziplinärer Teamarbeit die Unterstützung in der Alltagsbewältigung unter körperlichen Ein- und Beschränkungen, in der Lebensstiländerung sowie in der Verwendung von Hilfsmitteln. Das Thema Rückenmarks- und Gehirnverletzungen wird mehrfach im Zusammenhang mit dem Übergang von der stationären zur ambulanten Betreuung und den Auswirkungen von speziellen transmuralen Settings behandelt (Bloemen-Vrencken, Witte, Post, Pons, Asbeck, Woude & Heuvel 2007). Pflegespezifische Aspekte sind die Unterstützung im Umgang mit den Einschränkungen und der Abhängigkeit in der Verrichtung der Aktivitäten des täglichen Lebens, wie z. B. Ausscheiden, Kleiden etc. (Bloemen-Vrencken & De Witte 2003). Der Pflege wird hier eine vorbereitende und begleitende Rolle zur Wiedergewinnung der Handlungsautonomie (Olinzock 2004) zugeschrieben. Ein Subthema ist die Frührehabilitation im komatösen Stadium nach Gehirnverletzungen durch strukturierte sensorische Stimulationen in Intensivstationen (Gerber 2005; Crannell & Stone 2008).

Ebenso findet das Thema Rehabilitation nach cerebrovaskulären Erkrankungen, wie z. B. Schlaganfällen (Aichner, Adelwöhrer & Haring 2002) häufig Erwähnung. Dabei stehen der Effekt von speziellen Stroke-Units (Díez-Tejedor & Fuentes 2001), die Qualitätsmessung in Pflegeeinrichtungen (Kramer & Coleman 1999) sowie die Rolle der Pflege im multidisziplinären Team (Snape & Burton 2002) im Mittelpunkt (Warner 2000). Allgemein wird die Frage gestellt, welches spezielle pflegerische Wissen zur Rehabilitation nach Schlaganfällen notwendig ist (Kirkevold 1999).

Onkologische Rehabilitation (Beck 2003) findet sich in der pflegewissenschaftlichen Literatur allgemein im Hinblick auf die Folgen einer Krebserkrankung und die Nebenwirkungen der Behandlung. Im Wesentlichen sind dies Rehabilitationsmethoden im Bereich der Förderung der Muskelstärkung, in der Bewältigung von Fatigue, (Schneider, Dennehy, Roozeboom & Carter 2002) und in der Förderung der Lebensqualität insgesamt. Im Speziellen werden die Themen der Entwicklung eines Rehabilitationsmodells nach einer Brustkrebserkrankung (Chung & Xu 2008) und zu den oft zu gering beachteten Folgen von Gehirntumoren, einhergehend mit neurologischen Defiziten wie kognitive Einschränkungen, Schwäche, Verlust von Sinnesfunktionen oder Inkontinenz (Mukand, Blackinton, Crincoli, Lee & Santos 2001), behandelt. Das Thema onkologische Rehabilitation ist allgemein nicht sehr umfassend bearbeitet. Für den medizinischen Bereich wird festgestellt, dass Erkenntnisse nur zu den häufigsten Tumorentitäten, Brust, Prostata, Kolon und Lunge vorhanden seien (Mähr o. D.).

Bei Rehabilitation im Zusammenhang mit Intensivpflege stehen die Themen der Mobilisation bei langer Bettlägerigkeit (Timmerman 2007) und Beatmung (Hopkins,

Spuhler & Thomsen 2007) zur Vermeidung von Folgeschäden, wie Kontrakturen oder langwierige Rehabilitationsprozesse (Stiller 2007) im Zentrum. Ein Subthema der frühen Rehabilitation ist das Thema Schmerz (Schwenk 2005)

Pulmonale Rehabilitation wird nur im Zusammenhang mit COPD erwähnt, wobei hier die Bewältigung der Einschränkungen im Alltagsleben im Vordergrund stehen (Ninot, Moullec, Desplan, Prefaut & Varray 2007a).

Zum Thema pflegespezifische Maßnahmen in der Rehabilitation nach Herzerkrankungen finden sich für diese spezifische Altersgruppe wenige Ergebnisse. Thematisiert wird der Zusammenhang mit der Wahrnehmung und dem Coping von jungen Frauen, die einen Myocardinfarkt erlitten haben (Doiron-Maillet & Meagher-Stewart 2003) und Maßnahmen der kinästhetischen Mobilisation nach Bypassoperationen (Eisenschink, Kirchner, Bauder-Mißbach, Loy & Kron 2003).

Junge Alte und Hochbetagte

In der Altersgruppe der jungen Alten und der Hochbetagten werden im Zusammenhang mit der geriatrischen Rehabilitation allgemein die Themen der pflegerischen Kompetenzen und Instrumente zur Wahrnehmung und Erfassung von Rehabilitationsbedarf, –vermögen, –unterstützung und –auswirkungen (Routasalo, Wagner & Virtanen 2004; Aditya, Sharma, Allen & Vassallo 2003) und die Gestaltung von Konzepten (Routasalo, Arve & Lauri 2004) behandelt.

Die am häufigsten behandelten Themen sind Einflussfaktoren (wie z. B. Alter, kognitive Fähigkeiten und funktioneller Status), Auswirkungen (Sturzvermeidung, Stärkung, Wiederaufnahmen etc.) und spezielle Bedürfnisse von älteren Menschen im Hinblick auf Rehabilitationsmaßnahmen nach Hüftfrakturen und Oberschenkelhalsfrakturen infolge von Stürzen (Hauer, Specht, Schuler, Bärtsch & Oster 2002; Seematter-Bagnoud, Wietlisbach, Yersin & Büla 2006; Lim, Hoffmann & Brasel 2007; Grigsby, Kaye, Kowalsky & Kramer 2002; Strömberg, Ohlén, Lindgren & Svensson 1999; Beloosesky, Grinblat, Epelboym, Weiss, Grosman & Hendel 2002; Thorngren, Norrman, Hommel, Cedervall, Thorngren & Wingstrand 2005; Bookvar, Litke, Penrod, Halm, Morrison, Silberzweig, Magaziner, Koval & Siu 2004; Bellelli, Lucchi, Magnifico & Trabucchi 2005; Taggart 2001; Robinson 1999; Schmid & Hülya 2001).

Diesem Themenkomplex können auch allgemeine Aspekte des Themas Mobilität, die häufig mit einem Sturzgeschehen oder einem Risiko zu Stürzen einhergehen, zugeordnet werden, wie Mobilität und Maßnahmen zur Verbesserung derselben im Zusammenhang mit Bettlägerigkeit. Sie umfassen die Zielgruppe der sehr gebrechlichen Menschen (Alexander, Grunawalt, Carlos & Augustine 2000), der demenzkranken Menschen in der rehabilitativen Betreuung zu Hause nach einer Entlassung aus dem

stationären Bereich (Yu et al. 2005) sowie Bewohner/innen im Langzeitpflegebereich (Yeh & Lo 2004). Das Erfassen mit entsprechenden Instrumenten und die Veränderungen des funktionalen Status stellen ein zentrales Ergebniskriterium dar.

Ein weiteres Thema im Zusammenhang mit Rehabilitation und Mobilität sind Amputationen, im Speziellen die positiven Auswirkungen einer frühen (Dillingham & Pezzin 2008) und sehr spezifischen Rehabilitation (Marzen-Groller, Tremblay, Kaszuba, Girodo, Swavely, Moyer, Bartman, Carraher & Wilson 2008). Als weitere Themen finden sich nach einer Amputation häufig auftretende pflegespezifische Probleme im Zusammenhang mit der Ernährung, Ausscheidung, Hautpflege, Schlaf und Schmerz (Bäck-Pettersson & Björkelund 2005).

Ein zweites zentrales Thema in den Lebensabschnitten der jungen Alten und Hochbetagten sind cerebrovaskuläre Erkrankungen, im Speziellen der Schlaganfall. Die behandelten Aspekte sind Voraussetzungen zur Betreuung zu Hause bei leichten Schlaganfällen (Ricauda, Bo, Molaschi, Massaia, Salerno, Amati, Tibaldi & Fabris 2004), die Effekte von Übergangsprogrammen, von stationären Rehabilitationen und der Betreuung zu Hause (Gräsel, Schmidt, Biehler & Schupp 2006; Andersson, Levin, Öberg & Månsson 2002; Unsworth 2001; Rensink, Schuurmans, Lindeman & Hafsteinsdóttir 2009), die Auswirkungen von strukturierten Entlassungen auf den Rehabilitationserfolg (Sackley & Pound 2002; Leeds, Meara & Hobson 2004) sowie die Vorteile einer speziell ausgebildete Begleitpflegeperson, die das Entlassungsmanagement übernimmt (Burton & Gibbon 2005). Ebenso finden sich Ergebnisse zu Auswirkungen von speziellen Trainings (Langhammer, Lindmark & Stanghelle 2007) zur Vermeidung von Kontrakturen (Turton & Britton 2005). Die Aufgabe der Pflege wird dabei in zielgerichteten Interventionen (Dowswell, Forster, Young, Sheard, Wright & Bagley 1999; Nir, Zolotogorsky & Sugurman 2004) und in der Entwicklung von Programmen, die an der Alltagsbewältigung ansetzen (Rensink et al. 2009) und die Autonomie erhalten (Proot, ter Meulen, Abu-Saad & Crebolder 2007), gesehen. Weitere Kernaufgaben sind die Begleitung und das Management des gesamten Prozesses (Burton 2000).

Ein Thema, das eher am Begriff *recovery* ansetzt, aber nicht weniger bedeutend ist, ist das des **Delirs in** Folge einer Hospitalisierung. Der pflegerische Part wird dabei in der Früherkennung und -behandlung (Milisen, Foreman, Abraham, DeGeest, Godderis, Vandermeulen, Fischler, Delooz, Spiessens & Broos 2001; Marcantonio, Simon, Bergmann, Jones, Murphy & Morris 2003) sowie in der Nachbetreuung nach einer Krankenhausentlassung (Bergmann, Murphy, Kiely, Jones & Marcantonio 2005) verortet. Ziel ist es, die Intensität und Dauer eines Delirs zu senken, Langzeitfolgen zu verhindern und die Rehabilitationszeit zu verkürzen (Lundström, Edlund, Lundström & Gustafson 1999). Weiters werden die Folgen einer mangelnden Nachbetreuung (McAvay et al. 2006) thematisiert.

Bedarf einer Spezialisierung in der neurologische Rehabilitation wird mit dem Anstieg neurologischer Erkrankungen begründet (Thorn 2000). Die häufigsten Themen zu diesem Komplex sind Alzheimer, Demenz bzw. kognitive Beeinträchtigungen. Im rehabilitativen Zusammenhang werden die Themen körperliche Trainings zur nachweislichen Erleichterung der Ausführungen des täglichen Lebens (Rolland, Pillard, Klapouszczak, Reynish, Thomas, Andrieu, Rivière & Vellas 2007), das Erfassen von Risiken zur Schaffung einer sicheren Umgebung, um Risiken bzw. unerwünschte Ereignisse (Clarke 2000) zu minimieren sowie Gedächtnistraining, durchgeführt von psychiatrisch ausgebildeten Gemeindepflegepersonen (Cross, Broomfield, Davies & Evans 2008) behandelt. Vereinzelt findet sich das Thema Wachkoma (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 1999).

Ein mehrfach behandeltes Thema in diesem Bereich sind Schädelverletzungen infolge von Stürzen. Sie werden vor dem Hintergrund der speziellen Bedürfnisse älterer Menschen (Neatherlin 2000), der Herausforderungen von physischen und kognitiven Einschränkungen (Buchanan, Wang & Huang 2003) sowie im Hinblick auf Folgeerkrankungen, wie z. B. Depression und ihre Auswirkungen auf die Rehabilitation (Menzel 2008), behandelt. Ein weiteres Thema sind Rehabilitationsmaßnahmen bei Parkinson (Trend, Kaye, Gage, Owen & Wade 2002), im Speziellen die Möglichkeiten der Rehabilitation auch in fortgeschrittenem Stadium der Erkrankung durch ausgebildete Rehabilitationsspezialistinnen/-spezialisten (Calne 2005).

Das Aufgabenfeld im Zusammenhang mit der Rehabilitation bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen umfasst die Themen des speziellen Pflegeaufwands bei älteren Menschen sowie der Nachfolgebetreuung (Nallamothu, Rogers, Saint, McMahon, Fries, Kaufman & Langa 2005) bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die positive Wirkung der Rehabilitation in einem ambulanten Setting (Warrington, Cholowski & Peters 2003) und der Effekt spezifischer Beratung auf die Lebensqualität nach einem Myocardinfarkt (Bagheri, Memarian & Alhani 2007).

Zur Rehabilitation im Zusammenhang mit psychischer Gesundheit finden sich die Themen Depression bei älteren Menschen und die mangelnde Erfassung derselben in rehabilitativen Settings (Webber, Martin, Harken, Josephson, Rubenstein & Alessi 2005), das Problem der Nachversorgung nach der Entlassung aus der Akutpsychiatrie (Paton, Fahy & Livingston 2004), beeinflussende Faktoren für eine Wiederaufnahme innerhalb einer bestimmten Zeit (Morrow-Howell, Proctor, Blinne, Rubin, Saunders & Rozario 2006) und die Auswirkungen einer Depression als Folge einer Gehirnverletzung auf die Rehabilitation (Menzel 2008).

Mehrfach thematisiert werden Ernährung bzw. Ernährungszustand und Mundgesundheit in rehabilitativen Settings. Im Speziellen werden das Risiko einer Mangelernährung auf Grund von fehlenden Screeningprogrammen (Söderhamn, Bachrach-Lindström & Ek 2006), das Auftreten von Mangelernährung einhergehend mit einer mangelhaften

Mundgesundheit (Andersson, Westergren, Karlsson, Hallberg & Renvert 2002; Andersson, Hallberg, Lorefält, Unosson & Renvert 2004) sowie das Erfassen von Schluckbeschwerden und die Wirkung eines Trainings von Pflegehilfskräften zur Verabreichung von Essen (Brush 2007) erwähnt.

Ebenso werden Sehen, Alter und Gebrechlichkeit erwähnt. Behandelte Aspekte sind Personaltrainings, um Anpassungen der Umgebung vornehmen zu können, z. B. Beleuchtung (Deremeik, Broman, Friedman, West, Massof, Park, Bandeen-Roche, Frick & Munoz 2007) sowie der Einsatz von Hilfsmitteln (Collopy, Petherick & Clarke 2001), wie speziellen, sensorgesteuerten Gehhilfen für sehbehinderte und mobilitätseingeschränkte Personen (Lacey 2000).

Als spezielle Zielgruppe finden sich sehr vereinzelt Menschen mit Behinderungen. Es wird allgemein festgestellt, dass die besonderen gesundheitsbezogenen und rehabilitativen Bedürfnisse dieser Gruppe kaum erfasst sind (Kent, Chandler & Barnes 2000).

6.5.2 Handlungsebenen rehabilitativer Versorgungsleistungen

Gemeinde

Rehabilitation beginnt im Akutkrankenhaus, findet in speziellen Rehabilitationseinrichtungen statt und hat einen festen Platz in Langzeitpflegeeinrichtungen. Neben diesen klassischen Rehabilitationseinrichtungen werden als Spezialfelder die mobile Rehabilitation bzw. Rehabilitationsteams auf Gemeindeebene (Shiu, Twinn & Holroyd 1999; Ryan-Woolley, Wilson & Caress 2004; Schulz, Behrens & Schmidt-Ohlemann 2008) erwähnt. Im Speziellen sind dies ein mobiles Bezugspersonensystem in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Buschmann & Dürk 2003) sowie Übergangsmodelle vom Akutkrankenhaus in Langzeitpflegeeinrichtungen (model of transitional rehabilitation) für ältere Menschen (Crotty, Whitehead, Wundke, Giles, David & Phillips 2005).

6.5.3 Rollen/Berufsbilder und Kernkonzepte der Pflege in rehabilitativen Versorgungsleistungen

Die Rolle der Pflege in der Rehabilitation von Kindern ist die des Teammitglieds in interdisziplinären Teams, mit einer Spezialisierung im Bereich der Intensivpflege. Eine zweite Rolle ist die der Family Nurse, da für eine Wiedereingliederung eines Familienmitglieds, nach einer Krankheit oder mit einer bleibenden Behinderung in den Alltag,

die ganze Familie gefordert ist. Kernkompetenzen sind die Patientenedukation und das Entlassungsmanagement.

Bei Erwachsenen und jungen Alten wie Hochbetagten wird deutlich, dass das rehabilitative Arbeitsfeld der Pflege noch kaum definiert ist. Die Beschreibungen bleiben sehr allgemein auf die Unterstützung in der Alltagsbewältigung beschränkt. Einzig im Bereich der Intensiv- und postoperativen Pflege weist die Pflege einen fachlich eigenständigen Bereich, den der Mobilisation, auf. Großer Bedarf wird in der geriatrischen Rehabilitation gesehen. Die Pflege in der Rehabilitation wird, neben Medizin, Physio-, Ergo und Logotherapie, als Teil multi- bzw. interdisziplinärer Teamarbeit gesehen und erfordert die Kenntnis der Prinzipien und Modelle der Rehabilitation. Diese Feststellung ist durchgehend anzutreffen. Allgemein wird ein Mangel an diesen Themen in der Ausbildung festgestellt (Nolan & Nolan 1999). Der Schwerpunkt der Pflege liegt auf dem Schaffen einer unterstützenden Umgebung zur Wiedererlangung der Selbstständigkeit für die Ausführung der Aktivitäten des täglichen Lebens sowie für alltägliche Aufgaben der Selbstversorgung. Die besonderen Anforderungen, die sich aus den verschiedenen Krankheits- und Zustandsbildern ergeben, werden nur vereinzelt näher ausgeführt (Fridlund 2002; Thorn 2000). So werden das Assessment, die Koordination und Kommunikation, allgemeine Pflegetätigkeiten, Integration und Weiterführen von Therapien, emotionale Unterstützung und Einbeziehen der Familie genannt (Long, Kneafsey, Ryan & Berry 2002). In einzelnen Arbeiten wird die Rehabilitation Nurse allgemein und für Spezialfelder, wie Neurologie oder Herzerkrankungen (Sloan, Haslam & Foret 2001; Collopy et al. 2001; Mauk & Mauck 2006; Sadaniantz 2004; Fridlund 2002; Thorn 2000) genannt. Die Beschreibungen der Spezialfunktion bleiben jedoch eher allgemein, wie Coaching, Beratung, Schulung vor dem Hintergrund einer ganzheitlichen Betrachtung der Klientinnen/Klienten. Pflegepersonen wird eine motivierende Funktion zugeschrieben, da sie Zugang zu individuellen Bedürfnissen als eine Grundlage von maßgeschneiderten Programmen haben. Ein auf diese individuellen Bedürfnisse zugeschnittenes Trainingsprogramm zur Förderung des Wohlbefindens wird als am wirksamsten beschrieben (Yap & Davis 2008).

6.6 Langzeitorientierte Versorgungsleistungen

Für die Recherche langzeitorientierter Versorgungsleistungen erfolgte eine Orientierung an der Definition von Langzeitpflege der Europäischen Union.

„In der Langzeitpflege sorgen verschiedene medizinische und soziale Dienste für Menschen, die aufgrund von chronischen Krankheiten oder geistiger Behinderung bei der Bewältigung des Alltagslebens Hilfe benötigen. Oft wird diese Pflege ganz oder teilweise nicht von Fachkräften, sondern von Verwandten oder Freunden übernommen. Die Langzeitpflege steht an der Schnittstelle zwischen Gesundheitsfürsorge und Sozialfürsorge und wird üblicherweise für Menschen mit körperlichen

oder geistigen Behinderungen, für gebrechliche Senioren oder andere Gruppen bereitgestellt, die im täglichen Leben Unterstützung benötigen.“ (Gesundheit-EU 2009)

Der Definition folgend umfassen langzeitorientierte Versorgungsleistungen drei Gruppen: Menschen aller Altersstufen, die an chronischen Erkrankungen leiden, Menschen aller Altersstufen, die an Behinderungen leiden, und Menschen, die auf Grund von altersbedingten Einschränkungen Unterstützung in der Alltagsbewältigung benötigen. Dabei findet die Langzeitpflege sowohl in der Betreuung und Pflege zu Hause, in Tageszentren und in stationären Einrichtungen statt. Mit dem Ansteigen der Lebenserwartung finden sich dazu die verschiedensten Kombinationen, wodurch die Herausforderungen an alle Disziplinen im Einzelnen und insbesondere für die Zusammenarbeit steigen.

Aufgrund des Umfangs des Themenbereiches erfolgten für die Langzeitpflege mehrere Rechenschritte. Aus allen Rechenschritten ausgenommen waren die Themen Gesundheitsförderung, Rehabilitation und Palliativpflege, da diese Aspekte gesondert erfasst wurden und eigene Kapitel darstellen. In einem ersten Schritt wurde für alle Lebensabschnitte mit der Kombination AND *Long-term-care* (z. B. Adults AND Long-term-Care) recherchiert. Zu zentralen Ergebnissen dieser ersten Rechercheerunde erfolgten vertiefende Recherchen zu besonders häufig vorkommenden Themen wie Demenz, kognitive Einschränkungen/Störungen und neurodegenerative Erkrankungen, Schmerz, Depression, Ernährung, Urin- und Stuhlinkontinenz, Dekubitus und Delir und die Auswertung nach Lebensabschnitten und Handlungsebenen. Der demografischen und epidemiologischen Entwicklung folgend wurden in einem weiteren Schritt nach Herausforderungen der Pflege in der Langzeitversorgung allgemein und den Definitionen von Langzeitpflege in Kombination mit chronischen Erkrankungen sowie für Menschen mit Behinderungen recherchiert. Erwartungsgemäß finden sich zum Lebensabschnitt der Hochbetagten die meisten Themen. Daher wurde eine Recherche in den Berufsbildern „Geriatric Nursing“ und „Gerontology Nursing“ bzw. Anforderungen an die Qualifikation in der geriatrischen Pflege vorgenommen.

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse, dass Langzeitpflege bei Säuglingen, Kindern und Jugendlichen trotz des Anstiegs an chronischen Erkrankungen in diesen Gruppen wenig thematisiert wird. Vereinzelt werden die Themen Adipositas, Asthma und Diabetes behandelt. Die vorherrschende Rolle / das Berufsbild der Pflege ist die School Nurse.

Im Lebensabschnitt der Erwachsenen fanden sich ebenfalls wenig spezifische Ergebnisse. Allgemein werden die Bedürfnisse von jüngeren Menschen in Langzeitpflegeeinrichtungen und im Speziellen die Krankheitsbilder Multiple Sklerose, Parkinson, HIV/AIDS, Schlaganfall, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, COPD, Nierenerkrankungen sowie Erkrankungen des Bewegungsapparates behandelt. Dabei überschneiden sich die

Ergebnisse vielfach mit jenen zur Zielgruppe der jungen Alten. Rollen/Berufsbilder finden sich in allen Varianten der Advanced Nursing Practice, des Nurse Practitioner und der Clinical Nurse Specialists, teilweise eingebettet in Nurse-led units oder programmes. Zentrale Kernkonzepte sind Patient Education, Empowerment und Symptom Management.

Das häufigste Thema im Bereich der Langzeitpflege älterer Menschen ist Demenz, gefolgt von Inkontinenz, Ernährung, nosokomialen Infektionen, Verletzungen und Unfällen, Mobilität, psychischer Gesundheit und Depression, Schmerz, Dekubitus und Wundmanagement, freiheitsbeschränkenden Maßnahmen, Gewalt, Missbrauch und Vernachlässigung, Diabetes, Delirium und diversen Einzelthemen. Zentrale Rollen/Berufsbilder sind auch hier Varianten der Advanced Nursing Practice für ältere Menschen und Clinical Nurse Specialists in Form von der Geriatric Nurse oder Geriatric Clinical Nurse. Zentrale Kernkonzept sind Continuity of Care, d. h. die Sicherstellung der Versorgungskontinuität in und über Settinggrenzen hinweg, und Quality Management, insbesondere das Risk Management und die Aspekte der pflegesensitiven Outcomekriterien, hauptsächlich Sturz, Dekubitus, Mangelernährung und nosokomiale Infektionen.

Als spezielle Zielgruppen finden sich Menschen mit Behinderungen nur spärlich erwähnt. Eine spezifische Recherche zu diesem Thema ergab wenige Ergebnisse, wobei Menschen mit Behinderungen in ländlichen Gebieten und alte Menschen mit Behinderungen spezielle Zielgruppen darstellten. Ebenso finden alte und sehr alte Menschen mit Migrationshintergrund kaum Erwähnung in der pflegewissenschaftlichen Literatur.

Auf der Handlungsebene Familie sind die Einbeziehung von Angehörigen und die Unterstützung von pflegenden Angehörigen zentrale Themen. Auf der Gemeinde-/Gesellschafts- und Politikebene werden die Bewältigung der Herausforderungen, die sich aus der Baby-Boomer-Generation stellen und die Bedürfnisse dieser Gruppe mit angepassten und leistbaren Betreuungsformen thematisiert.

Betrachtet man die Ergebnisse der langzeitorientierten Versorgungsleistungen im Zusammenhang mit den Ergebnissen der Mikrozensushebung zu chronischen Erkrankungen (siehe Abschnitt 5.4) wird deutlich, dass die in der Literatur behandelten Themen sehr viel stärker Problemfelder als Erkrankungen beleuchten. Die am häufigsten genannten Problemfelder der Mikrozensushebung wie Wirbelsäulenbeschwerden, Bluthochdruck und Allergien, ebenso Arthrose, Arthritis, Rheumatismus und Migräne scheinen wenig Ansatzpunkte für pflegespezifisches Handeln zu bieten.

Betrachtet man Einschränkungen bei Alltagstätigkeiten (siehe Abschnitt 5.4), werden deutliche Parallelen zwischen Mikrozensusdaten und Literaturergebnissen sichtbar. So können die häufig genannten Probleme in der Fortbewegung (Gehen und Treppensteigen) im Zusammenhang mit Sturzrisiko und Sturzprävention gelesen werden (BMSK

2008b), ebenso aber als Problem der sozialen Isolation. Aspekte der Haushaltsführung und des Essens können wiederum zu Mangelernährung und Dehydratation führen, Probleme beim Baden und Duschen hygienische und soziale Probleme erzeugen, Probleme beim Toilettengang die Inkontinenz fördern sowie Seh- und Hörprobleme ein Sicherheitsrisiko generell darstellen. Pflegerische Ansatzpunkte ergeben sich in der Risikoeinschätzung, der Prophylaxe sowie in der Förderung der Selbstständigkeit in der Durchführung der Aktivitäten des täglichen Lebens und der Bewältigung bei auftretenden Problemen.

Eine vernachlässigte Gruppe sind alte und sehr alte Menschen mit Migrationshintergrund. Dies gilt auch für Österreich, wie im Bericht zur Hochaltrigkeit in Österreich festgestellt wird (BMSK 2008b). Ausgehend von der allgemeinen Erkenntnis, dass das Einkommen im Zusammenhang mit der Nutzung des Gesundheitssystems steht, kommt für diese oft einkommensschwache Gruppe ein zweites Problem hinzu, das der psychischen Gesundheit und des Wohlbefindens. Dies zeigen Ergebnisse einer Untersuchung zu den subjektiven Indikatoren der Lebenslage älterer Migrantinnen/Migranten (BMSK 2008, 253). Die geringe Inanspruchnahme von sozialen Diensten erschwert möglicherweise den Zugang zu diesen Gruppen, um präventiv tätig zu werden.

Ergebnisse der Recherche zu langzeitorientierten Versorgungsleistungen für die einzelnen Lebensabschnitte werden nach speziellen Krankheitsbildern und pflegespezifischen Aspekten geordnet dargestellt. Es wird nicht unterschieden zwischen jüngeren Alten und Hochbetagten, da diese Unterscheidung in den Ergebnissen nicht eindeutig bzw. durchgängig gemacht wird. Sehr viel mehr findet sich in der Literatur die Unterscheidung zwischen alten Menschen und gebrechlichen (frail) Menschen. Im Anschluss daran folgen Themen zur Organisation bzw. zum Setting und die Darstellung der Rollen/Berufsbilder der Pflege mit dazugehörigen Kernkonzepten.

6.6.1 Zielgruppen langzeitorientierter Versorgungsleistungen

Schwangere, Föten, Säuglinge, Kinder und Jugendliche

Langzeitorientierte Aspekte sowie chronische Erkrankung rund um Schwangerschaft und vor der Geburt finden sich vereinzelt im Zusammenhang mit Diabetes (Hofmanova 2006b; McCaffrey, Keith & Lazear 2009; Kjos 2007; Kapustin 2008), und nach der Geburt zu den Aspekten des Stillens (Riviello, Mello & Jovanovic 2009; Chertok, Raz, I, Haddad & Wiznitzer 2009; Gunderson 2008) und zu HIV-positiven Müttern (Lachat, Scott & Relf 2006), Letzteres im Zusammenhang mit der Behandlung von HIV-positiven Kindern (Gomes & Cabral 2009).

Zum Thema Langzeitpflege bei Kindern finden sich insgesamt wenige Ergebnisse, obwohl beispielweise für die USA ein beachtlicher Anstieg an chronischen Erkrankungen bei Kindern festgestellt wird (Perrin, Bloom & Gort 2007). Dies bringt heute noch wenig beachtete neue Anforderungen für das Gesundheitssystem, die Pflege und die Familien (Stein 2001a; Zylke & DeAngelis 2007). Spezielle Krankheitsbilder hierbei sind Adipositas, Asthma und Aufmerksamkeitsdefizitstörungen (Attention-Deficit-Hyperactivity Disorders, ADHD) (Perrin et al. 2007). Für Adipositas in der Kindheit werden zukünftige, im Erwachsenenalter auftretende Gesundheitsprobleme, wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes (The Writing Group for the SEARCH for Diabetes in Youth Study Group 2007; Zylke & DeAngelis 2007; Thompson, Christie, Hindmarsh & Viner 2003; Bundesministerium für Gesundheit und Frauen 2005; BMGF 2005b) thematisiert.

Ein weiteres Thema ist Asthma, im Speziellen die Förderung des Selbstmanagements mit Unterstützung von Laien-Gesundheitsberatung (lay educators) (Horner & Fouladi 2008), sowie Disease Management in einem multidisziplinären Team (Wooler 2001; Kuster & Pecenka-Johnson 1999). Festgestellt wird ebenso ein Anstieg von Depressionserkrankungen im Kindesalter (Son & Kirchner 2000). Vereinzelt erwähnt finden sich die neurogen bedingte Harninkontinenz (MacLellan 2009) und der Hydrozephalus (Kestle 2003).

Pflegfachliche Aspekte sind die Prävalenz von Dekubitus bei Kindern (Schluer, Cignacco, Müller & Halfens 2009), Assessments, Präventionsmaßnahmen und adaptierte Guidelines für Ernährung, Hautintegrität und Dekubitusprophylaxe für Kinder (Rodríguez-Key & Alonzi 2007) sowie spezielle Programme zur Infektions-Kontrolle in Langzeiteinrichtungen für Kinder und Jugendliche (Harris 2006).

Erwachsene

Die Recherche bezüglich Erwachsener, Langzeitpflege und chronischer Erkrankungen ergab ebensowenig spezifische Ergebnisse. Eher allgemein werden die besonderen Bedürfnisse von jüngeren Menschen in Langzeitpflegeeinrichtungen, z. B. zur Aufrechterhaltung der Selbstständigkeit (Edney, Mallia & Farrell-Renwick 2002), die Vorstellungen der Pflege dazu (Andersson & Johansson 2008) sowie zu entwickelnde Pflegemodelle (Schafer & Middleton 2001) thematisiert.

Die Ergebnisse zu bestimmten Krankheitsbildern und den Anforderungen im Erwachsenenalter überschneiden sich vielfach mit jenen zur Zielgruppe der jungen Alten, dies gilt es in der Interpretation der nachfolgenden Darstellung zu berücksichtigen. Vereinzelt finden sich folgende Themen behandelt: Multiple Sklerose, als die häufigste neurodegenerative Erkrankung bei jungen Erwachsenen, erfordert Wissen über Diagnostik, Behandlung, Verlauf und Krankheits- sowie Symptommanagement. Die

Konzepte der Pflege als Nurse Practitioner sind das Disease- and Symptommanagement (Holland & Northrop 2006; Costello, Hill & Tranter 2000). Parkinson (Thomas & MacMahon 2002) wird im Zusammenhang mit Demenz (Elmer 2004) und den Konsequenzen des Älterwerdens dieser Zielgruppe (Petit 2005) durch eine verbesserte spezifische Behandlung (Morinan 2001) erörtert. Im Zusammenhang mit neurodegenerativen Erkrankungen findet sich vereinzelt das Thema der Creutzfeld Jakob Erkrankungen (Rentz 2008; Rentz 2003) und der Betreuung zu Hause (Barnett 2002). Adipositas wird im Hinblick auf die speziellen Anforderungen in der Hautpflege, der Vitalparametermessung und der Rehabilitation (Rotkoff 1999) behandelt.

Ein spezifisches Thema der Langzeitpflege bei Erwachsenen ist HIV/AIDS. Obwohl chronisch erkrankt, kommen Betroffenen in den westlich industrialisierten Ländern aufgrund guter Behandlungsmöglichkeiten (z. B. erkennbar an einem deutlichen Rückgang der Sterbefälle in den vergangenen zehn Jahren) (BMG 2009; ÖAG 2007) trotz langer Krankheitsgeschichte erst sehr spät mit der Pflege in Berührung. In diesem Zusammenhang entstehen neue Herausforderungen, da es nun auch ältere HIV-positive oder AIDS-kranke Menschen (Petrovic 2006) in der ambulanten und stationären Langzeitpflege gibt und geben wird. Thematisiert werden die speziellen Anforderungen von HIV-positiven (Buchanan, Wang & C 2002) und an AIDS erkrankten Menschen im Hinblick auf das Schmerzmanagement (Schreiner & McCormick 2002).

Im Zusammenhang mit Krebserkrankungen (Rodin 2008) werden Erfassungsmöglichkeiten besonderer Bedürfnisse dieser Menschen bei der Aufnahme in eine Langzeitpflegeeinrichtung (Buchanan, Barkley, Wang & Kim 2005) sowie die Herausforderungen, die durch die Kombination einer Krebserkrankung mit einer chronischen Erkrankung entstehen (Bender, Engberg, Donovan, Cohen, Houze, Rosenzweig, Mallory, Dunbar-Jacob & Sereika 2008), behandelt.

Probleme werden in der nachlässigen Einschätzung möglicher Komplikationen nach der Entlassung von Schlaganfallpatienten (Kind, Smith, Frytak & Finch 2007) geortet. Ebenso wird eine mangelnde Diagnostik von chronischen Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Langzeitpflege festgestellt (Martinen & Freundl 2004). Eine spezifische Gruppe stellen Menschen im Wachkoma (vegetative state) dar und in diesem Zusammenhang End-of-life-Entscheidungen (Lavrijsen, Bosch, Koopmans, Weel & Froeling 2005).

Für COPD wird das häufige Vorkommen generell (Kara 2005) und in der Langzeitpflege (Pleasant 2009) deren mangelhafte Diagnostik thematisiert. Dies gilt auch für die Pneumonie (Loeb 2005; Coleman 2004) und Tuberkulose (Schultz, Hernández, Hernández & Sanchez 2001) sowie für das Risiko einer invasiven Pneumokokkenenerkrankungen in Langzeitpflegeeinrichtungen (Kupronis, Richards & Whitney 2003). Pflege-spezifisch werden die Auswirkungen von COPD auf die Körperpflege (Lomborg & Kirkevoold 2005) und die anderen Aktivitäten des täglichen Lebens (Ninot, Moullec, Desplan, Prefaut & Varray 2007b) hervorgehoben. Ein spezielles Thema im Zusammen-

hang mit dem Krankheitsmanagement bei COPD und bei Lungenkrebs (Jantarakupt & Porock 2005) stellt das Thema Dyspnoe dar sowie nicht-pharmazeutische evidenzbasierte Maßnahmen, wie Atmungstraining, Gehhilfen, Brustkorbvibration und neuroelektrische Muskelstimulierung (Bausewein, Booth, Gysels & Higginson 2008) sowie die Unterstützung in der richtigen Inhalatorbenutzung (Coakley 2001). Dabei werden die Aufgaben für die Pflege aus den Erfahrungen mit Atemnot bzw. Atemlosigkeit abgeleitet. Sie umfassen im Wesentlichen physische Aspekte wie Angst und Depression (Putman-Casdorph & McCrone 2009) sowie soziale Aspekte (eingeschränkte Belastbarkeit, soziale Kontakte), sie gilt es in der Pflege vermehrt zu berücksichtigen (Barnett 2008b). Vereinzelt findet sich das Thema der Rehabilitation bei COPD nach einer Phase der akuten Verschlechterung (Bernier & Leonard 2001). Pflorgetechnische Herausforderungen werden in der Pflege von beatmeten Menschen in der häuslichen Umgebung (z. B. im Transfer von der Intensivpflege zur Hauskrankenpflege) gesehen (Montgomery, Robinson, Mawdsley, Suozzi & Leasa 2002).

Nierenerkrankungen werden vor allem im Zusammenhang mit der speziellen Pflege bei Dialyse-Patientinnen/-patienten (Noble, Kelly, Rawlings-Anderson & Meyer 2007b), z. B. Infektionsanfälligkeit (Matheson & Sawatzky 2007), Fatigue (O'Sullivan & McCarthy 2007), im Zusammenhang mit Compliance, Adherence und Selbstmanagement (Costantini 2006) und im Zusammenhang mit Diabetes (Atherton 2004; Thomas & Mahon 2002; Willoughby, Dye, Burriss & Carr 2005) behandelt.

Die häufigsten Erkrankungen des Bewegungsapparates und Ursachen für Behinderungen und Schmerzen sind Rücken- und Gelenkschmerz, Arthritis, Osteoporose und Rheumatische Erkrankungen (European Commission 2003). Im Zusammenhang mit der Pflege finden sich nur vereinzelt Ergebnisse, wie z. B. zu Osteoporose (Parsons 2005) und zu Rückenmarksverletzungen und den jeweiligen Anforderungen an die Langzeitpflege (LaVela 2006).

Ein weiteres Thema der Langzeitpflege stellen psychische Erkrankungen bzw. die psychische Gesundheit dar (Mental Health). In diesem Zusammenhang werden Screenings bei älteren Menschen im Hinblick auf deren psychische Gesundheit (Thompson, Lang & Annells 2008), der Einsatz von Community Nurses (Simpson 2005) zur Betreuung dieser Gruppe, z. B. bei Schizophrenie (Bengtsson-Tops 2004), gemeinsam mit anderen Berufsgruppen (Heather 2002; Heather 2003) behandelt. Weitere Themen sind die Anforderungen an die Pflege in der Akutpsychiatrie (Bowers 2005), der Umgang mit und Einflussmöglichkeiten der Pflege auf Aggression (Irwin 2006) und Möglichkeiten der Gesundheitsförderung in der psychiatrischen Pflege (Adams 2000). Vereinzelt findet sich das Thema der Anforderungen an die Palliativpflege psychisch kranker Menschen (Durkin, Kearney & O'Siorain 2003). Eine spezielle Rolle stellt die Verbindungspflegerperson „Psychiatric Consultation Liaison Nurse“ oder ein „outreach program“ (Minarik & Neese 2002; Rabins, Black, Roca, German, McGuire, Robbins, Rye & Brant 2000) dar. Ein Subthema ist sexueller Missbrauch von Erwachsenen in psychiatri-

schen Langzeitpflegeeinrichtungen (Ramsey-Klawnsnik, Teaster, Mendiondo, Abner, Cecil & Tooms 2006).

Für die Gruppe der erwachsenen Menschen mit Behinderung werden spezielle Betreuungsformen diskutiert (Minkler, Hammel, Gill, Magasi, Vasquez, Bristo & Coleman 2008) und ethische Anforderung in der Arbeit mit kognitiv behinderten Menschen aller Altersgruppen freiheitsbeschränkende Maßnahmen betreffend.

Junge Alte und Hochbetagte

Die Rechercheergebnisse zur Langzeitpflege bei älteren und hochbetagten Menschen sind sehr umfangreich. An vorderster Stelle stehen die Themen Demenzerkrankungen und kognitive Einschränkungen in den verschiedensten Facetten. Ein Schwerpunkt bildet sich um Symptome im Frühstadium, individuelle Bewältigungsstrategien, Diagnostik und Behandlungsmöglichkeiten (Deutsches Zentrum für Altersfragen 2008; ÖBIG 2008b). Thematisiert werden in diesem Zusammenhang mangelnde Diagnostik zur Früherkennung (Cole & Tak 2006) und das Setzen frühzeitiger Maßnahmen zur Aufrechterhaltung bestehender Funktionen (Barton, Miller & Yaffe 2006), insbesondere nicht-medikamentöse Maßnahmen (Burgener, Buettner, Beattie & Rose 2009).

Ein zweiter Themenschwerpunkt ist die Pflege von demenzkranken Menschen in unterschiedlichen Settings (Smith, Buckwalter, Kang, Ellingrod & Schultz 2008; Holroyd 2004) und in diesem Zusammenhang die Themen psychischen Gesundheit und Verabreichung von Psychopharmaka (Voyer & Martin 2003). Dabei wird die Unterstützung von pflegerischen Konsultationsdiensten durch spezialisierte Personen erwähnt (Kennedy, Covington, Evans & Williams 2000).

Als dritter Schwerpunkt finden sich zu Pflegeinterventionen (Maier-Lorentz 2000), insbesondere verhaltensbezogene Themen, wie Agitiertheit, Wandern (Ragneskog, Gerdner & Hellström 2001; Buhr 2007) und herausforderndes Verhalten (Manly & Espino 2004; De Young, Just & Harrison 2002) sowie Maßnahmen zum Umgang damit. Dazu zählen die Wirkung von sensorischen, verhaltensspezifischen und umweltbezogenen Ansätzen (Nasr & Osterweil 1999), von körperlichen Trainings (Aman & Thomas 2009; Galik, Resnick & Pretzer-Aboff 2009; Galik, Resnick, Gruber-Baldini, Nahm, Pearson & Pretzer-Aboff 2008) und das Erlernen von funktionalen Verhaltensmustern (Hopper 2003) sowie die positive Wirkung von Montessori-basierten-Programmen (Orsulic-Jeras, Schneider & Camp 2000) und von Therapeutic Touch auf Agitiertheit (Woods, Craven & Whitney 2005) und der wirkungslose Einsatz von Aromatherapie aufgrund von krankheitsbedingten olfaktorischen Einschränkungen (Snow, Hovanec & Brandt 2004).

Pflegetechnisch bzw. –methodisch wird das Thema der Entscheidungsfindung (decision making) mit demenzkranken Menschen behandelt (Feinberg & Whitlatch 2002).

Kontinenzpflege (Grainger, Castledine, Wood & Dilley 2007) und im Speziellen Urininkontinenz stellen das zweithäufigst genannte Thema im Bereich der geriatrischen Langzeitpflege dar. Inkontinenz wird, trotz des häufigen Auftretens (Tchetgen & Appell 1999) in der Langzeitpflege, vernachlässigt behandelt (Lawhorne, Ouslander, Parmelee, Resnick & Calabrese 2008). Empfohlen werden Screenings (Maloney & Cafiero 2000). Die Herausforderung (Thompson 2004), die Gestaltung (Taft 1999; Dingwall & Mclafferty 2006), die Effektivität (Engberg, Kincade & Thompson 2004) und die Verbesserung (Mueller & Cain 2002) der Inkontinenzversorgung sind zentrale Themen, zusammengefasst unter dem Begriff Management von Urininkontinenz (Tannenbaum & Lepage 2002). Anforderungen für spezielle Gruppen werden für ältere Patienten/Menschen (Harper 2005; Reznicek 2002) für gebrechliche Menschen (Vinsnes, Harkless & Nyronning 2007), (ältere) Frauen (Thakar, Addison & Sultan 2005; Sampsel, Burns, Dougherty, Newman, Thomas & Wyman 1999; Reilly 2000), für ältere Männer (Heath & Watson 2002) und für Menschen mit kognitiven Einschränkungen (Jirovec & Templin 2001) behandelt.

Weniger häufig findet sich das Thema der Stuhlinkontinenz, obwohl auch diese entsprechend häufig in der Langzeitpflege bei älteren Menschen vorkommt (Akhtar & Padda 2005; Tariq 2004). Behandelt werden auch hier allgemeine Themen des Kontinenzmanagements (Wald 2005), im Speziellen des Pflegemanagements (Demata 2000) sowie ein Assessmentinstrument (Norton & Chelvanayagam 2000). In diesem Feld findet auch Obstipation Erwähnung (Tariq 2007; Grainger et al. 2007).

Das dritte Thema, Stuhl- und Urininkontinenz, wird im Zusammenhang mit Prävention (Shamliyan, Wyman, DZ, Kane & Wilt 2007) und Maßnahmen zur Reduktion von Stuhl- und Urininkontinenz (Leung & Schnelle 2008) thematisiert.

Kontinenzpflege durch eine spezialisierte Pflegeperson zeigt einen positiven Effekt auf die mit Inkontinenz im Zusammenhang stehenden Problembereiche Dekubitus und Sturz (Klay & Marfyak 2005). Pflegetechnisch wird der Einsatz von Technologien zur Diagnostik der Inkontinenz durch die Pflege (z. B. Ultraschall) (Newman, Gaines & Snare 2005) empfohlen.

Das Thema Ernährung in der Langzeitpflege findet sich unter zwei Aspekten behandelt, der Mangelernährung und der Überernährung oder Adipositas. Die Herausforderungen in der Langzeitpflege und bei älteren Menschen (Cowan, Roberts, Fitzpatrick, While & Baldwin 2004) liegen in der Entwicklung passender und evidenzbasierter Assessments für spezielle Problemlagen, wie Ko-Morbidität, Gebrechlichkeit, sterbende Menschen (Sloane, Ivey, Helton, Barrick & Cerna 2008) sowie demenzkranke Menschen (Schwerdt 2005). Als beeinflussender Faktor wird der Medikamentengebrauch (Neel 2001)

gesehen. Maßnahmen, wie Appetitassessment (Wilson, Thomas, Rubenstein, Chibnall, Anderson, Baxi, Diebold & Morley 2005), Gewichtskontrolle – erstes Anzeichen einer Mangelernährung ist der Gewichtsverlust (Collins 2001) – sowie die Förderung von allgemeinen Faktoren, die den Ernährungszustand älterer Bewohner/innen in Langzeitpflege-Einrichtungen beeinflussen (z. B. Kommunikation und Umgebungsgestaltung) (Welch 2008) können zu einer Verbesserung des Ernährungszustandes von älteren Bewohnerinnen/Bewohnern (Leydon & Dahl 2008) führen. Zwei Themen, die im Zusammenhang mit der Ernährung behandelt werden, sind Dehydration (Thomas, Cote, Lawhorne, Levenson, Rubenstein, Smith, Stefanacci, Tangalos & Morley 2008) und Schluckstörungen (Shanley & O'Loughlin 2000).

Die Herausforderungen in der Langzeitpflege von adipösen Menschen (Bradway, DiResta, Fleshner & Polomano 2008) werden im Hinblick auf Hautpflege, Mobilität und Atmung gesehen (Felix 2008b; Felix 2008a).

Der Themenbereich zu nosokomialen Infektionen oder healthcare associated infections umfasst die Pneumonie, die in Gesundheitseinrichtungen (Poch & Ost 2009) oder im Pflegeheim erworben wurde (Medina-Walpole & Katz 1999; Abrahamian et al. 2008), im Speziellen die Aspirationspneumonie, die u. a. durch eine vernachlässigte Mundpflege bei älteren Menschen (Boczko, McKeon & Sturkie 2009) begünstigt wird, sowie Infektionen, die im Zusammenhang mit Katheter und Inkontinenz stehen (Newman 2006; Nicolle 2002). Im Weiteren werden Durchfallserkrankungen von älteren Menschen in Langzeitpflegeeinrichtungen, verursacht durch den Clostridium-difficile-Keim (Rao & Bradley 2003; Laffan, Bellantoni, Greenough & Zenilman 2006; Fletcher & Cinalli 2007; Simor, Bradley, Strausbaugh, Crossley & Nicolle 2002), mehrfach erwähnt. Ein zweiter Problembereich sind antibiotikeresistente Keime (Falsey & Walsh 2005) und präventive Maßnahmen zur Vermeidung der Verbreitung (Richards 2005 ; Norman 2002; Crossley 2001; Bradley 1999; Falsey & Walsh 2005; Silverblatt, Tilbert, Mikolich, Blazek-D'Arezzo, Alves, Tack & Agatiello 2000). Maßnahmen der Infektionskontrolle (Makris, Morgan, Gaber, Richter & Rubino 2000; Mody 2007) in allen Settings (Beam & Buckley 2006) durch eine spezialisierte Pflegekraft (Ormond-Walshe & Burke 2001) sowie eine entsprechende Information beim Transfer in andere Einrichtungen stellen pflegerelevante Themen dar (Zimmerman, Gruber-Baldini, Hebel, Sloane & Magaziner 2002).

Verletzungen und Unfälle bei jungen Alten und Hochbetagten weisen, bedingt durch die Konzentration auf Sturz und Sturzfolgen, einen breiten Überschneidungsbereich mit dem Thema der geriatrischen Rehabilitation auf. In den USA konnte eine deutliche Zunahme von älteren Menschen mit Verletzungen in den Notfallambulanzen festgestellt werden. Während bis vor zehn bis 15 Jahren v. a. junge Männer mit Verletzungen die größte Gruppe in Unfall- und Erste-Hilfe-Abteilungen darstellten, sind dies heute eher ältere Menschen, thematisiert werden dazu die Konsequenzen für Traumabteilungen (Shinoda-Tagawa & Clark 2003). Sturzpräventionsprogramme für alle Settings

(Oliver 2007; MacCulloch et al. 2007; Currie 2006a), für den Akutbereich (Murphy et al. 2008; Hendrich 2007) und für Langzeitpflegeeinrichtungen (Kamel 2006; Vu, Weintraub & Rubenstein 2004) finden sich zentral behandelt. Im Zusammenhang mit Maßnahmen für ältere Menschen wird die Notwendigkeit von maßgeschneiderten Sturz-Präventionsprogrammen thematisiert (Messinger-Rapport & Dumas 2009). Detailspekte sind Assessmentinstrumente (Scott, Votova, Scanlan & Close 2007; Whitney & Rossi 1999) und Maßnahmen zur Prävention (Curry & Hogstel 2002) sowie die Erfassung von Sturzfolgen und entstehenden Risiken nach einem Sturz (Miceli, Strumpf, Reinhard, Zanna & Fritz 2004), wie z. B. Angst vor einem weiteren Sturz (Gillespie & Friedman 2007). In diesem Zusammenhang wird das Thema der Osteoporosebehandlung in der Langzeitpflegeeinrichtungen (Colón-Emeric, Casebeer, Saag, Allison, Levine, Suh & Lyles 2004) thematisiert.

Eng im Zusammenhang mit dem Sturz steht das Thema Mobilität. Bewegungsprogramme und der Einsatz von Tai Chi (Chen, Li, Lin, Chen, Lin & Wu 2007; Chen, Chen & Huang 2006) zur Verbesserung des funktionalen Status (Bonanni, Devers, Dezzi, Duerr, Durkin, Hernan & Joyce 2009) werden ebenfalls als Beitrag zur Sturzprävention gesehen. Am Rande wird die Fußpflege erwähnt, die im Zusammenhang mit Erkrankungen und Deformationen die Mobilität einschränken kann (Warner 2003).

Im Kontext psychische Gesundheit und Langzeitpflege steht vermehrt das Thema Depression mit der Erfassung von depressiven Zuständen generell (Bagley, Cordingley, Burns, Mozley, Sutcliffe, Challis & Huxley 2000; Greenberg 2007; Brown, McAvay, Raue, Moses & Bruce 2003; Bell & Goss 2001; Brühl, Luijendijk & Muller 2007; Murphy, Rabinowitz, Nonemaker, Morris, Morrison, Grigonis, Lee & Goldman 2005; Katz, Streim, Parmelee & Datto 2001a) und im Speziellen im Zusammenhang mit der Aufnahme älterer und alter Menschen in Einrichtungen der Langzeitpflege (Ryden, Pearson, Kaas, Hanscom, Lee, Krichbaum, Wang & Snyder 1999; Thakur & Blazer 2008). Thematisiert wird die pflegerische Diagnostik depressiver Stimmungslagen, Hoffnungslosigkeit und Selbsttötungsabsichten (Ron 2004), der positive Effekt einer interdisziplinären Zusammenarbeit (Gilbody 2008) und allgemein der Bedarf an psycho-geriatrischen Dienstleistungen in der Langzeitpflege (ambulant und stationär) (Snowdon 2007). Es finden sich Empfehlungen zu einem Assessment und zur Behandlung von psychischen Gesundheitsproblemen in der Langzeitpflege (Conn, Gibson, Feldman, Hirst, Leung, MacCourt, McGilton, Mihic, Malach & Mokry 2008).

Schmerz wird im Allgemeinen im Zusammenhang mit Schmerzassessment und Schmerzmanagement bei älteren Menschen (Katsma & CH 2000; Loeb 1999; Cowan, Fitzpatrick, Roberts, While & Baldwin 2003; Gibson & Bol 2001; Dumas & Ramadurai 2009; Stein 2001b; Fox, Raina & Jadad 199) und im Speziellen im Zusammenhang mit der Schmerzerfassung bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen (Kenefick & Schulman-Green 2004; Fuchs-Lacelle, Hadjistavropoulos & Lix 2008; Davies, Male, Reimer, Turner & Wylie 2004) behandelt. Schmerzmanagement wird als eine interdiszi-

plinäre Aufgabe gesehen (Phillips, Southworth, Myers & Shea 2005). Häufig findet sich das Thema im Kontext zur Palliativpflege thematisiert (siehe Palliative Versorgungsleistungen).

Im Themenbereich Dekubitus und Wundmanagement finden sich die Risikoeinschätzung als Teil der Dekubitusprophylaxe (Stotts & Gunningberg 2007), Lagerungsmaßnahmen sowie die Wirkung von speziellen Matratzen (Defloor, De Bacquer & Grypdonck 2005) als Teil der Dekubitusbehandlung. Im Weiteren spezielle Behandlungen (Bergstrom, Smout, Horn, Spector, Hartz & Limcangco 2008), u. a. die hyperbare Sauerstofftherapie (Finn 2009; Edsberg, Brogan, Jaynes & Fries 2002). Erwähnt wird die Pflegeberatung durch eine im Wundmanagement spezialisierte Pflegekraft (Hammett, Harvath, Flaherty-Robb, Sawyer & Olson 2007). Zum Thema chronische Wunden sind mehrheitlich Behandlungsmethoden, die hier nicht im Einzelnen angeführt werden, zu finden. Im Weiteren Nurse-led-Programme zur Behandlung chronischer Wunden (kostensparend und effektiver) (Rayner 2006), Case Management zur effektiven Behandlung chronischer Wunden (Moreo 2005).

Zu chronischen Erkrankungen finden sich vor allem Beiträge zum Diabetes mellitus Typ 2 (Morley 1999), die verbreitetste Form des Diabetes (BMGF 2005a), im Speziellen zur Erfassung bei der Aufnahme in die Langzeitpflege (Travis, Buchanan, Wang & Kim 2004), zur Behandlung (Johnson, Brosseau, Sobule & Kolberg 2008) sowie zur Rolle der Pflege, insbesondere bei der Blutzuckerkontrolle (Haas 2007) und der Pflege des diabetischen Fußes (Berry & Raleigh 2004). Genannt werden positive Effekte auf HbA1c- und Blutdruckwerte und auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch den Einsatz einer auf Diabetes spezialisierten Pflegeperson (Chan, Yee, Leung & Day 2006). Allgemein werden der Bedarf an einem Krankheitsmanagement (Nair 2007) und Maßnahmen zur Verbesserung desselben (Feldman, Rosen & DeStasio 2009; Cayea & Durso 2007) formuliert. Es wurde ein häufiger Zusammenhang von chronischen Erkrankungen (koronare Herzkrankheiten, Herzinsuffizienz und Diabetes mellitus) und geriatrischen Symptomen (Inkontinenz, Sturz) festgestellt (Lee, Cigolle & Blaum 2009). Im Zusammenhang mit Diabetes in der Langzeitpflege wird ein Anstieg von Dialysen in Langzeitpflegeeinrichtungen (Barnes 2008) festgestellt. Dabei findet sich das Thema Advance Care Planning (Anderson, Sikorski & Finucane 2006b), im Speziellen bei Peritonealdialyse im Langzeitpflegebereich (Anderson, Sikorski & Finucane 2006a).

Vereinzelt werden die Themen Asthma und die speziellen Anforderungen bei älteren Menschen (Francis 2004), Delirium (siehe auch kurative Versorgungsleistungen: ältere Menschen im Akutkrankenhaus) und die Früherkennung des Delirs (Waszynski 2007), Ohrenpflege und Hörtest (Welch 2002), Mundhygiene und Mundpflege (siehe auch kurativ: oral health) (Paterson 2000; Coleman 2005), im Speziellen bei Menschen mit schweren Behinderungen (Stein & Henry 2009) sowie Schlafstörungen (Bloom, Ahmed, Alessi, Ancoli-Israel, Buysse, Kryger, Phillips, Thorpy, Vitiello & Zee 2009) und die

Erfassung der Schlafmuster (Hoffman 2003) bei älteren Menschen in der Langzeitpflege behandelt.

Die Anwendung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen wird vor dem Hintergrund der Arbeitsbelastung (Pekkarinen, Elovainio, Sinervo, Finne-Soveri & Noro 2006), der Ausbildung der Pflegepersonen, der Mobilität der Klientinnen/Klienten der Geronto-Psychiatrie (Huizing, Hamers, de Jonge, Candel & Berger 2007) und dem Psychopharmakagebrauch (Nurminen, Puustinen, Kukola & Kivelä 2009) analysiert. Darauf aufbauend werden im Zusammenhang mit Sturzprogrammen (Dunn 2001) Präventionsmaßnahmen (Huizing, Hamers, Gulpers & Berger 2009) vorgestellt. Ein zentrales Thema sind ethische Anforderungen in der Arbeit mit intellektuell behinderten Menschen aller Altersgruppen (Abma, Widdershoven, Frederiks, van Hooren, van Wijmen & Curfs 2008), mit kognitiv eingeschränkten (Mayhew, Christy, Berkebile, Miller & Farrish 1999) und demenzkranken Menschen (Wang & Moyle 2005).

Thematisch im Zusammenhang mit freiheitsbeschränkenden Maßnahmen stehen das Thema Gewalt, Missbrauch und Vernachlässigung in Langzeitpflegeeinrichtungen und die Rolle der Pflege (Muehlbauer & Crane 2006). Im Weiteren Übergriffe auf Bewohner/innen durch andere Bewohner/innen (Bledsoe 2006) und Gewalt und Übergriffe gegen das Personal von älteren Bewohnerinnen/Bewohnern (Flannery 2003; Levin, Hewitt, Misner & Reynolds 2003).

Ein weiteres Thema ist Sexualität in Einrichtungen der Langzeitpflege (Doyle, Bisson, Janes, Lynch & Martin 1999; Rheaume & Mitty 2008), im Speziellen die Sexualität älterer Menschen in Pflegeheimen (Lantz 2004) sowie Formen der Unterstützung, diese leben zu können (Everett 2008), und sexuelle Gesundheit im Zusammenhang mit HIV/AIDS (Peate 2007).

Alte Menschen mit Behinderung finden sich nur in Zusammenhang mit speziellen Betreuungsformen für alternde Menschen mit Behinderungen, wie Intellekt-, Lern- (Jenkins 2005a; Jenkins 2005b) und Entwicklungseinschränkungen (Service 2003) sowie den Betreuungsmöglichkeiten im ländlichen Raum (Kent et al. 2000). Generell wird betont, dass die Anzahl der alten Menschen mit Behinderungen steigen wird, d. h. zur Behinderung kommen geriatrische und chronische Erkrankungen dazu. Für die Pflege ergeben sich daraus hohe Anforderungen an eine fachlich hochwertige und individuell angepasste Pflege (Service & Hahn 2003; McCray 2004; Jenkins 2000).

6.6.2 Handlungsebenen langzeitorientierter Versorgungsleistungen

Familie

Auf der Handlungsebene Familie finden sich die Themen der Einbindung von Familien in den Langzeitpflegeprozess (Janzen 2001; Gaugler 2006; Ogland-Hand & Florsheim 2003), die Herausforderungen, Stress- und Belastungsfaktoren für pflegende Familien (Gaugler, Anderson, Zarit & Pearlin 2004; ÖBIG 2005) und für die Pflege in Zusammenarbeit mit diesen Familien (Ross, Carswell & Dalziel 2001; Ogland-Hand & Florsheim 2002; Marziali, Shulman & Damianakis 2006b; Caron, Hepburn, Luptak, Grant, Ostwald & Keenan 1999; Bauer & Nay 2003). Mehrfach thematisiert wird die Unterstützung in der Entscheidungsfindung, Angehörige in ein Pflegeheim zu geben (Caron, Ducharme & Griffith 2006; Gaugler, Pearlin, Leitsch & Davey 2001), sowie die Begleitung beim (Bull & McShane 2008) und nach dem Transfer (Lichtenberg 2006). Vereinzelt findet sich das Thema Familienpflege im Zusammenhang mit Asthma (altersunabhängig) (Dinelli & Higgins 2002) sowie im Zusammenhang mit den Herausforderungen für Kinder von psychisch kranken Eltern (Devlin & O'Brien 1999). Behandelt werden auch Instrumentarien zur Erfassung der familiären Ressourcen und Möglichkeiten (Salinas, O'Connor, Weinstein, Lee & Fitzpatrick 2002) zur Umsetzung und Verbesserung der Einbindung (Majerovitz, Mollott & Rudder 2009) sowie zur Aufrechterhaltung (Logue 2003) der Kommunikation.

Gemeinde

Spezielles Thema der Langzeitpflege auf Gemeindeebene stellt vor dem Hintergrund der demografischen Zukunftsprognosen die Entwicklung spezieller Betreuungsformen für ältere und alte Menschen dar (Carbonell & Polivka 2003). Im Erwachsenen- und Behindertenbereich, aber auch zunehmend für den Altenbereich finden sich Formen der personengesteuerten Betreuung, wie z. B. persönliche Assistenz (Powers, Sowers & Singer 2006). Der Einsatz wird mit einer Reduktion von Heimaufenthalten verbunden (Dale & Brown 2006; Burr, Mutchler & Warren 2005). Im Weiteren werden ambulant betreute Wohngemeinschaften für demenzkranke Menschen (Hallensleben & Jaskulewicz 2005) und Tagespflege auf dem Bauernhof (Schols & van der Schriek-van Meel 2006) sowie Tagesbetreuung, unterschiedliche Formen der Haus- und Wohngemeinschaften, Wohngruppen und Demenzstationen (ÖBIG 2008b) diskutiert.

Als weitere Themen auf Gemeindeebene werden die Sehbehinderung älterer Menschen und die Entwicklung von Ratgebern für den kommunalen Bereich (Deittert, Lammerding, Stienen, Temme, Urbanek, Steenblock, Winter & Zielke-Nadkarni 2000) sowie Präventionsprogramme zur Urininkontinenz (Sampselle, Palmer, Boyington, O'Dell &

Wooldridge 2004) und zu Diabetes (Hjelm, Mufunda, Nambozi & Kemp 2003) erwähnt. Ebenso werden Assessment und Maßnahmenprogramme für Menschen, die an chronischen Schmerzen leiden (Dewar 2006) sowie für Frauen und sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen wie HIV-positive oder an AIDS erkrankte Menschen (DeMarco & Johnsen 2003; Hilton, Thompson, Moore-Dempsey & Hutchinson 2001) genannt. Vereinzelt findet sich das Thema „Hospital at Home“, das heißt die Intensivpflege von schwerstkranken Menschen zu Hause (Lademann 2000).

Im Übergang vom Akutkrankenhaus in die Langzeitpflege werden Transferstationen (intermediate care) (Griffiths 2006), die die Liegedauer im Akutbereich verringern (Trappes-Lomax, Ellis, Fox, Taylor, Power, Stead & Bainbridge 2006) und zur Entscheidungsfindung im Hinblick auf den konkreten Bedarf an Langzeitpflege (Greene et al. 2008) thematisiert.

Gesellschaft

Auf gesellschaftlicher Handlungsebene werden ebenfalls Fragen zur Langzeitversorgung der Baby-Boomer-Generation (heute die Jungen Alten) (Edlund, Lufkin & Franklin 2003) und der Bedarf an speziellen Einrichtungen für chronisch kranke Menschen mit den Herausforderungen und Bedürfnissen dieser Gruppe nach „community-based services, continuity, coordination, caring, convenience, and cost“ (Rantz, Marek & Zwygart-Stauffacher 2000) thematisiert. Zum Thema Public Health wird explizit die Tuberkuloseerfassung im Zusammenhang mit HIV-positiven und AIDS-kranken Menschen und sozial benachteiligten Gruppen (Toth, Fackelmann, Pigott & Tolomeo 2004) erwähnt.

Politik

Ausgehend von einem stetigen Anstieg der chronischen Erkrankungen stellt für die WHO die Entwicklung und Sicherstellung der Versorgungskontinuität, basierend auf den fünf Kernkompetenzen patientenzentrierte Versorgung, die auf partnerschaftlichen Prinzipien beruht, Qualitätsverbesserung, Information und Einsatz von Kommunikationstechnologien, eine der höchsten Prioritäten dar (World Health Organization 2006).

Auf Europäischer Ebene finden sich Ansätze für ein Gesundheitsmonitoring und Informationssystem als Grundlage für gesundheitspolitische Entscheidungen im sogenannten „EU Health Information and Knowledge System“ (European Communities 2008). Für den Bereich der chronischen Erkrankungen finden sich im Bericht „The Task Force on Major and Chronic Diseases“ eine Darstellung von Projekten in EU-Mitgliedstaaten zu folgenden Themen: „Atherosclerotic Cardiovascular Diseases, Autism Spectrum Disorders, Cancer, Dementia, Depression, Diabetes, Haematological Malignancies, Maternal and Child Health, Multiple Sclerosis, Musculoskeletal Condi-

tions, Oral health, Sexual and Reproductive Health, Life Expectancy with Chronic Morbidity“ (European Communities 2008). Im Bericht werden zu jedem Thema Prävalenzen und Maßnahmen in den Ländern sowie Schlussfolgerungen für die Zukunft dargestellt. Auf dieser Basis sollen zukünftige Entwicklungen beobachtet und beeinflussende Faktoren analysiert sowie Maßnahmen abgeleitet werden.

Programme auf nationaler Ebene sind Projekte zur Sicherheit im Verkehr und zur Verhinderung von Stürzen (BMSK 2008, 170), der Österreichische Diabetesplan mit einem speziellen Disease Management Programm (BMGF 2005a), das Demenzhandbuch als Grundlage zur Weiterentwicklung von bedarfsgerechten Betreuungs- und Pflegemodellen für an Demenz oder Alzheimer erkrankten Menschen (BMSK 2008a) oder die Erfassung der Situation pflegender Angehöriger (ÖBIG 2005).

6.6.3 Rollen/Berufsbilder und Kernkonzepte der Pflege in langzeitorientierten Versorgungsleistungen

Im Bereich der langzeitorientierten Versorgungsleistungen für Kinder und Jugendliche findet sich die Rolle/das Berufsbild der School Nurse. Als weitere pflegerische Rollen/Berufsbilder werden Advanced Nursing Practice für ältere Erwachsene (Mezey et al. 2005) und zum Thema HIV/AIDS (Spirig et al. 2004) angeführt. Für den geriatrischen Bereich finden sich die Rollen/Berufsbilder der Gerontological Advanced Nursing Practice (Krichbaum, Pearson, Savik & Mueller 2005) sowie Gerontological Nurse Practitioners, Geriatric Clinical Nurse (Thornlow et al. 2006). Nurse Practitioner werden zu den verschiedensten Erkrankungen (Rosenfeld, Kobayashi, Barber & Mezey 2004; Hilton et al. 2001; Kirton, Ferri & Eleftherakis 1999) und im Zusammenhang mit der Community Health Care (Nies, Bickes, Schim & Johnson 2002a) angeführt. Als Spezialisierungen werden Continence Nurse Specialists (Klay & Marfyak 2005), Prescribing Nurse, Diabetes Spezialist Nurse (James 2004), das Wound, Stoma, Continence Consulting (Youngberg 2007) und im Zusammenhang mit Diabetes Nurse-led-Programme (Carey & Courtenay 2007) genannt. Die besonderen Herausforderungen werden in den unterschiedlichen Anforderungen, die an die Pflege in Langzeitpflegeeinrichtungen gestellt werden, gesehen (Messinger-Rapport 2009).

Kernkonzepte sind das Empowerment im Rahmen von Selbstmanagement sowie von Case Management. Qualitätsmanagement findet sich in zweierlei Hinsicht. KlientInnenbezogen werden dazu der Pflegeprozess, das Assessment für Langzeitpflege (Kane & Kane 2000), im Speziellen das geriatrische Assessment (Olenek, Skowronski & Schmaltz 2003) und Assessments zur Entscheidung für einen Pflegeheimplatz (Wright 2003) sowie Konzepte der personenzentrierten Pflege und Betreuung (Crandall, White, Schuldheis & Talerico 2007; Grosch, Medvene & Wolcott 2008) angeführt. Ein besonderes Konzept stellt „Advance Care planning“, das in kritischen Situationen (Cantor &

Pearlman 2003) und im Übergang zur Palliativepflege (Daaleman et al. 2009) Anwendung findet. Auf Organisationsebene finden sich (neben vielen Untersuchungen zur Qualität in Langzeitpflegeeinrichtungen) allgemein die Themen Qualität (Gorski & Hackbarth 2005), Qualitätsmanagement und Ergebnismessung (Mor 2006; Villagra 2004), im Speziellen im Zusammenhang mit „stärkenden“ Pflegemaßnahmen (Resnick & Simpson 2003). Im Weiteren wird der Bedarf an Pflegeinformatikkompetenzen in der Langzeitpflege (Dyck 2002) sowie die Qualität der Dokumentation (Martin, Hinds & Felix 1999) thematisiert. Weitere Kernkonzepte, als Teil des Qualitätsmanagements, sind das Risikomanagement in der Betreuung zu Hause (Mitty & Flores 2008), z. B. die Risikoerfassung nach einem Krankenhausaufenthalt durch gut geschultes Personal (Graf 2008) bzw. allgemein zur Verhinderung von Krankenhausaufenthalten von Bewohnerinnen/Bewohnern von Langzeitpflegeeinrichtungen (Konetzka, Spector & Limcangco 2008) und das Fehlermanagement in der Medikamentenverabreichung (Pepper & Towsley 2007; Aspinall, Sevick, Donohue, Maher & Hanlon 2007).

Ein zentrales Kernkonzept stellt die Versorgungskontinuität dar, die vor dem Hintergrund von Personalkürzung und -mangel als Herausforderung thematisiert wird. Es wird ein Mangel an Versorgungskontinuität zwischen ambulantem, akutem und Langzeitpflegebereich für alte gebrechliche Menschen (Tichawa 2002) mit multimorbiden Krankheitszuständen festgestellt, mit dem speziellen Effekt der Polypharmacie (Wendel & Durso 2006). Im Weiteren wird Bedarf im post-/chirurgischen Bereich für ältere und alte Menschen (Mamaril 2006), im Speziellen nach Hüftfrakturen im Übergang nach Hause unter Einsatz einer Advanced Nursing Practice (Krichbaum 2007) thematisiert. Problemfelder sind die geriatrische Pflege bei hospitalisierten älteren Klientinnen/Klienten (Boltz, Capezuti, Bowar-Ferres, Norman, Secic, Kim, Fairchild, Mezey & Fulmer 2008), insbesondere von demenzkranken Menschen (Eriksson & Saveman 2002). Als Kernkonzepte kommen hier das Entlassungs- und Transfermanagement zwischen Akut- und Langzeitpflegeeinrichtung (Lagoe, Dauley-Altwarz, Mnich & Winks 2005; Lagoe, Mnich, Luziani & Winks 2006; Applebaum, Straker, Mehdizadeh, Warshaw & Gothelf 2002) und bei der Aufnahme in eine Langzeitpflegeeinrichtung (Kao, Travis & Acton 2004; Brandenburg 2007) zu tragen. Als spezielle Herausforderung wird die Koordination verschiedener Betreuungsformen allgemein (Fisher & Raphael 2003) und in den USA jener, für niedrige Einkommensgruppen (Mollica 2003) gesehen.

6.7 Palliative Versorgungsleistungen

Der Recherche zum Themenbereich Palliative Care, in einer deutschen Übersetzung Palliativversorgung, liegt die Definition der WHO zu Grunde. Palliative Care wird als ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patientinnen/Patienten und deren Familien im Zusammenhang mit lebensbedrohlichen Erkrankungen verstanden. Der Ansatz umfasst die Vermeidung und Erleichterung des Leidens durch ein frühes und

umfassendes Schmerzassessment, Schmerz-Behandlung sowie die Behandlung von physischen, psychosozialen und spirituellen Problemen.

“Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual.” (World Health Organization 2009a)

Im Zusammenhang mit Palliative Care oder Palliativversorgung stellen die Palliativmedizin und Palliativpflege zwei Teildisziplinen (Pleschberger & Heimerl 2002) und das Hospiz einen Ort oder ein Setting, in dem diese Betreuung stattfindet, dar. Für die vorliegende Literaturrecherche wurden die Begriffe Palliativpflege und Hospiz nicht gesondert recherchiert. Es erfolgte dabei eine Orientierung am Konzept einer abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung, das im Jahre 2004 im Auftrag des Österreichischen Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen von einer Expertengruppe erarbeitet wurde und je nach Bedürfnislage und Art der Behandlung verschiedene Settings (z. B. Palliativ- und Hospizstationen, mobile Settings, Tageshospize etc) umfasst.

Die Zielgruppe einer umfassenden Hospiz- und Palliativversorgung sind

„[...] sowohl unheilbar kranke und sterbende Menschen in einem fortgeschrittenen Erkrankungsstadium mit starken Schmerzen, psychischen Beschwerden und/oder anderen die Lebensqualität beeinträchtigenden Symptomen (Palliativpatientinnen und -patienten) als auch Ihre Angehörigen.“ (GÖG 2007)

Für alle Formen der Versorgung werden interdisziplinäre Teams, bestehend aus Medizin, Pflege, psychosozialem Personal, Sozialarbeit, Psychologie, ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern, in unterschiedlicher Zusammensetzung angegeben. Die Aufgaben der Pflege sind unter dem Blickwinkel absoluter Patientenorientierung, Schmerz- und Symptomanagement, Integration und Anleitung von Angehörigen, Begleitung im Trauern, Kommunikation und Koordination, Begleitung durch ehrenamtliche Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern und Zusammenarbeit mit anderen Disziplinen (Pleschberger & Heimerl 2002; Geoghan 2008) zusehen. Im Wesentlichen decken sich die hier angeführten Schwerpunkte der Pflege mit den Ergebnissen der Literaturrecherche.

Besondere Beachtung findet das Thema der Palliativversorgung von Kindern. Für Säuglinge, Kinder und Jugendliche kristallisieren sich dabei zwei Schwerpunkte heraus, die palliative Versorgung zu Hause und die Einbindung der Familie. Innerhalb der Altersgruppen beginnt die Palliativpflege bereits in der Schwangerschaft, wenngleich auch kaum thematisiert. Ebenso werden spezielle Bedürfnisse von Jugendlichen vereinzelt erwähnt. Es finden sich keine spezifischen Anforderungen in der palliativen Versorgung nach Erkrankungen erwähnt. Als spezifische Rollen/Berufsbilder der

Palliativpflege bei Kindern finden sich die Pediatric Clinical Nurse und die Family Nurse. Die Bedeutung des Themas zeigt sich nicht nur in dem umfangreichen Ergebnis der Recherche, sondern auch in einer eigenen Definition der WHO. Dabei wird die Palliativversorgung von Kindern sehr ähnlich wie die von Erwachsenen definiert, jedoch mit einer stärkeren Betonung der Einbeziehung der Familien, wie dies auch in den Ergebnissen der Recherche gesehen werden kann.

„Palliative care for children represents a special, albeit closely related field to adult palliative care. WHO's definition of palliative care appropriate for children and their families is as follows; the principles apply to other paediatric chronic disorders (WHO; 1998a):

Palliative care for children is the active total care of the child's body, mind and spirit, and also involves giving support to the family.

It begins when illness is diagnosed, and continues regardless of whether or not a child receives treatment directed at the disease.

Health providers must evaluate and alleviate a child's physical, psychological, and social distress.

Effective palliative care requires a broad multidisciplinary approach that includes the family and makes use of available community resources; it can be successfully implemented even if resources are limited.

It can be provided in tertiary care facilities, in community health centres and even in children's homes.” (World Health Organization 2009a)

Obwohl die Ursprungsidee der palliativen Versorgung alle schwerstkranken Menschen umfasste, konzentriert sich die Versorgung auf Ebene der Erwachsenen stark auf krebserkrankte Menschen. Dies zeigt sich auch in der Literaturrecherche. Palliativpflege findet sich neben nephrologischen, kardiovaskulären Erkrankungen und HIV/AIDS am häufigsten bei unterschiedlichen Krebserkrankungen. Eine spezielle Zielgruppe stellen Menschen mit Behinderungen dar. Alters- und krankheitunabhängige pflegespezifische Themen sind die Wundversorgung, das Schmerzmanagement, der Umgang mit Atemnot, Ernährung, Flüssigkeitszufuhr und Sexualität. Ebenso werden die Anforderungen an die Palliativpflege im Akutkrankenhaus und Übergangsprozesse von der kurativen in die Palliativpflege thematisiert. Für die Lebensabschnitte der jungen Alten und Hochbetagten werden die Themen der Palliativpflege von demenzkranken Menschen sowie das Sterben in Langzeitpflegeeinrichtungen thematisiert.

Auf Familie-Handlungsebene stehen die Einbindung der Familien in die Palliativpflege sowie die Unterstützung in den Phasen des Sterbens und Trauerns im Vordergrund. Auf Gemeindeebene stellen sich Fragen der Palliativversorgung ähnlich wie im Bereich der Gesellschaft. Hier werden die Verbesserung der Palliativpflege im ländlichen Bereich, für sozial benachteiligte bzw. arme Menschen, für Menschen aus anderen Kulturen und Familien mit Migrationshintergrund behandelt.

Rollen/Berufsbilder von speziell ausgebildeten Pflegepersonen im stationären wie auch im ambulanten Bereich sind die Palliative Nurse, Hospice Nurse Palliative Care Nurse Specialists, Oncology Nurse sowie die Prescription Nurse. Für den ambulanten Bereich finden sich die Bezeichnungen Nurse Practitioner, Community Clinical Nurse und Community Hospice Nurse sowie Nurse-led-Service sind ein von Pflegepersonen geführtes Hospiz. Die Kernkonzepte sind das Symptommanagement, im Speziellen das Schmerzmanagement, sowie Discharge und Case Management und Decision Making im Rahmen von Advance Care Planning.

Trotz der allgemein anerkannten WHO Definition von Palliative Care finden sich in den europäischen Ländern sehr unterschiedliche Ausprägungen in der Verwendung der Begrifflichkeiten und den Formen der Angebote (Kaasa, Torvik, Cherny, Hanks & Conno 2007). Die Ergebnisse der Literaturrecherche müssen vor diesem Hintergrund gelesen werden.

Palliativpflege umfasst die Betreuung aller unheilbar kranken und sterbenden Menschen, findet in interdisziplinären Teams und in allen Settings statt. Dieses Ergebnis der Literaturrecherche stimmt weitgehend mit dem Konzept der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung überein (GÖG 2007). Ansatzpunkte für pflegerisches Handeln sind die Erfassung von psychischen und physischen Bedürfnissen, insbesondere das Symptommanagement sowie die Koordination aller am Prozess Beteiligten. Krankheits-Schwerpunkte in der Palliativversorgung decken sich mit den häufigsten Todesursachen nach Altergruppen (BMSK 2008b) (siehe Abschnitt 5.4). (So stellen bösartige Neubildungen bei älteren Menschen die häufigste Todesursache dar, gefolgt von Herz-Kreislauf-Erkrankungen.)

Recherche-Ergebnisse für die Altersgruppen Säuglinge, Kinder und Jugendliche werden ebenso wie jene für die jungen Alten und Hochbetagten wegen geringen Umfangs in den einzelnen Altersgruppen jeweils einem Kapitel zusammengefasst dargestellt.

6.7.1 Zielgruppen palliativer Versorgungsleistungen

Schwangere, Föten, Säuglinge, Kinder und Jugendliche

Palliativpflege von Kindern schließt Neugeborene mitein und umfasst immer die ganze Familie. Sehr selten thematisiert findet sich Palliativpflege von Neugeborenen bzw. in Situationen, in denen deutlich ist, dass der Fötus schwer behindert ist, und die Überlebenschancen nach der Geburt gering sind (Sumner, Kavanaugh & Moro 2006). Der Pflege wird dabei eine zentrale Rolle im Erkennen spezifischer Bedürfnisse und in der Koordination von Unterstützungsleistungen zugeschrieben (Leuthner & Jones 2007). Die Möglichkeiten neuer Technologien in der Versorgung von Neugeborenen überde-

cken dabei oft den Bedarf an Betreuung und der Vorbereitung auf den Verlust (Rempel 2004).

Aspekte, die im Zusammenhang mit der Palliativpflege von Kindern zu Hause behandelt werden, sind die Herausforderungen, die sich in der Bewältigung der Situation für die gesamte Familie stellen. Es wird dabei vielfach darauf hingewiesen, dass es sowohl im Sinne der Eltern wie auch der Kinder ist, in der gewohnten Umgebung zu Hause zu sterben (Vickers & Carlisle 2000; Kuhlen, Balzer, Richter, Fritsche-Kansy, Friedland, Borkhardt & Janßen 2009). Der positive Effekt wird in der weitgehenden Erhaltung der Lebensqualität gesehen. Dies steht in engem Zusammenhang mit den begrenzten Möglichkeiten einer palliativen Betreuung im Akutkrankenhaus (Davies 2003). Durchgehend werden ein multidisziplinärer Ansatz (Davies 1999), geplante Prozesse (Davies 2006) und Kenntnisse der Familienpflege (Ruth 2003) gefordert, wobei der Pflege auch hier eine Koordinationsfunktion zugeschrieben wird. Spezieller Unterstützungsbedarf wird dann gesehen, wenn technische Geräte im Einsatz sind. Entsprechend werden die Herausforderungen an ein gut geplantes Entlassungsmanagement thematisiert (Hummel & Cronin 2004).

Palliativkinderpflege zu Hause ist ein noch wenig erforschtes Gebiet, d. h. die speziellen Bedürfnisse dieser Zielgruppe sind nur vereinzelt erfasst. Als Stressfaktoren werden Symptome wie Schmerz, Atemnot und Agitiertheit identifiziert (Houlahan, Branowicki, Mack, Dinning & McCabe 2006). Ebenso findet der Umgang mit emotionalen Belastungen in den der Trauerphasen (Callaghan 2007) der gesamten Familie (Maunder 2008) (Morgan 2006) verbunden mit dem Aus- und Ansprechen der Themen Sterben, Tod und Verlust (Rallison & Moules 2004) wie auch die Erfassung spiritueller Bedürfnisse sterbender Kinder und Jugendlicher (McSherry, Kehoe, Carroll, Kang & Rourke 2007) vereinzelt Erwähnung.

Als spezielle Zielgruppe werden Jugendliche angeführt, die zweifachen Herausforderungen ausgesetzt sind, der Pubertät und der Bewältigung einer lebensbedrohlichen Erkrankung (Callaghan 2007; Edwards 2001). Die Herausforderung für die Pflege dabei ist das Schaffen einer ganzheitlichen Versorgung, in der psychische Faktoren, die eng im Zusammenhang mit der Lebensqualität stehen und pflegerisch-technische Aspekte verbunden werden (Rushton 2005). Für Jugendliche, die weder Kinder noch Erwachsene sind, ergibt sich das Problem der Zuordnung im Setting zur Kinder- oder Erwachsenenabteilung, wobei die Besonderheiten eines Transferprozesses behandelt werden (Maunder 2004).

Weitere Themen stellen der Umgang mit ethischen Fragen wie z. B. lebensverlängernde Maßnahmen und/oder deren Beendigung sowie die Stress- und Belastungsfaktoren, die sich daraus für alle Beteiligten ergeben (Rushton 2004; Zwerdling, Hamann & Kon 2006), dar.

Erwachsene

Die Themen im Zusammenhang mit Krebserkrankungen können in zwei Bereiche geteilt werden. Ein Themenschwerpunkt umfasst allgemeine und krankenspezifische Anforderungen an die Pflege krebskranker Menschen. Als allgemeine Anforderungen werden direkt patientenbezogene Aspekte (Richardson 2004; Leland 2000), wie z. B. Müdigkeit (Fatigue) (Coackley, Hutchinson, Saltmarsh, Kelly, Ellershaw, Marshall & Brunston 2002), Schmerzmanagement, Angst und der Wunsch zu sterben, aber auch die Begegnung mit Anforderungen von Angehörigen in diesem Prozess formuliert (Volker 2001). Im Weiteren werden Kommunikations- (Kruijver, Kerkstra, Bensing & van de Wiel 2000) und Informationsprozesse allgemein, z. B. im ländlichen Bereich (Wilkes, White & O'Riordan 2002) und speziell zur Behandlung (Richardson 2003) thematisiert. Darüber hinaus werden die psychischen Begleiterscheinungen wie Depressionen, die im Rahmen der Palliativpflege auftreten, behandelt (Craven 2000). Ein weiteres Thema ist die Förderung der Lebensqualität durch die Palliativversorgung bei krebskranken Menschen (Jocham, Dassen, Widdershoven & Halfens 2006). Als spezielle Tumorerkrankungen finden sich Gehirntumore im Zusammenhang mit der Palliativpflege zu Hause (Taillibert, Laigle-Donadey & Sanson 2004) und spezielle Erfordernisse bei Tumoren des Verdauungstraktes (Popat, Lopez, Chan, Waters, Cominos, Rutter & M.E 2006; Black 2004; Black & Hyde 2004) und bei Brustkrebs (Harmer 2008).

Palliativpflege in der Nephrologie wird allgemein als Notwendigkeit festgestellt (Young 2009; Fried 2003; Noble 2008; Hinton & Fish 2006; Kuebler 2001; Madar, Gilad, Elenhoren & Schwarz 2007; Price 2003; Haras 2008), insbesondere wenn Betroffene sich gegen eine Dialyse entscheiden (Noble, Kelly, Rawlings-Anderson & Meyer 2007a; Johnson & Bonner 2004) oder diese aus verschiedenen Gründen nicht erhalten (McKeown, Agar, Gambles, Ellershaw & Hugel 2008).

Palliativpflege bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen als eine der häufigsten Todesursache, wird ebenfalls als ein vernachlässigtes Feld beschrieben (Davidson, Paull, Introna, Cockburn, Davis, Rees, Gorman, Magann, Lafferty & Dracup 2004; Zambroski 2006; Davies & Curtis 2000; Davidson, Introna, Cockburn, Daly, Dunford, Paull & Dracup 2002; Flowers 2003) und damit begründet, dass es schwierig sei, zu erkennen, wann der Sterbeprozess einsetzt (Wotton, Borbasi & Redden 2005). Mehrfach findet sich das Thema im Zusammenhang mit der Palliativpflege zu Hause behandelt (Brännström, Brulin, Norberg, Boman & Strandberg 2005; Brännström, Ekman, Boman & Strandberg 2007; Quinn 2005).

Zum Thema Palliativpflege und Lungenerkrankungen finden sich allgemein COPD (Barnett 2008a; Morgan 2003) und andere nicht maligne Lungenerkrankungen (Shuttleworth 2005).

HIV und AIDS stellen einen weiteren Themenbereich in der Palliativpflege dar. Behandelt werden die Aspekte der Palliativpflege zu Hause (Robinson, Dugger, Fong, Heintzman, Hnizdo, Libby, McDaniels, Miles, Rempel & Taylor 2006), Symptommanagement bei Atemnot, Husten, Demenz oder Delirium (Coyne et al. 2002) und Schmerz (Newshan & Sherman 1999) im Zusammenhang mit Aspekten der Lebensqualität und der Medikamentenadherence (Corless, Nicholas, Davis, Dolan & McGibbon 2005).

Palliativpflege bei Schlaganfall (Rogers & Addington-Hall 2005) kommt ebenso wie im orthopädischen Bereich (Watters, Harvey, Meehan & Schoenly 2005) und im Zusammenhang mit der Huntington Erkrankung (Klager, Duckett, Sandler & Moskowitz 2008; Moskowitz & Marder 2001) nur einmal vor.

Palliativepflege für Menschen mit Behinderungen konzentriert sich auf Menschen mit Lernbehinderungen, wobei der Pflege die spezielle Rolle der Begleitung, Moderation und Advocacy (Sorensen & Iedema 2007) der Betroffenen und ihren Familien zugeschrieben wird (Jones 2003). Als spezielle Herausforderungen werden die Kommunikation (Tuffrey-Wijne & McEnhill 2008; Read & Thompson-Hill 2008), das Symptommanagement und die Patientenedukation gesehen (Tuffrey-Wijne 2003).

6.7.2 Alters- und krankheitsunabhängige pflegespezifische Themen in der Palliativpflege

Unabhängig von der Altersgruppe und dem Krankheitsbild stellen Schmerzen (Ferrell, Levy & Paice 2008; Callin & Bennett 2008; Hemming & Maher 2005; Mann & Redwood 2000; Greenstreet 2001; Easley & Elliott 2001; Davies & McVicar 2000; Schulc, Ecker, Deufert, Sandbichler, Sydow & Them 2008; Rutledge, Donaldson & Pravikoff 2001b; Sherman, Matzo, Paice, McLaughlin & Virani 2004), Wundmanagement (Naylor 2005; Chaplin 2004; Schim & Cullen 2005; West 2007; Grocott & Cowley 2001), im Speziellen Dekubitus (Hench & Gustafsson 2003; Hampton 2000; Chaplin 2000) und Ernährung (Meares 2000; Holder 2003; Hill & Hart 2001; McClement & Harlos 2008; Cline 2006), speziell Schluckbeschwerden (Stringer 1999), künstliche Ernährung (Schmidlin 2008; Monturo & Strumpf 2007) und Mundhygiene (Lee, White, Ball, Gill, Smart, McEwan, Chilton & Pickering 2001) in der Palliativpflege die am häufigsten erwähnten pflegespezifischen Aspekte dar.

Vereinzelt finden sich die Themen Umgang mit Atemnot (Andrewes 2002; Tarzian 2000; Diekmann 2004; Rutledge et al. 2001b; Maher & Hemming 2005), Pflege von chronischen Ödemen (Honnor 2008) und der Umgang mit einem terminalen Delirium (Rutledge et al. 2001b; Brajtman, Higuchi & McPherson 2006). Nicht zuletzt wird das Thema Sexualität (Shell 2008; Woodhouse & Baldwin 2008; Hordern & Street 2007; Rice 2000a; Rice 2000b) mehrfach behandelt. Im Zusammenhang mit Lebensqualitäts-

förderung in der Palliativpflege wird das Thema der Gesundheitsförderung und in diesem Zusammenhang Wohlbefinden (Richardson 2002; Pegg & Tan 2002; Benzein & Saveman 2008) sowie Rehabilitation (Hopkins & Tookman 2000) erwähnt.

In der Begleitung von schwerkranken Menschen wird vor allem der Übergang von der kurativen zur palliativen Pflege und der nötige Perspektivenwechsel für alle Beteiligten thematisiert (Thompson, McClement & Daeninck 2006b). Eine spezielle Herausforderung für alle Altersgruppen stellt der Übergang von Lebensrettung und Sterbebegleitung dar, insbesondere für die Palliativpflege an Intensivstationen (Pattison 2004; Miller, Forbes & Boyle 2001). Zwei weitere Aspekte sind die speziellen Anforderungen an gelungene Pflege-Klienten-Interaktionen (Glass, Taylor, Stirling & McFarlane 1999) inklusive die Kommunikation zwischen allen am Prozess Beteiligten (Dunne 2005).

Alters- und krankheitsunabhängig werden im Hinblick auf das Setting zwei Aspekte behandelt, zum einen die Palliativpflege und deren Anforderungen an die Pflegepersonen im Akutkrankenhaus (Bradley, Cherlin, McCorkle, Fried, Kasl, Cicchetti, Johnson-Hurzeler & Horwitz 2001; Rutledge, Bookbinder, Donaldson & Pravikoff 2001a; Thompson, McClement & Daeninck 2006a; Skilbeck, Small & Ahmedzai 1999). Der zweite Aspekt umfasst Entlassungs- (Fromme, Bascom, Smith, Tolle, Hanson, Hickam & Osborne 2006) und Übergangsprozesse von akut zu ambulant (Aranda, Hayman-White, Devilee, O'Connor & Bence 2001), vom Hospiz in eine Langzeitpflegeeinrichtung (Reith & Lucas 2008) und von einer Akutstation in eine Palliativstation sowie zu stationär oder von stationär in ein Hospiz (Morita, Imura, Fujimoto, Shishido, Tei & Inoue 2005) im Zusammenhang mit den psychischen und organisatorischen Aspekten.

Junge Alte und Hochbetagte

Das Ergebnis zur Recherche von Palliativpflege in den Lebensabschnitten junge Alte und Hochbetagte konzentriert sich auf zwei Hauptthemen, Palliativpflege bei Menschen mit Demenz oder Alzheimer und Sterben in Einrichtungen der Langzeitpflege. Nur sehr vereinzelt werden spezifische Krankheitsbilder wie z. B. Parkinson (Bunting-Perry 2006; Thomas & MacMahon 2004; Rudkins & Aird 2006) und Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Cortis & Williams 2007) angeführt, ebenso wenig spezielle Zielgruppen wie besonders alte und gebrechliche Menschen (Groß & Eklund 2008) oder alte Menschen in kritischen Gesundheitszuständen (Dawson 2008). Thematisiert wird der Zusammenhang der demografischen (Baby Boomer) und der epidemiologischen Entwicklung (Anstieg chronischer Erkrankungen) und die daraus erwachsenden speziellen Herausforderungen für die Palliativversorgung (Murray 2007).

Spezifische Aspekte im Zusammenhang mit dem Thema Palliativpflege und Demenzerkrankungen sind Entscheidungsfindungsprozesse in der letzten Lebensphase und die Belastungen, die daraus für Pflegepersonen, Familien und Angehörige entstehen

(Jolley, Hughes, Greaves, Jordan & Sampson 2008; Chang, Hancock, Harrison, Daly, Johnson, Easterbrook, Noel, Luhr-Taylor & Davidson 2005; Mullard 2004; Kojer 2006; Husebø, Husebø & Dahl 2004; Katz, Sidell & Komaromy 2001b; Arcand, Monette, Monette, Sourial, Fournier, Gore & Bergman 2009). Insbesondere stehen hier die Fragen zu lebensverlängernden Maßnahmen (Lacey 2006), zur Erfassung der spezifischen Bedürfnisse, im Speziellen zum Schmerzmanagement (Evans 2002), zum Erkennen der Symptome der Sterbephase wie Ruhelosigkeit (Wilden & Wright 2002) im Zentrum. Diese Fragen stellen sich auch in der Palliativpflege zu Hause (Head 2003).

Die Themen im Zusammenhang mit Sterben in Einrichtungen der Langzeitpflege sind allgemein die mangelhafte palliative Versorgung von sterbenden hospitalisierten Bewohnerinnen/Bewohnern in Langzeiteinrichtungen (Happ, Capezuti, Strumpf, Wagner, Cunningham, Evans & Maislin 2002; Solloway, LaFrance, Bakitas & Gerken 2005), welchen Platz die Palliativpflege in diesen Einrichtungen hat (Husebø et al. 2004; Sander & Russell 2001), welche speziellen Bedürfnisse Bewohner/innen und deren Familien und Angehörige haben (Katz, Sidell & Komaromy 2000; Katz et al. 2001b; Froggatt, Poole & Hoult 2002; Grossman 2007). Insbesondere werden das Schmerzmanagement, die emotionale Unterstützung und die Körperhygiene (Reynolds, Henderson, Schulman & Hanson 2004), im Speziellen die besonderen Bedürfnisse von Bewohnerinnen/Bewohnern in betreuten Wohnformen (Mitty 2004) thematisiert. Allgemein werden die Themen nach der Gestaltung des Sterbens (Katz, Komaromy & Sidell 1999) bzw. wie diese verbessert werden kann (Hanson, Reynolds, Henderson & Pickard 2005; Hanson & Henderson 2000), z. B. durch Schulung des Personals (Whittaker, George Kernohan, Hasson, Howard & McLaughlin 2006), behandelt.

Das Hospiz findet sich dabei als spezieller Platz zum Sterben mehrfach erwähnt (Casarett, Hirschman & Henry 2001; Kayser-Jones, Chan & Kris 2005; Skilbeck, Payne, Ingleton, Nolan, Carey & Hanson 2005; Hirschman, Kapo, Straton, Stanley, Strumpf & Casarret 2005), ebenso der interdisziplinäre Ansatz (Liao & Ackermann 2008) und die damit verbundenen kommunikativen Anforderungen (Galanos 2004). Als eine spezielle Herausforderung für die Pflege wird die Balance zwischen lebenserhaltenden und palliativen Maßnahmen erwähnt (Thompson & Oliver 2008; Scanlon 2003).

6.7.3 Handlungsebenen palliativer Versorgungsleistungen

Familie

Auf der Handlungsebene Familie kristallisieren sich zur Palliativpflege zwei Themenbereiche heraus. Zum einen handelt es sich um die emotionale Unterstützung und Begleitung von Angehörigen und nahen Bezugspersonen (Henriksson & Andershed

2007) und um deren Belastungen und die Auswirkungen auf die Lebensqualität (Clark, Rummans, Sloan, Jensen, Atherton, Frost, Richardson, Bostwick, Johnson, Hanson & Brown 2006). Zum anderen geht es um die Einbindung und Unterstützung von Familienangehörigen, nahen Bezugspersonen und Personen, die Aufgaben in der Palliativpflege übernehmen (Brazil, Bedard, Krueger, Abernathy, Lohfeld & Willison 2005). Besonders betont wird dabei, dass die Einbindung freiwillig sein muss (Brobäck & Berterö 2003). Im Weiteren werden das Erfassen der Stresssymptome von pflegenden Angehörigen oder Bezugspersonen (Holtslander 2008), der Bedarf an Informationen (King, Bell & Thomas 2004; Baynham, Hardy, Macaulay, Helen Vaz & Wiley 2005) bzw. die Begleitung von Familien oder nahen Bezugspersonen nach dem Tod (O'Connor, Peters, Lee & Webster 2005) thematisiert.

Gemeinde

Auf der Handlungsebene Gemeinde findet sich sehr prominent das Thema der Palliativpflege zu Hause bezogen auf alle Altersgruppen und Krankheitsbilder, im Speziellen bei Krebserkrankungen (Kennedy 2005; Dunne, Sullivan & Kernohan 2005; Andrew & Whyte 2004), einer onkologischer Behandlung (Koop & Strang 2003) und den daraus resultierenden Herausforderungen an die Betreuung (Rose & Glass 2006; Burt, Shipman, Addington-Hall & White 2008; Koop & Strang 2003). Dabei werden verschiedene Modelle und die Anforderungen an die Prozessgestaltung der beteiligten Disziplinen (Byock, Twohig, Merriman & Collins 2006; Pooler, McCrory, Steadman, Westwell & Peers 2003; Appelin, Brobäck & Berterö 2005) behandelt sowie pflegespezifische Aspekte w. o. bei den krankheitsunspezifischen Aspekten beschrieben (Brajtman et al. 2006; Exley, Field, Jones & Stokes 2005). Als eine spezielle Form findet sich eine kurzfristige Unterstützung von Pflegepersonen in der ambulanten Pflege durch speziell ausgebildete Palliativpflegepersonen (Plummer & Hearnshaw 2006) bzw. die Beratung von Pflegepersonen im Langzeitpflegereich (Raudonis, Kyba & Kinsey 2002).

Gesellschaft

Auf der Handlungsebene Gesellschaft werden die Themen der Verbesserung der Palliativpflege im ländlichen Bereich (Wilkes & White 2005; Noble, Hughes, Ingleton & Clark 2001), für sozial benachteiligte bzw. arme Menschen (Hughes 2005) sowie die speziellen Bedürfnisse von Menschen anderer Kulturen (Kemp 2005; Somerville 2007) und Familien mit Migrationshintergrund behandelt (Bray & Goodyear-Smith 2007).

Politik

Die WHO legt den Schwerpunkt der Palliativpflege auf den Aspekt der Schmerzbehandlung mit dem Ziel der Verbesserung der Lebensqualität (World Health Organization 2009b).

Initiativen auf europäischer Ebene finden sich im Bericht zur „Palliative Care in the European Union“ (Policy Department Economic and Scientific Policy 2008). Der Bericht liefert eine umfassende Übersicht zur Palliativversorgung im Hinblick auf Angebote und Setting, Behandlung, Ausbildung und personale Situation, Qualitätssicherung, gesetzliche Grundlagen in den jeweiligen Mitgliedsstaaten der EU.

Eine aktuelle Darstellung der Situation in Österreich liefert der Dachverband von Palliativ- und Hospizeinrichtungen (HOSPIZ ÖSTERREICH 2008). Auf nationaler Ebene ist das Konzept der abgestuften Hospiz und Palliativversorgung zu erwähnen (GÖG 2007).

6.7.4 Rollen/Berufsbilder und Kernkonzepte der Pflege in palliativen Versorgungsleistungen

Als pflegerische Rollen/Berufsbilder werden speziell ausgebildete Pflegepersonen in der Palliativpflege sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich und in der Onkologie erwähnt. Als spezifische Rollen/Berufsbilder der Palliativpflege bei Kindern finden sich die pädiatrische Kinderpalliativpflege (Browning & Solomon 2005; Swinney, Yin, Lee, Rubin & Anderson 2007) als eine Form der Advanced Practice Nurse (Morgan 2009), (Volker et al. 2004) sowie die Familienpflege. Weitere allgemeine Bezeichnungen sind Palliative Nurse (Sweetland 2005) und Hospice Nurse (Gorman 2001; Ferrell, Juarez, Borneman & ter Veer 1999; Wright 2001), Palliative Care Nurse Specialists (Newbury et al. 2008), Oncology Nurse (Ferrell, Virani, Smith & Juarez 2003) und Clinical Nurse Specialists (Froggatt & Houlst 2002).

Für den ambulanten Bereich finden sich die Bezeichnungen Nurse Practitioner (Williams & Sidani 2001; Quaglietti, Blum & Ellis 2004), Community Clinical Nurse (Lewis & Anthony 2007) und Community Hospice Nurse (Pastor 2005) sowie Nurse-led-Services, ein von Pflegepersonen geführtes Hospiz (McGovern 2001).

Als Kernkonzepte werden Symptommanagement (Faull & Hirsch 2000), im Speziellen Schmerzmanagement sowie das Entlassungs- und das Case Management, die Verschreibung von Medikamenten, Nurse Prescribing (Latter, Maben, Myall & Young 2007) und Advance Care Planning genannt. Im Weiteren findet sich Decision-making (Birchall 2005; Grbich, Parish, Glaetzer, Hegarty, Hammond & McHugh 2006; Botorff, Steele,

Davies, Porterfield, Garossino & Shaw 2000), insbesondere bei End-of-life Entscheidungen und in ethischen Fragestellungen, wie z. B. bei Entscheidungen über lebensverlängernde Maßnahmen (Scanlon 2003) oder in der Pflege von sterbenden Kindern (Graves & Aranda 2005).

7 Fokusgruppeninterviews

Die Fokusgruppen sollten durch jeweilige Betroffenheit und Interesse an Pflege unterschiedliche Perspektiven zum zukünftigen Pflegebedarf eröffnen.

7.1 Methodische Grundlagen zu den Fokusgruppeninterviews

Fokusgruppeninterviews sind in Diskussionsrunden durchgeführte Gruppeninterviews, um Sichtweisen zu einem bestimmten Thema (Fokus) von Stakeholdern (Lamnek 2005; Smithson 2000) zu erfassen. Im Vordergrund steht das Gruppeninteresse und nicht die Einzelmeinung. Der Vorteil der Methode liegt darin, dass in der Konfrontation der eigenen Meinung mit der Meinung anderer, die Argumente überprüft, geschärft oder verändert werden. Dabei können sich Einstellungen oder Meinungen ändern oder differenziertere Formen annehmen (Kitzinger 1994). Grundlegend ist daher, dass in der Formulierung der Fragestellung und Diskussionsthemen ein deutlicher Bezug zur Situation der Teilnehmer/innen besteht, die Offenheit in der Beantwortung der Fragen aus der jeweiligen Perspektive jedoch gewahrt bleibt.

7.2 Auswahl und Zusammensetzung der Fokusgruppen

Um die Vorteile der Methode auszuschöpfen, ist die Auswahl der Teilnehmer/innen von Bedeutung. Das wichtigste Auswahlkriterium zur Teilnahme an Fokusgruppen ist die thematische Betroffenheit, d. h. dass die Teilnehmer/innen zum Thema etwas sagen können (Robinson 1999, 907). Für die Auswahl der Fokusgruppen zur Evaluierung des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes wurden im Vorfeld die wichtigsten Stakeholder erhoben und eine Liste der Vertreter/innen erstellt. Auf Basis dieser Liste wurden in einer gemeinsamen Sitzung mit dem Auftraggeber folgende sieben Gruppen gebildet.

1. **Rechts-/Kostenträger:** Vertreter/innen aus Organisationen oder Fachbereichen, die primär auf Basis von Ausstattungsfaktoren und Finanzierungsaspekten die zukünftigen Herausforderungen und den Bedarf einschätzen.
2. **Praxisperspektive Medizin:** Vertreter/innen aus jenen medizinischen Fachgesellschaften, in denen Sonderausbildungen der Pflege angeboten werden, sowie jenen, die sich mit besonders relevanten oder auch neu entstandenen Fachthemen beschäftigen.

3. **Praxisperspektive Pflege:** Vertreter/innen jener pflegerischen Fachbereiche, die Sonderausbildungen abdecken bzw. besonders relevant erscheinen, aber noch nicht stark ausgebaut sind.
4. **Lehre in der Pflege:** Vertreter/innen aus dem Bereich der Sonderausbildungen in der Pflege sowie den Aus- und Weiterbildungen in der Pflege im tertiären Bildungsbereich.
5. **Interessenvertretungen:** berufspolitische Vertreter/innen im Gesundheitswesen, wie Berufsverbände, Fachgewerkschaften, Ärztekammer, Arbeitnehmersvertreter und Wirtschaftskammer.
6. **Patientensicht, Klientensicht:** Vertreter/innen, die selbst Nutzer des Systems sind bzw. die Nutzerperspektive vertreten.
7. **Fachliche Schnittstellen zu anderen Berufen:** Vertreter/innen aus Gesundheits-, Sozial- und Pflegeberufen, deren Tätigkeiten mit dem Fach Pflege mehr oder weniger Berührungspunkte, Schnittstellen oder Überlappungen der Aufgaben aufweisen.

Die sieben Fokusgruppen repräsentieren unterschiedliche Perspektiven, d. h. sie sind als Gruppen heterogen. Die Zusammensetzung der einzelnen Gruppen erfolgte funktionsbezogen und damit homogen. Die Heterogenität der Gruppen sollte die vielfältigen Aspekte des Handlungsfeldes Pflege und die Homogenität innerhalb der Gruppen sollte eine fundierte Diskussion zum Thema sicherstellen. Diese Herangehensweise folgte dem Gedanken, dass eine konsensfähige Gestaltung des Handlungsfeldes Pflege nur unter Einbeziehung aller im und rund um die Pflege vertretenen Stakeholder gelingen kann.

7.3 Fragestellungen zu den Fokusgruppeninterviews

Der Diskussion in den Fokusgruppen gingen eine kurze Vorstellung des Projekts, d. h. die Einordnung der Fokusgruppen in das Gesamtprojekt und die Vorstellung der weiteren Schritte sowie die Zielformulierung für die Fokusgruppen voraus. Die Einstiegsfrage für alle Fokusgruppen lautete „Mit welchen Veränderungen/Herausforderungen wird das Gesundheitswesen in Österreich zukünftig konfrontiert werden?“ Mit dieser Frage sollten ein gemeinsames Bild zum Kontext der Evaluierung des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes und eine Basis für die spezifischeren Fragen nach den Rollen und Tätigkeiten, der Pflege, geschaffen werden (Hydén & Bülow 2003). Die spezifischen Fragen wurden – orientiert an den Aufgaben und Kenntnissen des Feldes der einzelnen Gruppen – formuliert. Während Vertreter/innen der Praxisperspektive und der Lehre in der Pflege, der Medizin und der Interessenvertretungen konkret auf die Pflege Bezug nehmen konnten, war dies bei den Akteuren von Kosten- und Rechträgern, bei Klientinnen/Klienten und Patientenvertretungen sowie bei Vertreterinnen/Vertretern aus anderen Berufsgruppen an fachlichen Schnittstellen nicht

vorauszusetzen. Aus diesem Grund waren Fragen zu Rollen und Tätigkeiten der Pflege in den letztgenannten Gruppen indirekt formuliert, z. B. im Hinblick auf strukturelle Anforderungen, auf Erwartungen an das gesamte System oder auf die Zusammenarbeit mit der Pflege (siehe Fragen in Anhang I).

7.4 Durchführung der Fokusgruppeninterviews

Anzahl, Dauer und Größe der Fokusgruppen stehen in Zusammenhang mit der Thematik und der Fragestellung (Hydén & Bülow 2003; Polit & Hungler 1999). Die Anzahl und die konkrete Zusammensetzung der Gruppen folgten dem Prinzip der thematischen Homogenität bei maximaler Heterogenität der Interessengruppen. Die Dauer für jede Fokusgruppensitzung betrug zwei Stunden. Die vorgesehene Gruppengröße lag bei zwölf eingeladenen Teilnehmerinnen/Teilnehmern, real variierte diese zwischen fünf (Patienten/Klientensicht) und zwölf (Interessenvertretungen) Teilnehmerinnen/Teilnehmern. Die Diskussion in den Fokusgruppen wurde moderiert und protokolliert. Neben den zentralen Fragen wurden Vertiefungs- und falls notwendig, Verständnisfragen gestellt.

7.5 Auswertung der Fokusgruppeninterviews

Die Fokusgruppensitzungen wurden zunächst differenziert nach Interessengruppen und speziellen Aspekten ausgewertet. In einem zweiten Schritt wurde nach den übereinstimmenden Aspekten zwischen den Interessengruppen in einzelnen Fragen und in einem dritten Schritt nach den übereinstimmenden Aspekten insgesamt ausgewertet.

7.6 Ergebnisse der Fokusgruppeninterviews

Die Auswertungsergebnisse der Fokusgruppen werden in umgekehrter Reihenfolge präsentiert. Zu Beginn steht eine Zusammenfassung der übereinstimmenden Aspekte aus allen Fokusgruppen, gefolgt von Übereinstimmungen nach Einzelfragen, gruppiert nach Fokusgruppen, die dieselben Fragen diskutierten. Die Detailergebnisse der jeweiligen Gruppen finden sich in tabellarischer Kurzform in Anhang II.

7.6.1 Übereinstimmende Aspekte aus allen Fokusgruppen

Generell wurde ein sehr einheitliches Bild zu den zukünftigen Herausforderungen des österreichischen Gesundheitswesens gezeichnet. Dabei stehen der demografischen Entwicklung einer alternden Gesellschaft, den Veränderungen in den Familienstrukturen und der epidemiologischen Verlagerung von akuten zu chronischen Erkrankungen mit Ko- und Multimorbidität stark verkürzte Verweildauern in Krankenhäusern, eine Verlagerung medizinischer und pflegerischer Leistungen in eine fragmentierte Versorgungsstruktur im extramuralen Bereich, eine wenig differenziert ausgebildete und spezialisierte Pflege sowie eine sinkende Attraktivität des Pflegeberufs gegenüber. Dies alles geht einher mit der Frage der Finanzierung des Gesamtsystems.

Veränderungsbedarf wird im Aus- und Weiterbildungssystem der Pflege, in der Betonung von Gesundheitsförderung und Prävention sowie in einem Angebot von Rehabilitationsleistungen und niederschweligen Pflegeangeboten und Beratungsleistungen, ausgestattet mit entsprechenden Kompetenzen und passenden Berufskarrieren, gesehen.

Die Rolle der Pflege wird sehr einheitlich als Mitglied in einem interdisziplinären Team mit einer zentralen Koordinationsfunktion aller Berufsgruppen in allen und über die Settings hinweg verortet. Diese Funktion wird verschieden bezeichnet, wie Leadership, Case Management, Fallmanagement, Care Management, Behandlungsmanagement, Prozessmanagement, Patientenmanagement, Entlassungsmanagement oder Überleitungspflege. Klienten-/ patientenbezogen werden Beratung, Information, Anleitung, Schulung und Begleitung des gesamten Gesundheits- und des Rehabilitationsprozesses und unter Wahrung der Selbstbestimmung als zentrale Aufgaben der Pflege formuliert. Als Handlungsfelder finden sich Gesundheitsförderung und Prävention in allen Settings (inkl. Schulen und Kindergärten), Hauskrankenpflege, Gemeindeschwester, (Community Nurse), die Family Nurse, Pflege von Menschen mit Behinderungen, Advanced Nursing Practice, Stationsmanagement, Pflegedienstleitung, Clinical Nurse Specialist, Study Nurse, Mitglied im Palliativteam, in der transkulturellen Pflege und in der Pflegewissenschaft.

Im Hinblick auf Tätigkeiten und Funktionen werden Pflegeprozess, Pflegegeldeinstufung (u. a. mit der Medizin gemeinsam), Verordnung von Hilfsmitteln, Verschreibung von Medikamenten (vor allem im extramuralen und Langzeitpflegebereich) und das Wundmanagement genannt. In den Spezialbereichen werden Kompetenzerweiterungen im Hinblick auf das Anhängen von Bluttransfusionen, die Durchführung von Röntgen, die Rolle der Triage in Notfallambulanzen, die Peritonealdialyse im ambulanten Bereich und Messung des Herzzeitvolumens, nicht invasive Beatmung-Maskenanpassung, Umstellung von Beatmungsparametern im Rahmen von Leitlinien, Weaning (Entwöh-

nung) nach Protokoll, Extubation nach Standard, Atemwegssicherung im Rahmen einer Reanimation (Intubation, Larynxtracheotomie, Combitubus), Anordnung von Weichlagerungssystemen und Betten und Anordnung von kinetischer Therapie unter Betrachtung medizinischer Kontraindikationen (Bauchlage...) gelistet.

Es besteht große Übereinstimmung, dass die Pflegeausbildung im tertiären Bildungsbereich erfolgen muss, einhergehend mit der Erweiterung der Pflegehelferausbildung und deren beruflichen Kompetenzen sowie dem adäquaten Einsatz der neuen Sozialbetreuungsberufe. Uneinigkeit jedoch besteht in der Frage einer generalistischen Grundausbildung für alle und einer Spezialisierung auf Masterebene. Für die Kindergeriatrie- und Krankenpflege ebenso wie für den Bereich der Psychiatrie plädieren Vertreter/innen dieser Bereiche für eine eigene Ausbildung.

7.6.2 Ergebnisse zu den einzelnen Fragen

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Fokusgruppen im Detail, anhand der jeweils formulierten Fragen, dargestellt.

7.6.2.1 Mit welchen Veränderungen/Herausforderungen wird das Gesundheitswesen in Österreich zukünftig konfrontiert werden? (Alle Fokusgruppen)

Zukünftige Herausforderungen und Veränderungen des Gesundheitswesens werden von allen Fokusgruppen in den Bereichen der **Demografie**, vornehmlich in der Alterung der Gesellschaft und dem Schwinden des privaten Pflegepotenzials, einhergehend mit einer Veränderung des Krankheitsspektrums von akut zu chronisch und einem dafür nicht vorbereiteten Ausbildungssystem der Pflege gesehen.

Epidemiologisch ergeben sich enorme Herausforderungen durch den Anstieg der chronischen Erkrankungen allgemein, insbesondere aber durch den Anstieg der Demenz- und der psychischen und psychiatrischen Erkrankungen. Als eine besondere Herausforderung werden alte Menschen in akutstationären Settings, im Speziellen in den Sonderbereichen, angeführt, dies wurde vor allem im Zusammenhang mit den kurzen Verweildauern diskutiert. Insbesondere werden hier Menschen mit intensivgeriatriischem Pflege- und Betreuungsbedarf auf Grund von Multimorbidität genannt. In diesem Zusammenhang stellen sich zukünftig ethische Fragen zur hochtechnisierten Medizin bis zum Lebensende, der Palliativ- und Hospizbetreuung zu Hause allgemein und insbesondere für die Gruppen der Menschen mit Behinderungen und mit psychiat-

rischen Erkrankungen. Als eine zweite zentrale Gruppe alter Menschen werden Menschen mit Behinderungen zukünftig mehr Beachtung erfordern. Zum einen steigt die Überlebenschance bei Malformationen und zum anderen die Lebenserwartung von Menschen mit Behinderungen allgemein. Sie werden neben den Behinderungen auch typische Alterserscheinungen und Alterskrankheiten aufweisen, wodurch hochkomplexe Betreuungs- und Pflegebedarfe zu erwarten sein werden, wozu nötige Grundlagenarbeiten vielfach noch fehlen.

Im Zusammenhang mit der Ausbildung werden die Berücksichtigung der Pflege in verschiedenen Settings, wie Hauskrankenpflege oder stationäre Langzeitpflege, sowie Spezialisierungsmöglichkeiten in den Weiterbildungen genannt. Es wird die Notwendigkeit der Vielfalt der Pflege betont, von der Pflegehilfe, den Pflegepersonen in den verschiedenen Settings, den Expertinnen/Experten (Clinical Nurse Specialists, Advanced Nursing Practice) zur Praxisentwicklung und Qualitätssicherung bis hin zu den Forscherinnen/Forschern, wobei alle am Bett und mit Patientinnen/Patienten, Klientinnen/Klienten arbeiten sollen. Als Grundlage wird mehrheitlich eine generalistische Grundausbildung mit Spezialisierungsmöglichkeiten diskutiert. In den bestehenden Sonderbereichen (OP, Intensiv, Anästhesie, Dialyse) sollten die Ausbildungen jedoch besser der Berufsrealität angepasst werden. Als Beispiele werden das Anhängen von Bluttransfusionen, die Durchführung von Röntgen, die Rolle der Triage in Notfallambulanzen, die Peritonealdialyse im ambulanten Bereich und verschiedene Aspekte zur Beatmung, Druckmessung und Lagerung angeführt. Im OP muss die Pflege die tragende Rolle behalten, dies wird mit den Aufgaben aus dem Kerncurriculum der „European Operating Room Nurses Association“ (EORNA o. D.) begründet. Neue Spezialisierungen werden in den Bereichen Family Nurse, in der mobilen Pflege, der Pflege von Menschen mit Behinderungen, im Case & Caremanagement, in der Gesundheitsförderung und Prävention in allen Settings (inkl. Schulen und Kindergärten), in der transkulturellen Pflege, der Angehörigenbegleitung und Beratung (mit entsprechenden Informations- und Kommunikationsfähigkeiten) sowie in der Ernährungsberatung und Wohnraumgestaltung als notwendig erachtet. Die drei Zweige allgemeine, Kinder- und Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege sollen aufgehoben werden. Eine Ausnahme bildet dazu die Sicht der Medizin, die für eine eigene Kinderpflegeausbildung plädiert, ebenso wie ein Vertreter der Pflege eine eigene psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung als notwendig erachtet. Die Ausbildung der Pflege im tertiären Bereich, unter Einsatz neuer Methoden und Medien und dem Prinzip des lebenslangen Lernens, wird allgemein befürwortet. Dies gilt auch für die Ausbildung des lehrenden Personals, sie soll auf Hochschulniveau angehoben werden. Gleichzeitig bedürfe es einer Erweiterung der Ausbildung und Kompetenzen der Pflegehelfer/innen und des adäquaten Einsatzes der neuen Sozialbetreuungsberufe.

Als weitere Herausforderung die Ausbildung betreffend wird die Vielfalt neu entstehender Berufe und Qualifizierungen sowie die Abklärung von Kompetenzen im Praxisfeld gesehen. Ebenso wird der Lehrberuf Pflege genannt. Allgemein stellen die Durch-

lässigkeit des Systems sowie die Attraktivität des Berufes, sowohl den Einstieg als auch den Verbleib im Beruf betreffend, eine zu bewältigende Anforderung dar. Attraktivität werde dabei nicht nur durch die Ausbildung geschaffen, sondern auch durch entsprechende Strukturen in der Praxis. Dies erfordere Kompetenzen, familienfreundliche Arbeitszeiten, entsprechendes Gehalt sowie Entlastungsmöglichkeiten in beruflichen Stresssituationen (Supervision). In diesem Punkt wird der Föderalismus, der zu unterschiedlichen Durchführungsverordnungen von Bundesgesetzen auf Länderebene führt, als hinderlich genannt. Zu allen diesen Themen stellt die Migration ein Subthema dar. Verschiedene Kulturen, sowohl beim Pflegepersonal wie auch bei den zu Pflegenden, werden neue Herausforderungen an das gesamte System stellen.

Auf Systemebene werden vor allem die kurzen Verweildauern im akutstationären Bereich sowie die Verlagerung von Leistungen in den ambulanten Bereich genannt. Für den akutstationären Bereich werden eine Leistungsverdichtung und als Herausforderung die Koordination von Leistungen festgestellt. Im ambulanten Bereich steige damit der Bedarf an medizinischen Leistungen, an Intensiv- und speziellen Pflegeleistungen (wie Beatmung, Tracheostomapflege) und umfassenden Betreuungsleistungen (24-Stunden-Betreuung). Auch hier werden die Koordination und Sicherstellung der Versorgungskontinuität als große Herausforderung gesehen, dies vor allem vor dem Hintergrund der Trennung der Ressorts Gesundheit und Soziales. Als Folge der kurzen Verweildauern in akutstationären Settings steige der Bedarf an Information, Beratung, Anleitung und Schulung von Klientinnen/Klienten und pflegenden Angehörigen. Ein Mangel wird an Langzeiteinrichtungen für spezielle Gruppen, wie Kinder, Menschen im Wachkoma aller Altersstufen sowie suchtkranke Menschen gesehen. Im Weiteren fehle es an innovativen Pflege- und Betreuungskonzepten für Menschen mit Behinderungen.

Effizienzpotenzial wird an den Schnittstellen zwischen den verschiedenen Settings und zwischen den Berufsgruppen gesehen. Dies erfordere zum einen die Diskussion über Kompetenzen und Verantwortlichkeiten, z. B. im ambulanten Bereich, um Entscheidungen vor Ort treffen zu können bzw. Rettungseinsätze und Krankenhausaufenthalte zu verhindern. Dabei werden niederschwellige Pflegeangebote, wie Pflegeambulanzen oder Pflegestützpunkte als Anlaufstellen für Angehörige und zu Pflegenden, und Pflegepraxen oder Pflegenotfalleinsätze (Rettung) diskutiert. Ebenso soll die Pflegegeldeinstufung durch die Pflege und/oder in Zusammenarbeit mit der Medizin erfolgen. Regelungsbedarf wird darüber hinaus zwischen den Pflege- und neuen Sozialbetreuungsberufen und an der Schnittstelle qualifiziert/unqualifiziert gesehen. Zukünftige Herausforderungen die Zusammensetzung der Berufsgruppen (Skill Mix) betreffend werden fast ausschließlich unter dem Titel der interdisziplinären Zusammenarbeit diskutiert. Als Schwerpunkte werden z. B. die Bildung von Expertengruppen zu Spezialthemen und Poolkompetenzen sowie die Verschiebung von Tätigkeiten zwischen den Berufsgruppen, wie Medikamentenverschreibung, Hilfsmittelverordnung und Pflegegeldeinstufung genannt (dazu mehr in den folgenden Fragen). Im Zusammenhang mit der Akademisierung der Pflege findet sich die Frage nach der Verteilung

der Akademiker/innen im Verhältnis zu den anderen Pflegeberufen (Grade Mix). Vereinzelt wird auf struktureller Ebene eine Unter-, Über- und Fehlversorgung im Gesamtsystem konstatiert, diese würden sich mitunter in neuen Berufsgruppen oder in Kompetenzüberschreitungen auf Grund eines Mangels an anderen Berufsgruppen zeigen (z. B. im OP als 2. Assistenz oder von Hilfsberufen im ambulanten Bereich).

Als zweites Effizienzpotenzial wird das Thema Gesundheitsförderung und Prävention genannt. Dabei werden alle Altersgruppen auf der gesamten Lebensspanne in allen Settings angeführt, insbesondere aber Kinder in Kindergärten und Schulen.

Ein mehrfach genanntes Thema ist die Finanzierung des Gesamtsystems (Gesundheit und Soziales), weiters die fehlende Koordination und dadurch Fehl-, Über- und Unterversorgung ebenso das Vordringen des Profitbereichs in das Gesundheits- und Pflegesystem. Als Beispiele werden das Wundmanagement, das von Firmen bezahlt werde, die Ernährungsberatung, die von Angelernten oder Laien im Wellnesssektor erbracht werde, und private Pflegeeinrichtungen, die ihr Personal nicht aus-, fort- und weiterbilden, angeführt. Dies habe Auswirkungen auf die Entwicklung und Sicherung der Qualität der Leistungen sowie der Aus- und Weiterbildungen. Zukünftige Herausforderungen werden darüber hinaus im Einsatz von neuen Technologien im Bereich der Dokumentation und im Sinne des „technic assisted living“ gesehen.

7.6.2.2 Welche strukturellen Erfordernisse werden diese Veränderungen mit sich bringen? (Fokusgruppe Rechts- und Kostenträger)

Für die Vertreter/innen der Rechts- und Kostenträger erfordern diese zukünftigen Herausforderungen eine bessere Anpassung und Integration der Ausbildungsinhalte an und in die Pflegepraxis und den Arbeitsalltag. Die Basis könnte eine General Nurse sein, mit Spezialisierungsmodulen in den unterschiedlichen Bereichen. Zur Verbesserung an den Schnittstellen sollten Fortbildungen interdisziplinär durchgeführt werden. Ein zweites Erfordernis wird in der besseren Integration neuer Berufsgruppen, wie z. B. der Sozialbetreuer/innen auf Diplomniveau, gesehen. Sie würden derzeit als Pflegehelfer/innen eingesetzt und entlohnt, es fehle, mit Ausnahme im Fachbereich Behindertenarbeit, an Stellen, Rollenprofilen und Aufgabenbeschreibungen. Es gelte die vorhandenen Kompetenzen besser zu nutzen. Rechts-träger sollten in ihren Einrichtungen dafür Sorge tragen, ebenso für eine bedarfsgerechte Zusammensetzung der verschiedenen Berufsgruppen (Skill Mix). Für den gehobenen Dienst wird eine Managementfunktion in Form der Prozessbegleitung diskutiert, mit der Aufgabe der Delegation an andere Berufsgruppen. Dazu seien jedoch eine Vorbereitung durch eine entsprechende Ausbildung und ein Nachjustieren in der Praxis notwendig. Ebenso müssten die Aufgabenbereiche zwischen Pflegehelferinnen/Pflegehelfern und dem gehobenen

Dienst bereinigt und die Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen überdacht werden. Die Basis soll eine akademische Ausbildung des gehobenen Dienstes sein (wie international bereits üblich) und eine entsprechende Erweiterung der Pflegeassistenz (Pflegehilfe). In allen Settings wird eine abgestufte Versorgung erforderlich sein. Ähnliches gelte auch für die Pflegedienstleitungen, die in kleineren Einrichtungen mit der Verpflichtung der Sonderausbildung gemäß § 72 GuKG überqualifiziert wären. Generell sei zu hinterfragen, ob für das Management das Diplom (die Berufsberechtigung) notwendig ist. Mit dem Einsatz entsprechender Pflegeexpertinnen/Pflegeexperten würde das Managementstudium ausreichen.

Spezielle Erfordernisse ergeben sich im Zusammenhang mit dem Management der Schnittstellen zwischen den verschiedenen Settings. Betroffenen seien die Übergänge oft unklar, es fehle an Informationen, so z. B. zu Rehabilitationsmaßnahmen. Diese Aufgaben könnten Gesundheits-/ Rehabilitationsberaterinnen/-berater übernehmen. Damit könnte eine fehlende oder verspätete Wiederherstellung verhindert und die Effizienz des Systems erhöht werden. Ähnliches gelte für das Entlassungsmanagement und in einem weiteren Sinne für das Case Management. Für die Pflege ergäben sich daraus neue Kompetenzen, wie Beratungsleistungen, Verordnungsrechte oder Rezepturbefugnis und die Pflegegeldeinstufung. Es wird festgehalten, dass im medizinischen Bereich einiges im Fluss sei und mit der Bereitschaft zur Veränderung gerechnet werden könne.

Strukturelle Erfordernisse werden auch in Organisations- und Angebotsformen gesehen, insbesondere in niederschweligen Gesundheits- und Sozialberatungsstellen, in wohngebietsorientierten Angeboten mit multidisziplinärer Ausrichtung für verschiedene Zielgruppen oder in einer aufsuchenden Beratung. Als erforderlich erachtet wird eine Verschiebung des Pflegeschwerpunktes vom akutstationären Bereich hin zur Hauskrankenpflege, ebenso wie zu stationären Kompetenzzentren, vor allem in ländlichen Gebieten. Dabei solle jedoch vermehrt Augenmerk auf Fehlentwicklungen gelegt werden, wie z. B. der Umwidmung von Akutbetten in akutgeriatrische Betten, ohne gleichzeitig die entsprechenden Kompetenzen beim Personal aufzubauen. Ebenso sei die regionale Verteilung des Remobilisations-Angebotes wichtig, denn oft müssten Leute ganze Bezirke wechseln, um solche Angebote in Anspruch nehmen zu können. Dies erfordere auch eine Finanzierung aus einer Hand. Ein weiteres Erfordernis wird in der Schaffung einer aussagekräftigen und vergleichbaren Datenbasis gesehen (Pflegeepidemiologie).

7.6.2.3 Welche Anforderungen ergeben sich Ihrer Sicht für die Pflege? (Fokusgruppe Rechts- und Kostenträger)

Aus Sicht der Rechts- und Kostenträger ergeben sich aus den strukturellen Erfordernissen vor allem im Bereich Ausbildungssystematik zentrale Defizite. Insbesondere gelte es, alle Bereiche – ambulant, stationär, Langzeit und akut für alle Altersgruppen und Krankheitsbilder – abzudecken. Ebenso wichtig sei das Ermöglichen von Berufskarrieren, wozu Ausbildungen mit praktischer Umsetzbarkeit verbunden sein sollten (z. B. Pflegestudium sollte nicht im gleichen Job wie vorher enden), d. h. gefragt ist ein Personaleinsatz nach Kompetenzen. Für die Zukunft sollten mehr Männer in den Beruf gebracht bzw. ein frauenfreundliches System geschaffen werden. Stationäre, ambulante sowie langzeitstationäre Settings sollen durchlässige Arbeitsbereiche darstellen, wie auch das Bildungssystem durchlässiger werden sollte – von der Heimhilfe bis zum Doktorat in Pflegewissenschaft. Die demografische Entwicklung mache eine Veränderung der Schwerpunktsetzung notwendig. Es wird ein Mehrbedarf an gut ausgebildeten Pflegekräften und an Pflegepersonen mit geriatrischem Wissen festgestellt. Dieses Personal fehle derzeit sowohl in der Pflege als auch in der Medizin. Im extramuralen Bereich stellen die Quantität wie auch die Qualität der Versorgung eine große Herausforderung dar. Im Speziellen gehe es dabei auch um Rehabilitation zur Erhaltung der Mobilität, allgemein um die Schaffung neuer Arbeitsfelder, wie z. B. Familienpflege und die Unterstützung informeller Pflege, die entsprechend entlohnt und anerkannt werden soll. Dabei müssten die Rechtsträger für eine entsprechende Weiterbildung sorgen, die jedoch verpflichtend sein sollte. Gleiches gelte für die Möglichkeiten der Entlastung, wie Supervision und Reflexion, um einer Über- und Unterforderung entgegenzuwirken. Qualität sollte auch im Sozialbereich, ähnlich wie im Gesundheitsqualitätsgesetz geregelt werden. Eine Anforderung für die Pflege liege auch in der Migration. Migrantinnen/Migranten seien dabei nicht nur für Pflgeteams als Mitglied oder als Klientinnen/Klienten eine Herausforderung, sondern auch im Hinblick auf den sogenannten „Brain Drain“ in anderen Ländern. Migrantinnen/Migranten sollten als Potenzial gesehen werden, das es besser zu nutzen gilt, da auch immer mehr Klientinnen/Klienten mit Migrationshintergrund zu betreuen sein werden.

7.6.2.4 Welche Erwartungen werden von den Patientinnen/Patienten und Klientinnen/Klienten an das System gestellt? (Fokusgruppe Patientensicht, Klientensicht)

Die Wahrung der Selbstbestimmung sowie der respektvolle und menschliche Umgang werden als grundlegende Erwartungen formuliert. Die Selbstbestimmung müsse

gewahrt werden, man dürfe nicht dem Systemmechanismen überlassen werden. Das beinhaltet auch die Frage, inwieweit man in der Schwäche und Angst ernst genommen werde und setze Interesse am Betroffenen voraus. Alle weiteren Erwartungen beziehen sich auf Möglichkeiten zur Wahrung der Selbstbestimmung unter anderem durch Information, Aufklärung, Kommunikation. Dabei werden die Erwartungen, die von Seiten der Klientinnen/Klienten/Patientinnen/Patienten an das System gestellt werden, zum einen sehr allgemein als „das Beste ist gerade gut genug“ beschrieben. Im Speziellen wird besonders auf den Aspekt einer qualitäts- und sinnvollen Begleitung sowie auf einen vom Status unabhängigen Zugang zur optimalen Versorgung hingewiesen. Dazu zählt jene klärende Information, die Menschen befähigt, Bewusstsein für die Situation zu entwickeln. Dafür wird auch der Begriff der begleitenden Fürsorge verwendet, der auch die psychische Begleitung umfasst. Dies erfordere eine persönliche Beziehung für den Weg durch ein hoch komplexes System. Information und Aufklärung werden als zentrale Themen im Zusammenhang mit der Begleitung gesehen und zwar für alle Menschen – mit und ohne Beeinträchtigungen. Dies gelte speziell in Krisensituation und insbesondere für die Zielgruppe der demenzkranken Menschen. Dabei sei wichtig die richtige Sprachwahl zu treffen und auch darauf zu achten, wann Informationen über welche Kanäle und wie aufbereitet werden. Es sollten auch Fragen über die Schulmedizin hinaus, z. B. zur komplementären Medizin, beantwortet werden können. Adäquate Kommunikation wird dabei als Grundvoraussetzung gesehen. Sie müsse geschult und nicht dem Zufall überlassen werden, vor allem in Settings mit zahlreichen Stresssituationen. Dazu bedürfe es der Zeit oder/und in Krisensituationen der Gesprächstherapie. Für Menschen, die die deutsche Sprache nicht beherrschen, sollten Dolmetscher/innen rund um die Uhr zur Verfügung stehen. Dies würde nicht nur dem richtigen Verstehen förderlich sein, sondern auch Untersuchungskosten sparen. Auch hier wird die Kommunikation mit beeinträchtigten Personen (kognitive Einschränkungen) als Herausforderung, aber auch als Erwartung formuliert. Ebenso wird die Wahrnehmung von kulturellen Unterschieden und den damit einhergehenden subjektiven Krankheitskonzepten als Erwartung formuliert. Dies erfordere Bewusstsein über verschiedene Krankheitskonzepte und Erklärungsmodelle und könne nicht nur die Kommunikation erleichtern, sondern auch viele Untersuchungen ersparen. Darüber hinaus wird ein uneingeschränkter Zugang zum System erwartet, z. B. dass Ärztinnen/Ärzte auch während der Nacht und am Wochenende speziell am Land für Kinder und psychiatrische Probleme erreichbar sind. Die Nachsorge solle ohne Brüche gewährleistet sein, dies gelte insbesondere zur Vermeidung des Drehtüreffekts und zur Sicherung der Versorgungskontinuität. Notwendig seien Konzepte der Überleitungs- pflege an Verbindungsstellen zwischen den Settings und zur Begleitung nach außen sowie ein bei der Aufnahme beginnendes Entlassungsmanagement. In komplexeren Situationen werde eine umfassende Koordination in Form des Case Managements erwartet. Letztendlich, aber nicht weniger unwichtig, wird Fachkompetenz erwartet, sie sei ebenso wichtig wie empathisches Verhalten.

7.6.2.5 Welche Berufsgruppen könnten aus Ihrer Sicht diese Erwartungen am besten erfüllen? (Fokusgruppe Patientensicht, Klientensicht)

Für Menschen mit Behinderungen brauche es Wegbegleiter/innen. Die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen seien adäquater von Wegbegleiter/innen zu erfüllen als durch Vertreter/innen der medizinischen Hauskrankenpflege. Pflege sollte nur wenn nötig oder bei Krankheit zum Einsatz kommen, am besten in einem abgestuften System, von der Begleitung über die Betreuung zur Pflege. Dies sollte von einer qualifizierten Person organisiert werden. In Zukunft würden interdisziplinäre Teams auf Augenhöhe wichtiger sein als einzelne Berufsgruppen. Es seien aber auch besser ausgebildete Allgemeinmediziner/innen und Sozialarbeiter/innen nötig, damit Gesundheitsaufklärung gelebt, Vernetzung gewährleistet und Schnittstellen zu Nahtstellen werden können. Damit Betreuungs- und Pflegekontinuität gewährleistet werden kann, müssen Tätigkeitsvorbehalte, z. B. hinsichtlich Basisversorgung, kritisch hinterfragt werden. Die Rolle der Pflege sei dabei eher die des Supervidierens und Coachens. Eine Erweiterung des Handlungsfeldes im Hinblick auf Prävention und Vorsorge wird als sinnvoll erachtet. Dabei seien jedoch die realen Berufskarrieren an die Ausbildungen anzupassen. Derzeit lägen viele Ressourcen brach. Gleichzeitig müssten Pflegehelfer/innen besser ausgebildet werden. Mitunter gäbe es Integrationsprobleme. So zeigten Beispiele, dass Besuchsdienste im Krankenhaus, z. B. zur Begleitung nicht deutschsprechender Patientinnen/Patienten, nicht erwünscht waren. Man sollte nicht davon ausgehen, dass der Betreuungsbedarf von Ehrenamtlichen abgedeckt werden wird.

7.6.2.6 Welche Berufsgruppen können aus Ihrer Sicht diesen Veränderungen am besten begegnen? (Fokusgruppe Fachliche Schnittstellen zu anderen Berufsgruppen)

Allgemein wird in der Gruppe der fachlichen Schnittstellen zu anderen Berufsgruppen darauf hingewiesen, dass ein zu enges Berufsgruppendenken hinderlich und eher ein über den spezifischen Kontext hinaus gehendes Denken notwendig sei. Innerhalb der Berufsgruppen käme es mehr und mehr zu Spezialisierung, sie differenzieren sich aus, haben spezialisierte Fertigkeiten, dies werde als großer Fortschritt gesehen, erfordere jedoch Maßnahmen zur Reintegration, abgestimmt auf komplexe Problemlagen. Es gelte, die Synergien zu nutzen. Der Einsatz von Berufsgruppen und die jeweilige Zusammensetzung werden durch den Versorgungskontext bestimmt. So lässt sich im internationalen Feld beobachten, dass das Handlungsfeld Pflege von der Anzahl an zur Verfügung stehenden Medizinerinnen/Medizinern mitbestimmt werde. Ähnliches gelte

auch für die Berufsgruppe der Hebammen. Eine zentrale Rolle wird dem Case Management zugeschrieben. Es sei dies eine Managementfunktion, die die Kenntnis aller Berufsgruppen erfordere, um die in der Situation am geeignetste/n Berufsgruppe/n auswählen zu können. Diese Funktion könnten alle, die im Gesundheits- und Sozialwesen tätig sind, übernehmen bzw. die Kompetenz dazu entwickeln. Der Gesetzgeber müsste aus dem gesamten Angebot ein möglichst optimales Paket formen, so dass Eigeninteressen der Berufsgruppen genutzt werden. Die Zukunft seien interdisziplinäre Teams ohne Hierarchiedenken und mit Verzicht auf Mobbing. In der Langzeitpflege und in den sozialen Diensten seien interdisziplinäre Teams unumgänglich, da es viele Schnittstellen gäbe. Noch bestehe eine große Diskrepanz zwischen dem, was die Klientinnen/Klienten und Patientinnen/Patienten und/oder deren Angehörige wollen und dem, was das Berufsrecht und die Ausbildung ermöglichen. In den Ausbildungen werde zu wenig auf andere Berufsgruppen verwiesen und nicht diskutiert, wo es Grenzen gibt. Eine wesentliche Voraussetzung zur Zusammenarbeit wird auch in der Übernahme der Verantwortlichkeit gesehen. Dabei gehe es nicht um Hierarchie, sondern um ein Sich-der-Situation-annehmen. Derzeit werde die Verantwortung oft einfach verschoben, vom Hausarzt/der Hausärztin zum Notarzt/der Notärztin, von der Pflege an Ärzte/Ärztinnen und/oder zu Angehörigen. Es bedarf des Leadership und entsprechender Qualitäten, um diese Teams zu koordinieren. Ärztinnen/Ärzte seien fachlich qualifiziert, aber schlechte Leader, die Teams „fielen auseinander“. Dies schaffe vor allem im extramuralen Bereich Probleme. Als Beispiel wird die Anleitung und Begleitung der 24-Stunden-Betreuung genannt. Sie stelle ein Substitut der Angehörigen dar und brauche ebenso eine fachliche Unterstützung wie die Betreuung durch Angehörige.

7.6.2.7 Welche Anforderungen ergeben sich für die Zusammenarbeit mit der Pflege? (Fokusgruppe fachliche Schnittstellen zu anderen Berufsgruppen)

Als zentrale Anforderung an die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen wird die Koordination genannt. Dies gelte vor allem für den extramuralen Bereich, aber auch für die stationäre Langzeitpflege. Die Pflegepersonen vor Ort könnten und sollten einschätzen, welcher Bedarf gegeben ist (z. B. Ernährungsberatung). Pflegepersonen müssen erkennen, wie weit ihre Kompetenzen und ihr Know-how reichen und wann welche Berufsgruppen hinzuzuziehen sind. Dieser Funktion können Pflegepersonen nur dann gerecht werden, wenn sie über berufseigene Aufgaben und Kompetenzen (inkl. deren Grenzen) sowie über die der anderen Berufsgruppen Bescheid wissen. Dazu seien gesetzliche Anpassungen und deutlichere Strukturen für die Zusammenarbeit von Pflege und Sozialbetreuerinnen/Sozialbetreuern nötig. Notwendig sei eine Spezialisierung für komplexe Probleme, mit einer damit verbundenen Verpflichtung zur

Zusammenarbeit aller Berufsgruppen. Die Koordinationsfunktion erfordert die Aufwertung der Eigenverantwortung der Pflege. Die Pflege sei mannigfaltig und hätte viel Potenzial, allerdings werde von Pflegepersonen derzeit Eigenverantwortung weder genutzt noch vermisst. Den GuK-Berufen fehle es an Selbstbewusstsein und die Ausbildung spiele dabei eine wichtige Rolle. Die Anerkennung der Ausbildung (Teile der Ausbildung) für andere Berufe, z. B. für Sanitäter/innen, könnte für beide von Nutzen sein. Der gehobene Dienst sollte an der Fachhochschule ausgebildet werden. Die Absolventinnen/Absolventen werden als die Spezialistinnen/Spezialisten, z. B. zur Feststellung des Pflegebedarfs, gesehen.

Die Sozialbetreuer/innen würden bei Menschen ohne multimorbide Zustandsbilder aktiv. Als besonders wichtig in der Ausbildung werden Kommunikation, emotionale Bildung, soziale Kompetenz und Interdisziplinarität erachtet. Ein einheitliches, nicht abgestuftes Berufsbild Pflege sei für die Zukunft schwer vorstellbar, da der Bedarf von Basisleistungen bis hin zum Spezialistentum und dem Management gegeben ist.

7.6.2.8 Welche Rolle soll die Pflege als Beruf im Hinblick auf diese Veränderungen/Herausforderungen zukünftig einnehmen? (Fokusgruppen Praxisperspektive Medizin, Praxisperspektive Pflege, Lehre in der Pflege, Interessenvertretungen)

Generell soll die Pflege in allen Bereichen – von der Intensiv bis zur Bezugspflege zu Hause – von der Geburt bis zum Lebensende aktiv werden. Dabei soll sie in einem multiprofessionellen Team agieren (z. B. in Palliativteams), dies erfordere Koordination und Zusammenarbeit, z. B. gemeinsame Visiten oder Qualitätszirkel, auch in der stationären und ambulanten Langzeitpflege. Als spezielle Aufgabe wird der Pflegeprozess (Erfassung, Feststellung des Pflegebedarfs, inkl. PflegegeldEinstufung, Planen – nicht nur am Papier, sondern auch in der Realität) direkt bei den Patientinnen/Patienten gesehen. Pflege habe eine umfassende Supportfunktion im Gesundheitsprozess. Im ambulanten Bereich wird der Begriff der Gemeindeschwester (Community Health Nurse) genannt. In der Kinderpflege wird die Supportfunktion vom Individuum auf die Familie ausgeweitet (Family Nurse). Unterstützung sollte hier den Familien mit Kindern mit Intensivpflegebedarf geboten werden (z. B. Absaugen bei einem Trachestoma). Im ambulanten Bereich wäre eine Art Pflegerettung für pflegerische Notfälle hilfreich. Eine zweite Aufgabe, über alle Fachbereiche hinweg, stelle das kompetente Wundmanagement mit einer Kompetenzerweiterung vor allem für den ambulanten Bereich dar. In den Spezialbereichen sei die Rolle, wie sie ist gut, es bedürfte lediglich einer Nachjustierung in der Ausbildung, um die Rolle vollständig und

sicher ausfüllen zu können (Röntgen, zweite Assistenz im OP, Triage im Notfall, s. w. o.). Moderne Technologien werden ebenfalls Einfluss auf die Rolle der Pflege haben, wie z. B. Telemonitoring an Pflegestützpunkten, Blutzucker-, Schrittmacherkontrollen oder Sturzmonitoring.

Sehr deutlich wird von allen vier Gruppen (mit Ausnahme der Allgemeinmedizin) für die zukünftige Rolle der Pflege, jene des Care- und Case Managements (ohne einen deutlichen Unterschied zwischen den Begriffen zu machen) genannt. Der Pflege wird dabei eine berufsgruppenaktivierende (z. B. bei Bedarf der Hausarzt, Diätologe u. a.) und auf Basis eines Assessments eine berufsgruppenkoordinierende und prozessbegleitende (auch im Sinne des Primary Nursing) Rolle zugeschrieben. Zielgruppen seien neben den Betroffenen und den anderen Berufsgruppen auch Angehörige, vor allem im Zusammenhang mit chronischen Erkrankungen. Im extramuralen Bereich werden die Beratung von Ärztinnen/Ärzten und die Verschreibung von Hilfsmitteln als zentrale Rolle gesehen. Für den Akutbereich werden dafür die Begriffe Koordination, Fallmanagement, Behandlungsmanagement inkl. Verordnungsfunktion genannt. An den Schnittstellen zu anderen Bereichen werden das Entlassungsmanagement und die Überleitungspflege als Aufgabe der Pflege angeführt. In allen diesen Bereichen habe die Pflege eine zentrale Rolle der Praxisentwicklung und Qualitätsarbeit. Derzeit sei die Rolle der Advanced Nursing Practice noch unklar, hier fehle es an Erfahrungswerten.

Zukünftig und im Zusammenhang mit den kurzen Verweildauern wird der Bedarf an Schulung, Beratung und Anleitung von verschiedenen Gruppen (Ehrenamtliche, Angehörige, Patientinnen/Patienten, Seniorenberater/innen, Health Visitors) genannt. Auch hier soll die Pflege eine zentrale Rolle einnehmen, wie auch in der Prävention & Gesundheitsförderung, z. B. in Kindergärten/Schulen. Als eine wesentliche Voraussetzung dazu werden wissenschaftliche Erkenntnisse und die erforderlichen Strukturen zur Schaffung dieser Erkenntnisse (Finanzierung von Pflegeforschung) genannt.

Im Bereich des Managements wird der Stationsleitung die Rolle der Berufsgruppenkoordination und der Sorge für eine gute interdisziplinäre Zusammenarbeit zugeteilt. Diese erfordere umfassende Führungskompetenzen mit einer entsprechenden Ausbildung.

Pflege müsse auch Politik betreiben, politisch agieren, sich einbringen, z. B. durch das Etablieren einer Kammer. Es wird die Frage gestellt, welche Rolle die Pflege in der Öffentlichkeit, in Ämtern und in Gremien spielen soll.

Die Basis zur Erfüllung der Rollen wird mehrheitlich in der Akademisierung der Pflege gesehen, denn nur so könnte der erforderlichen Selbst- und Eigenständigkeit in der extramuralen Pflege bis hin zu den Ambulanzen nachgekommen werden. Als wichtig wird der gleichzeitige Erwerb der Berufsberechtigung gesehen. Die Masterebene soll der Forschung und Spezialisierung gewidmet werden. Gleichzeitig aber gilt es, die

Pflegehilfe besser zu qualifizieren und deren Kompetenzbereiche anzupassen und mit dem gehobenen Dienst abzustimmen.

Mängel, die mitverantwortlich seien, dass die Pflege diese Rollen nicht ausfüllen kann, werden in der fehlenden rechtlichen Absicherung von Betreuungskonzepten zu Hause, im Fehlen einer systematischen Ausbildung für ein fundiertes Care- und Case Management und in der uneinheitlichen Bildungspolitik in der Pflege gesehen. Ungeklärt sei ebenfalls der Begriff der Assistenz und Unterstützung (z. B. bei der Medikamentengabe durch Pflegehelfer/innen). Als weiteres Hindernis wird die lange Zeit vertretene Meinung, dass es in der Pflege keine Unterschiede geben dürfe, gesehen. Dies habe letztendlich zu einer Vergeudung von Ressourcen geführt.

7.6.2.9 Welche spezifischen Funktionen/Tätigkeitsfelder soll die Pflege belegen, um den Veränderungen begegnen zu können? (Fokusgruppen Praxisperspektive Medizin, Praxisperspektive Pflege, Lehre in der Pflege, Interessenvertretungen)

Angesichts der Herausforderungen und komplexen Bedürfnislagen könne Pflege nur in einem multidisziplinären Setting erbracht werden, die Probleme seien zu komplex, um von einer Berufsgruppe gelöst werden zu können (z. B. Mangelernährung, Mobilität, aber auch die Entwicklung von Clinical Guidelines), dies erfordere interdisziplinäre Expertengruppen. Die Pflege als Teil eines interdisziplinären Teams müsse erkennen, wann und welche Spezialistinnen/Spezialisten notwendig sind. In der Funktion von Advanced Nursing Practice soll sie vermehrt im mitverantwortlichen Bereich tätig sein, hier sei das bestehende Gesetz vollständig zu leben. Dies solle in Zukunft auch die Pflegegeldeinstufung umfassen.

Einschränkend wird festgehalten, dass die Pflege nicht Lückenfüllerin zur Entlastung der Medizin sein dürfe. Sie solle jene Aufgaben übernehmen, die im Gesamtkonzept Sinn machen, wie Medikamente verschreiben oder Hilfsmittel verordnen. Förderlich wäre, wenn Pflege Verhandlungspartnerin mit den Kassen wäre. Kompetenz schafft Kooperation – nur wenn Pflege kompetent ist, könne sie gut zusammenarbeiten. Als Beispiel werden Pflegeambulanzen vor Ort zur Vermeidung von Krankenhausaufenthalten, in einem Pflegeheim z. B. mit einem Arzt / einer Ärztin ausgestattet, genannt.

Spezielle Funktionen werden im Assessment, in der Koordination, im Case Management, im Entlassungsmanagement und im Patientenmanagement gesehen. Dies bedeute, Sorge tragen, dass alles ineinander greife. Im Versorgungsbereich Kinder

umfasse dies auch die gesamte Familie. Im extramuralen Bereich komme Soziales dazu, z. B. in der Funktion der Gemeindeschwester das Organisieren von sozialen Diensten, wie Essen auf Rädern u. a. Im Hospizbereich wird die Zusammenarbeit mit Angehörigen hervorgehoben. Im Forschungsbereich wäre eine Study Nurse hilfreich. (Es handelt sich bei einer Study Nurse um eine wissenschaftliche Hilfsfunktion im medizinischen Bereich, ausgeführt von Gesundheitsfachkräften mit einer Zusatzausbildung. Sie unterstützen die Durchführung klinischer Studien und Prüfungen.)

Beratung stelle dabei eine wichtige Funktion dar, auch um den Drehtüreffekt in der Spitalsversorgung zu vermeiden. Diese umfasse Angehörige und Betroffene, gleichermaßen wie den Public Health Bereich. Die Beherrschung der Informationstechnologie wird zukünftig eine grundlegende Anforderung sein, ein Beispiel sei die Technisierung der Eigenheime. Beratung wird aber nicht nur als positive Entwicklung gesehen, es wird gleichzeitig betont, dass dies nicht dazu führen dürfe, dass Pflege sich weg vom eigentlichen Feld bewege. Dieses liege in der Pflege von Patientinnen/Patienten, wobei Pflege eigenverantwortlich und mit der notwendigen Übersicht patientennah erfolgen sollte. Pflegepersonen sollen mehr Zeit bei Patientinnen/Patienten verbringen, was durch ein Entfrachten administrativer Tätigkeiten möglich gemacht werden soll. Allgemein sollten die Kernbranchen (Settings) erweitert werden, neben den klassischen intra- und extramuralen Bereichen auch Schulen, Kindergärten, Pflegepraxen, etc. umfassen. Dies erfordere eine Spezifizierung der Tätigkeitsprofile. Pflege solle nach wie vor freiberuflich ausgeübt werden können, aber nicht in den Wirtschaftsbereich abdriften.

Als spezielle Fachkenntnisse im geriatrischen Bereiche werden die Kenntnis von atypischen Verhaltensweisen und Präsentationen im Alter und damit einhergehenden Problemen (Verhaltensstörungen, Harnwegsinfekte, zu viele Medikamente etc.) genannt, wie auch Themen der Gesundheitsberatung und -förderung. Diese Felder sollten von der Pflege gestaltet werden, immerhin beginne Pflege bei der Gesunderhaltung.

Für die Sonderbereiche wird eine deutliche Formulierung, was Pflege darf und was nicht, im Gesetz gefordert (z. B. Transfusionen, Intubieren, Entwöhnen, Herzzeitvolumenmessung etc.). Im Anschluss daran gelte es, die Ausbildung entsprechend anzupassen. Zukünftig werden jedoch diese Tätigkeiten (Dialyse, Beatmung) nicht mehr nur im Krankenhaus, sondern auch im Langzeitpflegebereich zu bewältigen sein. Dafür sei Sorge zu tragen.

In den Bereichen Ausbildung, Sonderausbildungen und praktische Ausbildung wäre ein eindeutiges Konzept zur Grundausbildung Bachelor und Spezialausbildung Master (auch Intensiv) praxisnah und mit einer besseren Verankerung des Wissens in der Praxis wünschenswert. Die Ausbildung müsste auch weniger spitalslastig sein und den extramuralen Bereich mit berücksichtigen. Uneinigkeit besteht in der Frage der Aufhe-

bung der Kinderpflege- und psychiatrischen Pflegeausbildung. Generell aber werden eine teilweise generalistische Ausbildung und spätere Spezialisierung als notwendig erachtet. Eine wesentliche Voraussetzung sei die Durchlässigkeit des gesamten Bildungssystems. Die Ausbildung von Lehrenden gelte es, auf Masterniveau zu bringen, ebenso solle die Praxisanleitung in den Sonderbereichen als verpflichtend verankert werden. Diese Kompetenzverschiebungen müssten jedoch auch in der Veränderung der Ausbildung und des Tätigkeitsprofils der Pflegehilfe Ausdruck finden.

Ein großer Mangel wird in den herrschenden Strukturen gesehen. Es würden keine Dienstposten für Spezialisierungen bereitgestellt. Im GuKG sollten darüber hinaus Kompetenzen, nicht Einzeltätigkeiten der Pflege beschrieben werden. Wünschenswert wären flexiblere Systeme, ähnlich wie in Großbritannien, wo mittels Checklisten geregelt wird, was wer unter welchen Voraussetzungen und mit welchem Kompetenzerwerb machen darf, je nach Fach in Übergängen und Abstufungen. Was jedoch nicht sein soll: ein kleiner Pflegekurs und ein Zertifikat.

Aus Sicht der Fokusgruppe wird zur besseren Vertretung der Interessen auf berufspolitischer Ebene eine eigene Pflegekammer gefordert.

8 Zusammenfassung

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Datenauswertungen, der Literaturrecherche und der Expertenbefragungen zusammenfassend hinsichtlich ihrer Bedeutung und Konsequenz für die weiteren Arbeiten im Rahmen der Evaluation des GuKG dargestellt.

8.1 Ergebnisse

Die Bevölkerungsentwicklung unterstreicht den Bedarf hinsichtlich der Pflege- und Betreuung älterer und hochbetagter Menschen mit und ohne chronische bzw. akute Krankheiten. Befragte Expertinnen/Experten bestätigten diesen Bedarf und ergänzten ihn um die Komponente der Multi- und Polymorbidität. Aus den Krankenhausentlassungsdaten geht hervor, dass die Patientengruppe der alten und hochbetagten Menschen in allen akut-stationären Fachbereichen zunimmt. Durch Befragungen alter und hochbetagter Menschen ist bekannt, dass sie vorzugsweise zu Hause leben möchten, wenn die entsprechende Unterstützung gewährleistet ist. Diese wird derzeit noch zum Großteil von den Familien erbracht, allerdings handelt es sich dabei um eine gefährdete und abnehmende Größe. Ebenfalls als relevanter Faktor zu beachten ist die Tatsache, dass Hochaltrigkeit vor allem Frauen betrifft, die zumeist in Singlehaushalten leben. Frauen stellen eine besondere Risikogruppe dar, da sie nach wie vor von sozialer Benachteiligung betroffen sind. Bei Frauen mit Migrationshintergrund erhöht sich dieses Risiko zusätzlich aufgrund fehlender Sprachkenntnis, fehlendem Zugang zum Gesundheitssystem in Kombination mit möglichen Gewalterfahrungen. Allerdings ist Migration per se kein Gesundheitsrisiko, nur ist mit Migration eine Reihe von sozialen Benachteiligungen verbunden, die an sich ein Gesundheitsrisiko darstellen.

Gesundheits-/krankheitsbezogen zeichnet sich eine Konzentration auf chronische Erkrankungen, sowohl somatische als auch psychische, ab. Neben den psychischen Erkrankungen sind jene des Herz-Kreislaufsystems, Krebserkrankungen und Erkrankungen des Muskelapparates die häufigsten, mit welchen das Gesundheitspersonal konfrontiert ist. Daraus lässt sich sowohl ein deutlicher Bedarf an Unterstützung bei der individuellen Krankheitsbewältigung wie auch steigender Bedarf an Palliativ Care ableiten. Gleichzeitig weist dies auf die Notwendigkeit von Gesundheitsförderung und Prävention hin, vor allem unter Berücksichtigung der Prävalenz von Lebensstil assoziierten Gesundheitsproblemen wie u. a. Übergewicht, Rauchen, Diabetes mellitus.

Erkrankte Personen benötigen während der verschiedenen Krankheitsphasen maßgeschneiderte Unterstützungsleistungen. Diese ziehen sich von der Alltagsbewältigung im Kontext von Arbeitswelt oder Familienleben, z. B. der Integration der Krankheit und

der damit verbundenen Therapie in das berufliche Leben, bis hin zur Verhinderung von Pflegebedürftigkeit und dem Erhalt von Alltagskompetenzen.

Menschen mit psychischen Erkrankungen werden in allen Fachbereichen der Medizin und nicht nur in psychiatrischen Einrichtungen/Abteilungen behandelt, Ähnliches gilt auch für kranke Kinder- und Jugendliche.

Ein bisher noch wenig beachtetes Phänomen sind älter und kränker werdene Menschen mit Behinderungen. Einerseits als Resultat der besseren medizinischen Versorgung und andererseits als Folge des Ausbaus der lebenslangen Begleitung und Betreuung behinderter Menschen in eigens dafür geschaffenen Einrichtungen und Strukturen. Darüber hinaus steigern – positiv gesehen – Fortschritte in Medizin und Technik die Überlebenschancen u. a. bei Frühgeburtlichkeit beträchtlich, was jedoch mit einem erheblichen Behinderungsrisiko verbunden sein kann, woraus sich mittel- bis langfristige neue Aufgabenfelder und Fragestellungen ergeben werden. Die Pflege und Betreuung von behinderten Menschen sowohl in akutstationären Einrichtungen als auch in Langzeitpflegeeinrichtungen ist derzeit schon von Unsicherheiten und fehlendem Fachwissen und Soft-Skills des dort tätigen Gesundheits- und Pflegepersonals gekennzeichnet.

Trotz des steigenden Anteils an chronischen Krankheiten im Spektrum der Erkrankungen nimmt die durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus ab, weil Patienten und Patientinnen nur zur Behandlung akuter Geschehen (auch im Kontext chronischer Krankheiten) oder für geplante Eingriffe aufgenommen und so bald wie möglich wieder entlassen werden. Damit steigen akutstationär nicht nur Aufnahme- und Entlassungsfrequenz, sondern auch Administrations-, Informations-, Diagnose-, Therapie- und Pflegeaufwand. Dies bedeutet, dass kaum Zeitreserven vorhanden sind, den betroffenen Menschen die oftmals komplizierten Behandlungsschemata zu erklären, sie zu beraten und in der korrekten Handhabung von selbst-therapeutischen und selbst-pflegerischen Maßnahmen (u. a. Stomaversorgung, Inhalation bei COPD, Insulinmanagement bei Diabetes) zu schulen. Zudem ist auch die Klientel in den Spitälern – analog der Bevölkerungsentwicklung – älter geworden, womit zeitlich aufwendigere Anleitungs- und Beratungsphasen einhergehen, auf die im Krankenhaus bei steigenden Fallzahlen nicht mehr eingegangen werden kann. Sowohl die Nachsorge der akut Versorgten als auch die Betreuung chronisch Kranker werden zur Gänze in den niedergelassenen Bereich ausgelagert, einen Bereich, dessen Strukturen dafür noch nicht adäquat ausgebaut sind. Als Konsequenzen liegen an sich vermeidbare Verschlechterungen des Patientenzustandes und Komplikationen auf der Hand, die zur frühzeitigen Wiederaufnahme führen (Drehtüreffekt), obwohl das Krankheits- und/oder Therapie- bzw. Pflegemanagement mobil bzw. ambulant erfolgen könnten.

Aufgrund der Daten zur Pflege-Personalausstattung in den einzelnen Sektoren, ist zu erkennen, dass

- a) ein Großteil des Gesundheits- und Krankenpflegepersonals in Krankenhäusern beschäftigt ist,
- b) die mobile Pflege (inkl. Hauskrankenpflege) ein Bereich ist, der personell vergleichsweise bescheiden ausgestattet ist, und
- c) Gesundheits- und Krankenpflegepersonal die größte Gruppe der Beschäftigten im Alten- und Behindertenbereich darstellt.

Der Bedarf an Pflege- und Betreuungspersonen wird in Österreich nicht ausschließlich durch die Ausbildung im eigenen Land gedeckt. Sowohl der Bereich der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege als auch der Bereich der Kinder- und Jugendlichenpflege rekrutieren ihr Personal zu einem nicht unbeträchtlichen Anteil über EWR-Zulassungen. So kommt auf jede dritte Absolventin / jeden dritten Absolventen der allgemeinen GuK eine Person mit EWR-Zulassung (Verhältnis 3:1) und eine auf 1,6 Absolventinnen/Absolventen der Kinder- und Jugendlichenpflege (Verhältnis 1,6:1). Als ein Indiz für strukturelle Schwächen kann auch die steigende Anzahl an Laienbetreuungspersonal im Rahmen der 24-Stunden-Betreuung gesehen werden (vgl. Punkt 0). Über die Anzahl der derzeit im Rahmen der Alten-, Behinderten- und Familienbetreuung eingesetzten Sozialbetreuungsberufe besteht aktuell, aufgrund der fehlenden Datenlage, keine Transparenz.

Die Ausbildungslandschaft für Pflegeberufe in Österreich zeigt eine hohe Anzahl nicht ausreichend aufeinander abgestimmter Qualifikationsstufen (sowohl bei der Grundausbildung als auch bei den aufbauenden Spezialisierungsmöglichkeiten). Die Ausbildungslandschaft bietet eine Vielfalt an Möglichkeiten, beginnend bei einfachen Kursen wie Heimhilfe (mit Unterstützung bei der Basisversorgung) über die Ausbildungen zur Pflegehilfe, den Sozialbetreuungsberufen in Fachschulen, zu traditionellen GuKP mit an Krankenhäusern angebotenen Schulen, dem Bachelor für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege sowie Advanced Nursing Practitioner bis hin zum Doktoratsstudium in Pflegewissenschaft. Gleichzeitig fehlen aber die Vielfalt und die Ausdifferenzierung der Rollenprofile für aufbauende Kompetenzen in der Praxis. Die Aufgaben, für die im Rahmen der Versorgung Pflegeberufe in unterschiedlichem Ausmaß verantwortlich sind, sind kaum zu unterscheiden und die Übernahme von berufsgruppenfremden Tätigkeiten hinlänglich bekannt (Kompetenzübertretungen nach oben sowie nach unten) (Riess et al. 2007). Dies ist ein Hinweis darauf, dass entweder die am Papier bestehende Aufgabenteilung nicht praxistauglich ist, die einzelnen Berufsgruppen nicht entsprechend ihren Kompetenzen eingesetzt werden und/oder es den Vertreterinnen/Vertretern der Pflegeberufe an Differenzierungs-, Verantwortungs- und kritischem Diskursvermögen für einen fachlich sowie rechtlich adäquaten Einsatz vor Ort fehlt. Zentrales Anliegen der befragten Expertinnen/Experten war die Kooperation zwischen allen an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen, wobei dem gehobenen Dienst für GuK dabei die Koordinations- und Organisationsrolle zugesprochen wird.

International stellt sich anhand der Literaturrecherche die Situation zu Aufgaben und Spezialisierungsmöglichkeiten der Pflegeberufe wesentlich bedarfsgerechter und differenzierter dar als in Österreich, wo die im GuKG geregelten Spezialisierungsmöglichkeiten (SAB) ausschließlich auf die Akutversorgung abgestellt sind. Die in der Literatur thematisierten gesundheitlichen Bedarfslagen decken sich im Wesentlichen mit den österreichischen. Zur Bewältigung werden Kernkonzepte wie Case-, Disease-, Symptom-, Risk-, Entlassungs- und Qualitätsmanagement sowie Empowerment, Patientenedukation, Decision Making und Advance Care Planning thematisiert und eingesetzt. Diese Konzepte sind auch in Österreich z. T. schon umgesetzt, haben aber zumeist noch Projektcharakter. Die Berufsbilder, Rollen und Funktionen, die Pflegepersonen international dabei einnehmen, sind entweder die der klinischen Spezialistin / des Spezialisten¹, die der Pflegeberaterin / des Pflegeberaters (allgemein oder speziell) und die Rolle der für einen Bereich spezialisierten Führungskraft in beispielsweise sogenannten „Nurse-led Units/Programmes“. Darüber hinaus finden speziell ausgebildete Pflegepersonen ihren Einsatz im Rahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in speziellen Settings wie u. a. Betrieb, Schule und Gemeinde.

Die in Österreich für die Akutversorgung etablierten Spezialisierungsmöglichkeiten (Intensiv etc.) tauchen in der Literatur zum Thema „Bedarf“ nicht auf. Nachdem die Absolventenzahlen der diesbezüglichen Sonderausbildung in Österreich über die Jahre kontinuierlich gestiegen sind, kann davon ausgegangen werden, dass der quantitative Bedarf gedeckt ist. Qualitativ wird von den befragten Expertinnen/Experten jedoch auf Mängel hingewiesen.

8.2 Schlussfolgerungen

Die Kontext- und Bedarfsanalyse – als erstes Arbeitspaket der Evaluierung – hat die Aufgabe, den aus dem Gesundheits-/Krankheitszustand der Bevölkerung in unterschiedlichen Versorgungs- und Lebensbereichen resultierenden Pflegebedarf aufzuzeigen, um die Bildungslandschaft der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe dahingehend zu beleuchten. Dieser Bericht stellt somit Argumentationsgrundlage zur Verfügung und stellt die für die weiteren Schritte sowie anstehende Modifikationen.

Nachstehend aufgelistet sind Schlussfolgerungen, die sich aus den Ergebnissen für die nächsten Arbeitspakete ableiten lassen.

¹

Nurse Practitioner, Infection Control Nurse, Geriatric Nurse; Acute Care Nurse, Health Nurse, Forensic Nurse, Case Manager, Clinical Nurse Specialist etc.

Die Berufsbilder, Rollen, Funktionen, Tätigkeitsbereiche, Kompetenzen und die damit verbundenen Aus-, Sonderaus- und Weiterbildungen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe sind anhand des transparent gemachten Gesundheits- und damit Pflegebedarfs nicht mehr adäquat aufgesetzt und bedürfen einer systematischen Modifikation im Kontext mit den angrenzenden Berufen.

- » Der Kompetenzraster des International Council of Nurses sowie der nationale Qualifikationsrahmen / europäischen Qualifikationsrahmen sollen herangezogen werden, damit die Aufgaben und Kompetenzen der GuK-Berufe in Zusammenschau mit allen derzeit schon existierenden Pflege- und Betreuungsberufen (Skill- und Grade Mix) transparent gemacht und geklärt werden können.
- » Es gilt zu überlegen, ob und wie auf die Pflegehilfe fachlich aufgebaut und als Pflegeassistenz analog dem Fach-Sozialbetreuungsberuf ausgebildet werden kann.
- » Insbesondere die speziellen Grundausbildungen für Kinder- und Jugendlichenpflege sowie psychiatrische GuK müssen kritisch beleuchtet und hinterfragt werden, da sowohl Kinder und Jugendliche als auch psychisch kranke Menschen nachweislich in allen Fachbereichen und Abteilungen der Krankenhäuser behandelt werden.
- » Vor diesem Hintergrund sowie dem hohen Anteil an alten und sehr alten Menschen in den Spitälern stellt sich die Frage, wie die zukünftige Pflegegrundausbildung inhaltlich gestaltet werden muss und wie ein angemessener Grade- und Skill Mix im akutstationären Setting sowie in den anderen Settings aussehen soll.
- » Der quantitative Bedarf an Pflegepersonen wird durch die Akut- und Langzeitversorgung bestimmt. Da die Ausbildung der DGKP im Gesundheitswesen stattfindet, wird auf den Personalbedarf für den gehobenen Dienst im Langzeitpflegebereich nicht ausreichend Rücksicht genommen. Die durch die Beschäftigtenzahlen transparent gewordene Abwanderung von im Gesundheitswesen ausgebildeten Diplompflegekräften in den Langzeitpflege- und Behinderten-Bereich, weist diesen Sozialbereich als relevante und zu berücksichtigende Größe aus.
- » Die aufbauenden (Sonder)Ausbildungen sind derzeit akutstationär ausgerichtet, es stellt sich die Frage nach den Spezialisierungserfordernissen von GuK-Berufen für die anderen Versorgungsbereiche und die Bevölkerung insgesamt, z. B. Public Health. Darüber hinaus gilt es, die derzeitige Ausbildungspraxis für die speziellen Tätigkeitsbereiche zu erheben.
- » Die 45 in der Weiterbildungsverordnung gelisteten Weiterbildungen für GuK-Berufe sind kritisch in Bezug auf Inhalte, Umfang, Lernergebnis sowie qualitätssichernde Regelmechanismen zu hinterfragen. Ein Teil der Weiterbildungen könnte in einer anderen Form der Spezialisierung aufgehen bzw. seinen Platz finden.
- » Es gilt eine sowohl in Österreich als auch in der EU anschlussfähige Einbettung der Ausbildungslandschaft der GuK-Berufe in das berufs- und wissenschaftlich bildende System zu entwerfen. Die Bildungssystematik soll durchlässig in alle Richtungen sein (vertikal und horizontal).
- » Mit der nötigen Einbettung der GuK-Berufe-Ausbildungen in das (Berufsbildungs)system Österreichs lässt sich auch die Frage nach dem „State of the Art“ hinsichtlich Didaktik und Pädagogik beantworten.

Die zukünftige Bildungslandschaft im Bereich der Gesundheitsberufe ist so aufzubauen, dass sie für möglichst viele ausbildungsinteressierte Menschen attraktiv wird, indem die Durchgängigkeit zwischen den Berufen optimal gewährleistet ist, die Ausbildungen auf den gesamten Gesundheits- und Pflegebedarf in Österreich reagieren und nicht nur sektoral anschlussfähig sind. Die Steuerung des Bildungsbedarfs muss auch die fachlich höhere Qualifikation umfassen und Fach-Karrieren in den einzelnen Fachbereichen ermöglichen. Damit sollen die bedarfsorientierte Treffsicherheit und die Attraktivität der Ausbildungen und damit der GuK-Berufe gesteigert werden. Fachliche Expertise muss als alternativer Schwerpunkt zu den Aufgaben und der damit verbundenen Karriere im Bereich der Lehre und des Managements eine fixe Größe in der Berufslandschaft werden und neue Perspektiven öffnen. Damit soll die Attraktivität dieser Berufe gesteigert, qualitativ hochwertige und auf individuell unterschiedliche Pflegebedarfe zugeschnittene Versorgungsleistungen der Bevölkerung treffsicher und ökonomisch plazierte sowie die Verweildauer in den GuK-Berufen erhöht werden.

Handlungsempfehlungen, die sich über die bereits formulierten Schlussfolgerungen generell ableiten lassen.

- » Aufgrund der alters- und diagnosenmäßigen „Durchmischung“ der Erkrankten in den verschiedenen Abteilungen besteht heute schon die Notwendigkeit mittels „Nurse Consultants“ als pflegerisches Konsilium zielgruppenspezifische pflegerische Anliegen vor Ort zu diskutieren und zu klären. Dieser vergleichsweise unaufwendige Schritt könnte als Maßnahme ohne Änderungen der Rechtsgrundlagen sofort umgesetzt werden. Es handelt sich dabei um eine in der Literatur beschriebene Rolle für Pflegepersonen, die über spezifisches Wissen und Können verfügen.
- » Bevor über einen Skill Mix auf der fachlichen Ebene diskutiert werden kann, ist es notwendig, sich auf pflegesensitive Outcomekriterien zu einigen, um die Auswirkung des Skill Mix auf die Qualität der erbrachten Pflegeleistungen nachweisen zu können (vgl. Stewig et al. 2013).
- » Skill Mix und multidisziplinäre Teams stellen für die ambulante Pflege und Betreuung ein zentrales Element dar. Allerdings ergeben sich hier mehrere Ebenen der Versorgungsgestaltung, die über die Frage des Skill Mix hinausgehen. Im Kontext der ambulanten Pflege muss diskutiert werden, welche Angebote notwendig sind, um den Pflegebedarf zu decken, wie die dafür notwendigen Strukturen aussehen sollen und wie diese bedarfsorientiert aufgebaut werden können (z. B. Pflegeambulanz, Pflegerettung).
- » Im Zuge der Diskussion um den Skill Mix ist die Klärung von Aufgaben und Rollen zwischen den Berufsgruppen ein Erfolgskriterium. Vor allem die Homogenität der Aufgaben und Tätigkeiten in den einzelnen Qualifikationsniveaus muss kritisch hinterfragt und neugestaltet werden. Das bedeutet eine Veränderung des Berufsbildes des gehobenen Dienstes im Hinblick auf chronische Krankheiten, mit Übernahme von Verantwortung und Kompetenz bei hochkomplexen Aufgaben. Ande-

- rerseits eine Abgabe der einfachen Pflege- und Hilfstätigkeiten, die derzeit vom gehobenen Dienst übernommen werden, an andere Berufsgruppen. Damit verbunden ist auch die Diskussion über eine sinnvolle, bedarfsorientierte und leistbare Berufsgruppenszusammensetzung vor Ort im Rahmen der Personaleinsatzplanung.
- » Das bedeutet, dass geklärt werden muss, welche Rollen den einzelnen Berufsgruppen zufallen, welche Interventionen und Tätigkeiten im Bereich fachlicher Schnittstellen als „Poolkompetenzen“ definiert werden könnten, da die Leistung von mehreren Berufen gleich gut und möglicherweise sogar billiger erbracht werden kann. Ebenso diskutiert und beschlossen gehören die Aufgaben eines generalistischen Pflegeberufs im Wechselspiel mit vielen spezialisierten Pflege- und Gesundheitsberufen (analog Allgemeinmediziner/Fachmedizin).
 - » Entsprechend den Entwicklungen der Erkrankungen bei kurzen Verweildauern im Spital empfehlen sich die Etablierung von multidisziplinären Behandlungspfaden, sowie die Einführung einer „Rolle“ i. S. der Prozessbegleitung (Primary Nursing) für die kranken Menschen in den akutstationären Settings, um so eine möglichst hohe Versorgungskontinuität zu gewährleisten.
 - » Zur Kompensation der derzeit aus zeitlichen Gründen nur mangelhaft erbrachten Informations- und Beratungsleistung im akutstationären Setting bedarf es eines entsprechenden Ausbaus im ambulanten bzw. niedergelassenen Bereich mit niederschwelligen Angeboten (Pflegeberatungszentren).
 - » Diese Veränderungen im System müssen eingebettet in ein Gesamtkonzept erfolgen, dass auf alle involvierten Berufsgruppen Rücksicht nimmt. Damit einher geht nicht nur die Aufgabenteilung zwischen den Berufen, sondern auch die Sicherung des Nachwuchses in den Berufen und die Deckung des Bedarfs durch Personal aus dem eigenen Land und nur im Ausnahmefall durch Gesundheitspersonal aus dem Ausland.

Literatur

Literaturrecherche

ABIR, F. & BELL, R. (2004) Assessment and management of the obese patient. *Critical Care Medicine*, 32, 87–91.

ABMA, T. A., WIDDERSHOVEN, G. A. M., FREDERIKS, B. J. M., VAN HOOREN, R., VAN WIJMEN, F. & CURFS, P. L. M. (2008) Dialogical nursing ethics: the quality of freedom restrictions. *Nursing Ethics*, 15, 789–802.

ABRAHAM, K. (2004) Recognizing and treating childhood obesity. *The American Journal for Nurse Practitioners*, 8, 31–32, 35–38.

ABRAHAMIAN, F. M., DEBLIEUX, P. M., EMERMAN, C. L., KOLLEF, M. H., KUPERSMITH, E., LEEPER, K. V., PATERSON, D. L. & SHORR, A. F. (2008) Health care-associated pneumonia: identification and initial management in the ED. *American Journal of Emergency Medicine*, 26, Supplement: 1–11.

ABT-ZEGELIN, A. (2000) Neue Aufgabe für die Pflege: Patientenedukation Information, Schulung und Beratung von Betroffenen und Angehörigen. *Die Schwester/Der Pfleger*, 39, 56–59.

ABT-ZEGELIN, A. (2002) Patienten- und Familienedukation in der Pflege. IN DEUTSCHER VEREIN FÜR PFLEGEWISSENSCHAFT E.V. (Ed.) *Das Originäre der Pflege entdecken. Pflege beschreiben, erfassen, begrenzen.* Frankfurt/Main, Mabuse.

ADAMS, C. (2007) Health visitors' role in family mental health. *The journal of family health care*, 17, 37–38.

ADAMS, P. (2000) Insight: a mental health prevention intervention. *Nursing Clinics of North America*, 35, 329–338.

ADITYA, B. S., SHARMA, J. C., ALLEN, S. C. & VASSALLO, M. (2003) Predictors of a nursing home placement from a non-acute geriatric hospital. *Clinical Rehabilitation*, 17, 108–113.

AICHNER, F., ADELWÖHRER, C. & HARING, H. P. (2002) Rehabilitation approaches to stroke. *Journal of Neural Transmisson Supplementum.*, 63, 59–73.

AITTASALO, M., MIILUNPALO, S. & SUNI, J. (2004) The effectiveness of physical activity counseling in a work-site setting. A randomized, controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 55, 193–202.

AKHTAR, A. J. & PADDA, M. (2005) Fecal incontinence in older patients. 6, 1.

ALEXANDER, N. B., GRUNAWALT, J. C., CARLOS, S. & AUGUSTINE, J. (2000) Bed mobility task performance in older adults. *Journal of rehabilitation research and development* 37, 633–638.

AMAN, E. & THOMAS, D. R. (2009) Supervised exercise to reduce agitation in severely cognitively impaired persons. *Journal of the American Medical Directors Association*, 10, 271–276.

AMELLA, E. J. (2006) Feeding and hydration issues for older adults with dementia. *The Nursing Clinics of North America*, 41, 129.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (2001) The Role of the School Nurse in Providing School Health Services. *Pediatrics*, 108, 1231–1232.

ANDAM, R. & SILVA, M. (2008) A journey to pediatric chemotherapy competence. *Journal of Pediatric Nursing*, 23, 257–268.

ANDERSON, J. E., SIKORSKI, I. & FINUCANE, T. E. (2006a) Advance care planning by or on behalf of peritoneal dialysis patients in long-term care. *American Journal of Kidney Diseases*, 48, 122–127.

ANDERSON, J. E., SIKORSKI, I. & FINUCANE, T. E. (2006b) Advance care planning by or on behalf of peritoneal dialysis patients in long-term care. *American Journal of Kidney Diseases* 48, 122–127.

ANDERSON, J. H. (2007) The Impact of Using Nursing Presence in a Community Heart Failure Program. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 22, 89–94.

ANDERSSON, A., LEVIN, L.-Å., ÖBERG, B. & MÅNSSON, L. (2002) Health care and social welfare costs in home-based and hospital-based rehabilitation after stroke. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16, 386 – 392.

ANDERSSON, B. & JOHANSSON, J. (2008) Personal approaches to treatment among staff in residential care: a case study. *Journal of Social Work*, 8, 117–134

ANDERSSON, P., HALLBERG, I., LOREFÄLT, B., UNOSSON, M. & RENVERT, S. (2004) Oral health problems in elderly rehabilitation patients. *International Journal of Dental Hygiene*, 2, 70–77.

ANDERSSON, P., WESTERGREN, A., KARLSSON, S., HALLBERG, I. R. & RENVERT, S. (2002) Oral health and nutritional status in a group of geriatric rehabilitation patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16, 311 – 318.

ANDREW, J. & WHYTE, F. (2004) The experiences of district nurses caring for people receiving palliative chemotherapy. *International Journal of Palliative Nursing*, 10, 110–118.

ANDREWES, T. (2002) The management of breathlessness in palliative care. *Nursing Standard* 17, 43–52.

ANDRIST, L. C. (2003) Media images, body dissatisfaction, and disordered eating in adolescent women. *The American Journal of Maternal Child Nursing*, 28, 119–123.

APPELIN, G., BROBÄCK, G. & BERTERÖ, C. (2005) A comprehensive picture of palliative care at home from the people involved. *European Journal of Oncology Nursing*, 9, 315–324.

APPLEBAUM, R., STRAKER, J., MEHDIZADEH, S., WARSHAW, G. & GOTHELF, E. (2002) Using high-intensity care management to integrate acute and long-term care services: substitute for large scale system reform? *Care Management Journals*, 3, 113–119.

ARANDA, K. & JONES, A. (2008) Exploring new advanced practice roles in community nursing: a critique. *Nursing inquiry*, 15, 3–10.

ARANDA, S., HAYMAN-WHITE, K., DEVILEE, L., O'CONNOR, M. & BENCE, G. (2001) Inpatient hospice triage of 'after-hours' calls to a community palliative care service. *International Journal of Palliative Nursing*, 7, 214–220.

ARCAND, M., MONETTE, J., MONETTE, M., SOURIAL, N., FOURNIER, L., GORE, B. & BERGMAN, H. (2009) Educating Nursing Home Staff About the Progression of Dementia and the Comfort Care Option: Impact on Family Satisfaction with End-of-Life Care. *Journal of the American Medical Directors Association*, 10, 50–55.

ARTS, S. E. J., FRANCKE, A. L. & HUTTON, J. B. F. (2000) Liaison nursing for stroke patients: results of a Dutch evaluation study. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 292–300.

- ASPINALL, S., SEVICK, M. A., DONOHUE, J., MAHER, R. & HANLON, J. T. (2007) Medication errors in older adults: a review of recent publications. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 5, 75–84.
- ASTON, M., MEAGHER–STEWART, D., EDWARDS, N. & YOUNG, L. M. (2009) Public Health Nurses' Primary Health Care Practice: Strategies for Fostering Citizen Participation. *Journal of Community Health Nursing*, 26, 24–34.
- ATHERTON, G. (2004) Renal replacement and diabetes care: the role of a specialist nurse. *Journal of Diabetes Nursing*, 8, 70–72.
- ATWAL, A., TATTERSALL, K., MURPHY, S., DAVENPORT, N., CRAIK, C., CALDWELL, K. & MCINTYRE, A. (2007) Older adults experiences of rehabilitation in acute health care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21, 371–378.
- BACHL, M. (2009) Das Delikt ist der extremste Ausdruck der Störung X. *Krankenpflege Soins infirmiers Cure infirmieristiche*, 2, 10–12.
- BÄCK–PETTERSSON, S. & BJÖRKE LUND, C. (2005) Care of elderly lower limb amputees, as described in medical and nursing records. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19, 337–343.
- BAGHERI, H., MEMARIAN, R. & ALHANI, F. (2007) Evaluation of the effect of group counselling on post myocardial infarction patients: determined by an analysis of quality of life. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 402–406.
- BAGLEY, H., CORDINGLEY, L., BURNS, A., MOZLEY, C. G., SUTCLIFFE, C., CHALLIS, D. & HUXLEY, P. (2000) Recognition of depression by staff in nursing and residential homes. *Journal of Clinical Nursing*, 9, 445–450.
- BANNING, M. (2005) Obesity. The management of obesity: the role of the specialist nurse. *British Journal of Nursing*, 14, 139–144.
- BANNING, M. (2007) A review of clinical decision making: models and current research. *Journal of Clinical nursing. The Author. Journal Compilation*, o.A., 187–195.
- BARKIN, R. L., BARKIN, S. J. & BARKIN, D. S. (2005) Perception, assessment, treatment, and management of pain in the elderly. *Clinics in Geriatric Medicine*, 21, 465–490.
- BARNES, I. (2008) The 'disruptive' dialysis patient who lives in a facility. *Canadian Nursing Home*, 19, 25–30.

BARNETT, F. (2002) Nursing patients with variant Creutzfeldt–Jakob disease at home. *British Journal of Community Nursing*, 7, 445–450

BARNETT, M. (2008a) Management of end–stage chronic obstructive pulmonary disease *British Journal of Nursing*, 17, 1390–1394.

BARNETT, M. (2008b) Nursing management of chronic obstructive pulmonary disease. *British Journal of Nursing*, 17, 1314–1318.

BARTHOLOMEYCZIK, S., BRIESKORN–ZINKE, M., EBERL, I., SCHNEPP, W., WEIDNER, F. & ZEGELIN, A. (2008) Prävention als Aufgabe der Pflege. Konzepte und Projekte. IN KIRCH, W., BANDURA, B. & PFAFF, H. (Eds.) *Prävention und Versorgungsforschung. Ausgewählte Beiträge des 2. Nationalen Präventionskongresses und 6. Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung, Dresden 24. bis 27. Oktober 2007.* Heidelberg, Springer.

BARTON, C., MILLER, B. & YAFFE, K. (2006) Improved evaluation and management of cognitive impairment: results of a comprehensive intervention in long–term care. *Journal of the American Medical Directors Association*, 7, 84–89.

BASS, M., GALLEY–REILLEY, J., DE, D. E. T. & WHITAKER, D. (1999) A diversified patient education program for transplant recipients. *ANNA Journal*, 26, 287–292, 343.

BASSIM, C. W., GIBSON, G., WARD, T., PAPHIDES, B. M. & DENUCCI, C. J. (2008) Modification of the risk of mortality from pneumonia with oral hygiene care. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56, 1601–1607.

BAUER, M. & NAY, R. (2003) Family and staff partnerships in long–term care. A review of the literature. *Journal of Gerontological Nursing*, 29, 46–53.

BAUER, R., STEINER, M. & STÖGERER, E. (2004) EHLASS AUSTRIA. Jahresbericht 2004. Mit Förderung des Bundesministeriums für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz sowie der Europäischen Kommission, Generaldirektion für Gesundheit und Verbraucherschutz (DG SANCO), <http://www.kfv.at/fileadmin/Publikationen/Studien/HFS/EHLASS–Austria–JB2004.pdf>, (21.08.2009).

BAUSEWEIN, C., BOOTH, S., GYSELS, M. & HIGGINSON, I. J. (2008) Non–pharmacological interventions for breathlessness in advanced stages of malignant and non–malignant diseases. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2, o.S.

BAYNHAM, J., HARDY, J., MACAULAY, P., HELEN VAZ & WILEY, S. (2005) Conducting a study to improve information exchange and develop communication strategies for

informal carers of palliative care patients (and patients without carers): a team approach. *St Vincents & Mater Health Sydney Nursing Monograph*, 42–47.

BEAM, J. W. & BUCKLEY, B. (2006) Community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: prevalence and risk factors. *Journal of Athletic Training*, 41, 337–340.

BECK, L. A. (2003) Cancer rehabilitation: does it make a difference? *Rehabilitation Nursing*, 28, 42–47, 68.

BEKEART, S. (2003) Developing adolescent services in general practice. *Nursing standard*, 17, 33–36.

BELL, M. & GOSS, A. J. (2001) Recognition, assessment and treatment of depression in geriatric nursing home residents. *Clinical Excellence for Nurse Practitioners*, 5, 26–36.

BELLELLI, G., LUCCHI, E., MAGNIFICO, F. & TRABUCCHI, M. (2005) Rehospitalization and transfers to nursing facilities in elderly patients after hip fracture surgery. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53, 1443–1445.

BELOOSESKY, Y., GRINBLAT, J., EPELBOYM, B., WEISS, A., GROSMAN, B. & HENDEL, D. (2002) Functional gain of hip fracture patients in different cognitive and functional groups. *Clinical Rehabilitation*, 16, 321–328.

BENDER, C. M., ENGBERG, S. J., DONOVAN, H. S., COHEN, S. M., HOUZE, M. P., ROSENZWEIG, M. Q., MALLORY, G. A., DUNBAR-JACOB, J. & SEREIKA, S. M. (2008) Symptom clusters in adults with chronic health problems and cancer as a comorbidity. *Oncology Nursing Forum*, 35, Exclusive: E1–11

BENEDICT, L., ROBINSON, K. & HOLDER, C. (2006) Clinical nurse specialist practice within the acute care for elders interdisciplinary team model. *The Journal for Advanced Nursing Practice*, 20, 248–252.

BENGTSSON-TOPS, A. (2004) Mastery in patients with schizophrenia living in the community: relationship to sociodemographic and clinical characteristics, needs for care and support, and social network. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 11.

BENNER, P. (1984) *From Novice to Expert. Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*. , Menlo Park, Addison-Wesley Publication Company.

BENNETT, J. A., PERRIN, N. A., HANSON, G., BENNETT, D., GAYNOR, W., FLAHERTY-ROBB, M., JOSEPH, C., BUTTERWORTH, S. & POTEPA, K. (2005) Healthy aging demon-

stration project: nurse coaching for behavior change in older adults. *Research in Nursing & Health*, 28, 187–197.

BENZEIN, E. G., HAGBERG, M. & SAVEMAN, B. I. (2008) 'Being appropriately unusual': a challenge for nurses in health-promoting conversations with families. *Nursing Inquiry*, 15, 106–115.

BENZEIN, E. G. & SAVEMAN, B. I. (2008) Health-promoting conversations about hope and suffering with couples in palliative care. *International Journal of Palliative Nursing*, 14, 439–445.

BERGMANN, M. A., MURPHY, K. M., KIELY, D. K., JONES, R. N. & MARCANTONIO, E. R. (2005) A model for management of delirious postacute care patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53, 1817–1825.

BERGSTROM, N., SMOUT, R., HORN, S., SPECTOR, W., HARTZ, A. & LIMCANGCO, M. R. (2008) Stage 2 pressure ulcer healing in nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56, 1252–1258.

BERNIER, M. J. & LEONARD, B. (2001) Pulmonary rehabilitation after acute COPD exacerbation. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 13, 375–387.

BERRY, R. M. & RALEIGH, E. D. H. (2004) Assessment. Diabetic foot care in a long-term facility. *Journal of Gerontological Nursing*, 30, 8–13.

BETZ, C. L. (2003) Nurse's role in promoting health transitions for adolescents and young adults with developmental disabilities. *The Nursing clinics of North-America*, 38, 271–289.

BHALLA, A., GRIEVE, R., TILLING, K., RUDD, A. G. & WOLFE, C. D. A. (2004) Older stroke patients in Europe: stroke care and determinants of outcome. *Age & Ageing*, 33, 618–624.

BILEY, A. (2002) National Service Framework for Older People: promoting health. *British Journal of Nursing*, 11, 469–476.

BIRCHALL, M. (2005) Decision-making in palliative care: a reflective case study. *Contemporary Nurse*, 19, 253–263.

BLACK, C. & FORD-GILBOE, M. (2004) Adolescent mothers: resilience, family health work and health-promoting practices. *Journal of advanced nursing*, 48, 351–360.

- BLACK, P. (2004) The importance of palliative care for patients with colorectal cancer. *British Journal of Nursing*, 9, 584–585.
- BLACK, P. & HYDE, C. (2004) Caring for people with a learning disability, colorectal cancer and stoma. *British journal of nursing*, 13, 970–975.
- BLÄUER, C., SCHIERZ–HUNGERBÜHLER, J., TRACHSEL, E., SPIRIG, R. & FREI, I. A. (2008) Multidisziplinäres Malnutritionsprogramm zur Erfassung und Behandlung von Patienten mit dem Risiko oder bestehender Mangelernährung in pflegerischer Verantwortung. *Pflege*, 21, 225–234.
- BLEDSOE, W. (2006) Criminal offenders residing in long-term care facilities. *Journal of Forensic Nursing*, 2, 142–146.
- BLOEMEN–VRENCKEN, H. J. A. & DE WITTE, L. P. (2003) Post-discharge nursing problems of spinal cord injured patients: on which fields can nurses contribute to rehabilitation? *Clinical rehabilitation*, 17, 890–898.
- BLOEMEN–VRENCKEN, J. H., WITTE, L. P. D., POST, M. W., PONS, C., ASBECK, F. W. V., WOUDE, L. H. V. D. & HEUVEL, W. J. V. D. (2007) Comparison of two Dutch follow-up care models for spinal cord-injured patients and their impact on health problems, re-admissions and quality of care. *Clinical Rehabilitation*, 21, 997–1006.
- BLOMQUIST, K. B. (2006) Healthy and ready to work–Kentucky: incorporating transition into a state program for children with special health care needs. *Pediatric Nursing*, 32, 515–528.
- BLOOM, H. G., AHMED, I., ALESSI, C. A., ANCOLI–ISRAEL, S., BUYSSE, D. J., KRYGER, M. H., PHILLIPS, B. A., THORPY, M. J., VITIELLO, M. V. & ZEE, P. C. (2009) Evidence-based recommendations for the assessment and management of sleep disorders in older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57, 761–789.
- BMG (2009) Österreichische AIDS–Statistik. Periodischer Bericht, Bundesministerium für Gesundheit, <http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/attachments/5/4/4/CH0745/CMS1102001699176/aids-statistik1.pdf>, (06.07.2009).
- BMG (o. D.) Standards in der oralen Gruppenprophylaxe in Österreich. IN GESUNDHEIT, B. F. (Ed.) http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/attachments/8/7/2/CH0779/CMS1204704701025/druckvorlage_standards_gruppenprophylaxe_oesterreich_februar_2009.pdf (12.07.2009).

BMGF (2004) Gesundheit und Krankheit in Österreich. Berichtszeitraum 1992 – 2001. Verfasst vom Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, http://www.goeg.at/media/download/berichte/Gesundheit_und_Krankheit_in_Oesterreich_2004.pdf (18.05.2009).

BMGF (2005a) Diabetes mellitus als gesundheitspolitische Herausforderung Bestandsaufnahme und Analyse von Maßnahmen in Österreich und Europa. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, http://www.goeg.at/media/download/berichte/Diabetesbericht_Deutsch.pdf (08.07.2009).

BMGF (2005b) Österreichischer Frauengesundheitsbericht. Verfasst vom Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheit, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/attachments/2/7/3/CH0774/CMS1114154451979/oesterreichischer_frauengesundheitsbericht_2005__langfassung.pdf (08.07.2009)

BMGFJ (Ed.) (2007) Die Gesundheit der österreichischen SchülerInnen im Lebenszusammenhang. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2006, http://lbimgs-archiv.lbg.ac.at/berichte/hbsc_2007.pdf (12.07.2009).

BMGFJ (Ed.) (2008) Gesundheitsfördernde Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen Konzept und Praxis in Österreich, Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/attachments/7/6/7/CH0772/CMS1226995609034/hph-broschuere_-_druckversion.pdf(18.05.2009).

BMSK (2008a) Demenzhandbuch. Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz, http://www.bmsk.gv.at/cms/site/attachments/6/4/5/CH0060/CMS1218447318867/demenzhandbuch_inter.pdf, (12.07.2009).

BMSK (2008b) Hochaltrigkeit in Österreich. Eine Bestandsaufnahme. Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz, http://www.bmsk.gv.at/cms/site/attachments/8/5/7/CH0166/CMS1218112881779/hochaltrigen_bericht_ende1.pdf(06.01.2009).

BOCZKO, F., MCKEON, S. & STURKIE, D. (2009) Long-term care and oral health knowledge. *Journal of the American Medical Directors Association*, 10, 204–206.

BOLTZ, M., CAPEZUTI, E., BOWAR-FERRES, S., NORMAN, R., SECIC, M., KIM, K., FAIRCHILD, S., MEZEY, M. & FULMER, T. (2008) Changes in the Geriatric Care Environ-

ment Associated with NICHE (Nurses Improving care for HealthSystem Elders). *Geriatric Nursing*, 29, 176–185.

BONANNI, D. R., DEVERS, G., DEZZI, K., DUERR, C., DURKIN, M., HERNAN, J. & JOYCE, C. (2009) A dedicated approach to restorative nursing. *Journal of Gerontological Nursing*, 35, 37–44.

BOOKER, R. (2004) Managing pneumonia in the care home setting. *Nursing & Residential Care*, 6, 379–382.

BOOKVAR, K. S., LITKE, A., PENROD, J. D., HALM, E., MORRISON, S. R., SILBERZWEIG, S. B., MAGAZINER, J., KOVAL, K. & SIU, A. L. (2004) Patient relocation in the 6 months after hip fracture: Risk factors for fragmented care. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52, 1826–1831.

BOTTORFF, J., STEELE, R., DAVIES, B., PORTERFIELD, P., GAROSSINO, C. & SHAW, M. (2000) Facilitating day-to-day decision making in palliative care. *Cancer Nursing*, 23, 141–150.

BOURBONNIERE, M. & KAGAN, S. H. (2004) Nursing intervention and older adults who have cancer: specific science and evidence based practice. *Nursing Clinics of North America*, 39, 529–543.

BOURBONNIERE, M. & VAN CLEAVE, J. H. (2006) Cancer care in nursing homes. *Seminars in Oncology Nursing*, 22, 51–57.

BOWERS, L. (2005) Reasons for admission and their implications for the nature of acute inpatient psychiatric nursing. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 12, 231–236.

BOYINGTON, A. R., DOUGHERTY, M. C. & PHETRASUWAN, S. (2005) Effectiveness of a computer-based system to deliver a continence health promotion intervention. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 32, 246–254.

BRADLEY, E. H., CHERLIN, E., MCCORKLE, R., FRIED, T. R., KASL, S. V., CICCHETTI, D. V., JOHNSON-HURZELER, R. & HORWITZ, S. M. (2001) Nurses' use of palliative care practices in the acute care setting. *Journal of Professional Nursing*, 17, 14–22.

BRADLEY, S. F. (1999) Issues in the management of resistant bacteria in long-term-care facilities. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 20, 362–366.

BRADWAY, C., DIRESTA, J., FLESHNER, I. & POLOMANO, R. C. (2008) Obesity in nursing homes: a critical review. *Journal of the American Geriatrics Society* 56, 1528–1535.

BRADY, M., FURLANETTO, D., HUNTER, R., LEWIS, S. C. & MILNE, V. (2006) Staff-led interventions for improving oral hygiene in patients following stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, o.S.

BRAJTMAN, S., HIGUCHI, K. & MCPHERSON, C. (2006) Caring for patients with terminal delirium: palliative care unit and home care nurses' experiences. *International Journal of Palliative Nursing*, 12, 150–156.

BRANDBURG, G. L. (2007) Making the transition to nursing home life: a framework to help older adults adapt to the long-term care environment. *Journal of Gerontological Nursing*, 33, 50–56.

BRÄNNSTRÖM, M., BRULIN, C., NORBERG, A., BOMAN, K. & STRANDBERG, G. (2005) Being a palliative nurse for persons with severe congestive heart failure in advanced homecare. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 4, 314–323.

BRÄNNSTRÖM, M., EKMAN, I., BOMAN, K. & STRANDBERG, G. (2007) Narratives of a man with severe chronic heart failure and his wife in palliative advanced home care over a 4.5-year period. *Contemporary Nurse*, 27, 10–22.

BRAY, Y. M. & GOODYEAR-SMITH, F. A. (2007) A Migrant Family's Experience of Palliative Care: A Qualitative Case Study. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 9, 92–99.

BRAZIL, K., BEDARD, M., KRUEGER, P., ABERNATHY, T., LOHFELD, L. & WILLISON, K. (2005) Service Preferences Among Family Caregivers of the Terminally Ill. *Journal of Palliative Medicine*, 8, 69–78.

BRIESKORN-ZINKE, M. (2003) Die Rolle der Pflege in Public Health/Gesundheitsförderung – Versuch einer Systematisierung. *Pflege*, 16, 66–74.

BROBÄCK, G. & BERTERÖ, C. (2003) How next of kin experience palliative care of relatives at home. *European Journal of Cancer Care*, 12, 339–346.

BROOKS, J. A. (2001) Postoperative nosocomial pneumonia: nurse-sensitive interventions. *Advanced Practice in Acute & Critical Care*, 12, 305–323.

BROWN, E. L., MCAVAY, G., RAUE, P. J., MOSES, S. & BRUCE, M. L. (2003) Recognition of depression among elderly recipients of home care services. *Psychiatric Services*, 54, 208–213.

BROWN, S. A. (2007) Meta-analysis of diabetes patient education research: Variations in intervention effects across studies. *Research in Nursing & Health*, 15, 409–419.

BROWNING, D. & SOLOMON, M. (2005) The Initiative for Pediatric Palliative Care: An Interdisciplinary Educational Approach for Healthcare Professionals. *Journal of Pediatric Nursing*, 20, 326–334.

BRÜHL, K. G., LUIJENDIJK, H. J. & MULLER, M. T. (2007) Nurses' and nursing assistants' recognition of depression in elderly who depend on long-term care. *Journal of the American Medical Directors Association*, 8, 441–445

BRUSH, J. (2007) Recognizing dysphagia at meals: swallowing problems affect residents' health and quality of life. Can your staff identify dysphagia? *Nursing Homes*, 48, o.S.

BUCHAN, J. & CALMAN, L. (2005) Skill-Mix and Policy Change in the Health Workforce: Nurses in Advanced Roles. *OECD Health Working Papers*, 17, 1–63.

BUCHANAN, R. J., BARKLEY, J., WANG, S. & KIM, M. (2005) Analyses of nursing home residents with cancer at admission. *Cancer Nursing*, 28, 406–414

BUCHANAN, R. J., WANG, S. & C, C. H. (2002) Profiles of nursing home residents with HIV. *Journal of Health Care for the Poor & Underserved*, 13, 379–391.

BUCHANAN, R. J., WANG, S. & HUANG, C. (2003) Profiles of nursing home residents with traumatic brain injury using the Minimum Data Set. *Brain Injury* 17, 507–523.

BUDD, G. M. & HAYMAN, L. L. (2008) Addressing the childhood obesity crisis: a call to action. *The American Journal of Maternal Child Nursing*, 33, 111–120.

BUHR, G. T. (2007) Difficult behaviors in long-term care patients with dementia. *Journal of the American Medicine Directors Association*, 8, e101–13.

BUIJS, R., ROSS-KER, J., O'BRIEN, S. & WILSON, D. (2003) Promoting participation: Evaluation of a health promotion program for low income Seniors. *Journal of community health nursing*, 20, 93–107.

BULL, M. J. & MCSHANE, R. E. (2008) Seeking what's best during the transition to adult day health services. *Qualitative Health Research*, 18, 597–605.

BULLINGER, M., SIEGRIST, J. & RAVENS-SIEBERER, U. (Eds.) (2000) *Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer und –soziologischer Perspektive*, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, Hogrefe.

BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR REHABILITATION (1999) *Wachkoma und danach. Die Langzeitrehabilitation schwer und schwerst schädel–hirnbeschädigter Menschen. Tagungsbericht*, http://www.bar-frankfurt.de/upload/Bericht_Wachkoma_184.pdf (18.07.2009), 1–119.

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND FRAUEN (2005) *Diabetes mellitus als gesundheitspolitische Herausforderung Bestandsaufnahme und Analyse von Maßnahmen in Österreich und Europa*. http://www.goeg.at/media/download/berichte/Diabetesbericht_Deutsch.pdf, (08.07.2009).

BUNNELL, W. J. (2007) A review of the merits of the nurse practitioner role. *Nursing Standard* 21, 35–40.

BUNTING-PERRY, L. K. (2006) Palliative Care in Parkinson's Disease: Implications for Neuroscience Nursing. *The Journal of Neuroscience Nursing*, 38, 106–113.

BURGENER, S. C., BUETTNER, L. L., BEATTIE, E. & ROSE, K. M. (2009) Effectiveness of community-based, nonpharmacological interventions for early-stage dementia: conclusions and recommendations. *Journal of Gerontological Nursing*, 35, 50–57.

BURNET, K., CHAPMAN, D., WISHART, G. & PURUSHOTHAM, A. (2004) Nurse specialists in breast care: a developing role. *Nursing Standard* 1, 38–42.

BURR, J. A., MUTCHLER, J. E. & WARREN, J. P. (2005) State commitment to home and community-based services: effects on independent living for older unmarried women. *Journal of Aging & Social Policy* 17, 1–18.

BURT, J., SHIPMAN, C., ADDINGTON-HALL, J. & WHITE, P. (2008) Nursing the dying within a generalist caseload: A focus group study of district nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 1470–1478.

BURTON, C. & GIBBON, B. (2005) Expanding the role of the stroke nurse: a pragmatic clinical trial. *Journal of Advanced Nursing*, 52, 640–650

BURTON, C. R. (2000) A description of the nursing role in stroke rehabilitation. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 174–181.

BURTON, C. R., BENNETT, B. & GIBBON, B. (2009) Embedding nursing and therapy consultantship: the case of stroke consultants. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 246–254.

BUSCHMANN, E. & DÜRK, M. (2003) Mobiles Bezugspersonensystem. Ein interdisziplinäres Servicemodell der Kinder- und Jugendpsychiatrie am Universitätsklinikum Heidelberg. *Kinderkrankenschwester*, 22, 21–23.

BYOCK, I., TWOHIG, J. S., MERRIMAN, M. & COLLINS, K. (2006) Promoting Excellence in End-of-Life Care: A Report on Innovative Models of Palliative Care. *Journal of Palliative Medicine*, 9, 137–151.

C. SKI & O'CONNELL, B. (2006) Mismanagement of delirium [sic] places patients at risk. *Australia Journal of Advanced Nursing* 23, 42–46.

CADER, R., CAMPELL, S. & WATSON, D. (2005) Cognitive Continuum Theory in nursing decision-making. *Journal of Advanced Nursing*, 49, 397–405.

CALLAGHAN, D. (2005) Healthy Behaviors, Self-Efficacy, Self-Care, and Basic Conditioning Factors in Older Adults. *Journal of Community Health Nursing*, 22, 169–178.

CALLAGHAN, E. E. (2007) Achieving balance: a case study examination of an adolescent coping with life-limiting cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 24, 334–339.

CALLAGHAN, L. (2008) Advanced nursing practice: an idea whose time has come. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 205–213.

CALLIN, S. & BENNETT, M. I. (2008) Diagnosis and management of neuropathic pain in palliative care. *International Journal of Palliative Nursing*, 14, 16–21.

CALLOWAY, S. (2007) Mental health promotion: is nursing dropping the ball? *Journal of Professional Nursing*, 23, 105–109.

CALNE, S. M. (2005) Late-stage Parkinson's Disease for the Rehabilitation Specialist: A Nursing Perspective. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 21, 233–246.

CAMDEN, S. G. (2009) Obesity: an emerging concern for patients and nurses. *Online Journal of Issues in Nursing*, 14, o.A.

- CAMPBELL, T. & HATELY, J. (2000) The management of nausea and vomiting in advanced cancer. *International Journal of Palliative Nursing*, 6, 18–25.
- CANTOR, M. D. & PEARLMAN, R. A. (2003) Advance care planning in long-term care facilities. *Journal of the American Medical Directors Association*, 4, 101–108.
- CANTRELL, M. A. (2007) The art of pediatric oncology nursing practice. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 24, 132–138.
- CARBONELL, J. & POLIVKA, L. (2003) The aging network and the future of long-term care. *Journal of Gerontological Social Work*, 41, 313–321.
- CAREY, N. & COURTENAY, M. (2007) A review of the activity and effects of nurse-led care in diabetes. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 296–304.
- CARON, C. D., DUCHARME, F. & GRIFFITH, J. (2006) Deciding on institutionalization for a relative with dementia: the most difficult decision for caregivers. *Canadian Journal on Aging* 25, 193–206.
- CARON, W., HEPBURN, K., LUPTAK, M., GRANT, L., OSTWALD, S. & KEENAN, J. (1999) Expanding the discourse of care: family constructed biographies of nursing home residents. *The Journal of Collaborative Family Health Care*, 17, 323–335.
- CARRIER, C. T. & WALDEN, M. (2001) Integrating research and standards to improve pain management practices for newborns and infants. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 1, 122–131.
- CASARETT, D., HIRSCHMAN, K. & HENRY, M. (2001) Does Hospice Have a Role in Nursing Home Care at the End of Life? *Journal of the American Geriatrics Society*, 49, 1493–1498.
- CAYEA, D. & DURSO, S. C. (2007) Management of diabetes mellitus in the nursing home. *Annals of Long Term Care*, 15, 27–33.
- CEFALU, C. A. (1999) Appropriate dysphagia evaluation and management of the nursing home patient with dementia. *Annals of Long Term Care*, 7, 447–451.
- CHALUPKA, S. (2005) Environmental health: an opportunity for health promotion and disease prevention. *American Association of Occupational Health Nurses*, 53, 13–28.

CHAN, M. F., YEE, A. S. W., LEUNG, E. L. Y. & DAY, M. C. (2006) The effectiveness of a diabetes nurse clinic in treating older patients with type 2 diabetes for their glycaemic control. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 770–781.

CHANG, E., HANCOCK, K., HARRISON, K., DALY, J., JOHNSON, A., EASTERBROOK, S., NOEL, M., LUHR-TAYLOR, M. & DAVIDSON, P. M. (2005) Palliative care for end-stage dementia: a discussion of the implications for education of health care professionals. *Nurse Education Today*, 25, 326–332.

CHAPLIN, J. (2000) Pressure sore risk assessment in palliative care. *Journal of Tissue Viability*, 10, 27–31.

CHAPLIN, J. (2004) Wound management in palliative care. *Nursing Standard*, 19, 39–42.

CHEN, I. J., CHOU, C. L., YU, S. & CHENG, S. P. (2008) Health services utilization and cost utility analysis of a walking program for residential community elderly. *Nursing Economics*, 26, 263–269.

CHEN, K., CHEN, W. & HUANG, M. (2006) Development of the simplified Tai Chi exercise program (STEP) for frail older adults. *Complementary Therapies in Medicine*, 14, 200–206.

CHEN, K., LI, C., LIN, J., CHEN, W., LIN, H. & WU, H. (2007) A feasible method to enhance and maintain the health of elderly living in long-term care facilities through long-term, simplified Tai Chi exercises. *Journal of Nursing Research*, 15, 156–164.

CHERTOK, I. R., RAZ, I., I. S., HADDAD, H. & WIZNITZER, A. (2009) Effects of early breastfeeding on neonatal glucose levels of term infants born to women with gestational diabetes. *Journal of Human Nutrition & Dietetics*, 22, 166–169.

CHONG, C. P. & STREET, P. R. (2008) Pneumonia in the elderly: a review of the epidemiology, pathogenesis, microbiology, and clinical features. *Southern Medical Journal*, 101, 1141–1145.

CHOW, W. (2003) Long-term care: a health promotion challenge. *Perspectives*, 27, 16–21.

CHUNG, B.-Y. & XU, Y. (2008) Developing a Rehabilitation Model of Breast Cancer Patients Through Literature Review and Hospital Rehabilitation Programs. *Asian Nursing Research*, 2, 55–67.

CHYUN, D. A., AMEND, A. M., NEWLIN, K., LANGERMAN, S. & MELKUS, G. D. (2003) Coronary heart disease prevention and lifestyle interventions: cultural influences. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 18, 302–318.

CLARK, M. M., RUMMANS, T. A., SLOAN, J. A., JENSEN, A., ATHERTON, P. J., FROST, M. H., RICHARDSON, J. W., BOSTWICK, J. M., JOHNSON, M. E., HANSON, J. M. & BROWN, P. D. (2006) Quality of life of caregivers of patients with advanced-stage cancer. *American Journal of Hospice & Palliative Care*, 23, 185–191.

CLARKE, C. L. (2000) Risk : constructing care and care environments in dementia. *Health, risk & society*, 2, 83–93.

CLEAR, J. B., STARBECKER, M. M. & KELLY, D. W. (1999) Nursing centers and health promotion: A Federal vantage point. *Family Community Health*, 21, 1–14.

CLEAVER, K. & RICH, A. (2005) Sexual health promotion: the barriers school nurses face. *Community Practitioner*, 78, 429–32.

CLENDON, J. (2004) Demonstrating outcomes in a nurse-led clinic: how primary health care nurses make a difference to children and their families. *Contemporary Nurse*, 18, 164–176.

CLINE, D. (2006) Nutrition issues and tools for palliative care. *Home Healthcare Nurse*, 24, 54–57.

COACKLEY, A., HUTCHINSON, T., SALTMARSH, P., KELLY, A., ELLERSHAW, J. E., MARSHALL, E. & BRUNSTON, H. (2002) Assessment and management of fatigue in patients with advanced cancer: developing guidelines. *International Journal of Palliative Nursing*, 8, 381–388.

COAKLEY, A. L. (2001) Helping patients to master correct inhaler techniques: nursing role. *British Journal of Nursing*, 10, 424, 426, 428

COHEN, B. & REUTTER, L. (2007) Development of the role of public health nurses in addressing child and family poverty: a framework for action. *Journal of Advanced Nursing*, 60, 96–107.

COHEN, E. L. & CESTA, T. G. (Eds.) (2005) *Nursing Case Management – From Essentials to Advanced Practice Applications*, St. Louis, Elsevier Mosby.

COLE, C. S. & TAK, S. H. (2006) Assessment of attention in Alzheimer's disease. *Geriatric Nursing*, 27, 238–243.

COLE, M. G., CIAMPI, A., BELZILE, E. & ZHONG, L. (2009) Persistent delirium in older hospital patients: a systematic review of frequency and prognosis. *Age & Ageing* 38, 19–26.

COLEMAN, P. (2005) Opportunities for nursing–dental collaboration: addressing oral health needs among the elderly. *Nursing Outlook* 53, 33–39.

COLEMAN, P. R. (2004) Pneumonia in the long–term care setting: etiology, management, and prevention. *Journal of Gerontological Nursing*, 30, 14–23.

COLLINS, N. (2001) Involuntary weight loss in the long–term care setting: a suggested nutritional intervention treatment algorithm. *Wounds: A Compendium of Clinical Research & Practice*, 13, Suppl D: 32D–7D.

COLLOPY, D., PETHERICK, M. & CLARKE, G. (2001) A team approach to managing a patient with a neurological vision impairment. *Journal of the Australasian Rehabilitation Nurses' Association*, 4, 16–20.

COLÓN–EMERIC, C. S., CASEBEER, L., SAAG, K., ALLISON, J., LEVINE, D., SUH, T. T. & LYLES, K. W. (2004) Barriers to providing osteoporosis care in skilled nursing facilities: perceptions of medical directors and directors of nursing. *Journal of the American Medical Directors Association*, 5, 361–366.

CONDON, I. (2008) Child health promotion in the United Kingdom: does health visitors' practice follow policy? *Journal of Advanced Nursing*, 62, 551–561.

CONN, D., GIBSON, M., FELDMAN, S., HIRST, S., LEUNG, S., MACCOURT, P., MCGILTON, K., MIHIC, L., MALACH, F. M. & MOKRY, J. (2008) Guidelines for the assessment and treatment of mental health issues in LTC: focus on mood and behaviour symptoms. *Canadian Nursing Home*, 19, 24–31.

CONSTANCE, A., CRAWFORD, K., HARE, J., PARKER, S., SCOTT, A., STYS, A. & MAY–ALDRICH, G. (2002) MDON: A Network of Community Partnerships. *Family & Community Health*, 25, 52–60.

CORLESS, I. B., NICHOLAS, P. K., DAVIS, S. M., DOLAN, S. A. & MCGIBBON, C. A. (2005) Symptom Status, Medication Adherence, and Quality of Life in HIV Disease. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 7, 129–138.

CORNELY, H., ELFENBEIN, P. & MACIAS–MORIARITY, L. (2001) Interdisciplinary health promotion education for low income older adults. *Journal of Physical Therapy Education*, 15, 37–41.

CORTIS, J. D. & WILLIAMS, A. (2007) Palliative and supportive needs of older adults with heart failure. *International Nursing Review*, 54, 263–270.

COSTANTINI, L. (2006) Compliance, adherence, and self-management: is a paradigm shift possible for chronic kidney disease clients? *CANNT Journal* 16, 22–26.

COSTANZO, C., WALKER, S. N., YATES, B. C., MCCABE, B. & BERG, K. (2006) Physical activity counseling for older women. *Western Journal of Nursing Research*, 28, 786–801.

COSTELLO, K., HILL, C. A. & TRANTER, M. C. (2000) Multiple sclerosis in the primary care setting: key issues for diagnosis and management. *American Journal for Nurse Practitioners*, 4, 9–14, 17–8, 23–6.

COTTON, L., BRAZIER, J., HALL, D. M., LINDSAY, G., MARSH, P., POLNAY, L. & WILLIAMS, T. S. (2000) School nursing: costs and potential benefits. *Journal of Advanced Nursing*, 31, 1063–1071.

COWAN, D. T., FITZPATRICK, J. M., ROBERTS, J. D., WHILE, A. E. & BALDWIN, J. (2003) The assessment and management of pain among older people in care homes: current status and future directions. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 291–298.

COWAN, D. T., ROBERTS, J. D., FITZPATRICK, J. M., WHILE, A. E. & BALDWIN, J. (2004) Nutritional status of older people in long term care settings: current status and future directions. *International Journal of Nursing Studies*, 41, 225–237.

COX, K. & WILSON, E. (2003) Follow-up for people with cancer: nurse-led services and telephone interventions. *Journal of Advanced Nursing*, 43, 51–61.

COYNE, P. J., LYNE, M. E. & WATSON, A. C. (2002) Symptom management in people with AIDS: assessing and differentiating dyspnea, cough, dementia, and delirium. *American Journal of Nursing*, 102, 48–56.

CRANDALL, L. G., WHITE, D. L., SCHULDHEIS, S. & TALERICO, K. A. (2007) Initiating person-centered care practices in long-term care facilities. *Journal of Gerontological Nursing*, 33, 47–56.

CRANNELL, C. E. & STONE, E. (2008) Bedside physical therapy project to prevent deconditioning in hospitalized patients with cancer. *Oncological Nursing Forum*, 35, 343–345.

- CRAVEN, O. (2000) Palliative care provision and its impact on psychological morbidity in cancer patients. *International Journal of Palliative Nursing*, 16, 244–250.
- CROGAN, N. L., SHULTZ, J. A., ADAMS, C. E. & MASSEY, L. K. (2001) Barriers to nutrition care for nursing home residents. *Journal of Gerontological Nursing*, 27, 25–31.
- CROGHAN, E. (2005) Supporting adolescents through behaviour change. *Nursing standard*, 19, 50–53.
- CROSS, S. M. B., BROOMFIELD, N. M., DAVIES, R. & EVANS, J. J. (2008) Awareness, knowledge and application of memory rehabilitation among community psychiatric nurses working with dementia. *Dementia*, 7, 383–395.
- CROSSLEY, K. (2001) Long-term care facilities as sources of antibiotic-resistant nosocomial pathogens. *Current Opinion in Infectious Disease*, 14, 455–459.
- CROTTY, M., WHITEHEAD, C. H., WUNDKE, R., GILES, L. C., DAVID, B. T. & PHILLIPS, P. A. (2005) Moving elderly inpatients to a transitional care facility reduced hospital stay but increased time to transfer to long term care. *Evidence-Based Nursing* 331, o.S.
- CURRIE, L. M. (2006a) Fall and injury prevention. *Annual Review of Nursing Research*, 24, 39–74.
- CURRIE, L. M. (2006b) Fall and injury prevention. *Annual Review of Nursing Research* 24, 39–74.
- CURRY, L. C. & HOGSTEL, M. O. (2002) Nursing assessment and intervention: preventing fall-related injuries in long-term care facilities. *Annals of Long Term Care*, 10, 29–35.
- CUSACK, C. L., HALL, W. A., SCRUBY, L. S. & WONG, S. T. (2008) Public Health Nurses' (PHNs) perceptions of their role in early postpartum discharge. *Canadian Journal of Public Health*, 99, 206–211.
- CUSHMAN, D. G., DUMAS, H. M., HALEY, S. M., O'BRIEN, J. E. & KHARASCH, V. S. (2002) Re-admissions to inpatient paediatric pulmonary rehabilitation. *Pediatric Rehabilitation*, 5, 133–139.

DAALEMAN, T. P., WILLIAMS, C. S., PREISSER, J. S., SLOANE, P. D., BIOLA, H. & ZIMMERMAN, S. (2009) Advance care planning in nursing homes and assisted living communities. *Journal of the American Medical Directors Association*, 10, 243–251.

DALE, S. B. & BROWN, R. (2006) Reducing nursing home use through consumer-directed personal care services. *Medical Care*, 44, 760–767.

DAVID, L. O. (2006) The Nurse–Family Partnership: An evidence based Preventive Intervention. *Infant Mental Health Journal*, 27, 5–25.

DAVIDSON, J. E., KRUSE, M. W., COX, D. H. & DUNCAN, R. (2003) Critical care of the morbidly obese. *Critical Care Nursing Quarterly*, 26, 105–118.

DAVIDSON, P. M., DALY, J., HANCOCK, K., MOSER, D., CHANG, E. & COCKBURN, J. (2003) Perceptions and experiences of heart disease: a literature review and identification of a research agenda in older women. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2, 255–264.

DAVIDSON, P. M., INTRONA, K., COCKBURN, J., DALY, J., DUNFORD, M., PAULL & DRACUP, K. (2002) Synergizing acute care and palliative care to optimise nursing care in end-stage cardiorespiratory disease. *Australian Critical Care*, 15, 64–9.

DAVIDSON, P. M., PAULL, G., INTRONA, K., COCKBURN, J., DAVIS, J. M. B., REES, D., GORMAN, D., MAGANN, L., LAFFERTY, M. & DRACUP, K. (2004) Integrated, Collaborative Palliative Care in Heart Failure: The St. George Heart Failure Service Experience 1999–2002. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 19, 68–75.

DAVIES, B., WHITSETT, S. F., BRUCE, A. & MCCARTHY, P. (2002) A typology of fatigue in children with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 19, 12–21.

DAVIES, E., MALE, M., REIMER, V., TURNER, M. & WYLIE, K. (2004) Pain assessment and cognitive impairment: part 1. *Nursing Standard*, 19, 39–42.

DAVIES, J. & MCVICAR, A. (2000) Issues in effective pain control. 2: From assessment to management. *International Journal of Palliative Nursing*, 6, 162–169.

DAVIES, N. & CURTIS, M. (2000) Providing palliative care in end-stage heart failure. *Professional Nurse*, 15, 389–392.

DAVIES, R. (2003) Establishing need for palliative care services for children/young people. *British Journal of Nursing*, 12, 224–230.

DAVIES, R. (2006) The potential of integrated multi-agency care pathways for children. *British Journal of Nursing*, 15, 764–768.

DAVIES, R. E. (1999) The Diana community nursing team and paediatric palliative care. *British Journal of Nursing*, 8, 506, 508–11.

DAVIES, S., PAREKH, K., ETELAPAA, K., WOOD, D. & JAFFA, T. (2007) The inpatient management of physical activity in young people with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 16, 334–340.

DAVISON, B. J., OLIFFE, J. L., PICKLES, T. & MROZ, L. (2009) Factors influencing men undertaking active surveillance for the management of low-risk prostate cancer. *Oncology Nursing Forum*, 36, 89–96.

DAWSON, K. A. (2008) Palliative Care for Critically Ill Older Adults Dimensions of Nursing Advocacy. *Critical Care Nursing Quarterly*, 31, 19–23.

DE YOUNG, S., JUST, G. & HARRISON, R. (2002) Decreasing aggressive, agitated, or disruptive behavior: participation in a behavior management unit. *Journal of Gerontological Nursing*, 28, 22–31.

DEFLOOR, T., DE BACQUER, D. & GRYPDONCK, M. H. F. (2005) The effect of various combinations of turning and pressure reducing devices on the incidence of pressure ulcers. *International Journal of Nursing Studies*, 42, 37–46.

DEGEEST, S. & SPIRIG, R. (2004) Editorial: «Advanced Nursing Practice» lohnt sich! *Pflege*, 17, 233–236.

DEITERT, C., LAMMERDING, A., STIENEN, U., TEMME, P., URBANEK, R., STEENBLOCK, M., WINTER, G. & ZIELKE-NADKARNI, A. (2000) Projekt zur Unterstützung sehbehinderter alter Menschen: «Entwicklung eines Ratgebers für den kommunalen Bereich Müns-ter. *Pflege*, 13, 160–168.

DEMARCO, R. & JOHNSEN, C. (2003) Taking action in communities: women living with HIV/AIDS lead the way. *Journal of Community Health Nursing*, 20, 51–62.

DEMATA, E. U. (2000) Faecal incontinence: part 3: nursing management. 20, 2.

DEPARTMENT OF HEALTH (2004) Extending Independent Nurse Prescribing within the NHS in England. A guide for implementation, 2nd Edition, http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4072177.pdf (26.08.2009).

DEREMEIK, J., BROMAN, A. T., FRIEDMAN, D., WEST, S. K., MASSOF, R., PARK, W., BANDEEN-ROCHE, K., FRICK, K. & MUNOZ, B. (2007) Low Vision Rehabilitation in a Nursing Home Population: The SEEING Study. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 101, 701–714.

DESOCIO, J. & HOOTMAN, J. (2004) Children's Mental Health and School Success. *The Journal of School Nursing*, 20, 189–196.

DESOCIO, J., STEMBER, L. & SCHRINSKY, J. (2006) Teaching children about mental health and illness : A school nurse health education program *The Journal of school nursing*, 22, 81–86.

DEUTSCHES ZENTRUM FÜR ALTERSFRAGEN (2008) Thema Demenz. *Informationsdienst Alterfragen*, 35, 1–34.

DEVLIN, J. M. & O'BRIEN, L. M. (1999) Children of parents with mental illness. I: An overview from a nursing perspective. *Australian & New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 8, 19–29.

DEWAR, A. (2006) Assessment and management of chronic pain in the older person living in the community. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 24, 33–38.

DI NAPOLI, P. P. (2008) Understanding school-age obesity: through participatory action research. *American Journal of Maternal Child Nursin*, 33, 104–110.

DIEKEMPER, M., SMITH BATTLE, L. & DRAKE, A. (1999) Bringing the population into focus: A Natural development in Community Health Nursing, Part I. *Public Health Nursing*, 16, 3–10.

DIEKMANN, H. (2004) Atemnot!—Umgang mit schwierigen Situationen in der palliativen Pflege und der hospizlichen Begleitung! *Krankenpflege Journal*, 42, 141–144.

DÍEZ-TEJEDOR, E. & FUENTES, B. (2001) Acute care in stroke: do stroke units make the difference? *Cerebrovascular Diseases*, 11, 31–39.

DILLINGHAM, T. & PEZZIN, L. (2008) Rehabilitation Setting and Associated Mortality and Medical Stability Among Persons With Amputations. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 89, 1038–1045.

DIMANT, J. (2005) Bariatric programs in nursing homes. *Clinics in Geriatric Medicine*, 21, 767–792.

- DIMARIA-GHALILI, R. A. & AMELLA, E. (2005) Nutrition in older adults. *American Journal of Nursing*, 105, 40–50.
- DINELLI, D. L. & HIGGINS, J. C. (2002) Case management of asthma for family practice patients: a pilot study. *Military Medicine*, 16, 231–234.
- DINGWALL, L. & MCLAFFERTY, E. (2006) Do nurses promote urinary continence in hospitalized older people?: an exploratory study. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 1276–1286.
- DNQP (Ed.) (2009) *Expertenstandard: Entlassungsmanagement in der Pflege*, Osna-brück, Eigenverlag.
- DOBZANSKA, L., DEAN, J. & GRAHAM, F. (2004) Introducing a health awareness day for the over-75s *British Journal of Community Nursing*, 9, 429–432.
- DOCHERTY, S. L. (2003) Symptom experiences of children and adolescents with cancer. *Annual Review of Nursing Research*, 21.
- DOIRON-MAILLET, N. & MEAGHER-STEWART, D. (2003) The uncertain journey: women's experiences following a myocardial infarction. *Canadian Journal of Cardio-vascular Nursing*, 13, 14–23.
- DONABEDIAN, A. (2005) Evaluating the Quality of Medical Care. 1966. *The Milbank Quarterly*. Reprinted from *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, Vol. 44, No. 3, Pt. 2, 1966 (pp. 166–203). 83, 691–729.
- DOOLEN, J., ALPERT, P. T. & MILLER, S. K. (2009) Parental disconnect between perceived and actual weight status of children: a metasynthesis of the current research. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioner*, 21, 160–166.
- DÖRR, B. (2004) Pflegeexperten-Konzept erfolgreich umgesetzt. *Österreichische Pflegezeitschrift*, 05, 40.
- DOWNIE, J. & JULIFF, D. (2000) The nature of breastfeeding: implications for community health nursing. *Neonatal, Paediatric & Child Health Nursing*, 3, 4–11.
- DOWSWELL, G., FORSTER, A., YOUNG, J., SHEARD, J., WRIGHT, P. & BAGLEY, P. (1999) The development of a collaborative stroke training programme for nurses. *Journal of clinical nursing* 8, 743–752.
- DOYLE, D., BISSON, D., JANES, N., LYNCH, H. & MARTIN, C. (1999) Human sexuality in long-term care. *Canadian Nurse*, 95, 26–29.

DOYLE, J. (2001) Forensic nursing: a review of the literature. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 18, 32.

DREVENHORN, E., KJELLGREN, K. I. & BENGTON, A. (2007a) Outcomes following a programme for lifestyle changes with people with hypertension. *Journal of Nursing & Healthcare of Chronic Illnesses*, 16, Supplement: 144–51.

DREVENHORN, E., KJELLGREN, K. I. & BENGTON, A. (2007b) Outcomes following a programme for lifestyle changes with people with hypertension. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 144–151.

DUFFY, J. R. (2002) Nosocomial infections: important acute care nursing-sensitive outcomes indicators. *Advanced Practice in Acute & Critical Care*, 13, 358–366.

DUMAS, L. G. & RAMADURAI, M. (2009) Pain management in the nursing home. *The Nursing Clinics of North America*, 44, 197–208.

DUNCAN, J. G., FORBES-THOMPSON, S. & BOTT, M. J. (2008) Unmet symptom management needs of nursing home residents with cancer. *Cancer Nursing*, 32, 265–273.

DUNN, K. S. (2001) The effects of physical restraints on fall rates in older adults who are institutionalized. *Journal of Gerontological Nursing*, 27, 40–48

DUNNE, K. (2005) Effective communication in palliative care. *Nursing Standard*, 20, 57–64.

DUNNE, K., SULLIVAN, K. & KERNOHAN, G. (2005) Palliative care for patients with cancer: district nurses' experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 50, 372–380.

DURKIN, I., KEARNEY, M. & O'SIORAIN, L. (2003) Psychiatric disorder in a palliative care unit. *Palliative Medicine*, 17, 212–218.

DYCK, M. J. (2002) Nursing informatics: applications for long-term care. *Journal of Gerontological Nursing* 28, 30–39.

EASLEY, M. K. & ELLIOTT, S. (2001) Managing pain at the end of life. *Nursing Clinics of North America*, 34.

EBERHARDIE, C. (2002) Nutrition and the older adult. *Nursing Older People*, 14, 22–27.

- EBERL, I. & SCHNEPP, W. (2006) Familiengesundheitspflege in Deutschland: Konsensfindung als Grundlage. *Pflege*, 19, 234 – 243.
- EDLUND, B. J., LUFKIN, S. R. & FRANKLIN, B. (2003) Long-term care planning for baby boomers: addressing an uncertain future. *Online Journal of Issues in Nursing*, 8, o.S.
- EDNEY, J., MALLIA, V. & FARRELL-RENEWICK, C. (2002) The challenges in establishing and maintaining a young adult unit: younger, cognitively intact, self-directed residents require a unique, therapeutic environment in order to thrive in a LTC setting. *Canadian Nursing Home* 13, 4-10.
- EDSBERG, L. E., BROGAN, M. S., JAYNES, C. D. & FRIES, K. (2002) Topical hyperbaric oxygen and electrical stimulation: exploring potential synergy. *Ostomy Wound Management*, 48, 42-4, 46-50.
- EDWARDS, J. (2001) A model of palliative care for the adolescent with cancer. *International Journal of Palliative Nursing*, 7, 485-488.
- EISENSCHINK, A. M., KIRCHNER, E., BAUDER-MIßBACH, H., LOY, S. & KRON, M. (2003) Auswirkungen der kinästhetischen Mobilisation im Vergleich zur Standardmobilisation auf die Atemfunktion bei Patienten nach aorto-coronarer Bypass-Operation. *Pflege*, 16, 205-215.
- EKPE, H. I. (2001) Empowerment for adults with chronic mental health problems and obesity. *Nursing Standard*, 2001, 39.
- ELAINE, P. (2003) Primary health care provision for adults with a learning disability. *Journal of Advanced Nursing*, 42, 413-423.
- ELIA, M., ZELLIPOUR, L. & STRATTON, R. J. (2004) To screen or not to screen for adult malnutrition? *Clin Nutrition*, 24, 867-884.
- ELLENBECKER, C. H., BYRNE, K., O'BRIEN, E. & ROGOSTA, C. (2002) Nursing Clinics in Elder Housing: Providing Access and Improving Health Care Outcomes. *Journal of Community Health Nursing*, 19, 7-15.
- ELMER, L. (2004) Cognitive issues in Parkinson's disease. *Neurologic Clinics*, 22, 91-106.
- ENGBERG, S., KINCADE, J. & THOMPSON, D. (2004) Future directions for incontinence research with frail elders. *Nursing Research* 53, 22-29.

ENGEL, R. & KRIEGL, M. (2009) Die Grundausbildung als Bachelor-Studium; Mit Advanced Nursing Practice zu mehr Pflegekompetenz Qualifizierungsentwicklung der professionellen Pflege im europäischen „Gleichklang“; Herausforderungen der Zukunft besser bewältigen. ProCare, 14.

EORNA (o. D.) EORNA Curriculum European Operating Room Nurses Association, http://www.eorna.eu/EORNA-Curriculum_a18.html (06.09.2009).

ERIKSSON, C. & SAVEMAN, B. (2002) Nurses' experiences of abusive/non-abusive caring for demented patients in acute care settings. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16, 79–85.

ESBERGER, M. (Ed.) (2007) SÄUGLINGSERNÄHRUNG HEUTE 2006. Struktur- und Beratungsqualität an den Geburtenkliniken in Österreich. Ernährung von Säuglingen im ersten Lebensjahr, <http://www.bmgfj.gv.at> (12.07.2009).

ESTOK, P. J., SEDLAK, C. A., DOHENY, M. O. & HALL, R. (2007) Structural model for osteoporosis preventing behavior in postmenopausal women. *Nursing Research*, 56, 148–158.

EUGLOREH (2007) EU Public Health Programme Project. Global Report on the Health Status in the European Union. http://www.eugloreh.it/ActionPagina_979.do.

EUROPEAN COMMISSION (2003) Musculoskeletal Problems and Functional Limitation. Indicators for Monitoring Musculoskeletal Problems and Conditions. The Great Public Health Challenge for the 21st Century. University of Oslo, http://www.boneandjointdecade.de/downloads/eu_health-indicator-project.pdf (27.08.2009).

EUROPEAN COMMUNITIES (2008) Major and Chronic Diseases. REPORT 2007. By the Task Force on Major and Chronic Diseases of DG SANCO's Health Information Strand., http://ec.europa.eu/health/ph_threats/non_com/docs/mcd_report_en.pdf, (27.08.2009).

EVANS, B. D. (2002) Improving Palliative Care in the Nursing Home: From a Dementia Perspective. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 4, 91 – 99.

EVANS, D. T. (2006) Promoting sexual health to young people to reduce STIs. *Nursing Times*, 102, 25–26.

EVERETT, B. (2008) Supporting sexual activity in long-term care. *Nursing Ethics*, 15, 87–96.

- EVERS, D. B. (2002) The pediatric nurse's role as health consultant to a child care center. *Pediatric Nursing*, 28, 231–237.
- EWERS, M. (2001) Klinische Pflegeexperten: das Beispiel der Infusionstherapie Einführung und Bibliographie. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW), P01–112, 1–91.
- EXLEY, C., FIELD, D., JONES, L. & STOKES, T. (2005) Palliative care in the community for cancer and end-stage cardiorespiratory disease: the views of patients, lay-carers and health care professionals. *Palliative Medicine*, 19, 76–83.
- FALSEY, A. R. & WALSH, E. E. (2005) Respiratory syncytial virus infection in elderly adults. *Drugs & Aging*, 22, 577–587.
- FARRELL, J. J. & PETRIK, S. C. (2009) Hydration and nosocomial pneumonia: killing two birds with one stone (a toothbrush). *Rehabilitation Nursing* 34, 47–50, 83.
- FAULL, C. & HIRSCH, C. (2000) Symptom management in palliative care. *Professional Nurse*, 16, 840–843.
- FAWCETT, J. & GRAHAM, I. (2005) Advanced Practice Nursing: Continuation of the Dialogue. *Nursing Science Quarterly*, 18, 37–41.
- FEINBERG, L. F. & WHITLATCH, C. J. (2002) Decision-making for persons with cognitive impairment and their family caregivers. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 17, 237–244
- FELDMAN, S. M., ROSEN, R. & DESTASIO, J. (2009) Status of diabetes management in the nursing home setting in 2008: a retrospective chart review and epidemiology study of diabetic nursing home residents and nursing home initiatives in diabetes management. *Journal of the American Medical Directors Association* 10, 354–360.
- FELIX, H. C. (2008a) Obesity, disability, and nursing home admission. *Annals of Long Term Care*, 16, 33–36.
- FELIX, H. C. (2008b) Personal care assistance needs of obese elders entering nursing homes. *Journal of the American Medical Directors Association*, 9, 319–326.
- FERNANDEZ, R. S., DAVIDSON, P., GRIFFITHS, R., JUERGENS, C., STAFFORD, B. & SALAMONSON, Y. (2009) A pilot randomised controlled trial comparing a health-related lifestyle self-management intervention with standard cardiac rehabilitation following an acute cardiac event: Implications for a larger clinical trial. *Australian Critical Care*, 22, 17–27.

FERRARI, A. (2005) The Collaboration of Public Health Nursing and Primary Care Nursing in the Development of a Nurse Managed Health Center. *Nursing Clinics of North America*, 40, 771–778.

FERRELL, B., JUAREZ, G., BORNEMAN, T. & TER VEER, A. (1999) Outcomes of Pain Education in Community Home Care. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 1, 141–150.

FERRELL, B., LEVY, M. H. & PAICE, J. (2008) Managing pain from advanced cancer in the palliative care setting. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 12, 575–581.

FERRELL, B. R., VIRANI, R., SMITH, S. & JUAREZ, G. (2003) The role of oncology nursing to ensure quality care for cancer survivors: a report commissioned by the National Cancer Policy Board and Institute of Medicine. *Oncology Nursing Forum*, 30, E1–E11.

FGÖ (2007) Grundlagenkonzept zu Interventionen der Herz-Kreislauf-Gesundheit. Fonds Gesundes Österreich, <http://www.fgoe.org/der-fonds/prioritaten/herz-kreislaufgesundheit> (24.09.2009).

FGÖ (2008) 2008 Arbeitsprogramm. Fonds Gesundes Österreich, http://www.goeg.at/media/download/berichte/FGOE_Arbeitsprogramm_2008.pdf, 10.07.2009.

FGÖ (2009) Strategie für das Jahr 2008 und darüber hinaus. Fonds Gesundes Österreich, <http://www.fgoe.org/der-fonds/prioritaten/> (24.08.2009).

FINN, M. P. (2009) Nursing home wound care: the case for hyperbaric medicine: improve healing and help your facility offer 21st century resident care. *Long-Term Living: For the Continuing Care Professional*, 58, 24, 26–7.

FINUCANE, T. E., CHRISTMAS, C. & LEFF, B. A. (2007) Tube feeding in dementia: how incentives undermine health care quality and patient safety. *Journal of the American Medicine Directors Association*, 8, 205–208.

FISHER, H. M. & RAPHAEL, T. G. (2003) Managed long-term care: care integration through care coordination. *Journal of Aging & Health*, 15, 223–245.

FLANAGAN, J. (2001) Clinically effective cancer care: working with families. *European Journal of Oncology Nursing*, 5, 174–179.

FLANNERY, R. B. (2003) Staff victims of elder patient abuse and the Assaulted Staff Action Program (ASAP): preliminary empirical inquiry. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other, Dementias*, 18, 93–96.

- FLETCHER, K. R. & CINALLI, M. (2007) Identification, optimal management, and infection control measures for *Clostridium difficile*-associated disease in long-term care. *Geriatric Nursing*, 28, 171–181.
- FLEURY, J. & MOORE, S. M. (1999) Family-centered care after acute myocardial infarction. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 13, 73–82.
- FLOOD, M. & NEWMAN, A. M. (2007) Obesity in Older Adults: Synthesis of Findings and Recommendations for Clinical Practice. *Journal of Gerontological Nursing* 33, 19–35.
- FLOWERS, B. (2003) Palliative care for patients with end-stage heart failure. *Nursing Times*, 99, 30–32.
- FORBES, A. & WHILE, A. (2009) The nursing contribution to chronic disease management: a discussion paper. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 120–131.
- FORBES, A., WHILE, A., ULLMAN, R. & MURGATROYD, B. (2007) The contribution of nurses to child health and child health services: findings of a scoping exercise. *Journal of Child Health Care*, 11, 231–247.
- FOWLES, E. R. & FOWLES, S. L. (2008) Healthy eating during pregnancy: determinants and supportive strategies. *Journal of Community Health Nursing*, 25, 138–152.
- FOX, P. L., RAINA, P. & JADAD, A. R. (199) Prevalence and treatment of pain in older adults in nursing homes and other long-term care institutions: a systematic review. *Canadian Medical Association*, 160, 329–333.
- FRANCIS, C. (2004) Asthma and older people: improving nursing care. *Nursing Older People*, 16, 22–27.
- FRANK, W., KONTA, B., PRUSA, N. & RAYMANN, C. (2006) Bedeutung der intensivierten Pflege. *Schriftenreihe Health Technology Assessment (HTA) in der Bundesrepublik Deutschland*, Bd. 28, http://gripsdb.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta132_bericht_de.pdf (24.06.2009).
- FRENN, M., MALIN, S. & BANSAL, N. K. (2003) Stage-based interventions for low-fat diet with middle school students. *Journal of Pediatric Nursing*, 18, 36–45.
- FRIDLUND, B. (2002) The role of the nurse in cardiac rehabilitation programmes. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 1, 15–18.

- FRIED, O. (2003) Palliative care for patients with end-stage renal failure: reflections from Central Australia. *Palliative Medicine*, 17, 514–519
- FROGGATT, K. A. & HOULT, L. (2002) Developing palliative care practice in nursing and residential care homes: the role of the clinical nurse specialist. *Journal of Clinical Nursing*, 11, 802–808
- FROGGATT, K. A., POOLE, K. & HOULT, L. (2002) The provision of palliative care in nursing homes and residential care homes: a survey of clinical nurse specialist work. *Palliative Medicine*, 16, 481–487.
- FROMME, E. K., BASCOM, P. B., SMITH, M. D., TOLLE, S. W., HANSON, L., HICKAM, D. H. & OSBORNE, M. L. (2006) Survival, mortality, and location of death for patients seen by a hospital-based palliative care team. *Journal of Palliative Medicine*, 9, 903–911.
- FRÖSCHL, B., HAAS, S. & WIRL, C. (2009) Prävention von Adipositas bei Kindern und Jugendlichen (Verhaltens- und Verhältnisprävention). Schriftenreihe Health Technology Assessment (HTA) in der Bundesrepublik Deutschland, Bd. 85, http://gripsdb.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta242_bericht_de.pdf (17.06.2009).
- FUCHS-LACELLE, S., HADJISTAVROPOULOS, T. & LIX, L. (2008) Pain assessment as intervention: a study of older adults with severe dementia. *Clinical Journal of Pain*, 24, 697–707.
- GALANOS, A. N. (2004) Palliative care in long-term care: communicating with families. *Annals of Long Term Care* 12, 26–32.
- GALIK, E. M., RESNICK, B., GRUBER-BALDINI, A., NAHM, E., PEARSON, K. & PRETZER-ABOFF, I. (2008) Pilot testing of the restorative care intervention for the cognitively impaired. *Journal of the American Medical Directors Association*, 9, 516–522.
- GALIK, E. M., RESNICK, B. & PRETZER-ABOFF, I. (2009) 'Knowing what makes them tick': motivating cognitively impaired older adults to participate in restorative care. *International Journal of Nursing Practice*, 15, 48–55.
- GALLAGHER, S. (2005) Caring for the child who is obese: mobility, caregiver safety, environmental accommodation, and legal concerns. *Pediatric Nursing*, 31, 17–20, 24–25.
- GARRITY, M., FELLO, M. & ANDERSON, S. (2007) A salute to an unsung hero: the hospice nursing assistant. *Home Health Care Management & Practice*, 19, 385–388.

- GATES, D., BREHM, B., HUTTON, S., SINGLER, M. & POEPELMA, A. (2006) Changing the work environment to promote wellness: a focus group study. *American Association of Occupational Health Nurse*, 54, 515–520.
- GAUGLER, J. E., ANDERSON, K. A., ZARIT, S. H. & PEARLIN, L. I. (2004) Family involvement in nursing homes: effects on stress and well-being. *Aging & Mental Health*, 8, 65–75.
- GAUGLER, J. E., PEARLIN, L. I., LEITSCH, S. A. & DAVEY, A. (2001) Relinquishing in-home dementia care: difficulties and perceived helpfulness during the nursing home transition. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 16, 32–42.
- GAUGLER, M. E. (2006) Issues in long term care. Family involvement and resident psychosocial status in long-term care. *Clinical Gerontologist*, 29, 79–98.
- GEOGHAN, D. A. (2008) Understanding palliative nursing care. *Journal of Practical Nursing*, 58, 6–9.
- GEORG, J. & FROHWEIN, M. (Eds.) (1999) *Pflege Lexikon*, Wiesbaden, Ullstein Medical.
- GERBER, C. S. (2005) Understanding and Managing Coma Stimulation: Are We Doing Everything We Can? *Critical Care Nursing Quarterly*, 28, 94–108.
- GESUNDHEIT-EU (2009) Das Portal der Europäischen Union zur öffentlichen Gesundheit. http://ec.europa.eu/health/eu/care_for_me/long_term_care/index_de.htm (13.08.2009), o.S.
- GIBSON, M. C. & BOL, N. (2001) Changing practice: improving pain management for older adults in long-term care. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 16, 56–65.
- GILBODY, S. (2008) Depression in older adults: collaborative care model seems effective. *Evidence-Based Mental Health*, 11, 44.
- GILLESPIE, S. M. & FRIEDMAN, S. M. (2007) Fear of falling in new long-term care enrollees. *Journal of the American Medical Directors Association*, 8, 307–313.
- GILLIS, A. J. & MACDONALD, B. (2006) Unmasking delirium: nurses can play a key role in the prevention, detection and treatment of delirium in older adults. *Canadian Nurse*, 102, 18–24.
- GLASS, N., TAYLOR, B., STIRLING, K. & MCFARLANE, J. (1999) Making a difference with dying people: positive nurse-patient interactions. *Contemporary Nurse*, 8, 159–165.

GÖG (2007) Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung, Gesundheit Österreich GmbH Geschäftsbereich ÖBIG, http://www.goeg.at/media/download/hos_pal_broschuere_2007.pdf (08.07.2009).

GOGOL, M. (2008) Das Delir im höheren Lebensalter. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 41, 431–439.

GOLDBERG, G. R. & MORRISON, R. S. (2007) Pain management in hospitalized cancer patients: a systematic review. Journal of Clinical Oncology, 25, 1792–1801.

GOLDSTEIN, P. C. (2006) Impact of disease management programs on hospital and community nursing practice. Nurs Economics, 24, 308–133.

GOLSÄTER, M., ENSKÄR, K., LINGFORS, H. & SIDENVALL, B. (2009) Health counselling: parental-oriented health dialogue – an innovation for child health nurses. Journal of Child Health Care, 13, 75–88.

GOMES, A. M. & CABRAL, I. E. (2009) The medication care to children with HIV: challenges and dilemmas of family caregivers. Revista Brasileira de Enfermagem, 62, 252–257.

GORMAN, L. M. (2001) Hospice and palliative nursing competencies. Home & Health-care Nurse, 19, 585.

GORSKI, M. S. & HACKBARTH, D. (2005) Quality of care in nursing homes. Online Journal of Clinical Innovations, 8, 1–61.

GORSKI, P. A., BORCHERS, D. A., GLASSY, D., HIGH, P., JOHNSON, C. D., LEVITZKY, S. E., PALMER, S. D., ROMANO, J. & SZILAGYI, M. (2002) Health Care of Young Children in Foster Care. Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care. Pediatrics, 109, 536–541.

GOSS, L. K. (2008) The essentials of hospital-acquired pneumonia. Nursing Made Incredibly Easy, 6, 32–43, 55.

GOSELIN-ACOMB, T. K. (2006) Role of the radiation oncology nurse. Seminars in Oncology Nursing, 22, 198–202.

GRAF, C. L. (2008) The hospital admission risk profile: the HARP helps to determine a patient's risk of functional decline. American Journal of Nursing 108, 62–72.

- GRAINGER, M., CASTLEDINE, G., WOOD, N. & DILLEY, C. (2007) Continence care. Researching the management of constipation in long-term care. Part 2. *British Journal of Nursing*, 16, 1212–1217.
- GRANT, M. & KRAVITS, K. (2000) Symptoms and their impact on nutrition. *Seminars in Oncology Nursing*, 16, 113–121.
- GRÄSEL, E., SCHMIDT, R., BIEHLER, J. & SCHUPP, W. (2006) Long-term effects of the intensification of the transition between inpatient neurological rehabilitation and home care of stroke patients. *Clinical Rehabilitation*, 20, 577–583.
- GRAVES, S. D. & ARANDA, S. (2005) When a child cannot be cured – reflections of health professionals. *European Journal of Cancer Care*, 14, 132–140.
- GRAVES, V. A. (2005) The Unique Health Needs of Young Women: Application for Occupational Health Professionals. *American Association of Occupational Health Nursing*, 53.
- GRBICH, C., PARISH, K., GLAETZER, K., HEGARTY, M., HAMMOND, L. & MCHUGH, A. (2006) Communication and decision making for patients with end stage diseases in an acute care setting. *Contemporary Nurse*, 23, 21–37.
- GREENBERG, S. A. (2007) How to try this. The Geriatric Depression Scale: Short Form: depression in older adults is underdiagnosed; try this short, simple tool to screen for depression. *American Journal of Nursing*, 107, 60–66, 69.
- GREENE, E., LUCARELLI, P. & SHOCKSNIDER, J. (1999) Health promotion and education in youth correctional facilities. *Pediatric Nursing*, 25, 312–314.
- GREENE, J., CALDWELL, G., MCVEIGH, A., RANKIN, M. G. & SHEERAN, C. (2008) Timely and effective hospital discharge for older people: a person centred approach. *International Journal of Clinical Leadership*, 16, 49–57.
- GREENSTREET, W. (2001) The concept of total pain: a focused patient care study. *British Journal of Nursing*, 10, 1248–1255.
- GREENWALD, P. (2005) The future of cancer prevention. *Seminars in Oncology Nursing*, 21, 296–298.
- GRIFFITHS, P. (2006) Moving elderly inpatients to a transitional care facility reduced hospital stay but increased time to transfer to long term care. *Evidence-Based Nursing*, 9, 90.

GRIGSBY, J., KAYE, K., KOWALSKY, J. & KRAMER, A. M. (2002) Relationship between functional status and the capacity to regulate behavior among elderly persons following hip fracture. *Rehabilitation Psychology* 47, 291–307.

GRINDEL, M. E. & GRINDEL, C. G. (2006) Nursing care of the person having bariatric surgery. *MEDSURG Nursing*, 15, 129–416.

GROCOTT, P. & COWLEY, S. (2001) The palliative management of fungating malignant wounds—generalising from multiple–case study data using a system of reasoning. *International Journal of Nursing Studies*, 38, 533–545.

GROEN, K. A. (1999) Primary and metastatic liver cancer. *Seminars in Oncology Nursing*, 15, 48–57.

GROSCH, K., MEDVENE, L. & WOLCOTT, H. (2008) Person–centered caregiving instruction for geriatric nursing assistant students: development and evaluation. *Journal of Gerontological Nursing*, 34, 23–33.

GROSSMAN, S. (2007) Educating RNs Regarding Palliative Care in Long–Term Care Generates Positive Outcomes for Patients With End–Stage Chronic Illness. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 9, 323–328.

GROV, E. K. & EKLUND, M. L. (2008) Reactions of primary caregivers of frail older people and people with cancer in the palliative phase living at home. *Journal of Advanced Nursing*, 63, 576–585.

GROVE, L. J., LOEB, S. J. & PENROD, J. (2009) Selective optimization with compensation: a model for elder health programming. *Clinical nurse specialist*, 23, 25–32.

GRÜN, O. & MAIER, M. (2008) Merkmale und Empowerment–Potentiale von Case Management–Programmen. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 158, 160–168.

GRUNDBÖCK, A. (2001) Case Management – Steuerung von extramuralen Gesundheits– und Sozialleistungen, Wien, Dachverband Wiener Pflege– und Sozialdienste.

GUNDERSON, E. P. (2008) Breast–feeding and diabetes: long–term impact on mothers and their infants. *Current Diabetes Reports*, 8, 279–286.

HAAS, L. B. (2007) Optimizing insulin use in type 2 diabetes: role of basal and prandial insulin in long–term care facilities. *Journal of the American Medical Directors Association*, 8, 502–510.

HAERENS, L., DEFORCHE, B., VANDELANOTTE, C., MAES, L. & BOURDEAUDHUIJ, I. D. (2007) Acceptability, feasibility and effectiveness of a computer-tailored physical activity intervention in adolescents. *Patient Education and Counseling*, 66, 303–310.

HAIGH, C. (2001) Clinical practice. Contribution of multidisciplinary team to pain management. *British Journal of Nursing* 10, 370–374.

HALLENSLEBEN, J. & JASKULEWICZ, G. (2005) Begleitforschung für ambulant betreute Wohngemeinschaften für demenzkranke Menschen. *PFLEGE & GESELLSCHAFT*, 10, 97–101.

HAMMETT, L., HARVATH, T. A., FLAHERTY-ROBB, M., SAWYER, G. & OLSON, D. (2007) Remote wound care consultation for nursing homes: using a Web-based assessment and care planning tool. *Journal of Gerontological Nursing*, 33, 27–35.

HAMPTON, S. (2000) Case study: the treatment or palliative care of pressure ulcers. *British Journal of Nursing*, 12, 32–34.

HAN-MARKEY, T. (2000) Nutritional considerations in pediatric oncology. *Seminars in Oncology Nursing*, 16, 146–151.

HANKS, C. A. & SMITH, J. (1999a) Implementing Nurse home visitation programs. *Public health nursing*, 16, 235–245.

HANKS, C. A. & SMITH, J. (1999b) Implementing nurse home visitation programs. *Public Health Nursing*, 16, 235–45.

HANSON, L. & HENDERSON, M. (2000) Care of Dying in Long-Term Care Settings. *Clinics in Geriatric Medicine*, 16, 225–237.

HANSON, L. C., REYNOLDS, K. S., HENDERSON, M. & PICKARD, G. (2005) A Quality Improvement Intervention to Increase Palliative Care in Nursing Homes. *Journal of Palliative Medicine*, 8, 576–584.

HAPP, M. B., CAPEZUTI, E., STRUMPF, N. E., WAGNER, L., CUNNINGHAM, S., EVANS, L. & MAISLIN, G. (2002) Advance Care Planning and End-of-Life Care for Hospitalized Nursing Home Residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50, 829–835.

HARAS, M. S. (2008) Planning for a good death: a neglected but essential part of ESRD care. *Nephrology Nursing*, 35, 451–458.

HARBISON, J. (2001) Clinical decision making in nursing: theoretical perspectives and their relevance to practice. *Journal of Advanced Nursing*, 35, 126–133.

HARDIN, S. R. (2007) Cardiac disease and sexuality: implications for research and practice. *Nursing Clinics of North America*, 42, 593–603.

HARMER, V. (2008) Breast cancer. Part 3: advanced cancer and psychological implications. *British Journal of Nursing*, 17, 1088, 1090, 1092.

HARPER, G. M. (2005) Managing urinary incontinence in older patients. *Johns Hopkins Advanced Studies in Medicine*, 5, 537–45.

HARRIS, J. S. (2006) Infection control in pediatric extended care facilities. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 27, 598–603.

HARRIS, R., RICHARDSON, G., GRIFFITHS, P., HALLETT, N. & WILSON-BARNET, J. (2005) Economic evaluation of a nursing inpatient unit: the impact of findings on management decisions of service utility and sustainability. *Journal of Nursing Management*, 13, 428–438.

HARTMAN-STEIN, P. E. & POTKANOWICZ, E. S. (2003) Behavioral determinants of healthy aging: good news for the baby boomer generation. *Online Journal of Issues in Nursing*, 8, o. S.

HATRICK, G. (2000) Developing health-promoting practice with families: one pedagogical experience. *Journal of Advanced Nursing*, 31, 27–34.

HASSELER, M. (2006) Potenziale pflegerischer Berufe in Prävention und Gesundheitsförderung. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 3, 166–173.

HATMAKER, G. (2003) Development of a skin cancer prevention program. *Journal of School Nursing*, 19, 89–92.

HAUER, K., SPECHT, N., SCHULER, M., BÄRTSCH, P. & OSTER, P. (2002) Intensive physical training in geriatric patients after severe falls and hip surgery. *Age and Ageing*, 31, 49–57.

HAYNES, C. (1999) Emergence delirium: a literature review. *British Journal of Theatre Nursing*, 9, 502–503, 506–510.

HAYWARD, K. (2005) Facilitating interdisciplinary practice through mobile service provision to the rural older adult. *Geriatric Nursing*, 26, 29–33.

- HEAD, B. (2003) Palliative care for persons with dementia. *Home Healthcare Nurse*, 21, 53–60.
- HEATH, S. (1999) Cancer rehabilitation for children: using a model to guide practice. *European Journal of Oncology Nursing*, 3, 89–89.
- HEATH, S. (2007) Cancer rehabilitation for children: a model with potential. *European Journal of Cancer Care*, 5, 139 – 142.
- HEATH, T. & WATSON, R. (2002) Managing urinary continence in men. *Nursing Older People*, 14, 14–16, 18–19.
- HEATHER, F. (2002) Pro-motion: a positive way forward for clients with severe and enduring mental health problems living in the community, part 1. *British Journal of Occupational Therapy*, 65, 551–558.
- HEATHER, F. (2003) Pro-motion: a positive way forward for clients with severe and enduring mental health problems living in the community, part 2. *British Journal of Occupational Therapy*, 66, 25–30.
- HEDBERG, B. (2004) Environmental elements affecting the decision-making process in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 13, 316–324.
- HEDELIN, B. & SVENSSON, G. (2003) Psychiatric nursing for promotion of mental health and prevention of depression in the elderly: a case study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 6, 115–124.
- HEITKEMPER, M., JARRETT, M., KURASHIGE, E. M. & CARITHERS, R. (2001) Chronic hepatitis C: implications for health-related quality of life. *Gastroenterology Nursing*, 24, 169–177.
- HEMMING, L. & MAHER, D. (2005) Cancer pain in palliative care: why is management so difficult? . *British Journal of Community Nursing*, 10, 362–367.
- HENDRICH, A. (2007) How to try this. Predicting patient falls: using the Hendrich II Fall Risk Model in clinical practice. *American Journal of Nursing*, 107, 50–54, 57–59.
- HENOCH, I. & GUSTAFSSON, M. (2003) Pressure ulcers in palliative care: development of a hospice pressure ulcer risk assessment scale. *International Journal of Palliative Nursing*, 9, 474–484.

- HENRIKSSON, A. & ANDERSHED, B. (2007) A support group programme for relatives during the late palliative phase. *International journal of palliative nursing*, 13, 175–183.
- HERN, M. J., MARINE, S. A. & MORRIS, T. A. (1999) Nursing's role in NetWellness: a children and adolescent health information resource via the Web. *Journal of Pediatric Nursing* 14, 222–230.
- HEROUVIN, L. (2007) From hospital to home for technology-dependent children. *Paediatric Nursing*, 19, 34.
- HERRMAN, J. W. (2006) Society news. Position statement on the role of the pediatric nurse working with sexually active teens, pregnant adolescents, and young parents. *Journal of Pediatric Nursing* 21, 250–252.
- HIGNETT, S. & MASUD, T. (2006) A review of environmental hazards associated with in-patient falls. *Ergonomics*, 49, 605–616.
- HILFINGER MESSIAS, D. K., DE JONG, M. K. & MCLOUGHLIN, K. (2005) Being Involved and Making a Difference Empowerment and Well-Being Among Women Living in Poverty. *Journal of Holistic Nursing*, 23, 70–88.
- HILL, D. & HART, K. (2001) A practical approach to nutritional support for patients with advanced cancer. *International Journal of Palliative Nursing*, 7, 317–321.
- HILTON, B. A., THOMPSON, R., MOORE-DEMPSEY, L. & HUTCHINSON, K. (2001) Urban outpost nursing: the nature of the nurses' work in the AIDS Prevention Street Nurse Program. *Public Health Nursing*, 18.
- HINTON, V. & FISH, M. (2006) Ein Konzept für die nephrologische Pflege am Ende des Lebens. *Journal of Renal Care*, 32, 172–176.
- HIRSCHFELD, M. (2000) Home Care, a global perspective. *World Congress on Home Care*, Wien/Österreich.
- HIRSCHMAN, K. B., KAPO, J. M., STRATON, J. B., STANLEY, L., STRUMPF, N. E. & CASARRET, D. J. (2005) Hospice in long-term care. *Annals of Long Term Care*, 13.
- HITTHALLER, A. (2008) Richtig Essen von Anfang an. Entstanden im Rahmen des Kooperationsprojekts zwischen AGES, BMGFJ und HV der Sozialversicherungsträger, [http://www.hauptverband.at/mediaDB/Projektbericht_Richtig Essen von Anfang an.pdf](http://www.hauptverband.at/mediaDB/Projektbericht_Richtig_Essen_von_Anfang_an.pdf) (12.07.2009).

- HJELM, K., MUFUNDA, E., NAMBOZI, G. & KEMP, J. (2003) Preparing nurses to face the pandemic of diabetes mellitus: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 41, 424–434.
- HOCKENBERRY, M. & HOOKE, M. C. (2007) Symptom clusters in children with cancer. *Seminars in Oncology Nursing*, 23.
- HODGSON, N. A. (2002) Epidemiological trends of cancer in older adults: implications for gerontological nursing practice and research. *Journal of Gerontological Nursing* 28, 34–43, 52–53.
- HOFFMAN, S. (2003) Sleep in the older adult: implications for nurses. *Geriatric Nursing*, 24, 210–216.
- HOFMANOVA, I. (2006a) Pre-conception care and support for women with diabetes. *British Journal of Nursing*, 15, 90–04.
- HOFMANOVA, I. (2006b) Pre-conception care and support for women with diabetes. *British Journal of Nursing*, 15, 90–94.
- HOGG, R. & HANLEY, J. (2008) Community development in primary care: opportunities and challenges. *Community Practitioner*, 81, 22–25.
- HÖHMANN, U. (2002) Versorgungskontinuität durch „Kooperative Qualitätsentwicklung“ und abgestimmtes Trajektmanagement. *Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und den Pflegewissenschaften.*, 2, <http://www.medizin.uni-halle.de/pflegewissenschaft/media/HalBeitr/Halle-PfleGe-02-04.pdf> (04.07.2009).
- HOLDER, H. (2003) Nursing management of nutrition in cancer and palliative care. *British Journal of Nursing*, 12, 667–8, 670, 672–4.
- HOLLAND, D. & HOLLAND, D. (2002) Children’s Health Promotion Through Caregiver Preparation in Pediatric Brain Injury Settings: Compensating for Shorter Hospital Stays with a Three-Phase Model of Health Education and Annotated Bibliography. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 25, 73–96.
- HOLLAND, N. J. & NORTHROP, D. E. (2006) Young adults with multiple sclerosis: management in the home. *Home Health Care Management & Practice*, 18, 186–195.
- HOLROYD, S. (2004) Managing dementia in long-term care settings. *Clinics in Geriatric Medicine*, 20, 83–92.

- HOLTSLANDER, L. F. (2008) Caring for bereaved family caregivers: analyzing the context of care. *Clinical journal of oncology nursing*, 12, 501–506.
- HONNOR, A. (2008) The management of chronic oedema in palliative care. *British Journal of Community Nursing*, 13, 4–9.
- HOPKINS, K. F. & TOOKMAN, A. J. (2000) Rehabilitation and specialist palliative care. *International Journal of Palliative Nursing*, 6, 123–130.
- HOPKINS, R. O., SPUHLER, V. J. & THOMSEN, G. E. (2007) Transforming ICU culture to facilitate early mobility. *Critical Care Clinics*, 23, 81–96.
- HOPPER, T. L. (2003) “They’re just going to get worse anyway”: perspectives on rehabilitation for nursing home residents with dementia. *Journal of Communication Disorders*, 36, 345–359.
- HORDERN, A. J. & STREET, A. F. (2007) Let’s talk about sex: risky business for cancer and palliative care clinicians. *Contemporary Nurse*, 27, 49–60.
- HORNER, S. D. & FOULADI, R. T. (2008) Improvement of rural children’s asthma self-management by lay health educators. *Journal of School Health*, 78, 506–513.
- HOSPIZ ÖSTERREICH (2008) Ergebnisse der Datenerhebung 2008 von Hospiz Österreich. http://www.hospiz.at/pdf_dl/Ergebnisse_Datenerhebung_2008.pdf, (05.10.2009).
- HOSTLER, S. L. (1999) Pediatric Family-Centered Rehabilitation. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 14, 384–393.
- HOTHAM, E. D., GILBERT, A. L. & ATKINSON, E. R. (2005) Case studies of three pregnant smokers and their use of nicotine replacement therapy. *Midwifery*, 21, 224–232.
- HOUDE, S. C. & MELILO, K. D. (2000) Physical activity and exercise counseling in primary care. *Nurse Practitioner*, 25, 8–39.
- HOULAHAN, K. E., BRANOWICKI, P. A., MACK, J. W., DINNING, C. & MCCABE, M. (2006) Can end of life care for the pediatric patient suffering with escalating and intractable symptoms be improved? *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 23, 45–51.
- HOWARD, K. R. (2007) Childhood Overweight: Parental Perceptions and Readiness for Change. *The Journal of School Nursing*, 23, 73–79.

HOWE, L. (2008) Education and empowerment of the nursing assistant: validating their important role in skin care and pressure ulcer prevention, and demonstrating productivity enhancement and cost savings. *Advanced Skin Wound Care*, 21, 275–281.

HOYER, S. & HORVAT, L. (2000) Successful breast-feeding as a result of a health education programme for mothers. *Issues and innovations in nursing practice. Journal of Advanced Nursing*, 32, 1158–1167.

HUGHES, A. (2005) Poverty and palliative care in the US: issues facing the urban poor. *International Journal of Palliative Nursing*, 11, 6–13.

HUIZING, A. R., HAMERS, J. P. H., DE JONGE, J., CANDEL, M. & BERGER, M. P. F. (2007) Organisational determinants of the use of physical restraints: a multilevel approach. *Social Science & Medicine*, 65, 924–933.

HUIZING, A. R., HAMERS, J. P. H., GULPERS, M. J. M. & BERGER, M. P. F. (2009) Preventing the use of physical restraints on residents newly admitted to psycho-geriatric nursing home wards: a cluster-randomized trial. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 459–469.

HUMMEL, P. & CRONIN, J. (2004) Home Care of the High-Risk Infant. *Advances in Neonatal Care*, 4, 354–364.

HUNT, C., WAKEFIELD, S. & HUNT, G. (2001) Community Nurse Learning Disabilities: A Case Study of the Use of an Evidence-Based Screening Tool to Identify and Meet the Health Needs of People with Learning Disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities*, 5, 9–18.

HUNTER, D., MCCARTNEY, G., FLEMING, S. & GUY, F. (2008) Improving the health of looked after children in Scotland. The views of residential care workers on the promotion of health and well-being of the children they care for. *Adoption and Fostering*, 32, 57–63.

HURDLE, D. E. (2007) Breast cancer prevention with older women: a gender-focused intervention study. *Health Care Women International*, 28, 872–878.

HURLIMANN, B., HOFER, S. & HIRTER, K. (2001) The role of the clinical nurse specialist. *International Nursing Review*, 48, 58–64.

HUSBAND, J. (2008) The evolving role of the community nurse specialist in palliative care. *British Journal of Community Nursing*, 13, 26–30.

HUSEBØ, B. S., HUSEBØ, S. & DAHL, B. H. (2004) Old and Given up for Dying? Palliative Care Units in Nursing Homes. *Illness, Crisis, & Loss*, 12, 75–89.

HYDÉN, L.-C. & BÜLOW, P. H. (2003) Who's talking: drawing conclusions from focus groups – some methodological considerations. *International Journal of Social Research Methodology*, 6, 305–321.

HYDÉN, L. C. & BAGGENS, C. (2004) Joint working relationships: children, parents and child healthcare nurses at work. *Communication & Medicine*, 1, 71–83.

INGRAM, J. (2007) 'No worries!' Young people's experiences of nurse-led drop-in sexual health services in South West England. *Journal of Research in Nursing*, 12, 305–315.

INGRID, B. & MARSELLA, A. (2008 – 2009) Factors influencing exercise participation by clients in long-term care. *Perspectives*, 32, 5–11.

INTERNATIONAL ASSOCIATION OF FORENSIC NURSES (2006) What Is Forensic Nursing? , International Association of Forensic Nurses, <http://www.iafn.org/displaycommon.cfm?an=1&subarticlenbr=137>(13.07.2009).

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (2005) Definition and characteristics of the role. Regulation Terminology Version 1, http://www.icn.ch/Regulation_Terminology.pdf (18.06.2009).

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (2008) Nursing Care Continuum – Framework and Competencies. ICN Regulation Series, Deutsche Übersetzung: Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband – Landesverband Steiermark.

IRWIN, A. (2006) The nurse's role in the management of aggression. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 13, 309–318.

JAHNCKE-LATTECK, Ä.-D. & WEBER, P. (2004) Pflegeberatung in Wohngruppen der Behindertenhilfe Erfahrungen und Erkenntnisse aus einem Hamburger Projekt. *PRINTERNET*, 10, 548–555.

JAMES-CHILDS, E. Y. (2000) Adolescent and young adult male parenting: The forgotten half. Doctoral dissertation. Health Sciences Center. University of Colorado.

JAMES, J. (2004) Nurse prescribing in the acute setting: the future is here! *Journal of Diabetes Nursing*, 8, 267–271.

JANTARAKUPT, P. & POROCK, D. (2005) Dyspnea management in lung cancer: applying the evidence from chronic obstructive pulmonary disease. *Oncology Nursing Forum*, 32, 785–797.

JANZEN, W. (2001) Long-term care for older adults: the role of the family. *Journal of Gerontological Nursing*, 27, 36–43, 54–55.

JENKINS, P., BAKER, E. & WHITE, B. (2009) Promoting good health in people aged over 75 in the community. *Nursing older people*, 21, 34–39.

JENKINS, R. (2000) Learning disability nursing. The needs of older people with learning disabilities. *British Journal of Nursing* 9, 2080, 2082–5, 2088–9.

JENKINS, R. (2005a) Continuing professional development. Older people with learning disabilities:
part 1: individuals, ageing and health. *Nursing Older People*, 16, 30–34.

JENKINS, R. (2005b) Continuing professional development. Older people with learning disabilities

part 2: accessing care and the implications for nursing

practice. *Nursing Older People*, 17, 32–35.

JEONG, S. Y.-S., HIGGINS, I. & MCMILLAN, M. (2007) Advance care planning (ACP): The nurse as 'broker' in residential aged care facilities. *Contemporary Nurse*, 26, 184–195.

JIROVEC, M. M. & TEMPLIN, T. (2001) Predicting success using individualized scheduled toileting for memoryimpaired elders at home. *Research in Nursing & Health*, 24, 1–8.

JOCHAM, H., DASSEN, T., WIDDERSHOVEN, G. & HALFENS, R. (2006) Quality of life in palliative care cancer patients: a literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 1188–1195.

JOHANSSON, A. & EHNFORSS, M. (2006) Mental health-promoting dialogue of school nurses from the perspective of adolescent pupils. *Nursing Science & Research in the Nordic Countries*, 26, 10–13.

JOHNSON, A. & BONNER, A. (2004) Palliative care challenges: implications for nurses' practice in renal settings. *Contemporary Nurse*, 17, 95–101.

- JOHNSON, E. L., BROSSEAU, J. D., SOBULE, M. & KOLBERG, J. (2008) Treatment of diabetes in long-term care facilities: a primary care approach. *Clinical Diabetes* 26, 152–156.
- JOLLEY, D., HUGHES, J., GREAVES, I., JORDAN, A. & SAMPSON, E. L. (2008) Seeing patients with dementia through to the end of life – a major challenge for Primary Care in partnership with others. *Geriatric Medicine*, 38, 461–464.
- JONES, A. (2003) Palliative care and people with learning disabilities. *Learning Disability Practice*, 6, 30–36.
- JONES, K., WILLIS, M. & UZARK, K. (2006) The blues of congenital heart disease. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 6, 117–127.
- JOSS, K. & LINDSAY, G. (2003) Nurse-led interventions contribute to cutting the risks for heart disease. *Professional Nurse*, 18, 649–651.
- KAASA, S., TORVIK, K., CHERNY, N., HANKS, G. & CONNO, F. D. (2007) Patient demographics and centre description in European palliative care units. *Palliative Medicine*, 21, 15–22.
- KAGAWA-SINGER, M. (2000) Addressing issues for early detection and screening in ethnic populations. *Oncology Nursing Forum*, 27, 55–61.
- KALISVAART, K. & VREESWIJK, R. (2009) Prevention of delirium in the elderly. *Revista Espanola de Geriatria y Gerontologia* 43, 19–24.
- KAMEL, H. K. (2006) Q&A with the expert on: falls. Preventing falls in the nursing home. *Annals of Long Term Care*, 14, 42–45.
- KANE, R. L. & KANE, R. A. (2000) Assessment in long-term care. *Annual Review of Public Health*, 21, 659–686.
- KAO, H. S., TRAVIS, S. S. & ACTON, G. J. (2004) Aging matters. Relocation to a long-term care facility: working with patients and families before, during, and after. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 42, 10–6, 48–9
- KAPLOW, R. (2005) Sleep deprivation and psychosocial impact in acutely ill cancer patients. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 17, 225–237.
- KAPUSTIN, J. F. (2008) Postpartum management for gestational diabetes mellitus: policy and practice implications. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20, 547–54.

- KARA, M. (2005) Preparing nurses for the global pandemic of chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Nursing Scholarship*, 37, 127–133.
- KATSMA, D. L. & CH, C. H. S. (2000) Elderly pain assessment and pain management knowledge of long-term. *Pain Management Nursing*, 1, 88–95.
- KATZ, I. R., STREIM, J. E., PARMELEE, P. & DATTO, C. (2001) LTC clinical interface. Treatment of depression in the nursing home: progress on older problems and emerging new ones. *Long-Term Care Interface*, 2, 46–54.
- KATZ, J., KOMAROMY, C. & SIDELL, M. (1999) Understanding palliative care in residential and nursing homes. *International Journal of Palliative Nursing*, 5, 58–64.
- KATZ, J., SIDELL, M. & KOMAROMY, C. (2000) Death in homes: bereavement needs of residents, relatives and staff. *International journal of palliative nursing*, 6, 274–249.
- KATZ, J. S., SIDELL, M. & KOMAROMY, C. (2001b) Dying in long-term care facilities: Support needs of other residents, relatives, and staff. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*®, 18, 321–326.
- KAYSER-JONES, J., CHAN, J. & KRIS, A. (2005) A model long-term care hospice unit: care, community, and compassion. *Geriatric Nursing*, 26, 16–20.
- KELLEHER, C. C., FALLON, U. B., MCCARTHY, E., DINEEN, B. D., O'CONNELL, M., KILLIAN, M., HOPE, A., BLUETT, D., VARLEY, O. & MCDONAGH, G. (1999) Feasibility of a lifestyle cardiovascular health promotion programme for 8–15-year-olds in Irish general practice: results of the Galway Health Project. *Health Promotion International*, 14, 221–229.
- KEMP, C. (2005) Cultural issues in palliative care. *Seminars in Oncology Nursing*, 21, 44–52.
- KENEFICK, A. L. & SCHULMAN-GREEN, D. (2004) Caring for cognitively impaired nursing home residents with pain. *International Journal for Human Caring*, 8, 32–40.
- KENNEDY, B., COVINGTON, K., EVANS, T. & WILLIAMS, C. A. (2000) Mental health consultation in a nursing home. *The Journal for Advanced Nursing Practice*, 14, 261–266.
- KENNEDY, C. (2005) District nursing support for patients with cancer requiring palliative care. *British Journal of Community Nursing*, 10, 566, 568–72, 574.

- KENNEDY, C. & FLORIANI, V. (2008) Translating Research on Healthy Lifestyles for Children: Meeting the Needs of Diverse Populations. *Nursing Clinics of North America*, 43, 397–417.
- KENNEDY, S. (2009) Providing specialist care for pregnant women with asthma. *Nursing Standard*, 23, 43–48.
- KENT, R. M., CHANDLER, B. J. & BARNES, M. P. (2000) An epidemiological survey of the health needs of disabled people in a rural community. *Clinical Rehabilitation*, 14, 481–490.
- KESTLE, J. R. (2003) Pediatric hydrocephalus: current management. *Neurologic Clinics*, 221, 883–895.
- KETTLES, A. M. & WOODS, P. (2006) A concept analysis of 'forensic' nursing. *British Journal of Forensic Practice* 8, 16–27.
- KIELY, D. K., MARCANTONIO, E. R., INOUE, S. K., SHAFFER, M. L., BERGMANN, M. A., YANG, F. M., FEARING, M. A. & JONES, R. N. (2009) Persistent delirium predicts greater mortality. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57, 55–61.
- KIM, C.-G., KYUNG-JA, J. & SON, R. (2003) Effects of a health-promotion program on cardiovascular risk factors, health behaviors, and life satisfaction in institutionalized elderly women. *International journal of nursing studies* 40, 375–381.
- KIND, A. H. J., SMITH, M. A., FRYTAK, J. R. & FINCH, M. D. (2007) Bouncing back: patterns and predictors of complicated transitions 30 days after hospitalization for acute ischemic stroke. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55, 365–373.
- KING, N., BELL, D. & THOMAS, K. (2004) Family carers' experiences of out-of-hours community palliative care: a qualitative study. *International Journal of Palliative Nursing*, 10, 76–83.
- KIRKEVOLD, M. (1999) Die Rolle der Pflege in der Rehabilitation akuter Hirnschlagpatienten. *Pflege*, 12, 21–27.
- KIRTON, C. A., FERRI, R. S. & ELEFTHERAKIS, V. (1999) Primary care and case management of persons with HIV/AIDS. *Nursing Clinics of North America*, 34, 71–94.
- KITZINGER, J. (1994) The Methodology of Focus Groups: the importance of interaction between research participants. *Sociology of Health and Illness*, 16, 103–121.

- KJOS, S. L. (2007) After pregnancy complicated by diabetes: postpartum care and education. *Obstetric & Gynecology Clinics of North America*, 34, 335–349.
- KLAGER, J., DUCKETT, A., SANDLER, S. & MOSKOWITZ, C. (2008) Huntington's disease: a caring approach to the end of life. *Care Management Journals*, 9, 75–81
- KLASSEN, M. & MÜLLER, M. (2009) Entlassungsmanagement – Case Management im Zuge der Krankenhausentlassung am Beispiel der Situation in Österreich. *Case Management*, 1, 15–19.
- KLAY, M. & MARFYAK, K. (2005) Use of a continence nurse specialist in an extended care facility. *Urologic Nursing*, 25, 101–102, 107–108.
- KLEIJN, A. D. (2008) Health improvement through dietary management of type 2 diabetes. *British Journal of Community Nursing*, 13, 378–380.
- KLEINPELL–NOWELL, R. (1999) Longitudinal survey of acute care nurse practitioner practice: year 1. *Advanced Practice in Acute & Critical Care*, 10, 515–520.
- KLEINPELL–NOWELL, R. (2001) Longitudinal survey of acute care nurse practitioner practice: year 2. *Advanced Practice in Acute & Critical Care*, 12, 447–452.
- KLEINPELL, R. M. & ELPERN, E. H. (2004) Community-acquired pneumonia: updates in assessment and management. *Critical Care Nursing Quarterly*, 27, 231–240.
- KLIE, T. & PFUNDSTEIN, T. (2005) Risiko – Management in der Stationären Pflege. Ein Leitfaden zu Methodik und Praxis im Umgang mit Pflegerisiken. Ergebnisse des Theorie-Praxis-Projekts Risiko-Management in der stationären Pflege. Kuratorium Wohnen im Alter e.V. und Arbeitsschwerpunktes Gerontologie & Pflege an der Evang. Fachhochschule Freiburg, <http://www.theelements.de/PDF/Riskmanagement-Endbericht-Versand.pdf>, (16.08.2009).
- KLIMONT, J., KYTIR, J. & LEITNER, B. (2007) Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/index.html (12.06.2009).
- KNIPPER, M. & BILGIN, Y. (2009) Migration und Gesundheit, Köln, Eine Veröffentlichung der Konrad-Adenauer-Stiftung e.V. und der Türkisch Deutschen Gesundheitsstiftung e.V. http://www.kas.de/wf/doc/kas_16451-544-1-30.pdf (20.05.2009).
- KOCKS, A. (2008a) Schulgesundheitspflege. die Rolle der schwedischen School Health Nurse und das thema Gesundheit im Setting Schule. *Pflege & Gesellschaft*, 13, 4–19.

KOCKS, A. S. (2008b) chulgesundheitspflege. Die Rolle der schwedischen School Nurse und das Thema Gesundheit im Setting Schule. *Pflege und Gesellschaft*, 13, 246–260.

KOJER, M. (2006) Die Güte der Beziehung bestimmt die Güte der Pflege. *Palliative Betreuung für Menschen mit Demenz*. *Pflegezeitschrift* 3, 161–163.

KOMMISSION DER EUROPÄISCHEN GEMEINSCHAFTEN (2007) WEISSBUCH. Gemeinsam für die Gesundheit: Ein strategischer Ansatz der EU für 2008–2013. http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_de.pdf, (12.07.2009).

KONETZKA, R. T., SPECTOR, W. & LIMCANGCO, M. R. (2008) Reducing hospitalizations from long-term care settings. *Medical Care Research & Review*, 65, 40–66.

KOOLS, S., KENNEDY, C., ENGLER, M. & ENGLER, M. (2008) Pediatric hyperlipidemia: child and adolescent disease understandings and perceptions about dietary adherence. *Journal for specialists in pediatric nursing*, 13, 168–179.

KOOP, P. M. & STRANG, V. R. (2003) The bereavement experience following home-based family caregiving for persons with advanced cancer. *Clinical Nursing Research*, 12, 127–144.

KOPP, M. & HORNBERGER, C. (2008) Proper Exercise and Nutrition Kit: Use of Obesity Screening and Assessment Tools With Underserved Populations. *Journal of Pediatric Nursing*, 23, 58–64.

KRAMER, A. M. & COLEMAN, E. A. (1999) Stroke rehabilitation in nursing homes: how do we measure quality? *Clinics in Geriatric Medicine*, 15, 869–884.

KRICHBAUM, K. (2007) GAPN postacute care coordination improves hip fracture outcomes. *Western Journal of Nursing Research*, 29, 523–544.

KRICHBAUM, K., PEARSON, V., SAVIK, K. & MUELLER, C. (2005) Improving resident outcomes with GAPN organization level interventions. *Western Journal of Nursing Research*, 27, 322–337.

KRUIJVER, I. P., KERKSTRA, A., BENSING, J. M. & VAN DE WIEL, H. B. (2000) Nurse-patient communication in cancer care. A review of the literature. *Cancer Nursing*, 23, 20–31.

KUEBLER, K. K. (2001) Palliative nursing care for the patient experiencing end-stage renal failure. *Urologic Nursing*, 21, 171–178.

- KUHLEN, M., BALZER, S., RICHTER, U., FRITSCHKE-KANSY, M., FRIEDLAND, C., BORKHARDT, A. & JANßEN, G. (2009) Die Entwicklung einer spezialisierten ambulanten pädiatrischen Palliativversorgung. *Klinische Pädiatrie*, 221, 186–192.
- KUHLMANN, R. (2002) Neurologische Rehabilitationspflege für Kinder und Jugendliche: Einen Weg in die Zukunft ebnen. . *Pflege Zeitschrift*, 55, 725–729.
- KUPRONIS, B. A., RICHARDS, C. L. & WHITNEY, C. G. (2003) Invasive pneumococcal disease in older adults residing in long-term care facilities and in the community. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51, 1520–1525.
- KURATORIUM FÜR VERKEHRSSICHERHEIT (2007) Freizeitunfallstatistik 2007. Kuratorium für Verkehrssicherheit, http://www.kfv.at/fileadmin/webcontent/Publikationen/Freizeitunfallstatistiken/2007/HFS07_WEB.pdf (13.08.2009).
- KUSTER, P. A. & PECENKA-JOHNSON, K. (1999) Nursing management of the child in status asthmaticus and impending respiratory failure. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 11, 511–588.
- LABOSSIERE, R. & BERNARD, M. A. (2008) Nutritional considerations in institutionalised elders. *Current Opinion in Clinical nutrition and Metabolic Care*, 11, 1–6.
- LACEY, D. (2006) End-of-Life Decision Making for Nursing Home Residents with Dementia: A Survey of Nursing Home Social Services Staff. *Health & Social Work*, 31, 189–199.
- LACEY, G. (2000) User involvement in the design and evaluation of a smart mobility aid. *Journal of Rehabilitation Research and Development* 37, 709–723.
- LACHAT, M. F., SCOTT, C. A. & RELF, M. V. (2006) HIV and pregnancy: considerations for nursing practice. *The American Journal of Maternal Child Nursing*, 31, 233–240.
- LADEMANN, J. (2000) Hospital at Home: Häusliche Versorgungskonzepte für schwer kranke und intensiv-pflegebedürftige PatientInnen. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW), P00–110, 1–95.
- LAFFAN, A. M., BELLANTONI, M. F., GREENOUGH, W. B. & ZENILMAN, J. M. (2006) Burden of *Clostridium difficile*-associated diarrhea in a long-term care facility. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54, 1068–1073.

LAGOE, R. J., DAULEY-ALTWARG, J., MNICH, S. E. & WINKS, L. M. (2005) A community-wide program to improve the efficiency of care between nursing homes and hospitals. *Topics in Advanced Practice Nursing*, 5, o.S.

LAGOE, R. J., MNICH, S. E., LUZIANI, M. & WINKS, L. M. (2006) Improving the movement of difficult-to-place patients between hospitals and nursing homes: a follow-up study. *Topics in Advanced Practice Nursing*, 6, o.S.

LAMBE, A. & GAGE-LINDNER, N. (2007) Pushing the limit: forensic nursing in Germany. *Journal of Forensic Nursing*, 3, 117–25.

LAMBE, B., CONNOLLY, C. & MCEVOY, R. (2008) The determinants of lifestyle counseling among practice nurses in Ireland. *International Journal of Health Promotion & Education*, 46, 94–99.

LAMNEK, S. (2005) *Gruppendiskussion. Theorie und Praxis*, Weinheim und Basel, Beltz UTB.

LANGHAMMER, B., LINDMARK, B. & STANGHELLE, J. K. (2007) Stroke patients and long-term training: is it worthwhile? A randomized comparison of two different training strategies after rehabilitation. *Clinical Rehabilitation*, 21, 495–510.

LANTZ, M. S. (2004) Consenting adults: sexuality in the nursing home. *Clinical Geriatrics*, 12, 33–36.

LAPANE, K. L. & RESNIK, L. (2005) Obesity in nursing homes: an escalating problem. *Journal of the American Geriatrics Society* 53, 1386–1391.

LAPERRIÈRE, H. (2007) Community Health Nursing Practices in the Context of Poverty, Uncertainty, and Unpredictability: A systematization of Personal Experiences. *Rev Latino-am Enfermagem*, 15, 721–728.

LARSSON, L. S., BUTTERFIELD, P., CHRISTOPHER, S. & HILL, W. (2006) Rural community leaders' perceptions of environmental health risks: Improving Community Health. *American Association of Occupational Health Nurse*, 54.

LATTER, S. & COURTENAY, M. (2004) Effectiveness of nurse prescribing: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 26–32.

LATTER, S., MABEN, J., MYALL, M. & YOUNG, A. (2007) Perceptions and practice of concordance in nurses' prescribing consultations: findings from a national questionnaire survey and case studies of practice in England. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 9–18.

LAUFBAHNZENTRUM ZÜRICH (2009) Pflegeassistent, Pflegeassistentin. www.biz-berufsinfo.ch (28.09.2009).

LAVELA, S. L. (2006) Older adults with spinal cord impairments: use of long-term care-facilities. *SCI Nursing*, 23, o.S.

LAVRIJSEN, J., BOSCH, H. V. D., KOOPMANS, R., WEEL, C. V. & FROELING, P. (2005) Events and decision-making in the long-term care of Dutch nursing home patients in a vegetative state. *Brain Injury*, 19, 67–75.

LAVRIJSEN, J., BOSCH, H. V. D. & VEGTER, J. (2007) Bone fractures in the long-term care of a patient in a vegetative state: a risk to conflicts. *Brain Injury*, 21, 993–996.

LAWHORNE, L. W., OUSLANDER, J. G., PARMELEE, P. A., RESNICK, B. & CALABRESE, B. (2008) Urinary incontinence: a neglected geriatric syndrome in nursing facilities. *Journal of the American Medical Directors Association*, 9, 29–35.

LAZENBATT, A., ORR, J., BRADLEY, M. & MCWHIRTER, L. (2000) Community nursing achievements in tackling inequalities in health in Northern Ireland. *Nursing Times Research*, 5, 178–192.

LBI (2009) Die psychische Gesundheit von Schülerinnen und Schülern. HBSC Factsheet 4, Ludwig Boltzmann-Institut für Medizin und Gesundheitssoziologie, http://www.give.or.at/download/download_sonstiges/Druckvorlage-Factsheet%20Nr.%204_Update%202009.pdf (12.07.2009).

LEE, L., WHITE, V., BALL, J., GILL, K., SMART, L., MCEWAN, K., CHILTON, P. & PICKERING, P. (2001) An audit of oral care practice and staff knowledge in hospital palliative care. *International Journal of Palliative Nursing*, 7, 395–400.

LEE, P. G., CIGOLLE, C. & BLAUM, C. (2009) The co-occurrence of chronic diseases and geriatric syndromes: the Health and Retirement Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57, 511–516.

LEEDS, L., MEARA, J. & HOBSON, P. (2004) The impact of discharge to a care home on longer term stroke outcomes. *Clinical Rehabilitation*, 18, 924–928.

LELAND, J. (2000) DEATH AND DYING Management of Patients with End-Stage Disease. *Clinics in Geriatric Medicine*, 16, 875–893.

LEUNG, F. W. & SCHNELLE, J. F. (2008) Urinary and fecal incontinence in nursing home residents. *Gastroenterology Clinics of North America*, 37, 697–707.

- LEUTHNER, S. & JONES, E. L. (2007) Fetal Concerns Program: a model for perinatal palliative care. *American Journal of Maternal Child Nursing*, 32, 272–278.
- LEVER, M. & MOORE, J. (2005) Home visiting and child health surveillance attendance. *Community Practitioner*, 78, 246–250.
- LEVIN, P. F., HEWITT, J. B., MISNER, S. T. & REYNOLDS, S. (2003) Assault of long-term care personnel. *Journal of Gerontological Nursing*, 29, 28–35, 59–60.
- LEWANDOWSKI, W. & ADAMLE, K. (2009) Substantive Areas of Clinical Nurse Specialist Practice: A Comprehensive Review of the Literature. *Clinical Nurse Specialist*, 23, 73–90.
- LEWIS, D. & ANTHONY, D. (2007) A patient and carer survey in a community clinical nurse specialist service. *International Journal of Palliative Nursing*, 13, 230–236.
- LEYDON, N. & DAHL, W. (2008) Improving the nutritional status of elderly residents of long-term care homes. *Journal of Health Services Research & Policy*, 13, 25–29.
- LIAO, S. & ACKERMANN, R. J. (2008) Interdisciplinary End-of-Life Care in Nursing Homes. *Clinical Gerontologist*, 31, 83 – 96.
- LICHTENBERG, P. A. (2006) Assisting urban caregivers after nursing home placement: results from two preliminary programs. *Clinical Gerontologist*, 30, 65–77.
- LIM, H. J., HOFFMANN, R. & BRASEL, K. (2007) Factors influencing discharge location after hospitalization resulting from a traumatic fall among older persons. *The Journal of Trauma*, 63, 902–907.
- LIMBO, R., PETERSEN, W. & PRIDHAM, K. (2003) Promoting safety of young children with guided participation processes. *Journal of Pediatric Health Care*, 17, 245–251.
- LIND, C. (2007) The power of adolescent voices: co-researchers in mental health promotion. *Educational Action Research*, 15, 371–383.
- LINDPAINNER, L. S. & SAX, A. (2008) Interview mit Lyn S. Lindpaintner zum Thema Case Management bei Krebspatienten : „das Ziel ist eine Win-win-win-Situation“. *Bulletin des médecins suisses = Schweizerische Ärztezeitung*, 89, 1364–1366.

- LINDQUIST, R. & SENDELBACH, S. E. (2007) Maximizing safety of hospitalized elders. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 19, 277–284.
- LOCK, C. A., KANER, E., HEATHER, N., DOUGHTY, J., CRAWSHAW, A., MCNAMEE, P., PURDY, S. & PEARSON, P. (2006) Effectiveness of nurse-led brief alcohol intervention: a cluster randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 54, 426–439.
- LOEB, J. L. (1999) Pain management in long-term care. *American Journal of Nursing*, 99, 48–52.
- LOEB, M. B. (2005) Pneumonia in nursing homes and long-term care facilities. *Seminars in respiratory and critical care medicine*, 26, 650–655.
- LOEB, M. B., BECKER, M., EADY, A. & WALKER-DILKS, C. (2003) Interventions to prevent aspiration pneumonia in older adults: a systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51, 1018–1022.
- LOEB, S. J. (2003) The Older Men's Health Program and Screening Inventory: a tool for assessing health practices and beliefs. *Geriatric Nursing*, 24, 278–285.
- LOFTUS, L. A. & WESTON, V. (2001) The development of nurse-led clinics in cancer care. 10, 2.
- LOGUE, R. M. (2003) Maintaining family connectedness in long-term care: an advanced practice approach to family-centered nursing homes. *Journal of Gerontological Nursing*, 26, 24–31.
- LOMBORG, K. & KIRKEVOLD, M. (2005) Curtailing: handling the complexity of body care in people hospitalized with severe COPD. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19, 148–156
- LONG, A. F., KNEAFSEY, R., RYAN, J. & BERRY, J. (2002) The role of the nurse within the multi-professional rehabilitation team. *Journal of Advanced Nursing*, 37, 70–78.
- LOOMAN, W. S. & LINDEKE, L. L. (2005) Health and social context: social capital's utility as a construct for nursing and health promotion. *Journal of pediatric health care*, 19, 90–94.
- LUCARELLI, P. (2002) Raising the bar for health and safety in child care. *Pediatric nursing*, 28, 239–241.

LUNDSTRÖM, M., EDLUND, A., LUNDSTRÖM, G. & GUSTAFSON, Y. (1999) Reorganization of nursing and medical care to reduce the incidence of postoperative delirium and improve rehabilitation outcome in elderly patients treated for femoral neck fractures. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 13, 193–200.

LYNN E. KELLY & PATTERSON, B. J. (2006) Childhood Nutrition: Perceptions of Caretakers in a Low-Income Urban Setting. *The Journal of School Nursing*, 22, 345–351.

LYNN, J. & SCHUSTER, J. L. (2000) *Improving Care for the End of Life: A Sourcebook for Health Care Managers and Clinicians, USA*, Oxford University Press.

LYONS, M. A., CROW, C., DUNN, L., EDWARDS, B., GRAVES, A., SHELTON, M. & DUNKIN, J. (2001) Partnership for healthier rural communities. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care*, 2, o. S.

MACCULLOCH, P. A., GARDNER, T. & BONNER, A. (2007) Comprehensive fall prevention programs across settings: a review of the literature. *Geriatric Nursing*, 28, 306–311.

MACDONALD, S. A. (1999) The Cardiovascular Health Education Program: assessing the impact on rural and urban adolescents' health knowledge. *Applied Nursing Research*, 12, 86–90.

MACKEY, S. & GODDARD, L. D. (2006) Promoting the health of families of children with disabilities: acceptability and utility of a health-mentoring project. *Diversity in Health and Social Care*, 3, 141–149.

MACLELLAN, D. L. (2009) Management of pediatric neurogenic bladder. *Current Opinion in Urology*, 19, 407–411.

MADAR, H., GILAD, G., ELENHOREN, E. & SCHWARZ, L. (2007) Dialysis nurses for palliative care. *Journal of Renal Care*, 33, 35–38.

MAGYARY, D. (2002) Positive Mental Health: A Turn of the Century Perspective. *Issues in Mental Health Nursing*, 23, 331–349.

MAHER, D. & HEMMING, L. (2005) Palliative care for breathless patients in the community. *British journal of Community Nursing*, 10, 414–418.

MÄHR, B. (o.D.) *Onkologische Rehabilitation*.
http://www.kuraerzteverband.at/Download/kuk/Maehr_Onkolog%20Rehab_Text.pdf
(23.06.2009).

MAHRER, R. (2005) Selbstmanagement der Patientinnen und Patienten: Ein Konzept des Empowerment oder der Entsolidarisierung unserer Gesellschaft? Editorial. *Pflege*, 18.

MAIER-LORENTZ, M. M. (2000) Effective nursing interventions for the management of Alzheimer's disease. *Journal of Neuroscience Nursing*, 32, 153–157

MAIER, M., HERDT, J. & KUHL, C. (2006) Case Management für die Psychiatrie in der Schweiz: Bedarf, Nutzen und Herausforderungen. *Managed Care*, 5.

MAIWALD, C. (2008) Überblick über die Ausbildungssituation der Helferberufe in der Pflege. *PrinterNet*, 09, 453–464.

MAJEROVITZ, S. D., MOLLOTT, R. J. & RUDDER, C. (2009) We're on the same side: improving communication between nursing home and family. *Health Communication*, 24, 12–20.

MAKRIS, A. T., MORGAN, L., GABER, D. J., RICHTER, A. & RUBINO, J. R. (2000) Effect of a comprehensive infection control program on the incidence of infections in long-term care facilities. *American Journal of Infection Control*, 28, 3–7.

MALONEY, C. & CAFIERO, M. (2000) Urinary incontinence: maximizing outcomes in long-term care. *Annals of Long Term Care*, 8, 21–24.

MAMARIL, M. E. (2006) Nursing considerations in the geriatric surgical patient: the perioperative continuum of care. *Nursing Clinics of North America*, 41, 313–328.

MANLY, J. J. & ESPINO, D. V. (2004) Cultural influences on dementia recognition and management. *Clinics in Geriatric Medicine* 20, 93–119.

MANN, E. & REDWOOD, S. (2000) Improving pain management: breaking down the invisible barrier. *British Journal of Nursing*, 9, 2067–2072.

MARCANTONIO, E. R., SIMON, S. E., BERGMANN, M. A., JONES, R. N., MURPHY, K. M. & MORRIS, J. N. (2003) Delirium symptoms in post-acute care: prevalent, persistent, and associated with poor functional recovery. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51, 4–9.

MARKLE-REID, M., WEIR, R., BROWNE, G., ROBERTS, J., GAFNI, A. & HENDERSON, S. (2006) Health promotion for frail older home care clients. *Journal of Advanced Nursing*, 54, 381–395.

MARRIE, T. J. (2000) Community-acquired pneumonia in the elderly. *Clinical Infectious Diseases*, 31, 1066–1078.

MARSHALL, D., MCCONKEY, R. & MOORE, G. (2003) Obesity in people with intellectual disabilities: the impact of nurse-led health screenings and health promotion activities. *Journal of Advanced Nursing*, 41, 147–153.

MARSHALL, M. C. & SOUCY, M. D. (2003) Delirium in the intensive care unit. *Critical Care Nursing Quarterly*, 26, 172–178.

MARTIN, A., HINDS, C. & FELIX, M. (1999) Documentation practices of nurses in long-term care. *Journal of Clinical Nursing*, 8, 345–352.

MARTINEN, M. & FREUNDL, M. (2004) Innovations in long-term care. Managing congestive heart failure in long-term care: development of an interdisciplinary protocol. *Journal of Gerontological Nursing* 30, 5–12.

MARZEN-GROLLER, K. D., TREMBLAY, S. M., KASZUBA, J., GIRODO, V., SWAVELY, D., MOYER, B., BARTMAN, K., CARRAHER, W. & WILSON, E. (2008) Testing the effectiveness of the Amputee Mobility Protocol: a pilot study. *Journal of Vascular Nursing*, 26, 74–81.

MARZIALI, E., SHULMAN, K. & DAMIANAKIS, T. (2006a) Persistent family concerns in long-term care settings: meaning and management. *Journal of the American Medical Directors Association*, 7, 154–162

MARZIALI, E., SHULMAN, K. & DAMIANAKIS, T. (2006b) Persistent family concerns in long-term care settings: meaning and management. *Journal of the American Medical Directors Association*, 7, 154–162.

MASON, S., COLEMAN, P., O'KEEFFE, C., RATCLIFFE, J. & NICHOLL, J. (2006) The evolution of the emergency care practitioner role in England: experiences and impact. *Emergency Medicine Journal* 23, 435–439.

MATHESON, R. & SAWATZKY, J. V. (2007) Altered fever response in end stage renal disease: implications for critical care nurses. *Dynamics*, 18, 14–18.

MATHISON, C. J. (2003) Wound care. Skin and wound care challenges in the hospitalized morbidly obese patient. *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing* 30, 78–83.

MAUK, K. L. & MAUCK, J. M. (2006) Financial gerontology and the rehabilitation nurse. *Rehabilitation Nursing*, 31, 58–62.

MAUNDER, E. Z. (2004) The challenge of transitional care for young people with life-limiting illness. *British Journal of Nursing*, 13, 594–596.

MAUNDER, E. Z. (2008) Emotion management in children's palliative care nursing. *Indian Journal of Palliative Care*, 14, 45–50.

MAYHEW, P. A., CHRISTY, K., BERKEBILE, J., MILLER, C. & FARRISH, A. (1999) Restraint reduction: research utilization and case study with cognitive impairment. *Geriatric Nursing*, 20, 305–308.

MAYLOR, M. (2005) Differentiating between a consultant nurse and a clinical nurse specialist. *British Journal of Nursing*, 14, 463–468.

MCAULIFFE, M. S. & EDGE, M. J. (2007) Perioperative and anesthesia considerations in obese patients. *Bariatric Nursing & Surgical Patient Care* 2, 123–130.

MCAVAY, G. J., VAN NESS, P. H., BOGARDUS, S. T., ZHANG, Y., LESLIE, D. L., LEO-SUMMERS, L. S. & INOUYE, S. K. (2006) Older adults discharged from the hospital with delirium: 1-year outcomes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54, 1245–1250.

MCBRYDE-FOSTER, M. & ALLEN, T. (2005) The continuum of care: a concept development study. *Journal of Advanced Nursing*, 50, 624–632.

MCCABE, S. & GROVER, S. (1999) Psychiatric nurse practitioner versus clinical nurse specialist: Moving from debate to action on the future of advanced psychiatric nursing. *Archives of Psychiatric Nursing*, 13, 111–116.

MCCAFFREY, M. P., KEITH, T. L. & LAZEAR, J. L. (2009) Diabetes crisis in pregnancy: a case report. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 23, 131–140.

MCCLEMENT, S. E. & HARLOS, M. (2008) When advanced cancer patients won't eat: family responses. *International Journal of Palliative Nursing*, 14, 182–188.

MCCRAY, J. (2004) Learning disability nursing. Interprofessional practice and learning disability nursing. *British Journal of Nursing* 12, 1335–1344.

MCDONALD, M. (1999) Assessment and management of cancer pain in the cognitively impaired elderly. *Geriatric Nursing*, 20, 249–254.

MCELMURRY, B. J., PARK, C. G. & BUSEH, A. G. (2004) The Nurse-Community Health Advocate Team for Urban Immigrant Primary Health Care. *Journal of Nursing Scholarship*, 35, 275–281.

MCGOVERN, M. (2001) A nurse-led service to provide palliative care in the community. *Professional Nurse*, 17, 127–128.

MCGUINNESS, A. (2007) Hepatic nursing. Role of the nurse in managing patients with hepatic cerebral oedema. *British Journal of Nursing*, 16, 340–343.

MCKEOWN, A., AGAR, R., GAMBLE, M., ELLERSHAW, J. E. & HUGEL, H. (2008) Renal failure and specialist palliative care: an assessment of current referral practice. *International Journal of Palliative Nursing*, 14, 454–458.

MCKEY, A. & HUNTINGTON, A. (2005) Obesity in pre-school children: issues and challenges for community based child health nurses. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 18, 145–151.

MCMASTER, R., BEALE, B., HILLEGE, S. & NAGY, S. (2004) The parent experience of eating disorders: Interactions with health professionals. *International Journal of Mental Health Nursing*, 13, 67–73.

MCNEAL, G. J. (2008) UMDNJ school of nursing mobile healthcare project: a component of the New Jersey Children's Health Project. *ABNF Journal*, 19, 121–128.

MCSHERRY, M., KEHOE, K., CARROLL, J., KANG, T. & ROURKE, M. (2007) Psychosocial and Spiritual Needs of Children Living with a Life-Limiting Illness. *Pediatric Clinics of North America*, 54, 609–629.

MEARES, C. J. (2000) Nutritional issues in palliative care. *Semin Oncol Nurs*, 16, 135–145.

MEDINA-WALPOLE, A. M. & KATZ, P. R. (1999) Nursing home-acquired pneumonia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 47, 1005–1015.

MELBY, V. & RYAN, A. (2005) Caring for older people in prehospital emergency care: can nurses make a difference? *Journal of Clinical Nursing* 19, 1141–1150.

MENDEL, S. & FEUCHTINGER, J. (2009) Aufgabengebiete klinisch tätiger Pflegeexperten in Deutschland und deren Verortung in der internationalen Advanced Nursing Practice. *Pflege* 22, 208–216.

MENNING, S. (2006) Gesundheitszustand und gesundheitsrelevantes Verhalten Älterer. *Report Altersdaten GeroStat*, 2.

MENZEL, J. C. (2008) Depression in the elderly after traumatic brain injury: A systematic review. *Brain Injury*, 22, 375–380

- MESSINGER-RAPPORT, B. (2009) Disparities in long-term healthcare. *The Nursing Clinics of North America* 44, 179-185.
- MESSINGER-RAPPORT, B. & DUMAS, L. G. (2009) Falls in the nursing home: a collaborative approach. *Nursing Clinics of North America*, 44, 187-195.
- METZING, S. & SCHNEPP, W. (2007) Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige: Wer sie sind und was sie leisten. Eine internationale Literaturstudie (1990-2006). *Pflege*, 20, 323 - 330.
- METZING, S., SCHNEPP, W., HÜBNER, B. & BÜSCHER, A. (2006) Die Lücke füllen und in Bereitschaft sein – Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige. *Pflege & Gesellschaft*, 11, 351-373.
- MEZEY, M., BURGER, S. G., BLOOM, H. G., BONNER, A., BOURBONNIERE, M., BOWERS, B., BURL, J. B., CAPEZUTI, E., CARTER, D., DIMANT, J., JERRO, S. A., REINHARD, S. C. & MAAT, M. T. (2005) Experts recommend strategies for strengthening the use of advanced practice nurses in nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53, 1790-1797.
- MICELI, D. G., STRUMPF, N. E., REINHARD, S. C., ZANNA, M. T. & FRITZ, E. (2004) Current approaches to postfall assessment in nursing homes. *Journal of the American Medical Directors Association*, 5, 387-394.
- MICK, J. & CLIN, J. (2008) Factors affecting the evolution of oncology nursing care. *Clinical journal of oncology nursing*, 12, 307-313.
- MILISEN, K., FOREMAN, M. D., ABRAHAM, I. L., DEGEEST, S., GODDERIS, J., VANDERMEULEN, E., FISCHLER, B., DELOOZ, H. H., SPIESSENS, B. & BROOS, P. L. (2001) A nurse-led interdisciplinary intervention program for delirium in elderly hip-fracture patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49, 523-32.
- MILLER, C. L. (2002) A review of symptoms of coronary artery disease in women. *Journal of Advanced Nursing* 39, 17-23.
- MILLER, P. A., FORBES, S. & BOYLE, D. K. (2001) End-of-life care in the intensive care unit: a challenge for nurses. *American Journal of Critical Care*, 10, 230-237.
- MILSON-HAWKE, S. & HIGGINS, I. (2003) The scope of enrolled nurse practice: a review of the literature. *Contemporary Nurse*, 14, 129-137.
- MINARIK, P. A. & NEESE, J. B. (2002) Essential educational content for advanced practice in psychiatric consultation liaison nursing. *Archives of Psychiatric Nursing*, 16, 3-15.

MINKLER, M., HAMMEL, J., GILL, C. J., MAGASI, S., VASQUEZ, V. B., BRISTO, M. & COLEMAN, D. (2008) Community-based participatory research in disability and long-term care

policy: a case study. *Journal of Disability Policy Studies*, 19, 114–126.

MITTY, E. & FLORES, S. (2008) Aging in Place and Negotiated Risk Agreements. *Geriatric Nursing*, 29, 94–101.

MITTY, E. L. (2004) Assisted living: aging in place and palliative care. *Geriatric Nursing*, 25, 149–156.

MLADOVSKY, P. (2007) Migration and health in the EU. European Commission Research Note, European Commission Directorate-General “Employment, Social Affairs and Equal Opportunities” Unit E1 – Social and Demographic Analysis, <http://mighealth.net/eu/images/3/3b/Mlad.pdf> (30.06.2009).

MODY, L. (2007) Infection control issues in older adults. *Clinics in Geriatric Medicine*, 23, 499–514.

MOLLICA, R. (2003) Coordinating services across the continuum of health, housing, and supportive services. *Journal of Aging & Health*, 15, 165–188.

MOLLOY, J. & CARAHER, M. (2008) Public health and the role of the nurse: the need for greater clarity *British Journal of Community Nursing*, 5, 431–435.

MOLLOY, J. & CARAHER, M. (2000) Public health and the role of the nurse: the need for greater clarity *British Journal of Community Nursing*, 5, 431–435.

MONSEN, R. B. (2000) The child in the community: nursing makes a difference. Counting children. *Journal of Pediatric Nursing*, 15, 119–20.

MONTGOMERY, J., ROBINSON, L., MAWDSLEY, C., SUOZZI, R. & LEASA, D. (2002) From critical care to community care: re-integration of ventilator dependant adults into the community. *Canadian Journal of Respiratory Therapy*, 38, 40–43.

MONTGOMERY, K. S. (2001) Maternal–Newborn Nursing: Thirteen Challenges That Influence Excellence in Practice. *Journal of Perinatal Education*, 10, 31–40.

MONTURO, C. & STRUMPF, N. (2007) Advance Directives at End-of-Life: Nursing Home Resident Preferences for Artificial Nutrition. *Journal of the American Medical Directors Association*, 8, 224–228.

- MOORE, D. & SWEEDMAN, M. (2004) Advanced nurse practice in the oncology setting: a case study. *Australian Journal of Cancer Nursing*, 5, 16–24.
- MOOS, M. K. (2004) Preconceptional Health Promotion: Progress in Changing a Prevention Paradigm. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 18, 2–13.
- MOR, V. (2006) Defining and measuring quality outcomes in long-term care. *Journal of the American Medical Directors Association*, 7, 532–540.
- MOREO, K. (2005) Understanding and overcoming the challenges of effective case management for patients with chronic wounds. *Case Manager*, 16, 62–63, 67.
- MORGAN, D. (2006) Caring for Dying Children: Assessing the Needs of the Pediatric Palliative Care Nurse. *Pediatric Nursing*, 35, 86–90.
- MORGAN, D. (2009) Caring for Dying Children: Assessing the Needs of the Pediatric Palliative Care Nurse. *Pediatric Nursing*, 35, 86–90.
- MORGAN, S. (2003) Supportive and palliative care for patients with COPD. *Nursing Times*, 99, 46–47.
- MORINAN, A. (2001) Parkinson's disease: treatments and prospects. *Nursing & Residential Care*, 3, 25–28, 40–41.
- MORISSETTE, J. (2004) Clinical nurse specialist as leader of a bariatric program. *Nursing Leadership Forum*, 9, 75–79.
- MORITA, T., IMURA, C., FUJIMOTO, K., SHISHIDO, H., TEI, Y. & INOUE, S. (2005) Changes in medical and nursing care in cancer patients transferred from a palliative care team to a palliative care unit. *Journal of Pain and Symptom Management*, 29, 595–602.
- MORLEY, J. E. (1999) An overview of diabetes mellitus in older persons. *Clinics in Geriatric Medicine*, 15, 211–224.
- MORRISON-BEEDY, D., CAREY, M. P., KOWALSKY, J. & TU, X. (2005) Group-based HIV risk reduction intervention for adolescent girls: evidence of feasibility and efficacy. *Research in Nursing & Health*, 28, 3–15.
- MORROW-HOWELL, N., PROCTOR, E. K., BLINNE, W. R., RUBIN, E. H., SAUNDERS, J. A. & ROZARIO, P. A. (2006) Post-acute dispositions of older adults hospitalized for depression. *Aging and Mental Health*, 10, 352–361.

MOSKOWITZ, C. & MARDER, K. (2001) Palliative care for people with late-stage huntington's disease. *Neurologic Clinics*, 19, 849–865.

MUEHLBAUER, M. & CRANE, P. A. (2006) Elder abuse and neglect. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 44, 43–48.

MÜLLER-MUNDT, G. & SCHAEFFER, D. (2002) Symptommanagement und Pflege am Beispiel chronischer Schmerzzustände. IN PLESCHBERGER, S., HEIMERL, K. & WILD, M. (Eds.) *Palliativpflege*. Wien, Facultas.

MUELLER, C. & CAIN, H. (2002) Comprehensive management of urinary incontinence through quality improvement efforts. *Geriatric Nursing* 23, 82–87.

MUKAND, J. A., BLACKINTON, D. D., CRINCOLI, M. G., LEE, J. J. & SANTOS, B. (2001) Incidence of neurologic deficits and rehabilitation of patients with brain tumors. *American journal of physical medicine & rehabilitation*, 80, 346–350.

MULLARD, A. (2004) Understanding how palliative nursing can help dementia care. *Nursing Times*, 100, 39.

MURPHY, K. M., RABINOWITZ, T., NONEMAKER, S., MORRIS, J. N., MORRISON, M. H., GRIGONIS, A. M., LEE, R. H. & GOLDMAN, B. D. (2005) An initiative to improve depression recognition and management in long-stay nursing home residents. *Clinical Gerontologist*, 28, 95–109.

MURPHY, M. & POLIVKA, B. (2007) Parental perceptions of the schools' role in addressing childhood obesity. *The Journal of School Nursing*, 23, 40–46.

MURPHY, T. H., LABONTE, P., KLOCK, M. & HOUSER, L. (2008) Falls Prevention for Elders in Acute Care: An Evidence-Based Nursing Practice Initiative. *Critical Care Nursing Quarterly*, 31, 33–39.

MURRAY, M. A. (2007) Crossing over: transforming palliative care nursing services for the 21st century. *International Journal of Palliative Nursing*, 13, 366–376.

MUSCARI, M. (2002) Effective management of adolescents with anorexia and bulimia. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 40, 52–53.

MUTHNY, F. A. & MARIOLAKOU, A. (2002) Pflegekräfte in der stationären Rehabilitation – Arbeitszufriedenheit, Motivation für interdisziplinäre Zusammenarbeit und für den Erwerb psychosozialer Kompetenz. *Pflege*, 15, 61–68.

- MYLOTTE, J. M. (2007) Nursing home-associated pneumonia. *Clinics in Geriatric Medicine* 23, 553–655.
- NAIL, L. M. (2002) Fatigue in patients with cancer. *Oncological Nursing Forum*, 29, 537.
- NAIR, M. (2007) Nursing management of the person with diabetes mellitus. Part 2. *British Journal of Nursing*, 16, 232–235.
- NALLAMOTHU, B. K., ROGERS, M. A. M., SAINT, S., MCMAHON, L. J., FRIES, B. E., KAUFMAN, S. R. & LANGA, K. M. (2005) Skilled Care Requirements for Elderly Patients After Coronary Artery Bypass Grafting. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53, 1133–1137.
- NASH, K. A. (2007) Implementation and evaluation of the empower youth program. *Journal of Holistic Nursing*, 25, 26–36.
- NASR, S. Z. & OSTERWEIL, D. (1999) The nonpharmacologic management of agitation in the nursing home: a consensus approach. *Annals of Long Term Care*, 7, 171–180.
- NAUMANEN-TUOMELA, P. (2001) Occupational health nurses' work and expertise in Finland : Occupational health nurses' perspective. *Public health nursing*, 18, 108–115.
- NAUTA, C., BYRNE, C. & WESLEY, Y. (2009) School Nurses and Childhood Obesity: An Investigation of Knowledge and Practice Among School Nurses as they Relate to Childhood Obesity. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 32, 16–20.
- NAYLOR, W. A. (2005) A guide to wound management in palliative care. *International Journal of Palliative Nursing*, 11, 572, 574–9; discussion 579.
- NAZARKO, L. (2007a) Continence problems following stroke. *Nursing & Residential Care*, 9, 152–155
- NAZARKO, L. (2007b) Stroke and continence: the benefits of assessment. *Nursing & Residential Care*, 9, 203–206.
- NEATHERLIN, J. (2000) Head Trauma in the Older Adult Population. *Critical Care Nursing Quarterly*, 23, 49–57.
- NEEL, A. B. (2001) Malnutrition in the elderly: interactions with drug therapy. *Annals of Long Term Care*, 9, 24–30.

NERDAHL, P., BERGLUND, D., BEARINGER, L. H., SAEWYC, E., IRELAND, M. & EVANS, T. (1999) New challenges, new answers: pediatric nurse practitioners and the care of adolescents. *Journal of Pediatric Healthcare*, 13, 183–190.

NEWBURY, J., LEEUW, W. D. & NEWTON, C. (2008) What do community palliative care nurse specialists do? An activity analysis. *International Journal of Palliative Nursing*, 14, 264, 266–271.

NEWMAN, D. K. (2006) Urinary incontinence, catheters, and urinary tract infections: an overview of CMS tag F 315. *Ostomy Wound Management*, 5, 34–6, 38, 40–44.

NEWMAN, D. K., GAINES, T. & SNARE, E. (2005) Innovation in bladder assessment: use of technology in extended care. *Journal of Gerontological Nursing*, 31, 33–43.

NEWSHAN, G. & SHERMAN, D. W. (1999) Palliative care: pain and symptom management in persons with HIV/AIDS. *Nursing Clinics of North America*, 34, 131–145.

NICHOLSON, S. O. (2000) The effect of cardiovascular health promotion on health behaviors in elementary school children: an integrative review. *Journal of Pediatric Nursing*, 15, 343–355.

NICOL, M. J., MANOHARAN, H., MARFELL-JONES, M. J., MEHA-HOERARA, K., MILNE, R., O'CONNELL, M., OLLIVER, J. & TEEKMAN, B. (2002) Issues in adolescent health: A challenge for nursing. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 12, 155–163.

NICOLLE, L. E. (2002) Resistant pathogens in urinary tract infections. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50, S230–235.

NIES, M. A., BICKES, J. T., SCHIM, S. M. & JOHNSON, A. L. (2002a) Model for community health nursing care: application to an integrated asthma intervention program. *Journal of School Nursing* 18, 74–78.

NIES, M. A., BICKES, J. T., SCHIM, S. M. & JOHNSON, A. L. (2002b) Model For Community Health Nursing Care: Application To An Integrated Asthma Intervention Program. *The Journal of School Nursing*, 18, 74–78.

NINOT, G., MOULLEC, G., DESPLAN, J., PREFAUT, C. & VARRAY, A. (2007a) Daily functioning of dyspnea, self-esteem and physical self in patients with moderate COPD before, during and after a first inpatient rehabilitation program. *Journal Disability & Rehabilitation*, 29, 1671–1678.

- NINOT, G., MOULLEC, G., DESPLAN, J., PREFAUT, C. & VARRAY, A. (2007b) Daily functioning of dyspnea, self-esteem and physical self in patients with moderate COPD before, during and after a first inpatient rehabilitation program. *Disability & Rehabilitation*, 29, 1671–1678.
- NIR, Z., ZOLOTOGORSKY, Z. & SUGURMAN, H. (2004) Structured nursing intervention versus routine rehabilitation after stroke. *American journal of physical medicine & rehabilitation*, 83, 522–529.
- NOBLE, B., HUGHES, P., INGLETON, C. & CLARK, D. (2001) Rural palliative care needs: a survey of primary care professionals in Powys, Wales. *International Journal of Palliative Nursing*, 7, 610–615.
- NOBLE, H. (2008) Supportive and palliative care for the patient with end-stage renal disease. *British Journal of Nursing*, 17, 498–504.
- NOBLE, H., KELLY, D., RAWLINGS-ANDERSON, K. & MEYER, J. (2007a) A concept analysis of renal supportive care: the changing world of nephrology. *Journal of Advanced Nursing*, 59, 644–653.
- NOBLE, H., KELLY, D., RAWLINGS-ANDERSON, K. & MEYER, J. (2007b) A concept analysis of renal supportive care: the changing world of nephrology. *Journal of Advanced Nursing*, 59, 644–653
- NOLAN, M. & NOLAN, J. (1999) Rehabilitation, chronic illness and disability: the missing elements in nurse education. *Journal of Advanced Nursing*, 29, 958–966.
- NORMAN, D. C. (2002) Management of antibiotic-resistant bacteria. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50, S242–246.
- NORTHOUSE, L. L. (2005) Helping families of patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 32, 743–750.
- NORTON, C. & CHELVANAYAGAM, S. (2000) A nursing assessment tool for adults with fecal incontinence. *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing*, 27, 279–291.
- NORWOOD, S. L. (2002) *Pflegeconsulting – Handbuch zur Organisations- und Gruppenberatung in der Pflege*. Verlag Hans Huber, Bern.

NUÑEZ, D. E., ARMBRUSTER, C., PHILLIPS, W. T. & GALE, B. J. (2003) Community-based senior health promotion program using a collaborative practice model: the Escalante Health Partnerships. *Public Health Nursing*, 20, 25–32.

NURMINEN, J., PUUSTINEN, J., KUKOLA, M. & KIVELÄ, S. (2009) The use of chemical restraints for older long-term hospital patients: a case report from Finland. *Journal of Elder Abuse & Neglect* 21, 89–104.

NYAMATHI, A., FLASKERUD, J. H., LEAKE, B., DIXON, E. L. & LU, A. (2001) Evaluating the impact of peer, nurse case-managed, and standard HIV risk-reduction programs on psychosocial and health-promoting behavioral outcomes among homeless women. *Research in Nursing & Health*, 24, 410–422.

O'CONNOR, M., PETERS, L., LEE, S. & WEBSTER, C. (2005) Palliative care work, between death & discharge. *Journal of Palliative Care*, 22, 97–102.

O'KEEFE-MCCARTHY, S. (2008) Women's experiences of cardiac pain: a review of the literature. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing* 18, 18–25.

O'SULLIVAN, D. & MCCARTHY, G. (2007) An exploration of the relationship between fatigue and physical functioning in patients with end stage renal disease receiving haemodialysis. *Journal of Nursing & Healthcare of Chronic Illnesses*, 16, 276–284.

ÖAG (2007) HIV Surveillance Österreichische HIVKohortenstudie (OEHIVKOS). Österreichische Agentur für Gesundheit, Jahresbericht „HIV Surveillance“ 2007, http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/attachments/3/5/9/CH0951/CMS1214392137719/endafassung_druckfreigabe_hiv_bericht2007.pdf, (12.07.09).

ÖBIG (2004a) Erster Österreichischer Männergesundheitsbericht. Im Auftrag der männerpolitischen Grundsatzabteilung des Bundesministeriums für Soziales und Konsumentenschutz, http://www.goeg.at/media/download/berichte/1_Oesterreichischer_Maennergesundheitsbericht.pdf (18.06.2009).

ÖBIG (Ed.) (2004b) Rehabilitationsplan 2004, http://www.hauptverband.at/mediaDB/MMDB77421_Rehabilitationsplan_2004_mit_Tabellen.pdf (07.07.2009).

ÖBIG (2005) Situation pflegender Angehöriger. Im Auftrag des Bundesministeriums für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, http://www.bmsk.gv.at/cms/site/attachments/9/0/6/CH0184/CMS1229093595174/situation_pfleger_angehoeriger.pdf (19.06.2009).

ÖBIG (2008a) BRUSTKREBSBERICHT 2008. Gesundheit Österreich GmbH, Geschäftsbereich,
http://www.bmg.gv.at/cms/site/attachments/6/4/3/CH0774/CMS1246005710549/brustkrebsbericht_2008_kurzfassung.pdf, (12.07.2009).

ÖBIG (2008b) Demenzhandbuch. Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales und Konsumentenschutz,
http://www.bmsk.gv.at/cms/site/attachments/6/4/5/CH0060/CMS1218447318867/demenzhandbuch_inter.pdf (22.05.2009).

OGLAND-HAND, S. M. & FLORSHEIM, M. (2002) Family work in a long-term care setting. *Clinical Gerontologist*, 25, 105–123.

OGLAND-HAND, S. M. & FLORSHEIM, M. (2003) Family work in a long-term care setting. *Clinical Gerontologist* 25, 105–123.

OH, E., WEINTRAUB, N. & DHANANI, S. (2004) Can we prevent aspiration pneumonia in the nursing home? *Journal of the American Medical Directors Association*, 5, 174–179.

OH, H. & SEO, W. (2003) Decreasing pain and depression in a health promotion program for people with rheumatoid arthritis. *Journal of Nursing Scholarship*, 35, 127–132.

OLENEK, K., SKOWRONSKI, T. & SCHMALTZ, D. (2003) Geriatric nursing assessment. *Journal of Gerontological Nursing Assessment* 29, 5–9.

OLINZOCK, B. J. (2004) A model for assessing learning readiness for self-direction of care in individuals with spinal cord injuries: a qualitative study. *SCI Nursing*, 21, 69–74.

OLIVER, D. (2007) Preventing falls and falls-injuries in hospitals and long-term care facilities. *Reviews in Clinical Gerontology*, 17, 75–91.

ORMOND-WALSHE, S. E. & BURKE, K. (2001) The role of the infection control nurse as a clinical nurse specialist or advanced nurse practitioner. *Journal of Nursing Management*, 9, 209–112.

ORMOND-WALSHE, S. E. & NEWHAM, R. A. (2001) Comparing and contrasting the clinical nurse specialist and the advanced nurse practitioner roles. *Journal of Nursing Management*, 9, 205–207.

ORSULIC-JERAS, S., SCHNEIDER, N. M. & CAMP, C. J. (2000) Special feature: Montessori-based activities for long-term care residents with dementia. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 16, 78–91.

ÖSTERREICHISCHE SOZIALVERSICHERUNG (o. D.) Vorsorgeuntersuchung.
http://www.sozialversicherung.at/portal/index.html;jsessionid=0E9BF2B2B35DE429F52A005F01F4CD0A?ctrl:cmd=render&ctrl>window=esvportal.channel_content.cmsWindow&p_menuid=59337&p_tabid=3, (28.09.2009).

OTTLEY, C. (2002) Improving children's dental health. *Journal of Family Health Care*, 12, 122–125.

PANNO, J. M., KOLCABA, K. & HOLDER, C. (2000) Acute Care for Elders (ACE): a holistic model for geriatric orthopaedic nursing care. *Orthopaedic Nursing* 17, 53–60.

PARRA, M. M. (2003) Nursing and respite care services for ventilator-assisted children. *Caring*, 22, 6–9.

PARSONS, L. C. (2005) Osteoporosis: incidence, prevention, and treatment of the silent killer. *The Nursing Clinics of North America*, 40, 119–133.

PASINLIOĞLU, T. (2004) Health education for pregnant women: the role of background characteristics. *Patient Education and Counseling*, 53, 101–106.

PASTOR, D. K. (2005) An Action Plan for Community Hospice Nurse Leaders. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 7, 107–112.

PATE, R. R., DAVIS, M. G., ROBINSON, T. N., STONE, E. J., MCKENZIE, T. L. & YOUNG, J. C. (2006) Promoting Physical Activity in Children and Youth. *Circulation*, 114, 1214–1224.

PATEL, S. & YEA, E. (1999) A health visiting initiative for the elderly. *Journal of Community Nursing* 13, 10–11.

PATERSON, H. (2000) Oral health in long-term care settings. *Nursing Older People*, 12, 14–17.

PATON, J. M., FAHY, M. A. & LIVINGSTON, G. A. (2004) Delayed discharge—a solvable problem? The place of intermediate care in mental health care of older people. *Aging & mental health*, 8, 34–39.

PATTISON, N. (2004) Integration of critical care and palliative care at end of life. *British Journal of Nursing*, 13, 132–136.

PEATE, I. (2007) Sexual health. Human immunodeficiency virus and the older person. *British Journal of Nursing*, 16, 606–610.

PEGG, B. & TAN, L. (2002) Reducing suffering to improve quality of life through health promotion. *Contemporary Nurse*, 12, 22–30.

PEKKARINEN, L., ELOVAINIO, M., SINERVO, T., FINNE-SOVERI, H. & NORO, A. (2006) Nursing working conditions in relation to restraint practices in long-term care units. *Medical Care*, 44, 1114–1120.

PEPPER, G. A. & TOWSLEY, G. L. (2007) Medication errors in nursing homes: incidence and reduction strategies. *Journal of Pharmaceutical Finance, Economics & Policy* 16, 5–133.

PERRIN, J. M., BLOOM, S. R. & GORT, S. L. (2007) Increasing childhood chronic conditions in the United States. *Journal of the American Medical Association*, 297, 2755–2759.

PERRY, C. K., ROSENFELD, A. G., BENNETT, J. A. & POTEMPA, K. (2007) Heart-to-Heart: promoting walking in rural women through motivational interviewing and group support. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 22, 304–312.

PETERSON, J. A., YATES, B. C., ATWOOD, J. R. & HERTZOG, M. (2005) Effects of a physical activity intervention for women. *Western Journal of Nursing Research*, 27, 93–110.

PETIT, J. M. (2005) An update on Parkinson's disease. *Long-Term Care Interface*, 6, 48–54.

PETROVIC, K. (2006) Nursing care management of older adults with HIV/AIDS and chronic depression. *Care Management Journals*, 7, 115–120.

PHILLIPS, S. L., SOUTHWORTH, A., MYERS, M. & SHEA, C. S. (2005) Pain management in a long-term care setting: an interdisciplinary approach. *Annals of Long Term Care*, 13, 34–36.

PHILPOT, T. (2004) The growing input of specialist nurses in the health care of looked-after children. *Professional Nurse*, 2, 27.

PIEPER, B. & DINARDO, E. (2001) Health maintenance in a primary care clinic for urban, indigent adults. *Wound Ostomy Continence Nursing*, 28, 129–140.

PIEPER, R., POKORNY, A. & SMOLKA, A. (2000) Häusliche Pflege, Rehabilitation und Gerontechnologie Teilprojekt: Häusliche geriatrische Rehabilitation im Münchner Norden. ifb – Materialien 10, Staatsinstitut für Familienforschung an der Universität Bamberg (ifb).

PLEASANTS, R. A. (2009) Chronic obstructive pulmonary disease in long-term care. *Annals of Long Term Care*, 17, 24–30

PLESCHBERGER, S. & HEIMERL, K. (2002) Palliativpflege lehren und lernen. Die Pflege schwer kranker und sterbender Menschen im Kontext der Pflegeausbildungen. IN PLESCHBERGER, S., HEIMERL, K. & WILD, M. (Eds.) *Palliativpflege. Grundlagen für Praxis und Unterricht*. Wien, Facultas. 13–27.

PLUMMER, S. & HEARNshaw, C. (2006) Service evaluation. Reviewing a new model for delivering short-term specialist palliative care at home. *International Journal of Palliative Nursing* 12, 183–188.

POCH, D. S. & OST, D. E. (2009) What are the important risk factors for healthcare-associated pneumonia? *Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine* 30, 26–35.

POLICY DEPARTMENT ECONOMIC AND SCIENTIFIC POLICY (2008) *Palliative Care in the European Union*.
<http://www.europarl.europa.eu/activities/committees/studies/download.do?file=21421>, (05.10.2009).

POLIT, D. F. & HUNGLER, B. P. (1999) *Nursing Research. Principles and Methods*, Philadelphia, New York, Baltimore, Lippincott

POOLER, J., MCCRORY, F., STEADMAN, Y., WESTWELL, H. & PEERS, S. (2003) Dying at home: a care pathway for the last days of life in a community setting. *International Journal of Palliative Nursing*, 9, 258–264.

POPAT, S., LOPEZ, J., CHAN, S., WATERS, J., COMINOS, M., RUTTER, D. & M.E, H. (2006) Palliative treatments for patients with inoperable gastroesophageal cancers. *International Journal of Palliative Nursing*, 12, 306–317.

POWERS, L. E., SOWERS, J. & SINGER, G. H. S. (2006) A cross-disability analysis of person-directed, long-term services. *Journal of Disability Policy Studies*, 17, 66–76.

- PRICE, C. A. (2003) Resources for planning palliative and end-of-life care for patients with kidney disease. *Nephrology Nursing Journal*, 30, 649–656.
- PROOT, I. M., TER MEULEN, R. H., ABU-SAAD, H. H. & CREBOLDER, H. F. J. (2007) Supporting stroke patients' autonomy during rehabilitation. *Nursing Ethics*, 14, 229–241.
- PUTMAN-CASDORPH, H. & MCCRONE, S. (2009) Chronic obstructive pulmonary disease, anxiety, and depression: state of the science. *Heart & Lung*, 38, 34–47.
- PUURA, K., DAVIS, H., PAPADOPOULOU, K., TSIANTIS, J., ISPANOVIC-RADOJKOVIC, V., RUDIC, N., TAMMINEN, T., TURUNEN, M.-M., DRAGONAS, T., PARADISIOTOU, A., VIZAKOU, S., ROBERTS, R. & DAY, A. C. C. (2002) The European Early Promotion Project: A new primary health care service to promote children's mental health. *Infant Mental Health Journal*, 23, 606–624.
- QUAAL, S. J. (1999) Clinical nurse specialist: role restructuring to advanced practice registered nurse. *Critical Care Nursing Quarterly*, 21, 37–49.
- QUAGLIETTI, S., BLUM, L. & ELLIS, V. (2004) The Role of the Adult Nurse Practitioner in Palliative Care. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 6, 209–214
- QUINN, C. (2005) End-of-life care with the heart failure patient in home health: a case study. *Journal of Infusion Nursing*, 28, 393–398.
- RABINOWITZ, T. (2002) Delirium: an important (but often unrecognized) clinical syndrome. *Current Psychiatry Reports*, 4, 202–208.
- RABINS, P. V., BLACK, B. S., ROCA, R., GERMAN, P., MCGUIRE, M., ROBBINS, B., RYE, R. & BRANT, L. (2000) Effectiveness of a nurse-based outreach program for identifying and treating psychiatric illness in the elderly. *Journal of the American Medical Association*, 283, 2802–2809.
- RAGNESKOG, H., GERDNER, L. A. & HELLSTRÖM, L. (2001) Integration of lucid individuals and agitated individuals with dementia in different care units. *Journal of Clinical Nursing*, 10, 730–736.
- RAISLER, J. (2000) Against the odds: breastfeeding experiences of low income mothers. *Journal of Midwifery Womens Health*, 45, 253–263.
- RALLISON, L. & MOULES, N. J. (2004) The Unspeakable Nature of Pediatric Palliative Care: Unveiling Many Cloaks. *Journal of Family Nursing*, 10, 287–301.

- RAMSEY-KLAWSNIK, H., TEASTER, P. B., MENDIONDO, M. S., ABNER, E. L., CECIL, K. A. & TOOMS, M. R. (2006) Sexual abuse of vulnerable adults in care facilities: clinical findings and a research initiative. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 12, 332–339.
- RANTZ, M. J., MAREK, K. D. & ZWYGART-STAUFFACHER, M. (2000) The future of long-term care for the chronically ill. *Nursing Administration Quarterly*, 25, 51–58.
- RAO, A. S. & BRADLEY, S. F. (2003) Clostridium difficile in older adults and residents of long-term care facilities. *Annals of Long Term Care*, 11, 42–47.
- RAUDONIS, B. M., KYBA, F. C. N. & KINSEY, T. A. (2002) Long-term care nurses' knowledge of end-of-life care. *Geriatric Nursing*, 23, 296–301.
- RAVELLA, P. C. & THOMPSON, L. S. (2001) Evolution of healthy communities. Educational model of community partnerships for health promotion. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 2, 161–166.
- RAYNER, R. (2006) The role of nurse-led clinics in the management of chronic leg wounds. *Primary Intention: the Australian Journal of Wound Management*, 14, 162–167.
- READ, S. & THOMPSON-HILL, J. (2008) Palliative care nursing in relation to people with intellectual disabilities. *British Journal of Nursing*, 7, 506–510.
- REDFERN, J., MCKEVITT, C., DUNDAS, R., RUDD, A. G. & WOLFE, C. D. A. (2000) Behavioral risk factor prevalence and lifestyle change after stroke: a prospective study. *Stroke*, 31, 1877–1881.
- REILLY, N. J. (2000) Nursing management of older women with urinary incontinence. *Urologic Nursing* 20, 307–311, 315–316.
- REITH, M. & LUCAS, C. (2008) Questioning the Evidence for Service Assumptions. *Audit of Transfers from a Hospice to Nursing Home Care. Journal of Social Work*, 8.
- REMPEL, G. R. (2004) Technological advances in pediatrics: challenges for parents and nurses. *Journal of Pediatric Nursing*, 19, 13–24.
- RENSINK, M., SCHUURMANS, M., LINDEMAN, E. & HAFSTEINSDÓTTIR, T. (2009) Task-oriented training in rehabilitation after stroke: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 65, 737–754.

RENTZ, C. (2008) Nursing care of the person with sporadic Creutzfeldt–Jakob disease. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 10, 272–284.

RENTZ, C. A. (2003) Creutzfeldt–Jakob disease: two case studies. *American Journal of Alzheimer’s Disease & Other Dementias*, 18, 171–180.

RESNICK, B. & SIMPSON, M. (2003) Restorative Care Nursing Activities: pilot testing self–efficacy and outcome expectation measures. *Geriatric Nursing*, 24, 82–89.

RETTKE, H., MARTIN, J. S. & LANGEWITZ, W. (2005) Evaluation der Weiterbildung in Notfallpflege anhand kritischer klinischer Ereignisse in der Berufspraxis Pflegender auf Notfallstationen. *PRINTERNET*, 04, 197–203.

REVELEY, S. (1999) The role of the triage nurse practitioner in general medical practice: an analysis of the role. *Journal of Advanced Nursing*, 28, 584–591.

REYNOLDS, K., HENDERSON, M., SCHULMAN, A. & HANSON, L. C. (2004) Needs of the Dying in Nursing Homes. *Journal of Palliative Medicine*, 5, 895–901.

REZNICEK, S. B. (2002) Management of incontinence in the elderly. *Journal of Gender–Specific Medicine* 5.

RHÉAUME, A. (2003) The changing division of labour between nurses and nursing assistants in New Brunswick. *Journal of Advanced Nursing*, 41, 435–443.

RHEAUME, C. & MITTY, E. (2008) Sexuality and intimacy in older adults. *Geriatric Nursing*, 29, 342–349.

RICAUDA, N. A., BO, M., MOLASCHI, M., MASSAIA, M., SALERNO, D., AMATI, D., TIBALDI, V. & FABRIS, F. (2004) Home Hospitalization Service for Acute Uncomplicated First Ischemic Stroke in Elderly Patients: A Randomized Trial. *Journal of the American Geriatrics Society.*, 52, 278–283.

RICE, A. (2000a) Sexuality in cancer and palliative care 1: Effects of disease and treatment. *International Journal of Palliative Nursing*, 6, 392–397.

RICE, A. (2000b) Sexuality in cancer and palliative care 2: Exploring the issues. *International Journal of Palliative Nursing*, 6, 448–453.

RICHARDS, C. L. (2005) Preventing antimicrobial–resistant bacterial infections among older adults in long–term care facilities. *Journal of the American Medical Directors Association*, 6, 144–151.

RICHARDSON, A. (2003) Improving supportive and palliative care for adults with cancer. *Nursing Times*, 6, o.S.

RICHARDSON, A. (2004) Creating a culture of compassion: developing supportive care for people with cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 8, 293–305.

RICHARDSON, J. (2002) Health promotion in palliative care: the patients' perception of therapeutic interaction with the palliative nurse in the primary care setting. *Journal of Advanced Nursing* 40, 432–440.

RIMER, B. K. & GIERISCH, J. M. (2005) Public education and cancer control. *Seminars in Oncology Nursing* 21, 286–295.

RIVIELLO, C., MELLO, G. & JOVANOVIC, L. G. (2009) Breastfeeding and the basal insulin requirement in type 1 diabetic women. *Endocrine Practice*, 15, 187–193.

ROBINSON, L., DUGGER, K., FONG, G., HEINTZMAN, T., HNIZDO, S., LIBBY, J., MCDANIELS, J., MILES, J., REMPEL, H. & TAYLOR, A. (2006) Palliative Home Nursing Interventions for People With HIV/AIDS: A Pilot Study. *Journal of the Association of Nurses in AIDS care*, 17, 37–46.

ROBINSON, S. B. (1999) Transitions in the lives of elderly women who have sustained hip fractures. *Journal of Advanced Nursing*, 30, 1341–1348.

ROBINSON, S. B. (1999) Transitions in the lives of elderly women who have sustained hip fractures. *Journal of Advanced Nursing*, 30, 1341–1348.

RODIN, M. B. (2008) Cancer patients admitted to nursing homes: what do we know? *Journal of the American Medical Directors Association*, 9, 149–156.

RODRIGUEZ-KEY, M. & ALONZI, A. (2007) Nutrition, skin integrity, and pressure ulcer healing in chronically ill children: an overview. *Ostomy Wound Management*, 53, 56–58, 60, 62 passim.

RODWELL, C. M. (1996) An analysis of the concept of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 305–313.

ROGERS, A. & ADDINGTON-HALL, J. (2005) Care of the dying stroke patient in the acute setting. *Journal of Research in Nursing*, 10, 153–167.

ROLLAND, Y., PILLARD, F., KLAPOUSZCZAK, A., REYNISH, E., THOMAS, D., ANDRIEU, S., RIVIÈRE, D. & VELLAS, B. (2007) Exercise program for nursing home residents with

Alzheimer's disease: a 1-year randomized, controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55, 158-165.

RON, P. (2004) Depression, hopelessness, and suicidal ideation among the elderly: a comparison between men and women living in nursing homes and in the community. *Journal of Gerontological Social Work*, 43, 97-116.

ROSE, J. & GLASS, N. (2006) Nurses and palliation in the community: the current discourse. *International Journal of Palliative Nursing*, 12, 526-532.

ROSENFELD, P., KOBAYASHI, M., BARBER, P. & MEZEY, M. (2004) Utilization of nurse practitioners in long-term care: findings and implications of a national survey. *Journal of the American Medical Directors Association* 5, 9-15.

ROSS, M. M., CARSWELL, A. & DALZIEL, W. B. (2001) Family caregiving in long-term care facilities. *Clinical Nursing Research*, 10, 347-368.

ROSSWURM, M. A. (2001) Nursing perspectives on the health care of rural elders. *Geriatric Nursing*, 22, 231-233.

ROTKOFF, N. (1999) Care of the morbidly obese patient in a long-term care facility. *Geriatric Nursing*, 23, 319-329.

ROUTASALO, P., ARVE, S. & LAURI, S. (2004) Geriatric rehabilitation nursing: developing a model. *International Journal of Nursing Practice*, 10, 207-215.

ROUTASALO, P., WAGNER, L. & VIRTANEN, H. (2004) Registered Nurses' perceptions of geriatric rehabilitation nursing in three Scandinavian countries. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18, 220-228.

ROUZAN, I. A. (2001) An analysis of research and clinical practice in neonatal pain management. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 13, 57-60.

RUBENSTEIN, L. Z. (2006) Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. *Age & Ageing*, 35, ii37-ii41.

RUDKINS, H. & AIRD, T. (2006) The importance of early consideration of palliative care in Parkinson's disease. *British Journal of Neuroscience Nursing*, 2, 10, 12, 14-16.

RUDOLPH, J. L., SCHREIBER, K. & HARRINGTON, M. B. (2008) Postoperative delirium: overview and opportunities to optimize outcomes. *Journal of Clinical Outcomes Management* 15, 502-511.

RUFFELL, A. & ADAMCOVA, L. (2008) Ventilator-associated pneumonia: prevention is better than cure. *Nursing in Critical Care*, 13, 44–53.

RUSHTON, C. (2005) A framework for integrated pediatric palliative care: being with dying. *Journal of Pediatric Nursing*, 20, 311–325.

RUSHTON, C. H. (2004) Ethics and Palliative Care in Pediatrics: When should parents agree to withdraw life-sustaining therapy for children? *American Journal of Nursing*, 104, 54–63.

RUSSELL, C. A. & ROLLINS, H. (2002) The needs of patients requiring home enteral tube feeding. *Professional Nurse*, 17, 500–502.

RUTH, D. (2003) Establishing need for palliative care services for children/young people. *British journal of nursing*, 12, 224–232.

RUTLEDGE, D. N., BOOKBINDER, M., DONALDSON, N. E. & PRAVIKOFF, D. S. (2001a) End-of-Life Care Series. Part III. Learnings Beyond the SUPPORT and HELP Studies. *Online Journal of Clinical Innovations*, 4, o.S.

RUTLEDGE, D. N., DONALDSON, N. E. & PRAVIKOFF, D. S. (2001b) End-of-Life Care Series. Part II. End-of-Life Care for Hospitalized Adults in America – Learnings from the SUPPORT and HELP Studies. *Online Journal of Clinical Innovations*, 4, o.S.

RYAN-WOOLLEY, B., MCHUGH, G. & LUKER, K. (2008) Exploring the views of nurse prescribing among Macmillan nurses. *British Journal of Community Nursing*, 13, 174–177.

RYAN-WOOLLEY, B., WILSON, K. & CARESS, A. (2004) The implementation and evaluation of a community rehabilitation team: a case study. *Disability & Rehabilitation*, 26, 817–826.

RYDEN, M. B., PEARSON, V., KAAS, M. J., HANSCOM, J., LEE, H., KRICHBAUM, K., WANG, J. & SNYDER, M. (1999) Nursing interventions for depression in newly admitted nursing home residents. *Journal of Gerontological Nursing*, 25, 20–29.

SACHS, M. (2007) „Advanced Nursing Practice“–Trends: Implikationen für die deutsche Pflege. Ein Literaturüberblick mit Beispielen aus den USA, Großbritannien und den Niederlanden. *Pflege&Gesellschaft*, 12, 101–117.

SACKLEY, C. & POUND, K. (2002) Setting priorities for a discharge plan for stroke patients entering nursing home care. *Clinical Rehabilitation*, 16, 859–866.

- SADANIANZ, B. T. (2004) Heart to heart with cardiac rehab nurses. *Nursing Spectrum—New England Edition*, 23, 8–9.
- SAEWYC, E. M., BEARINGER, L. H., MCMAHON, G. & EVANS, T. (2006) A national needs assessment of nurses providing health care to adolescents. *Journal of Professional Nursing*, 22, 304–313.
- SALINAS, T. K., O’CONNOR, L. J., WEINSTEIN, M., LEE, S. Y. V. & FITZPATRICK, J. J. (2002) A family assessment tool for hospitalized elders. *Geriatric Nursing*, 23, 316–319, 335.
- SAMARASINGHE, K., FRIDLUND, B. & ARVIDSSON, B. (2006) Primary Health Care Nurses’ conceptions of involuntarily migrated families’ health. *International Nursing Review*, 53, 301–307.
- SAMPSELLE, C. M., BURNS, P. A., DOUGHERTY, M. C., NEWMAN, D. K., THOMAS, K. K. & WYMAN, J. F. (1999) Continence for women: evidence-based practice. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 28, Suppl 1: 25–33.
- SAMPSELLE, C. M., PALMER, M. H., BOYINGTON, A. R., O’DELL, K. K. & WOOLDRIDGE, L. (2004) Prevention of urinary incontinence in adults: population-based strategies. *Nursing Research* 53, Supplement: S61–7.
- SAMPSON, E. L., CANDY, B. & JONES, L. (2009) Enteral tube feeding for older people with advanced dementia. *Cochrane Database Systematic Review*, 15, o.S.
- SANDER, R. & RUSSELL, P. (2001) Care for dying people in nursing homes. *Nursing Older People*, 13, 21–25.
- SANTOS, S. S. C. & CESTARI, M. E. (2008) Health promotion for the elderly: gerontogeriatric nursing commitment. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21, 649–953.
- SARGENT, S. (2005) Liver disease. The aetiology, management and complications of alcoholic hepatitis. *British Journal of Nursing* 14, 556–562.
- SARGENT, S. (2006) Hepatology. The management and nursing care of cirrhotic ascites. *British Journal of Nursing*, 15, 212–219.
- SCANLON, C. (2003) Ethical Concerns in End-of-Life Care: When questions about advance directives and the withdrawal of life-sustaining interventions arise, how should decisions be made? *American Journal of Nursing*, 103, 48–55.

- SCHAEFFER, D. (2000) Care Management. Pflegewissenschaftliche Überlegungen zu einem aktuellen Thema. *Pflege*, 13, 17–26.
- SCHAEFFER, D. & EWERS, M. (2001) Ambulantisierung – Konsequenzen für die Pflege. *GGW – Wissenschaftsforum in Gesundheit und Gesellschaft*, 1, 13–20.
- SCHAFER, P. & MIDDLETON, J. (2001) Examining Peplau's pattern integrations in long-term care. 26, 5.
- SCHIM, S. M. & CULLEN, B. (2005) Wound care at end of life. *Nursing Clinics of North America*, 40, 281–294.
- SCHLUER, A. B., CIGNACCO, E., MÜLLER, M. & HALFENS, R. (2009) The prevalence of pressure ulcers in paediatric patients. *Journal of Clinical Nursing*, (in press).
- SCHMID, J. & HÜLYA, Y. (2001) Postoperative Pflege nach Schenkehalsfraktur. Nach dem Sturz auf die Hüfte rasch wieder mobilisieren. *Pflege Zeitschrift*, 54, 403–405.
- SCHMIDLIN, E. (2008) Artificial hydration: the role of the nurse in addressing patient and family needs. *International Journal of Palliative Nursing*, 14, 485–489.
- SCHNEIDER, C. M., DENNEHY, C. A., ROOZEBOOM, M. & CARTER, S. D. (2002) A Model Program: Exercise Intervention for Cancer Rehabilitation. *Integrative Cancer Therapies*, 1, 76–82.
- SCHNEIDER, J. K., MERCER, G. T., HERNING, M., SMITH, C. A. & PRYSAK, M. D. (2004) Promoting exercise behavior in older adults: using a cognitive behavioral intervention. *Journal of Gerontological Nursing*, 30, 45–53.
- SCHOFIELD, I. (2008) Delirium: challenges for clinical governance. *Journal of Nursing Management*, 16, 127–133.
- SCHOFIELD, I. & TOLSON, D. (2001) The nurse's role in assessing alcohol use by older people. *British journal of nursing*, 10, 1260–1268.
- SCHOLS, J. M. G. & VAN DER SCHRIEK–VAN MEEL, C. (2006) Day care for demented elderly in a dairy farm setting: positive first impressions. *Journal of the American Medical Directors Association*, 7, 456–459.
- SCHREINER, R. L. & MCCORMICK, W. C. (2002) Challenges in pain management among persons with AIDS in a long-term-care facility. *Journal of the American Medical Directors Association*, 3, 51–56.

SCHULC, E., ECKER, C., DEUFERT, D., SANDBICHLER, S., SYDOW, N. & THEM, C. (2008) Der Einfluss von Patientenedukation auf das Schmerzempfinden bei Patienten mit einer malignen Tumorerkrankung. *Pflege Zeitschrift* 61, 214–219.

SCHULTZ, M., HERNÁNDEZ, J. M., HERNÁNDEZ, N. E. & SANCHEZ, R. O. (2001) Onset of tuberculosis disease: new converters in long-term care settings. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 16, 313–318.

SCHULZ, M., BEHRENS, J. & SCHMIDT-OHLEMANN, M. (2008) Ergebnisorientierte Evaluation eines Mobilen Rehabilitationsdienstes: Eine prospektive Studie. *Physikalische Medizin. Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin*, 18, 30–34.

SCHUURMANS, M. J., DUURSMA, S. A. & SHORTRIDGE-BAGGETT, L. M. (2001) Early recognition of delirium: review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 10, 721–729

SCHWENK, W. (2005) Bedeutung der Schmerztherapie in der „Fast-Track“-Rehabilitation. *Krankenpflege Journal*, 43, 96–97.

SCHWERDT, R. (2005) Probleme der Ernährung älterer Menschen mit Demenz: Aktueller Forschungs- und Entwicklungsbedarf *PFLEGE & GESELLSCHAFT*, 10, 75–82.

SCOTT, V., VOTOVA, K., SCANLAN, A. & CLOSE, J. (2007) Multifactorial and functional mobility assessment tools for fall risk among older adults in community, home-support, long-term and acute care settings. *Age & Ageing*, 36, 130–139.

SEDLAK, C. A., DOHENY, M. O., ESTOK, P. J. & ZELLER, R. A. (2005) Tailored interventions to enhance osteoporosis prevention in women. *Orthopaedic Nursing*, 24, 270–276.

SEEMATTER-BAGNOUD, L., WIETLISBACH, V., YERSIN, B. & BÜLA, C. J. (2006) Healthcare Utilization of Elderly Persons Hospitalized After a Noninjurious Fall in a Swiss Academic Medical Center. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54, 891–897.

SEIDL, E. (2004) Advanced Nursing Practice. *Österreichische Pflegezeitschrift*, 20, 20–23.

SENEVIRATNE, C. (2008) Review: organised stroke unit care reduces mortality more than other forms of care for inpatients. *Evidence-Based Nursing*, 11, 84.

SENIOR, P., MACNAIR, L. & JINDAL, K. (2008) Delivery of Multifactorial Interventions by Nurse and Dietitian Teams in a Community Setting to Prevent Diabetic Complications: A Quality-Improvement Report. *American Journal of Kidney Diseases*, 51, 425–434.

- SERVICE, K. (2003) The role of the nurse in the care of older people with intellectual and developmental disabilities. *Nursing Clinics of North America*, 38, 291–312.
- SERVICE, K. P. & HAHN, J. E. (2003) Issues in aging: the role of the nurse in the care of older people with intellectual and developmental disabilities. *Nursing Clinics of North America*, 38, 291–312.
- SHAMLIYAN, T., WYMAN, J., DZ, D. Z. B., KANE, R. L. & WILT, T. J. (2007) Prevention of urinary and fecal incontinence in adults. *Evidence Report Technological Assessment*, 161, 1–137.
- SHANLEY, C. & O'LOUGHLIN, G. (2000) Dysphagia among nursing home residents: an assessment and management protocol. *Journal of Gerontological Nursing*, 26, 35–48.
- SHEAHAN, S. L. (2000) Documentation of Health Risks and Health Promotion Counseling by Emergency Department Nurse Practitioners and Physicians. *Journal of Nursing Scholarship*, 32, 245–250.
- SHELL, J. A. (2008) Sexual issues in the palliative care population. *Seminars in Oncology Nursing*, 24, 131–134.
- SHERMAN, D. W., MATZO, M. L., PAICE, J. A., MCLAUGHLIN, M. & VIRANI, R. (2004) Learning Pain Assessment and Management: A Goal of the End-of-Life Nursing Education Consortium. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 35, 107–120.
- SHINODA-TAGAWA, T. & CLARK, D. E. (2003) Trends in hospitalization after injury: older women are displacing young men. *Injury Prevention*, 9, 214–219.
- SHIU, A. T. Y., TWINN, S. F. & HOLROYD, E. (1999) The contribution of nursing to an interprofessional community-based rehabilitation team: perceptions of nurses, patients and carers. *Journal of Interprofessional Care*, 13, 65 – 75.
- SHUTTLEWORTH, A. (2005) Palliative care for people with end-stage non-malignant lung disease. *Nursing Times*, 101, 48–9.
- SILVERBLATT, F. J., TILBERT, C., MIKOLICH, D., BLAZEK-D'AREZZO, J., ALVES, J., TACK, M. & AGATIELLO, P. (2000) Preventing the spread of vancomycin-resistant enterococci in a long-term care facility. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48, 1211–1215.
- SIMOR, A. E., BRADLEY, S. F., STRAUSBAUGH, L. J., CROSSLEY, K. & NICOLLE, L. E. (2002) SHEA Long-Term-Care Committee. *Clostridium difficile* in long-term-care facilities for the elderly. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 23, 696–703.

SIMPSON, A. (2005) Community psychiatric nurses and the care co-ordinator role: squeezed to provide 'limited nursing'. *Journal of Advanced Nursing*, 52, 689–699.

SJÖGREN, P., NILSSON, E., FORSELL, M., JOHANSSON, O. & HOOGSTRAATE, J. (2008) A systematic review of the preventive effect of oral hygiene on pneumonia and respiratory tract infection in elderly people in hospitals and nursing homes: effect estimates and methodological quality of randomized controlled trials. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56, 2124–2130.

SKILBECK, J., PAYNE, S., INGLETON, M., NOLAN, M., CAREY, I. & HANSON, A. (2005) An exploration of family carers' experience of respite services in one specialist palliative care unit. *Palliative Medicine*, 19.

SKILBECK, J., SMALL, N. & AHMEDZAI, S. H. (1999) Nurses perceptions of specialist palliative care in an acute hospital. *International Journal of Palliative Nursing*, 5, 110–115

SLOAN, H. L., HASLAM, K. & FORET, C. M. (2001) Teaching the use of walkers and canes. *Home Health Nurse*, 19, 241–246.

SLOANE, P. D., IVEY, J., HELTON, M., BARRICK, A. L. & CERNA, A. (2008) Nutritional issues in long-term care. *Journal of the American Medical Directors Association*, 9, 476–485.

SMITH, M., BUCKWALTER, K. C., KANG, H., ELLINGROD, V. & SCHULTZ, S. K. (2008) Dementia care in assisted living: needs and challenges. *Issues in Mental Health Nursing*, 29, 817–838.

SMITH, S. (2004) Adolescent units—an evidence-based approach to quality nursing in adolescent care. *European Journal of Oncology Nursing* 8, 20–29.

SMITHARD, D. G., SMEETON, N. C. & WOLFE, C. D. (2007) Long-term outcome after stroke: does dysphagia matter? *Age & Ageing*, 36, 90–94

SMITHSON, J. (2000) Using and analysing focus groups : limitations and possibilities. *Social Research Methodology*, 3, 103 ±119.

SNAPE, D. & BURTON, C. (2002) Stroke rehabilitation: an agenda for development. *Nursing Standard*, 17, 35–38.

SNETHEN, J. A. & BROOME, M. E. (2007) Weight, Exercise, and Health. *Children's Perceptions*. *Clinical Nursing Research*, 16, 138–152.

SNOW, A. L., HOVANEK, L. & BRANDT, J. (2004) A controlled trial of aromatherapy for agitation in nursing home patients with dementia. *Journal of Alternative & Complementary Medicine*, 10, 431–437.

SNOWDON, J. (2007) Psychogeriatric services in the community and in long-term care facilities: needs and developments. *Current Opinion in Psychiatry*, 20, 533–538.

SÖDERHAMN, U., BACHRACH-LINDSTRÖM, M. & EK, A.-C. (2006) Nutritional screening and perceived health in a group of geriatric rehabilitation patients. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1997 – 2006.

SOLLOWAY, M., LAFRANCE, S., BAKITAS, M. & GERKEN, M. (2005) A chart review of seven hundred eighty-two deaths in hospitals, nursing homes, and hospice/home care. *Journal of Palliative Medicine*, 8, 789–796.

SOMERVILLE, J. (2007) The paradox of palliative care nursing across cultural boundaries. *International Journal of Palliative Nursing*, 13, 580–587.

SON, S. E. & KIRCHNER, J. T. (2000) Depression in children and adolescents. *American Family Physician*, 62, 2297–2308.

SORENSEN, R. & IEDEMA, R. (2007) Advocacy at end-of-life Research design: An ethnographic study of an ICU. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 1343–1353.

SPERONI, K. G., TEA, C., EARLEY, C., NIEHOFF, V. & ATHERTON, M. (2008) Evaluation of a pilot hospital-based community program implementing fitness and nutrition education for overweight children. *Journal of Specialists in Pediatric Nursing*, 13, 144–153.

SPICE, J. (2008) Promoting healthy eating: the role of pre-operative assessment. *Pediatric nursing*, 20, 14–18.

SPIRIG, R. & DE GEEST, S. (2004) «Advanced Nursing Practice» lohnt sich! *Pflege*, 17, 233 – 236.

SPIRIG, R., NICCA, D., VOGGENSPERGER, J., UNGER, M., WERDER, V. & NIEPMANN, S. (2004) The advanced nursing practice team as a model for HIV/AIDS caregiving in Switzerland. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 15, 47–55.

ST JOHN, W. (1999) Beyond the sick role: situating community health nursing practice. *Collegian*, 6, 30–35.

STARR, S. & HAND, H. (2002) Nursing care of chronic and acute liver failure. *Nursing Standard* 16, 47–56.

STEIN, P. S. & HENRY, R. G. (2009) Poor oral hygiene in long-term care: nurses must provide better oral care to older adults and patients with severe disabilities. *American Journal of Nursing*, 109, 44–51.

STEIN, R. E. (2001a) Challenges in long-term health care for children. *Ambulatory Pediatrics*, 1, 280–288.

STEIN, W. M. (2001b) Pain in the nursing home. *Clinics in Geriatric Medicine*, 17, 575–594.

STEINKAMP, N. & GORDIJN, B. (2003) Ethical case deliberation on the ward. A comparison of four methods. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 6, 235–246.

STEMMER, R. (2005) Zur aktuellen Lage der pflegesensitiven Outcomemessung – eine Übersicht. *PrInterNet* 7, 42–47.

STEPHENS, N. (2005) Complex care packages: supporting seamless discharge for child and family. *Paediatric Nursing*, 17, 30–32.

STEPTOE, A., DOHERTY, S., ELIZABETH RINK, S. K., KENDRICK, T. & HILTON, S. (1999) Behavioural counselling in general practice for the promotion of healthy behaviour among adults at increased risk of coronary heart disease: randomised trial. *British Medical Journal*, 319, 943–947.

STILLER, K. (2007) Safety issues that should be considered when mobilizing critically ill patients. *Critical Care Clinics*, 23, 35–53.

STOTTS, N. A. & GUNNINGBERG, L. (2007) How to try this. Predicting pressure ulcer risk: using the Braden scale with hospitalized older adults: the evidence supports it. *American Journal of Nursing*, 107, 40–44, 47–49.

STRINGER, S. (1999) Managing dysphagia in palliative care. *Professional Nurse*, 14, 489–492.

STRÖMBERG, A., MARTENSSON, J., FRIEDLUND, B. & DAHLSTRÖM, U. (2001) Nurse-led heart failure clinics in Sweden. *European Journal of Heart Failure*, 3, 139–144.

STRÖMBERG, L., OHLÉN, G., LINDGREN, U. & SVENSSON, O. (1999) Continuity, assessment and feedback in orthopaedic nursing care practice is cost-effective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 13, 177–185.

STRUBE, H. (2006) Es ist nie zu spät—Ernährung im Alter. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 49, 547–57.

STUART-SHOR, E. (2004) Progress in prevention. A public health action plan to prevent heart disease and stroke. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 19, 354-356.

STUCKI, G., STIER-JARMER, M., GRILL, E. & MELVIN, J. (2005) Rationale and principles of early rehabilitation care after an acute injury or illness. *Disability & Rehabilitation*, 27, 353-359.

SUMNER, L. H., KAVANAUGH, K. & MORO, T. (2006) Extending palliative care into pregnancy and the immediate newborn period: state of the practice of perinatal palliative care. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 20, 113-116.

SUTTON, H. (2001) Sexual health promotion: reducing the rate of teenage pregnancy. *Paediatric Nursing*, 13, 33-37.

SWEETLAND, C. (2005) The palliative care nurse's role in supporting the adolescent child of a dying patient. *International Journal of Palliative Nursing*, 11, 294-298.

SWINNEY, R., YIN, L., LEE, A., RUBIN, D. & ANDERSON, C. (2007) The role of support staff in pediatric palliative care: their perceptions, training, and available resources. *Journal of Palliative Care*, 23, 44-50.

TAFT, C. (1999) GN management. A team approach to managing urinary incontinence. *Geriatric Nursing* 20, 94-97.

TAGGART, H. M. (2001) Rehabilitation after a hip fracture. Special needs of the elderly. *Critical Care Nursing Clinics of North America* 13, 411-419.

TAILLIBERT, S., LAIGLE-DONADEY, F. & SANSON, M. (2004) Palliative care in patients with primary brain tumors. *Current Opinion in Oncology*, 16, 587-592.

TANNENBAUM, C. & LEPAGE, C. (2002) Practical management of urinary incontinence in the long-term care setting. *Annals of Long Term Care*, 10, 26-34.

TARIQ, S. H. (2004) Geriatric fecal incontinence. *Clinics in Geriatric Medicine*, 20, 571-587.

TARIQ, S. H. (2007) Constipation in long-term care. *Journal of the American Medicine Directors Association*, 8, 209-218.

TARZIAN, A. J. (2000) Caring for dying patients who have air hunger. *Journal of Nursing Scholarship*, 32, 137-143.

TAYLOR, C. (2005) Developments in child health surveillance programmes. *Nurings times.net*, 101, o.S.

TAYLOR, K., OBERLE, K., CRUTCHER, R. & NORTON, P. (2005) Promoting health in type 2 diabetes: nurse–physician collaboration in primary care. *Biological Research for Nursing*, 6, 207–215.

TCHETGEN, M. B. & APPELL, R. A. (1999) Urology. Geriatric incontinence. *Clinical Geriatrics* 7, 76–84.

TERRELL, K. M. & MILLER, D. K. (2006) Challenges in transitional care between nursing homes and emergency departments. *Journal of the American Medical Directors Association*, 7, 499–505.

THAKAR, R., ADDISON, R. & SULTAN, A. (2005) Management of urinary incontinence in the older female patient. *Clinical Geriatrics*, 13, 44–56.

THAKUR, M. & BLAZER, D. G. (2008) Depression in long–term care. *Journal of the American Medicine Directors Association*, 9, 82–87.

THE WRITING GROUP FOR THE SEARCH FOR DIABETES IN YOUTH STUDY GROUP (2007) Incidence of diabetes in youth in the United States. *Journal of the American Medical Association*, 299, 2716–2724.

THOMAS, D. R., COTE, T. R., LAWHORNE, L., LEVENSON, S. A., RUBENSTEIN, L. Z., SMITH, D. A., STEFANACCI, R. G., TANGALOS, E. G. & MORLEY, J. E. (2008) Dehydration Council. Understanding clinical dehydration and its treatment. *Journal of the American Medicine Directors Association*, 9, 292–301.

THOMAS, D. V. & LOONEY, S. W. (2004a) Effectiveness of a comprehensive psychoeducation intervention with pregnant and parenting adolescents: a pilot study. *Journal of Child & Adolescent Psychiatric Nursing*, 17, 66–77.

THOMAS, D. V. & LOONEY, S. W. (2004b) Effectiveness of a Comprehensive Psychoeducational Intervention With Pregnant and Parenting Adolescents: A Pilot Study. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 17, 66–77.

THOMAS, N. & MAHON, A. (2002) Unstable diabetes and peritoneal dialysis—what are the challenges? *Journal of Renal Care*, 28, 89–90.

THOMAS, S. & MACMAHON, D. (2002) Managing Parkinson's disease in long–term care. *Nursing Older People*, 14, 23–30.

- THOMAS, S. & MACMAHON, D. (2004) Parkinson's disease, palliative care and older people: Part 1. *Nursing Older People*, 16, 22–26.
- THOMPSON, D. L. (2004) Geriatric incontinence: the long-term care challenge. *Urologic Nursing*, 24, 305–314, 356.
- THOMPSON, G., MCCLEMENT, S. & DAENINCK, P. (2006a) Nurses' perceptions of quality end-of-life care on an acute medical ward. *Journal of Advanced Nursing*, 53, 169–177.
- THOMPSON, G. N., MCCLEMENT, S. E. & DAENINCK, P. J. (2006b) "Changing lanes": facilitating the transition from curative to palliative care. *Journal of Palliative Care*, 22, 91–98.
- THOMPSON, L. (2007) Care of the patient with adult congenital heart disease. *Critical Care Nursing Quarterly*, 30, 3–11.
- THOMPSON, P., LANG, L. & ANNELLS, M. (2008) A systematic review of the effectiveness of in-home community nurse led interventions for the mental health of older persons. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 1419–1427.
- THOMPSON, R., CHRISTIE, D., HINDMARSH, P. & VINER, R. (2003) Sharing the news: caring for young people with diabetes. *Journal of Diabetes Nursing*, 7, 293–296.
- THOMPSON, S. & OLIVER, D. P. (2008) A New Model for Long-Term Care: Balancing Palliative and Restorative Care Delivery. *Journal of Housing For the Elderly*, 22, 169 – 194.
- THOMSON, K., GRIPTON, J., LUTCHMIAH, J. & CAAN, W. (2007) Health facilitation in primary care seen from practice and education. *British Journal of Nursing*, 16, 1156–1160.
- THORN, S. (2000) Neurological rehabilitation nursing: a review of the research. *Journal of Advanced Nursing*, 31, 1029–1038.
- THORNGREN, K. G., NORRMAN, P. O., HOMMEL, A., CEDERVALL, M., THORNGREN, J. & WINGSTRAND, H. (2005) Influence of age, sex, fracture type and pre-fracture living on rehabilitation pattern after hip fracture in the elderly. *Disability and Rehabilitation*, 27, 1091–1097.
- THORNLOW, D. K., AUERHAHN, C. & STANLEY, J. (2006) A necessity not a luxury: preparing advanced practice nurses to care for older adults. *Journal of Professional Nursing*, 22, 116–122.

TICHAWA, U. (2002) Creating a continuum of care for elderly individuals. *Journal of Gerontological Nursing* 28, 46–52.

TIDWELL, L., HOLLAND, S. K., GREENBERG, J., MALONE, J., MULLAN, J. & NEWCOMER, R. (2004) Community-Based Nurse Health Coaching and Its Effect on Fitness Participation. *Professional Case Management*, 9, 267–279.

TIMMERMAN, R. A. (2007) A mobility protocol for critically ill adults. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 26, 175–179.

TONKS, F. & SMITH, G. (2005) Psychological care in liver disease: the nurse's role. *Gastrointestinal Nursing*, 3, 33–40.

TONSTAD, S., ALM, C. S. & SANDVIK, E. (2007) Effect of nurse counselling on metabolic risk factors in patients with mild hypertension: a randomised controlled trial. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 6, 160–164.

TORP, S., HANSON, E., HAUGEI, S., ULSTEIN, I. & MAGNUSSON, L. (2007) A pilot study of how information and communication technology may contribute to health promotion among elderly spousal carers in Norway. *Health & Social Care in the Community*, 16, 75–85.

TORRES, A., EL-EBIARY, M., RIQUELME, R., RUIZ, M. & CELIS, R. (1999) Community-acquired pneumonia in the elderly. *Seminars in Respiratory Infections*, 14, 173–183.

TOTH, A., FACKELMANN, J., PIGOTT, W. & TOLOMEO, O. (2004) Tuberculosis prevention and treatment: occupational health, infection control, public health, general duty staff, visiting, parish nursing or working in a physician's office—all nursing roles are key in improving tuberculosis control. *Canadian Nurse* 100, 27–30.

TRAPPES-LOMAX, T., ELLIS, A., FOX, M., TAYLOR, R., POWER, M., STEAD, J. & BAINBRIDGE, I. (2006) Buying time I: a prospective, controlled trial of a joint health/social care residential rehabilitation unit for older people on discharge from hospital. *Health & Social Care in the Community*, 14, 49–62.

TRAVERS, P. L. (1999) Poststroke dysphagia: implications for nurses. *Rehabilitation Nursing* 24, 69–73, 88.

TRAVIS, S. S., BUCHANAN, R. J., WANG, S. & KIM, M. (2004) Analyses of nursing home residents with diabetes at admission. *Journal of the American Medical Directors Association*, 5, 320–327.

TREND, P., KAYE, J., GAGE, H., OWEN, C. & WADE, D. (2002) Short-term effectiveness of intensive multidisciplinary rehabilitation for people with Parkinson's disease and their carers. *Clinical Rehabilitation*, 16, 717-725.

TRUMAN, B., GORDON, S. & ELY, E. W. (2004) Delirium: a neglected danger in the intensive care unit. *Annals of Long Term Care*, 12, 18-22.

TUFFREY-WIJNE, I. (2003) The palliative care needs of people with intellectual disabilities: a literature review. *Palliative Medicine*, 17, 55-62.

TUFFREY-WIJNE, I. & MCENHILL, L. (2008) Communication difficulties and intellectual disability in end-of-life care. *International Journal of Palliative Nursing*, 14, 189-194.

TURTON, A. J. & BRITTON, E. (2005) A pilot randomized controlled trial of a daily muscle stretch regime to prevent contractures in the arm after stroke. *Clinical Rehabilitation*, 19.

TUSAIE, K. (2008) Positive Development in Children and Adolescent. *Archives of Psychiatric Nursing*, 22, 389-390.

TVEITO, T. H. & ERIKSEN, H. R. (2009) Integrated health programme: a workplace randomised controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 65, 110-119.

TZENG, H. & YIN, C. (2008) The extrinsic risk factors for inpatient falls in hospital patient rooms. *Journal of Nursing Care Quality*, 23, 233-241.

UNSWORTH, C. A. (2001) Selection for rehabilitation: acute care discharge patterns for stroke and orthopaedic patients. *International Journal of Rehabilitation Research*, 24, 103-114.

UOSUKAINEN, L. M. (2001) Promotion of the Good Life by Public Health Nurses. *Public Health Nursing*, 18, 375-384.

VENA, C., PARKER, K., CUNNINGHAM, M., CLARK, J. & MCMILLAN, S. (2004) Sleep-wake disturbances in people with cancer part I: an overview of sleep, sleep regulation, and effects of disease and treatment. *Oncological Nursing Forum*, 31, 735-746.

VENA, C., PARKER, K. P., ALLEN, R., BLIWISE, D. L., JAIN, S. & KIMBLE, L. (2006) Sleep-wake disturbances and quality of life in patients with advanced lung cancer. *Oncology Nursing Forum*, 33, 761-769.

- VERGER, J., TRIMARCHI, T. & BARNSTEINER, J. H. (2002) Challenges of advanced practice nursing in pediatric acute and critical care: education to practice. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 14, 315–326.
- VIAU, P., PADULA, C. & EDDY, B. (2002) An Exploration of Health Concerns & Health-Promotion Behaviors in Pregnant Women Over Age 35. *American Journal of Maternal Child Nursing*, 27, 328–334.
- VICKERS, J. L. & CARLISLE, C. (2000) Choices and Control: Parental Experiences in Pediatric Terminal Home Care. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 17, 12–21.
- VILLAGRA, V. (2004) Strategies to control costs and quality: a focus on outcomes research for disease management. *Medical Care* 42, Supplement: III–24–30.
- VINSNES, A. G., HARKLESS, G. E. & NYRONNING, S. (2007) Unit-based intervention to improve urinary incontinence in frail elderly. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies* 27, 53–56.
- VOLKER, D. L. (2001) Oncology nurses' experiences with requests for assisted dying from terminally ill patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 28, 39–49.
- VOLKER, D. L., KAHN, D. & PENTICUFF, J. H. (2004) Patient control and end-of-life care part I: the advanced practice nurse perspective. *Oncology Nursing Forum*, 31, 945–953.
- VOYER, P. & MARTIN, L. S. (2003) Improving geriatric mental health nursing care: making a case for going beyond psychotropic medications. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12, 11–21.
- VU, M. Q., WEINTRAUB, N. & RUBENSTEIN, L. Z. (2004) Falls in the nursing home: are they preventable? *Journal of the American Medical Directors Association*, 5, 401–406.
- WAHAB, S., MENON, U. & SZALACHA, L. (2008) Motivational interviewing and colorectal cancer screening: a peek from the inside out. *Patient Education and Counseling*, 72, 210–217.
- WAINWRIGHT, P., THOMAS, J. & JONES, M. (2000) Health promotion and the role of the school nurse: a systematic review. *Journal of Advanced nursing*, 32, 1083–1091.
- WALD, A. (2005) Faecal incontinence in the elderly: epidemiology and management. *Drugs & Aging* 22, 131–139.

- WALKER, M. J. (2008) Effects of the medication nursing assistant role on nurse job satisfaction and stress in long-term care. *Nursing Administration Quarterly*, 32, 296–300.
- WALKER, S. N., PULLEN, C. H., BOECKNER, L., HAGEMAN, P. A., HERTZOG, M., OBERDORFER, M. K. & RUTLEDGE, M. J. (2009) Clinical trial of tailored activity and eating newsletters with older rural women. *Nursing Research*, 58, 74–85.
- WANG, K. W. & BARNARD, A. (2004) Technology-dependent children and their families: a review. *Journal of Advanced Nursing*, 45, 36–46.
- WANG, W. W. & MOYLE, W. (2005) Physical restraint use on people with dementia: a review of the literature. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 22, 46–52.
- WARNER, I. (2003) Nursing and long-term care concerns of foot care in the elderly. *Clinics in Podiatric Medicine Surgery*, 20, 383–394.
- WARNER, R. (2000) The effectiveness of nursing in stroke units. *Nursing Standard*, 14, 32–35.
- WARRINGTON, D., CHOLOWSKI, K. & PETERS, D. (2003) Effectiveness of home-based cardiac rehabilitation for special needs patients. *Journal of Advanced Nursing*, 41, 121–129.
- WASZYNSKI, C. M. (2007) How to try this. Detecting delirium. *American Journal of Nursing*, 107, 50–60.
- WATSON, N. & PULLIAM, L. (2000) Transgenerational health promotion. *Holistic Nursing Practice*, 14, 1–11.
- WATSON, S. (1999) Meeting the needs of young carers. *Nursing Standard*, 13, 37–40.
- WATTERS, C. L., HARVEY, C. V., MEEHAN, A. J. & SCHOENLY, L. (2005) Palliative care: a challenge for orthopaedic nursing care. *Orthopaedic Nursing*, 24, 4–7.
- WEBB, B. (2000) Enrolled nurse conversion: a review of the literature. *Journal of Nursing Management*, 8, 115–120.
- WEBBER, A. P., MARTIN, J. L., HARKEN, J. O., JOSEPHSON, K. R., RUBENSTEIN, L. & ALESSI, C. A. (2005) Depression in older patients admitted for postacute nursing home rehabilitation. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53, 1017–1022.

- WEEPIE, A. K. W. & MCCARTHY, A. M. (2002a) A Healthy Lifestyle Program: Promoting Child Health in Schools. *The Journal of School Nursing*, 18, 322–328.
- WEEPIE, A. K. W. & MCCARTHY, A. M. (2002b) A Healthy Lifestyle Program: Promoting Child Health in Schools. *The Journal of School Nursing*, 18, 322–328.
- WEINER, D. K. & HANLON, J. T. (2001) Pain in nursing home residents: management strategies. *Drugs Aging*, 18, 13–29.
- WELCH, L. (2002) Ear care for the elderly resident. *Canadian Nursing Home*, 13, 17–18.
- WELCH, R. (2008) Considering the factors affecting nutritional status. *Nursing & Residential Care*, 10, 481–486.
- WELLS, J. L., SEABROOK, J. A., STOLEE, P., BORRIE, M. J. & KNOEFEL, F. (2003) State of the art in geriatric rehabilitation. Part I: review of frailty and comprehensive geriatric assessment. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 84, 890–897.
- WELTE, T. & KÖHNLEIN, T. (2009) Global and local epidemiology of community-acquired pneumonia: the experience of the CAPNETZ Network. *Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine*, 30, 127–135.
- WENDEL, V. I. & DURSO, S. C. (2006) A case study: challenges and issues caring for the older adult across the spectrum of settings. *Journal for Nurse Practitioners*, 2.
- WENDT, W. R. (2005) Case Management – Ein Konzept, viele Anwendungen. *Managed Care* 2.
- WERNER, H. (2005) The benefits of the dysphagia clinical nurse specialist role. *Journal of Neuroscience Nursing* 37, 212–215.
- WEST, D. (2007) A palliative approach to the management of malodour from malignant fungating tumours. *International Journal of Palliative Nursing*, 13, 137–142.
- WESTERGREN, A. (2006) Detection of eating difficulties after stroke: a systematic review. *International Nursing Review*, 53, 143–149.
- WEWERS, M. E. & UNO, M. (2006) Reviews of evidence regarding interventions to reduce tobacco use and exposure to environmental tobacco smoke. *American Journal of Preventive Medicine*, 20, 16–66.
- WHELAN, J. (2003) Where should teenagers with cancer be treated? *European Journal of Cancer*, 39, 2573–2578.

- WHITE, P. & HALL, M. E. (2006) Mapping the literature of case management nursing. *J Med Libr Assoc*, 94, E99–E106.
- WHITEHEAD, D. (2005) Health promoting hospitals: the role and function of nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 20–27.
- WHITEHEAD, D. (2006) The health-promoting school: what role for nursing? *Journal of Clinical Nursing*, 15, 264–271.
- WHITING, L. & MILLER, S. (2009) Traditional, alternative and innovative approaches to health promotion for children and young people. *Paediatric Nursing*, 21, 45–50.
- WHITNEY, S. L. & ROSSI, M. M. (1999) Falls and balance issues in long-term care. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 15, 1–13.
- WHITTAKER, E., GEORGE KERNOHAN, W., HASSON, F., HOWARD, V. & MCLAUGHLIN, D. (2006) The palliative care education needs of nursing home staff. *Nurse Education Today*, 26, 501–510.
- WHITTEMORE, R., CHASE, S. K., MANDLE, C. L. & ROY, C. (2002) Lifestyle change in type 2 diabetes: a process model. *Nursing Research*, 51, 18–25.
- WHO (1999) Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO. Europäische Schriftenreihe Nr. 6. Kopenhagen, Regionalbüro für Europa.
- WHYTE, R. E., WATSON, H. E. & MCINTOSH, J. (2006) Nurses' opportunistic interventions with patients in relation to smoking. *Journal of Advanced Nursing*, 55, 568–577.
- WILDEN, B. M. & WRIGHT, N. E. (2002) Concept of pre-death. Restlessness in dementia. *Journal of gerontological nursing* 28, 50–51.
- WILKES, L., WHITE, K. & O'RIORDAN, L. (2002) Empowerment through information: supporting rural families of oncology patients in palliative care. *Australian Journal for Rural Health*, 8, 41–46.
- WILKES, L. M. & WHITE, K. (2005) The family and nurse in partnership: Providing day-to-day care for rural cancer patients. *Australian Journal of Rural Health*, 13, 121 – 126.
- WILLCOX, A. & GLEESON, J. (2003) Clinical update. Boys, young men and teenage pregnancies. *Primary Health Care*, 13, 27–31.

- WILLIAMS, A. L. & DEVRIES, S. M. (2000) Creating sustainable nursing interventions: An innovative health promotion strategy for handwashing in child care centres. *Neonatal, Paediatric and Child Health Nursing*, 3, 17–20.
- WILLIAMS, D. & SIDANI, S. (2001) An analysis of the nurse practitioner role in palliative care. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 14, 13–19.
- WILLIAMSON, D. & DRUMMOND, J. (2000) Enhancing Low-Income Parents' Capacities to Promote Their Children's Health: Education Is Not Enough. *Public Health Nursing*, 17, 121–131.
- WILLOUGHBY, D., DYE, C., BURRISS, P. & CARR, R. (2005) Protecting the kidneys of patients with diabetes. *The Journal for Advanced Nursing Practice*, 19, 150–156.
- WILSON, J. A. & CLARK, J. J. (2003) Obesity: impediment to wound healing. *Critical Care Nursing Quarterly*, 26, 119–132.
- WILSON, K. (2005) The evolution of the role of nurses: the history of nurse practitioners in pediatric oncology. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 22, 250–253.
- WILSON, L. F. (2007) Adolescents' Attitudes About Obesity and What They Want in Obesity Prevention Programs. *The Journal of School Nursing*, 23, 229–238.
- WILSON, M. G., THOMAS, D. R., RUBENSTEIN, L. Z., CHIBNALL, J. T., ANDERSON, S., BAXI, A., DIEBOLD, M. R. & MORLEY, J. E. (2005) Appetite assessment: simple appetite questionnaire predicts weight loss in community-dwelling adults and nursing home residents. *American Journal of Clinical Nutrition*, 82, 1074–1081.
- WITTER, P. (2005) The district nurse's role in managing patients with heart failure. *Nursing Standard*, 19, 38–42.
- WOODHOUSE, J. & BALDWIN, M. A. (2008) Dealing sensitively with sexuality in a palliative care context. *British Journal of Community Nursing*, 13, 20–25.
- WOODS, D. L., CRAVEN, R. F. & WHITNEY, J. (2005) The effect of therapeutic touch on behavioral symptoms of persons with dementia. *Alternative Therapies in Health & Medicine*, 11, 66–74.
- WOOLER, E. (2001) The role of the nurse in paediatric asthma management. *Paediatric Respiratory Review*, 2, 76–81.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1999) Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO. Europäische Schriftenreihe Nr. 6. Kopenhagen, Regionalbüro für Europa.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2005) Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO. Aktualisierung 2005. Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“ Nr. 7.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2006) Urgent Health Needs. Chapter 2, The World Health Report 2006, 20–39.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2007) Health and foreign policy: influences of migration and population mobility. Bulletin of the World Health Organization, 85, 200–206.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2009a) Definition of Palliative Care.
<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/print.html> (24.06.2009), o.S.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2009b) Palliative care.
<http://www.who.int/cancer/palliative/en/>.

WOTTON, K., BORBASI, S. & REDDEN, M. (2005) When All Else Has Failed: Nurses' Perception of Factors Influencing Palliative Care for Patients With End-Stage Heart Failure. Journal of Cardiovascular Nursing, 20, 18 – 25.

WRIGHT, D. J. (2001) Hospice nursing: the specialty. Cancer Nursing, 24, 20–27.

WRIGHT, K. (2003) Assessment for long-term care: a snapshot of nursing practice. British Journal of Community Nursing, 8, 6–9, 12–14.

YAP, T. L. & DAVIS, L. S. (2008) Physical activity: the science of health promotion through tailored messages. Rehabilitation Nursing, 33, 55–62.

YATES, P. (1999) All in the family. Family coping: issues and challenges for cancer nursing. Cancer Nursing, 22, 63–71.

YEH, S.-C. J. & LO, S. K. (2004) Is Rehabilitation Associated With Change in Functional Status Among Nursing Home Residents? Journal of Nursing Care Quality, 19, 58–66.

YEVCHAK, A. M., LOEB, S. J. & FICK, D. M. (2008) Promoting cognitive health and vitality: a review of clinical implications. Geriatric Nursing, 29, 302–310.

YOUNG, L. E., JANOSEK, S. V. & MCKENZIE, L. (2001) Family health promotion in cardiovascular care: exploring the information and support needs of heart transplant recipients and their families. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 11, 10–18.

YOUNG, S. (2009) Rethinking and integrating nephrology palliative care: a nephrology nursing perspective. *CANNT Journal*, 19, 36–44.

YOUNGBERG, D. R. M. (2007) Wound, ostomy, continence nurse consulting. *Home Health Care Management & Practice*, 19, 245–254.

YU, F., EVANS, L. K. & SULLIVAN–MARX, E. M. (2005) Functional Outcomes for Older Adults with Cognitive Impairment in a Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53, 1599 – 1606.

ZAMBROSKI, C. H. (2006) Managing beyond an uncertain illness trajectory: palliative care in advanced heart failure. *International Journal of Palliative Nursing*, 12, 566–573.

ZIMMERMAN, S., GRUBER–BALDINI, A. L., HEBEL, J. R., SLOANE, P. D. & MAGAZINER, J. (2002) Nursing home facility risk factors for infection and hospitalization: importance of registered nurse turnover, administration, and social factors. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50, 1987–1995.

ZIMMERMANN, N. & BAUER, R. (2006) Injuries in the European Union. *Statistics Summary 2002–2004*, http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/environment/IPP/documents/InjuriesEU_sum_en.pdf (12.07.2009).

ZWERDLING, T., HAMANN, K. C. & KON, A. A. (2006) Home pediatric compassionate extubation: bridging intensive and palliative care. *American Journal of Hospice & Palliative Care*, 23, 224–228.

ZYLKE, J. W. & DEANGELIS, C. D. (2007) Pediatric Chronic Disease – Stealing Childhood. *Journal of the American Medical Association*, 297, 2765–2766.

Literatur Fokusgruppen

EORNA (o. D.) EORNA Curriculum European Operating Room Nurses Association, http://www.eorna.eu/EORNA-Curriculum_a18.html (06.09.2009).

HYDÉN, L.–C. & BÜLOW, P. H. (2003) Who's talking: drawing conclusions from focus groups – some methodological considerations. *International Journal of Social Research Methodology*, 6, 305–321.

KITZINGER, J. (1994) The Methodology of Focus Groups: the importance of interaction between research participants. *Sociology of Health and Illness*, 16, 103–121.

LAMNEK, S. (2005) Gruppendiskussion. Theorie und Praxis, Weinheim und Basel, Beltz UTB.

POLIT, D. F. & HUNGLER, B. P. (1999) *Nursing Research. Principles and Methods*, Philadelphia, New York, Baltimore, Lippincott

SMITHSON, J. (2000) Using and analysing focus groups : limitations and possibilities. *Social Research Methodology*, 3, 103±119.

Literatur GÖG/ÖBIG (Kapitel 1–5)

Amtsblatt der Europäischen Union (2005): Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen. L 255/22 DE, 30.9.2005

Bartholomeyczik, S., Hunstein, D., Koch, V. & Zegelin–Abt, A. (2001): Zeitrichtlinien zur Begutachtung des Pflegebedarfs: Evaluation der Orientierungswerte für die Pflegezeitmessung, Frankfurt am Main, Mabuse–Verlag GmbH

Bodenwinkler, Andrea; Sax, Gabriele (2005): Mundgesundheit und Lebensqualität in Österreich 2005 – bei 35– bis 44–Jährigen und 65– bis 74–Jährigen. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Wien

Bodenwinkler, Andrea; Sax, Gabriele; Johann, Kerschbaum; Peter, Städtler (2007): Zahnstatus 2006. Sechsjährige Kinder mit und ohne Migrationshintergrund in Österreich. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG, Wien

Bodenwinkler, Andrea; Sax, Gabriele; Johann, Kerschbaum (2009): Zahnstatus 2007. Zwölfjährige Kinder mit und ohne Migrationshintergrund in Österreich. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG, Wien

BPGG: Bundespflegegeldgesetz. Änderung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes, des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes, des Bauern–Sozialversicherungsgesetzes, des Notarversicherungsgesetzes 1972, des Beamten–Kranken– und Unfallversicherungsgesetzes, des Strafvollzugsgesetzes, des Pensionsgesetzes 1965, des Bezügegesetzes, der Salinenarbeiter–Pensionsordnung 1967, des Post– und Telegra–

phen-Pensionsgesetzes 1967, des Bundesgesetzes vom 1. Juli 1967 über die Pensionsansprüche der Zivilbediensteten der ehemaligen k.u.k. Heeresverwaltung und ihrer Hinterbliebenen, des Kriegsopferversorgungsgesetzes 1957, des Heeresversorgungsgesetzes, des Opferfürsorgegesetzes, des Verbrechensopfergesetzes und des Arbeits- und Sozialgerichtsgesetzes, BGBl 1993/110

Bund-Länder-Sozialbetreuungsberufe: Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG zwischen dem Bund und den Ländern über Sozialbetreuungsberufe, BGBl I 2005/55

Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2009): Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2008. ÖSG 2008 (inkl. Großgeräteplan). Verfasst von Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

Bundesministerium für Gesundheit (2012): Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit 91747 II/A/2/2012. RL 2005/36/EG. Zugangsvoraussetzungen zur Pflegeausbildung. Unveröffentlicht

EinstV: Verordnung der Bundesministerin für Arbeit, Gesundheit und Soziales über die Beurteilung des Pflegebedarfes nach dem Bundespflegegeldgesetz (Einstufungsverordnung zum Bundespflegegeldgesetz – Einst.V), BGBl II 1999/37

Europäische Kommission: Beratender Ausschuss für die Ausbildung in der Krankenpflege. Bericht und Empfehlungen zur verlangten Fachkompetenz der für die Allgemeinpflege verantwortlichen Krankenschwestern/Krankenpfleger in der Europäischen Union. XV/E/8481/4/97-DE, Brüssel 1998, 1-11

Fassmann, Heinz; Reeger, Ursula; Sari, Sonja (2006): Migrantinnenbericht 2007. Bundeskanzleramt – Bundesministerin für Frauen, Medien und Öffentlicher Dienst, Wien

FH-GuK-AV: Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend über Fachhochschul-Bachelorstudiengänge für die Ausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege (FH-Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung – FH-GuK-AV), BGBl II 2008/200

GesBRÄG: Bundesgesetz, mit dem das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, das Hebammengesetz, das Kardiotechnikergesetz, das Medizinischer Masseur- und Heilmasseurgesetz, das MTD-Gesetz, das Bundesgesetz über die Regelung des Medizinisch-technischen Fachdienstes und der Sanitätshilfsdienste, das Sanitätsergesetz, das Zahnärztegesetz, das Zahnärztekammergesetz, das Ärztegesetz 1998, das Hausbetreuungsgesetz, die Gewerbeordnung 1994 und das Bundespflegegeldgesetz geändert werden (Gesundheitsberufe-Rechtsänderungsgesetz 2007), BGBl I 2008/57

Gleichweit, Sonja; Rossa, Martina (2009): Erster Österreichischer Demenzbericht. Teil 1: Analyse zur Versorgungssituation durch das CC Integrierte Versorgung der österreichischen Sozialversicherung. 1. Aufl., Wiener Gebietskrankenkasse, Wien

GuK-AV: Verordnung der Bundesministerin für Arbeit, Gesundheit und Soziales über die Ausbildung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege (Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung – GuK-AV), BGBl II 1999/179

GuK-LFV a: Änderung der Gesundheits- und Krankenpflege-Lehr- und Führungsaufgaben-Verordnung – GuK-LFV (GuK-LFV-Novelle 2009), BGBl II 2005/453 idF BGBl II 2009/59

GuK-LFV b: Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen über Sonderausbildung für Lehraufgaben und für Führungsaufgaben in der Gesundheits- und Krankenpflege (Gesundheits- und Krankenpflege-Lehr- und Führungsaufgaben-Verordnung – GuK-LFV), BGBl II 2005/453

GuK-TAV: Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen über die Teilzeitausbildung zum gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege (Gesundheits- und Krankenpflege-Teilzeitausbildungsverordnung – GuK-TAV), BGBl II 2006/455

GuK-WV: Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen über Weiterbildungen für Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflege-Weiterbildungsverordnung – GuK-WV), BGBl II 2006/453 i.d.F. BGBl II 2010/359

GuKG a: Bundesgesetz, mit dem das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz und das MTF-SHD-G geändert werden (GuKG-Novelle 2005), BGBl I 2005/69

GuKG b: Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG sowie Änderung des Krankenpflegegesetzes, des Ausbildungsvorbehaltsgesetzes und des Ärztegesetzes 1984, BGBl I 1997/108

Hydén, L. C.; Bülow, P. H. (2003): Who's talking: drawing conclusions from focus groups—some methodological considerations. In: International Journal of Social Research Methodology 6/4–305

Kemetmüller, Eleonore (Hg) (2005): Zukunftsperspektiven für die Ausbildung in der gehobenen Gesundheits- und Krankenpflege. Die Positionierung der Ausbildung im tertiären Sektor des österreichischen Bildungssystems. Fakultas, Wien

Kitzinger, Jenny (1994): The methodology of Focus Groups: the importance of interaction between research participants. In: Sociology of Health & Illness 16/1, 103–121

Konsultationspapier NQR (2008): Konsultationspapier – Nationaler Qualifikationsrahmen für Österreich. Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur / Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung

Krankenpflegegesetz: Änderung des Bundesgesetzes betreffend die Regelung des Krankenpflegefachdienstes, der medizinisch-technischen Dienste und der Sanitätshilfsdienste, BGBl 1961/102 idF 1990/449

Kytir, Josef (2008): Demographische Entwicklung. In: Hörl et al. (Hg.): Hochaltrigkeit in Österreich – Eine Bestandaufnahme. Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz, Wien, 45–73

Lamnek, Siegfried (2005): Gruppendiskussion Theorie und Praxis. UTB / Uni-Taschenbücher, Dr. nach Typoskript, 2., überarb. und erw. Aufl., Beltz, Weinheim

Landenberger, Margarete (2005): Situation der Pflegeausbildung in Deutschland und Europa – Ist-Stand und Reform. In: Ausbildung der Pflegeberufe in Europa Vergleichende Analyse und Vorbilder für eine Weiterentwicklung in Deutschland. Hg. v. M. Landenberger, et al., Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, 13–16

Lassnig, Lorenz, Vogtenhuber, Stefan (2009a): Einleitung Abschnitt 1: Bildungsstatistische Kennzahlen In: Specht, Werner (Hg.): Nationaler Bildungsbericht Österreich 2009. Band 1: Das Schulsystem im Spiegel von Daten und Indikatoren. Graz, Leykam; 20–33

Lassnig, Lorenz, Vogtenhuber, Stefan (2009b): Übertritte von der Volksschule in die Sekundarstufe I bzw. von der Sekundarstufe I in die Sekundarstufe II. In: Specht, Werner (Hg.): Nationaler Bildungsbericht Österreich 2009. Band 1: Das Schulsystem im Spiegel von Daten und Indikatoren. Graz, Leykam; 64–65

Lassnig, Lorenz, Vogtenhuber, Stefan (2009c): Hochschulzugangquote und Vorbildung der Studienanfänger/innen. In: Specht, Werner (Hg.): Nationaler Bildungsbericht Österreich 2009. Band 1: Das Schulsystem im Spiegel von Daten und Indikatoren. Graz, Leykam; 66–67

Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung (2005): Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005 – Kurzfassung. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend, Wien

Magistrat Wien (2004): Wiener Gesundheitsbericht 2004, Wien

Marik-Lebeck, Stephan; Wiesbauer, Alexander; Kytir, Josef (2009): Migrations- und Integrationsbericht. Bundesministerium für Inneres

Nemeth, Claudia; Bergmann, Franz; Hlava, Anton; Pochobradsky, Elisabeth (2007): Beschäftigte im Alten- und Behindertenbereich im Jahr 2006. Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales und Konsumentenschutz. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG, Wien

Nowak, Günther (2006): Forschungsprojekt: Monitoring von BildungseinsteigerInnen Bildungs- und Berufswahl des Maturajahrganges 2006, Wien

Polit, D. F.; Hungler, B. P. (1999): Nursing Research. Principles and Methods, Philadelphia, New York, Baltimore, Lippincott.

Reinprecht, Christoph (2009): Hochaltrige Migrant/innen. In: Hochaltrigkeit in Österreich – Eine Bestandaufnahme. Hg. v. Hörl et al. 2. Aufl., Wien: Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz, 245–266

Riess, Gabriele; Rottenhofer, Ingrid; Winkler, Petra (2007): Österreichischer Pflegebericht 2007. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG, Wien

Rappold, Elisabeth; Rottenhofer, Ingrid; Aistleithner, Regina; Link, Thomas; Hlava, Anton; Schrems, Berta (2012): Gesundheits- und Krankenpflege. Evaluierung der Ausbildungsbereiche. Gesamtbericht. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG, Wien

Robinson, Sherry Beth (1999): Transitions in the lives of elderly women who have sustained hip fractures. In: Journal of Advanced Nursing 30/6–1341–1348

Schneider, Cornelia (2005): Gesellschaftliche Problemlagen des Alter(n)s und der Altenbetreuung als Herausforderung pflegerischen Handelns bei psychischen Alterserkrankungen. Eine gerontosoziologisch-pflegewissenschaftliche Analyse unter Berücksichtigung des psychobiographischen Pflegemodells nach Erwin Böhm; Dissertation, Universität Wien, Wien

Smithson, Janet (2000): Using and analysing focus groups: limitations and possibilities. In: International Journal of Social Research Methodology 3/2–103–119

Statistik Austria (2008a): Bevölkerungsstand 1.1.2008, Wien

Statistik Austria (2008b): Bevölkerungsvorausschätzung 2008–2050 für Österreich, Wien

Statistik Austria (2008c): Demographisches Jahrbuch 2007, Wien

Statistik Austria (2008d): Arbeitskräfteerhebung 2007, Ergebnisse des Mikrozensus, Wien

Statistik Austria (2008e): Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2007, Wien

Statistik Austria (2009a): Familien- und Haushaltsstatistik 2008, Wien

Statistik Austria (2009b): Die Arbeits- und Lebenssituation von Migrantinnen und Migranten in Österreich, Wien

Statistik Austria (2009c): Bildung in Zahlen 2007/08 – Schlüsselindikatoren und Analysen, Wien

Stewig, Friederike; Schuchter, Patrick; Domittner, Brigitte (2013): Pflege-Ergebnisqualität. Grundlagenarbeit. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG, Wien

Stöcker, Gertrud (2004): Noch viel zu tun – Ausbildungen in den Pflegeberufen: Was trennt, was verbindet Europa? In: Heilberufe, Heft 05/14–15

Wingenfeld, K. (2000): Pflegebedürftigkeit, Pflegebedarf und pflegerische Leistungen. In: Rennen-Allhoff, B/Schaeffer, D. (Hg.): Handbuch Pflegewissenschaft. München: Juventa, 339–362

Wingenfeld, K.; Büscher, A.; Schaeffer, D. (2007): Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten. Überarbeitete, korrigierte Fassung. Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW), Bielefeld

Winkler, Petra; Rottenhofer, Ingrid; Pochobradsky, Elisabeth; Riess, Gabriele (2006): Österreichischer Pflegebericht. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Wien

Wintersteller, Anna (2009): Bildungsströme an den Schnittstellen des österreichischen Schulsystems. In: Specht, Werner (Hg): Nationaler Bildungsbericht Österreich 2009 Band 1: Das Schulsystem im Spiegel von Daten und Indikatoren, Leykam, 56–59, Graz

Anhang

Anhang 1: Tabellen in Bezug auf die Ausbildungssituation

Anhang 2: Fragen der Fokusgruppen nach Interessengruppen
geordnet

Tabellen in Bezug auf die Ausbildungssituation

Tabelle A 1:

Gesundheits- und Krankenpflegesschulen sowie Pflegehilfelehrgänge: Kategorisierung, gemäß Statistik Austria

Grundausbildung		
GS 3854		Pflegehilfelehrgang
GS 4850		Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege
GS 4851		Schule für Kinder- und Jugendlichenpflege (spezielle Grundausbildung)
GS 4852		Sonderausbildung in der Kinder- und Jugendlichenpflege
GS 4853		Schule für psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege (spezielle Grundausbildung)
Sonderausbildungen		
GS 4854		Sonderausbildung in der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege
GS 4860		Sonstige Sonderausbildungen in der Gesundheits- und Krankenpflege
GS 4861		Sonderausbildung in der Intensivpflege
GS 4862		Sonderausbildung in der Anästhesiepflege
GS 4863		Sonderausbildung in der Pflege bei Nierenersatztherapie
GS 4864		Sonderausbildung in der Pflege im Operationsbereich
GS 4865		Sonderausbildung in der Krankenhaushygiene
GS 4866		Sonderausbildung für Lehraufgaben in der Gesundheits- und Krankenpflege
GS 4867		Sonderausbildung für Führungsaufgaben in der Gesundheits- und Krankenpflege
GS 4868		Weiterbildung für Gesundheits- und Krankenpflegeberufe

Quelle: Spezialauswertung der Statistik Austria – Schulstatistik
Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle A 2:

Tertiärer Bildungssektor: Kategorisierung, gemäß Statistik Austria

Grundausbildung FH			
FH	599	Gesundheits- und Krankenpflege	FH Campus Wien
FH	624	Gesundheits- und Krankenpflege	FH Salzburg
FH	654	Gesundheits- und Krankenpflege	FH Wiener Neustadt
Gleichgehaltene Ausbildung für Lehraufgaben, nur für Pflegepersonen zugänglich (BGBl II 2009/59)			
ULG	775A	Lehrer/innen f. Gesundheits-/Krankenpflege	Universität Wien, Human- und Sozialwissenschaftliche Fakultät, in Kooperation mit dem Wiener Krankenanstaltenverbund (KAV)
ULG	780D	Lehrer/innen i. Gesundheits-/Pflegeberufen	Paris-Lodron-Universität Salzburg mit der SALK
ULG	780N	Pflegepädagogik	Medizin Universität Wien in Kooperation mit der Niederösterreichischen Landesakademie für höhere Fortbildung in der Pflege
ULG	779N	lehrendes Krankenpflegepersonal	Medizin Universität Wien in Kooperation mit der Niederösterreichischen Landesakademie für höhere Fortbildung in der Pflege
ULG	775B	Lehrer/innen d. Gesundheits-/Krankenpflege	Karl Franzens Universität Graz in Kooperation mit dem Amt der Steiermärkischen Landesregierung
ULG	775M	Pflegepädagogik	Donauuniversität Krems
ULG	775K	lehrendes Pflegepersonal	Johannes Kepler Universität Linz Sozial- und Wirtschafts-wissenschaftliche Fakultät
ULG	779A	lehrendes Krankenpflegepersonal	Universität Wien
ULG	780C	Lehrer/innen für Gesundheitsberufe	Medizin Universität Innsbruck und Ausbildungszentrum West (AZW)
ULG	780L	Lehrkräfte i.d. Gesundheitsberufen	Universität Klagenfurt
ULG	780Q	Lehrpersonen für Gesundheitsberufe	Medizinische Universität Innsbruck
FHLG	0230003	Pädagogik in Gesundheitsberufen	Zentrum für Gesundheitsberufe Tirol
FHLG	0230015	Wissenschaft und Beruf für Gesundheits- und Krankenpflegepersonen	Zentrum für Gesundheitsberufe Tirol
Gleichgehaltene Ausbildungen für Führungsaufgaben, nur für Pflegepersonen zugänglich (BGBl II 2009/59)			
ULG	776N	Pflegemanagement	Medizin Universität Wien in Kooperation mit der Niederösterreichischen Landesakademie für höhere Fortbildung in der Pflege
ULG	776A	Management im Gesundheits- und Krankenhauswesen	Universität Wien, Human- und Sozialwissenschaften in Kooperation mit dem KAV
ULG	776M	Pflegemanagement	Universität für Weiterbildung Krems
ULG	778N	leitendes Krankenpflegepersonal	Medizin Universität Wien in Kooperation mit der Niederösterreichischen Landesakademie für höhere Fortbildung in der Pflege
ULG	787M	Pflegemanagement	Donauuniversität Krems
ULG	987B	Pflegemanagement – Teil II	Universität Graz

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle A 2 – Seite 2 von 3

Gleichgehaltene Ausbildungen für Lehraufgaben (BGBl II 2009/59) (Mischformen, auch für andere Berufsgruppen offen)			
ULG	775K	für lehrendes Pflegepersonal im gehobenen Dienst für GuKG und in den gehobenen Medizinisch-technischen Diensten	Johannes Kepler Universität Linz Sozial- und Wirtschafts-wissenschaftliche Fakultät, in Kooperation mit dem Land Oberösterreich
ULG	780C	Lehrkräfte im Gesundheitswesen	Medizin Universität Innsbruck AZW
FH		Fachhochschul-Weiterbildungslehrgang „Pädagogik für Gesundheitsberufe“	Fachhochschule Kärnten
LUC	UC017001	Lehrgang für Führungskräfte in Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens	Verein für Bildungsinnovation im Gesundheitswesen
Gleichgehaltene Ausbildungen für Leitungsaufgaben (BGBl II 2009/59) (Mischformen, auch für andere Berufsgruppen offen)			
FH	089	Gesundheitsmanagement, Diplomstudiengang Fachhochschul-Diplomstudiengang „Gesundheits- und Pflegemanagement“ und Aufbau-modul auf Grund der Kooperationsvereinbarung mit dem Institut für Erziehungs- und Bildungsforschung der Universität Klagenfurt	IMC FH Krems
FH	082	Gesundheits- und Pflegemanagement Bachelor BB	Fachhochschule Kärnten
FH	285	Gesundheits- und Pflegemanagement Bachelor VZ	Fachhochschule Kärnten
FH	518	Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung	FH Burgenland, Pinkafeld
ULG	788K	leitendes Pflegepersonal im gehobenen Dienst für GuKG und in den gehobenen medizinisch-technischen Diensten	Johannes Kepler Universität Linz Sozial- und Wirtschafts-wissenschaftliche Fakultät, in Kooperation mit dem Land Oberösterreich
ULG	786C	Führungsaufgaben im Gesundheitswesen	Medizinische Universität Innsbruck in Kooperation mit dem AZW
ULG	938J	Krankenhausmanagement	Wirtschaftsuniversität Wien in Kooperation KAV
ULG	661J	Health Care Management	Wirtschaftsuniversität Wien in Kooperation mit der Fortbildungsakademie (FBA) im Allgemeinen Krankenhaus
Andere Ausbildungen für Führungsaufgaben, nicht gleichgehalten			
ULG	793D	Pflegedienstleitung im geront. Gesundheitswesen	Paris-Lodron-Universität Salzburg
ULG	UP004003	ULG für Führungskräfte im Gesundheitswesen – Basales und Mittleres Pflegemanagement	Medizinische Privatuniversität Salzburg
ULG	778M	Führen in der Pflege	Donauuniversität Krems
FH	315	Gesundheitsmanagement Bachelor VZ/BB	IMC FH Krems
FH	519	Gesundheitsmanagement	Fachhochschule Kärnten
FH	316	Gesundheitsmanagement	IMC FH Krems

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle A 2 – Seite 3 von 3

Pflegerwissenschaft			
PU	UP004010	Kombistudium Pflege 2in1 – Bachelor of Science in Nursing (BScN).	Medizinische Privatuniversität Salzburg
PU	UP003013	PW Mag – Studiengang Pflegewissenschaft – Magister	UMIT, Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik Hall/Tirol
PU	UP003014	PW Mag – Studiengang Pflegewissenschaft – Doktorat	UMIT, Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik Hall/Tirol
PU	UP004008	PW Mag – Studiengang Pflegewissenschaft – Bakkalaureat	Medizinische Privatuniversität Salzburg
U	UP004007	Bachelorstudiengang Pflegewissenschaft	Medizinische Privatuniversität Salzburg
U	204	Gesundheits- und Pflegewissenschaft (B/M)	Medizin Universität Graz
U	0571 22	Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaft	Universität Wien
Weiterbildung Gesundheitsförderung / Public Health			
ULG	503A	MA of Public Health: Präv. u. Ges.förd.	Universität Wien, Human- und Sozialwissenschaftliche Fakultät, in Kooperation mit dem Wiener Krankenanstaltenverbund
ULG	503N	MA of Public Health: Präv. u. Ges.förd.	Medizin Universität Wien
ULG	785O	Public Health im Pflegewesen	Medizin Universität Graz
ULG	503O	Public Health	Medizin Universität Graz
ULG	785M	Gesundheitsförderung	Donauuniversität Krems
Weiterbildung Palliative Care			
ULG	UP004004	ULG Palliative Care	Medizinische Privatuniversität Salzburg
ULG	518L	Palliative Care	Johannes Kepler Universität Linz
ULG	509L	Internationale Universitätslehrgang Palliative Care den Master of Advanced Studies(MAS)/Palliative Care	IFF-Abteilung Palliative Care
ULG	518M	Palliative Care	Donauuniversität Krems
Weiterbildung Gerontologie			
ULG	793B	Interdisziplinäre Gerontologie	Karl Franzens Universität Graz
ULG	793M	Gerontologische Pflege	Donauuniversität Krems
Weiterbildung / diverse			
ULG	536M	Advanced Nursing Practice	Donauuniversität Krems
ULG	788M	Nursing	Donauuniversität Krems
ULG	534M	Nursing Consultancy	Donauuniversität Krems
ULG	779M	Propädeutikum Pflegepädagogik	Donauuniversität Krems

Quelle: Spezialauswertung der Statistik Austria – Schulstatistik
Darstellung: GÖG/ÖBIG

Fragen der Fokusgruppen nach Interessengruppen geordnet

Recht und Kostenträger

- » Mit welchen Veränderungen/Herausforderungen wird das Gesundheitswesen in Österreich zukünftig konfrontiert werden?
- » Welche strukturellen Erfordernisse werden diese Veränderungen mitsichbringen?
– Im Hinblick auf die Funktionen, Abgrenzungen zwischen den Berufsgruppen.
- » Welche Anforderungen ergeben sich aus Ihrer Sicht für die Pflege?

Praxisperspektive Medizin, Praxisperspektive Pflege, Lehre in der Pflege

Interessenvertretungen

- » Mit welchen Veränderungen/Herausforderungen wird das Gesundheitswesen in Österreich zukünftig konfrontiert werden?
- » Welche Rolle soll die Pflege als Beruf im Hinblick auf diese Veränderungen/Herausforderungen zukünftig einnehmen?
- » Welche spezifischen Funktionen/Tätigkeitsfelder soll die Pflege belegen, um den Veränderungen begegnen zu können?
– Im Hinblick auf die Funktionen, Überschneidungen, Abgrenzungen zwischen den Berufsgruppen.

Patientensicht, Klientensicht

- » Mit welchen Veränderungen/Herausforderungen wird das Gesundheitswesen in Österreich zukünftig konfrontiert werden?
- » Welche Erwartungen werden von Seiten der Patientinnen/Patienten und Klientinnen/Klienten an das System gestellt?
- » Welche Berufsgruppen könnten aus Ihrer Sicht diese Erwartungen (im Einzelnen hinterfragen) am besten erfüllen?
– Konkret zur Pflege: Was wäre aus Ihrer Sicht die Aufgabe der Pflege?

Fachliche Schnittstellen zu anderen Berufen

- » Mit welchen Veränderungen/Herausforderungen wird das Gesundheitswesen in Österreich zukünftig konfrontiert werden?

- » Welche Berufsgruppen können aus Ihrer Sicht diesen Veränderungen am Besten begegnen?
 - Herausforderungen/Veränderungen und Berufsgruppen im Einzelnen
 - Fachlich/Inhaltlich: Wo gibt es Überschneidungen / welche Abgrenzungen?
- » Welche Anforderungen ergeben sich dabei an die Zusammenarbeit mit der Pflege?

Organisatorisch: Wie könnte die Arbeitsteilung/Schnittstellengestaltung organisiert werden?