

07.

Gesundheitsberufe

Weißbuch Version 2020

PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030

IMPRESSUM

Herausgeber, Medieninhaber: Verein PRAEVENIRE — Gesellschaft zur Optimierung der solidarischen Gesundheitsversorgung; Präsident: Dr. Hans Jörg Schelling; E-Mail: umsetzen@praevenire.at; www.praevenire.at | Projektdurchführung: PERI Change GmbH, Lazarettgasse 19/OG 4, 1090 Wien, Tel: 01/4021341-0, Fax: 01/4021341-18 | Projektleiter: Bernhard Hattinger, BA, b.hattinger@perichange.at | Projektteam: Natalie Kapfer-Rupp, BA, Tanja Orgonyi, MA, Jeannine Schuster, MSc, Kathrin Unterholzner | Redaktion: Mag. Beate Krapfenbauer (Leitung), Mag. Julia Wolkerstorfer | Gestaltung und Produktion: Welldone Werbung und PR GmbH (Gestaltung: Katharina Harringer, Produktion: Mag. Lisa Heigl-Rajchl) | Lektorat: Mag. Charlotte Babits | www.praevenire.at

Die Publikation und alle darin enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Namentlich gekennzeichnete Aussagen geben die Meinung der Kooperationspartner, Unterstützer und Experten wieder. Die in den Texten verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen treten der besseren Lesbarkeit halber meist nur in einer Form auf, sind aber natürlich gleichwertig auf beide Geschlechter bezogen. Trotz sorgfältiger Manuskriptbearbeitung und Lektorat können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Es kann daher infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht, übernommen werden.

Redaktionsschluss: 03.09.2020

© 2020 PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030

07. Gesundheitsberufe

»Silos aufbrechen, Rechte stärken«

Österreich hat bestens ausgebildete Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheitsbereich. In vielen Fällen werden sie aber nicht ihrer Qualifikation entsprechend eingesetzt, weil die Berufsrechte zu eng gefasst sind oder auch Doppelgleisigkeiten bestehen. Aufgrund des demografischen Wandels, vor allem der noch immer steigenden Alterung der Gesellschaft, müssen die Berufsrechte neu definiert werden. Darüber hinaus muss die Frage diskutiert werden, welche Anforderungen zukünftig an Gesundheitsberufe gestellt werden und ob sich die Ausbildungsstrukturen [1] noch am Puls der Zeit bewegen. Zum einen ist das Thema Pflegebedürftigkeit eine große Herausforderung, die ohne Neuordnung der Kompetenzen nicht zu bewältigen sein wird. Zum anderen sind Personenkreise mit Lifestyle-Beschwerden und altersbedingten oder berufsbedingten Einschränkungen des Bewegungsapparats im Steigen. Auch chronische Erkrankungen oder Herz-Kreislauf-Beschwerden nehmen zu, die Krebsinzidenz steigt und die Diagnostiktechnologien Seltener Erkrankungen werden sensibler. Gesundheitsberufe von morgen müssen sich daher selbst fit für die Zukunft machen: Klar definierte Personalschlüssel sowie eine starke Vernetzung der Gesundheitsberufe untereinander werden künftig Voraussetzung sein, um auf gesellschaftliche Veränderungen optimal reagieren zu können.

7.1 HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN DES VEREINS PRAEVENIRE

Um die Landschaft der Gesundheitsberufe in Österreich attraktiv zu halten, empfiehlt die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 folgende **drei Optimierungsprogramme** mit konkreten **Handlungsempfehlungen** als Sofortmaßnahmen.

1. Kompetenzen bündeln

Berufsständische Silos müssen aufgebrochen werden.

1. Gesundheitsberufe müssen sich verstärkt als Teil des Gesamtversorgungsprozesses verstehen, um beste Leistungen im Sinne der Patientinnen und Patienten zu erbringen. Berufliche Kompetenzen sind daher mit dem Ziel der Optimierung der Patientenversorgung verstärkt zu bündeln.
2. **Primärversorgung (Primary Health Care):** Initiativen müssen intensiver ausgerollt und gefördert werden. In diesem Zusammenspiel sollen **alle relevanten Gesundheitsberufe als Team**, wie z. B. Apothekerinnen und Apotheker, Therapeutinnen und Therapeuten sowie die Pflege in Absprache mit der Vertrauensärztin oder dem Vertrauensarzt und der Hausärztin oder dem Hausarzt, als essenzielle Bereiche der Primary Health Care implementiert werden.
3. Digitale Möglichkeiten sollen an der Schnittstelle von menschlicher und Künstlicher Intelligenz verstärkt eingesetzt werden, um Überlastungen entgegenzuwirken. Diese Entwicklungen gilt es schon im Zuge der Ausbildungscurricula einzubetten.

4. Die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 empfiehlt ein **gemeinsames Basisjahr für Gesundheitsberufe** mit anschließender Spezialisierung. Dieses gemeinsame Jahr soll im sekundären und tertiären Bereich gegenseitiges Verständnis für andere Berufsgruppen erhöhen und einer größeren Bereitschaft für Interdisziplinarität zuträglich sein.
5. Training on the Job: **Wechselseitige Praktika** in verwandten Berufen sollen verpflichtend etabliert werden.
6. Ein Fach für Patientenkommunikation muss in den Ausbildungscurricula als obligatorischer Bestandteil etabliert werden, um besser auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten eingehen zu können.

2. Enormer Arbeitsbelastung gegensteuern

Personalmangel führt zu Versorgungsnot und kostspieliger Überlastung.

1. Personalschlüssel müssen definiert, Veröffentlichungspflichten etabliert werden. Dafür braucht es eine klare, gesetzlich verbindliche und österreichweite Vorgabe zur Berechnung des Personalbedarfs. Ziel muss die Vereinheitlichung der derzeit unterschiedlichen bzw. fehlenden Schlüssel in den Bundesländern sein (PRAEVENIRE geht prinzipiell von einem **Mehrbedarf an Pflegepersonal von 20 Prozent** aus).
2. Die Tätigkeit von Arbeitsmedizinerinnen und Arbeitsmedizinern sowie Amtsärztinnen und Amtsärzten muss vor allem stärker auf präventive Maß-

nahmen ausgerichtet, der Nachwuchs dementsprechend qualifiziert ausgebildet werden. In diesem Zusammenspiel müssen auch digitale betriebsärztliche Möglichkeiten implementiert werden. Die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 empfiehlt entsprechende Anreize und Rahmenbedingungen, damit **Arbeitsmedizinerinnen und Arbeitsmediziner** von betrieblicher Seite sowie auch Schularztinnen und Schularzte von pädagogischen Einrichtungen unterstützt werden, **Impfungen** durchzuführen. Mit diesen Ansätzen können Präventionsagenden vorangetrieben werden. [2]

3. Der bevorstehenden Pensionswelle von Medizinerinnen und Medizinern muss dringend gesteuert werden. PRAEVENIRE warnt vor einem dramatischen Mangel an spezialisierten Onkologinnen und Onkologen, da die Prävalenz an Krebs erkrankter Menschen bis 2030 um voraussichtlich 40 bis 50 Prozent steigen wird. [3] Eine Spezialisierung auf Basis einer Aus- und Fortbildungsinitiative ist essenziell.
 4. Administrative Tätigkeiten sollen an speziell geschulte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter übertragen werden, um Ärztinnen und Ärzte zu entlasten.
 5. Ein **früherer Ausbildungsstart** für Gesundheits- und Pflegeberufe soll schon ab Ende der Pflichtschule auf Basis eines Vorbereitungsjahres ermöglicht werden. [4] Zudem ist ein **Erlass der FH-Studiengebühren für Gesundheitsberufe** erstrebenswert.
 6. Die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 spricht sich darüber hinaus für die **sofortige Etablierung der Fachärztin bzw. des Facharztes für Allgemeinmedizin** aus.
3. Forderung attraktiverer Verträge: Die **Spaltung von Kassenverträgen** soll ermöglicht werden, um so eine höhere Flexibilität für Ärztinnen und Ärzte zu gewährleisten: KV für Allgemeinmedizin, KV für Fachärztinnen und Fachärzte, KV für medizinisch-technische Berufe. [6]
 4. Für Ärztinnen und Ärzte sollen (beispielsweise im Zuge der Eröffnung einer Landpraxis) eine Mindesthonorierung bzw. ein Fixum von mindestens 5.000 Euro netto mit Steuerbegünstigungen befristet auf zwei Jahre und begünstigte Start-up-Kredite sicher gestellt werden. [7]
 5. Die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 empfiehlt die Erweiterung des Gesundheitsberuferegisters in Bezug auf Sanitäterinnen und Sanitäter.

3. Neue berufsrechtliche Regeln definieren

Veränderung bedingt Wachstum.

1. Das Berufsrecht ist an heutige Anforderungen in der Versorgung in Abstimmung zwischen Ärztinnen, Ärzten und Pflegepersonal anzupassen und muss sich stets an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientieren.
2. Es bedarf eines **verpflichtenden Katalogs an Leistungen**, die im niedergelassenen Bereich verbindlich zu erbringen sind, um nicht notwendige Weiterüberweisungen an Krankenhäuser zu vermeiden. [5]

Mensch im Mittelpunkt

Die Patientinnen und Patienten müssen anstelle von standespolitischen Wünschen im Zentrum der Versorgung stehen. Bei all den Herausforderungen, die der demografische und technologische Wandel in Bezug auf die Gesundheitsberufe mit sich bringt, gilt es, Änderungen im Sinne der Patientinnen und Patienten stets menschlich und feinfühlig umzusetzen. Internationale Vergleiche zeigen, dass Primärversorgungseinheiten und Primary Health Care sowie der Zusammenschluss von Fachärztinnen und Fachärzten in Gemeinschaftspraxen meist jene Versorgungsqualität bieten können, die derzeit in den für das Gesundheitssystem teureren Spitalsambulanzen gesucht wird. Auch in puncto Arbeitsmedizin lohnt sich der Blick ins Ausland: In Deutschland hat die Arbeitsmedizin mit dem Präventionsgesetz eine deutliche Aufwertung erfahren und soll im Bereich der Prävention Vorbildcharakter erhalten. Für die Versicherten gilt in jedem Fall sicherzustellen, dass diese ein klar strukturiertes, barrierefreies Versorgungsfeld vorfinden.

Chancen der Digitalisierung

Die notwendigen Vernetzungen, die PRAEVENIRE fordert, zeigen sich auch im Umfeld der Digitalisierung an den Schnittstellen von menschlicher und Künstlicher Intelligenz. Schon in den Ausbildungsur-

ricula der Gesundheitsberufe müssen die rasanten digitalen Entwicklungen implementiert werden, um die Ausbildungen zukunftsfit zu halten. Die Schulung digitaler Anwendungen und telemedizinischer Lösungen muss zum selbstverständlichen Kernelement der Curricula werden.

Auch der Nutzenaspekt von Gesundheits-Apps muss verstärkt berücksichtigt werden. So ist es beispielsweise möglich geworden, dass Patientinnen und Patienten ihre digitale Blutzuckerkurve abrufen

können. Auf Basis dieser Werte wird auf medizinischer Seite optimal analysiert, ob die Arzneimittel weiter abgegeben werden oder ob eine Adaptierung der Therapie erforderlich ist. Auch hier gilt es, das Portfolio an Möglichkeiten schon in den Ausbildungscurricula zu thematisieren sowie gesetzliche und datenschutzrechtliche Rahmenbedingungen anzupassen. Letztendlich muss die Vernetzung des Datenflusses in Bezug auf ganzheitliche Betreuung von Patientinnen und Patienten zwischen den einzelnen Versorgungsstufen gewährleistet sein.

[1]–[7] ERGÄNZUNGEN UND DISSENSPOSITIONEN DER KOOPERATIONSPARTNER » siehe 7.2. auf der folgenden Seite

Kooperationspartner des Vereins PRAEVENIRE für den Themenkreis Gesundheitsberufe



OGB



7.2 ERGÄNZUNGEN UND DISSENSPOSITIONEN DER KOOPERATIONSPARTNER

Dissenspositionen der Ärztekammer für Wien

Kompetenzbündelung: Die Kompetenzbündelung der Gesundheitsberufe darf keinesfalls aus ökonomischen Gründen zu einer Qualitätsminderung der Versorgung führen.

Primärversorgung: Zentral in der Primärversorgung sind Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, klinische Psychologinnen und Psychologen, Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Sozialarbeiterinnen und -arbeiter und MTD-Berufe, daneben auch die Apothekerinnen und Apotheker in ihrer Rolle als Arzneimittelversorger.

Gemeinsames Basisjahr: Abgesehen von der Finanzierung sollte die bereits sehr lange Ausbildung der Gesundheitsberufe nicht dadurch unnötig verlängert werden.

Pensionierungswelle [3]: Die Pensionierungswelle betrifft nicht nur Onkologinnen und Onkologen, sondern de facto alle Fachärztegruppen sowie besonders Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin.

Mindesthonorierung von Ärztinnen und Ärzten [7]: Allgemein ist die Schaffung attraktiver Rahmenbedingungen, damit auch weniger attraktive Gegenden (z. B. Landarztpraxen, „Brennpunkte“ in Städten etc.) eine gute medizinische Versorgung durch motivierte Ärztinnen und Ärzte bekommen, ganz essenziell. Diese Rahmenbedingungen betreffen auch – aber nicht nur – eine marktkonforme Honorierung.

Verpflichtende Leistungskataloge [5]: Es bedarf einer umfassenden und kostendeckenden Honorierung von umfassenden und verpflichtend zu erbringenden Leistungen im niedergelassenen Bereich. Dafür sind verpflichtende Leistungskataloge zwischen Bund, Ländern, Sozialversicherung und Ärztekammer zu vereinbaren.

Splitting Kassenverträge [6]: Das Splitting der Vertragsverhandlungen auf einzelne Ärztegruppen wird als patientenfeindlich abgelehnt, da die für die Patientin und den Patienten zwingend notwendige interdisziplinäre Gesamtversorgung eines Bundeslandes auf Sachleistung wesentlich erschwert wird, die Sozialversicherung von individuellen Ärzteinteressen abhängig macht und der Ärztekammer der Interessenausgleich zwischen Ärztegruppen verunmöglicht wird.

Dissensposition der Arbeiterkammer Wien (AK) und des Österreichischen Gewerkschaftsbundes (ÖGB)

[1] Zur Einleitung: Damit ausreichend qualifizierte Personen aus den Gesundheitsberufen im Gesundheits- und Langzeitpflegesystem langfristig sichergestellt werden können, braucht es attraktive Ausbildungen und gute Arbeitsbedingungen.

Die AK Wien und der ÖGB ergänzen daher:

Aus- und Weiterbildung müssen kostenfrei sein, die Durchlässigkeit der Ausbildungen ist für Berufskarrieren zentral. Ausreichende zeitliche und fachliche Ressourcen sind für die praktische Ausbildungsbegleitung erforderlich, ebenso wie die Bezahlung von Praktika. Quereinsteigerinnen und Quereinsteiger sind auf die Deckung ihres tatsächlichen Lebensunterhalts während der Ausbildung angewiesen.

Gute Arbeitsbedingungen sind vom angemessenen Personaleinsatz abhängig. Dafür ist die Entwicklung eines transparenten, verbindlichen Personalbemessungsmodells erforderlich, mit dem der Personalstand und der konkrete Personaleinsatz entsprechend den Aufgaben und dem individuellen Versorgungsbedarf der unterstützten Menschen ermittelt werden. Digitalisierung muss zur Entlastung und zu besserer Kooperation beitragen.

[3] Zu 2.3: Nicht nur Onkologinnen und Onkologen gehen in Pension, auch in anderen Bereichen könnten Engpässe entstehen.

[4] Zu 2.5: Dieses Modell darf nicht zu einer Pflegelehre über „die Hintertüre“ werden. Ein ordentliches Schulmodell mit Ausbildung (BHS) wäre viel sinnvoller und würde auch die Durchlässigkeit erhöhen (Zugang zur FH usw.).

[5] Zu 3.2: Ein verpflichtender Katalog an Leistungen klingt gut, birgt aber auch Risiken: Wenn er auf Verhandlungsbasis beruht, haben einige Vertragspartner bald kein Interesse mehr, den Katalog weiterzuentwickeln, um den eigenen Interessen Rechnung zu tragen. Wenn er gesetzlich oder per Verordnung festgelegt wird, braucht man jedes Mal Gesetzgeber oder das Ministerium, um ihn zu aktualisieren.

Ergänzungen des Österreichischen Apothekerverbandes

Die öffentliche Apotheke spielt im Gesundheitssystem die Rolle einer niederschweligen Erstanlaufstelle und muss als solche auch formell etabliert werden. Mit rund 1.400 Standorten sind die Apotheken dort, wo die Menschen sie brauchen – in Städten genauso wie in kleinen Gemeinden, über das gesamte Bundesgebiet verteilt. Die Bevölkerung bekommt in der Apotheke Beratung zu gesundheitlichen Fragen und wird von Arzneimittelexpertinnen und -experten mit Medikamenten versorgt. Mit ihrer Beratungstätigkeit verhindern die Apotheken viele nicht notwendige Inanspruchnahmen von Ambulanzen oder Arztordinationen – bei rund 400.000 Kundenkontakten pro Tag in den heimischen Apotheken suchen ca. 30 Prozent der Besucherinnen und Besucher Hilfe wegen „banaler Erkrankungen“. Ihnen wird vor Ort geholfen, wodurch das Gesundheitssystem massiv entlastet wird (laut einer Studie bedeutet ein Euro Privatzahlung eine

Einsparung von fünf Euro im Gesundheitssystem). Zudem tragen die Apothekerinnen und Apotheker aktiv zu einer Verhinderung der Bagatellisierung ernster Erkrankungen bei, wenn sie ihre Kundinnen und Kunden auf die Ärztin bzw. den Arzt oder das Spital verweisen.

[2] Zu 2.2: Auch Apotheken sind als Ort für Impfungen aufzunehmen.

Dissens des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbandes (ÖGKV)

[4] Zu 2.5: Der Österreichische Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV) spricht sich gegen ein Vorbereitungsjahr (für die Pflegelehre) ab Ende der Pflichtschule aus.

[6] Zu 3.3: Auch bestimmte Leistungen der Gesundheits- und Krankenpflege müssen direkt mit den Sozialversicherungen abrechenbar sein.

EXPERTISE SUMMARY

07. Gesundheitsberufe

Zusammenfassung der Expertenbeiträge

Management Summaries der PRAEVENIRE Gipfelgespräche

Experteninterviews

Quellenverzeichnis

Mitwirkende Expertinnen und Experten

Zusammenfassung der Expertenbeiträge

Die Betreuung älterer und multimorbider Patientinnen und Patienten wird den Alltag der Gesundheitsberufe immer öfter begleiten. Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit aller Gesundheitsberufe ist daher in den Fokus zu rücken, eine Vernetzung der einzelnen Gesundheits- und Sozialberufe zu fördern und gegebenenfalls neue, bewährte Modelle nach internationalen Vorbildern wie z. B. die Etablierung von Community Nursing für die Versorgung zu entwickeln. Dem zugrunde liegen muss ein klares, mit den Hausärzten abgestimmtes Konzept. Vernetzungen finden auch im Zuge der Digitalisierung und Technologisierung statt, denkt man an die Schnittstelle von künstlicher und menschlicher Intelligenz im gesundheitsberuflichen Arbeitsumfeld.

In den Ausbildungscurricula der Gesundheitsberufe ist neuen Entwicklungen Rechnung zu tragen, indem innovative Technologie von Beginn an integriert sowie theoretisches Wissen in praktische Anwendung transformiert wird, um mit der Ausbildung fit für die Zukunft zu sein.

Angepasste Rollenbilder und veränderte Aufgabenbereiche erfordern auch eine Evaluierung und Anpassung rechtlicher Rahmenbedingungen. In diese Überlegungen miteinzubeziehen ist eine Überarbeitung von Berufsrechten und eine Diskussion, ob und wo diese zu einer Erweiterung von Kompetenzen führen sollte.

Bei all den Herausforderungen, die der demografische, gesellschaftliche und technologische Wandel für die Gesundheitsberufe mit sich bringt, gilt es, Änderungen in einem sensiblen Bereich wie dem Gesundheitswesen sowohl für den Berufsausübenden als auch für die Patientinnen und Patienten menschlich und feinfühlig umzusetzen.

Ausbildung und Berufsbild

Die Österreicherinnen und Österreicher werden zwar älter, halten sich aber auch länger fit. Einerseits zeigt sich die heutige Generation 60 plus aktiver und mobiler als vorhergehende. Andererseits steigt der Bedarf an ärztlicher Versorgung und Gesundheitsdienstleistungen gerade aufgrund der älter werdenden Bevölkerung, weil jener Personenkreis mit Lifestyle-Beschwerden, altersbedingten oder berufsbedingten Einschränkungen des Bewegungsapparates, jener mit chronischen Erkrankungen, mit Herz-Kreislauf-Beschwerden größer wird, die Krebsinzidenz steigt und die Diagnose seltener Erkrankungen präziser wird. Deshalb müssen sich Gesundheitsberufe selbst fit für die Zukunft machen. Das gelingt mit Angeboten für eine fachlich fundierte Ausbildung, regelmäßige Weiterbildung, dem Ausbau von Karrieremöglichkeiten und letztendlich mit der Förderung der Gesundheitskompetenz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Generell muss den Gesundheitsberufen mehr Wertschätzung und auch mehr Mitsprache bei den Entscheidungen im Gesundheitswesen gegeben werden.

Berufsständische Silos müssen aufgebrochen werden – die einzelnen Berufe müssen sich verstärkt als Teil eines Gesamtversorgungsprozesses sehen, um beste Leistung im Sinne der Patientinnen und Patienten zu bringen. Zudem ist ein Miteinander auf Augenhöhe zwischen Ärzteschaft und Gesundheitsberufen wie auch Sozialberufen gefordert. Denn die Patientin und der Patient stehen im Mittelpunkt einer möglichst ganzheitlichen Versorgung, nicht standespolitisches Konkurreren. Die beruflichen Kompetenzen müssen mit dem Ziel der Optimierung der Patientenversorgung gebündelt werden.

Genau zu definieren ist, welche Tätigkeitsfelder und Kompetenzen die einzelnen Gesundheitsberufe ausführen können und durchführen dürfen.

Deshalb ist nach einer Evaluierung und Bedarfserhebung des Ist-Zustandes die Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe anzugehen. Dabei geht es nicht darum, schnell neue Miniaturberufe oder fragmentierte Lösungen zu schaffen, die kurzfristig greifen, sondern generell um ein Umdenken in Richtung Netzwerken im Sinne eines ganzheitlichen Versorgungsansatzes für die Patientin und den Patienten. Generell ist die Entwicklung bewährter Modelle förderungswürdig und durch zeitgemäße Ideen zu ergänzen.

Ein weiteres, essenzielles Thema ist die Arbeitszeit. Die Arbeitsbelastungen sind zum Teil enorm. Die Wünsche nach Arbeitszeitverkürzungen z. B. in der Pflege und jedenfalls eine Verhinderung einer Verlängerung der Arbeitszeiten bei Ärztinnen und Ärzten sind essenziell, um auch in Zukunft Menschen zu finden, die bereit sind, sich für diese Berufe – sowohl freiberuflich als auch in Form von Angestelltenverhältnissen – zu entscheiden. Nur so kann die qualitativ hochwertige und

empathische Versorgung der österreichischen Bevölkerung auch nachhaltig sichergestellt werden.

Darüber hinaus sind adäquate Strukturen für die Gesundheitsberufe zu erarbeiten, die sicherstellen, dass eine freiberufliche Berufsausübung sich ausschließlich am Wohl der Patientin und des Patienten orientiert und für die Gesundheitsberufe attraktiv ist. Eine Leistungserbringung, bei der „Gesundheitskonzerne“ ihren Shareholdern über Gewinnvorgaben verpflichtet sind – und anders ist es in so einer Konstellation auch nicht möglich – ist daher grundsätzlich abzulehnen.

Administrative Aufgaben (im Krankenhausbereich) sollten an speziell geschulte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter übertragen werden, damit Ärztinnen und Ärzte entlastet werden können. Deshalb braucht es spezifische Schulungsangebote für die Tätigkeit von z. B. Dokumentationsassistentinnen und -assistenten (in anderen Ländern als „physician assistants“ bezeichnet). Ebenso sind in der Pflege berufsbildfremde Tätigkeiten, z. B. Essensbestellung und -austeilung, auszugliedern, da dadurch wertvolle Zeitressourcen gebunden sind.

Der Ausbildungsweg für Gesundheits- und Pflegeberufe könnte mit der Entwicklung eines BMS- und BHS-Modells im Bereich Gesundheits- und Sozialberufe ergänzt werden.

Eine gemeinsame Basisausbildung und wechselseitige Anrechnung für Gesundheitsberufe ist denkbar, z. B. ein gemeinsames Basisjahr (BHS-Modell) mit anschließender Spezialisierung für den Arzt-, Pflege-, Apotheker- oder Sozialarbeiter-Beruf. Dieses gemeinsame Jahr könnte im sekundären als auch tertiären Bereich gegenseitiges Verständnis der anderen Berufsgruppen erhöhen und einer größeren Bereitschaft für Kooperation und Interdisziplinarität zuträglich sein.

Die Zahl der Ausbildungsplätze ist auf allen Ebenen zu erhöhen und deren Finanzierung sicherzustellen. Die Nachfrage nach Ausbildung, späteren Weiterbildungen, Fachausbildungen nach der Matura und postgradualer Ausbildung ist in vielen Bereichen (vgl. Beispiel Logopädie mit nur wenigen Ausbildungsplätzen an zwei Fachhochschulen in Österreich) um ein Vielfaches höher als das Angebot.

Die Zahl der Ausbildungsplätze kann allerdings nur erhöht werden, wenn die Qualität der Ausbildung

stimmt. Österreich bildet z. B. schon jetzt die meisten Ärztinnen und Ärzte international im Vergleich zur Einwohnerzahl aus; es ist für die Patientinnen und Patienten und den Gesundheitsberuf unzumutbar, Verantwortungen zu übernehmen, ohne die entsprechende qualitativ hochwertige Ausbildung zu gewährleisten. Darüber hinaus ist der Fokus auf attraktive Rahmenbedingungen für die Menschen in den Gesundheitsberufen zu legen. Solange das nicht sichergestellt ist, bildet Österreich für „den internationalen Markt“ aus, wenn/solang dort die Rahmenbedingungen besser sind. Volkswirtschaftlich erscheint das wenig sinnvoll.

Die Fachärztin bzw. der Facharzt für Allgemeinmedizin ist im Regierungsprogramm vorgesehen und aus Sicht der Ärztekammer ist das eine wesentliche Forderung, die – inklusive einer massiven Ausweitung der Lehrpraxis (mit Finanzierung) im niedergelassenen Bereich – aufgenommen werden sollte. Ganz allgemein sollte eine Ausweitung der Lehrpraxen im niedergelassenen Bereich – auch um mehr Fachärztinnen und Fachärzte insbesondere in Fächern, in denen ein Mangel vorherrscht, aber nicht nur dort, forciert werden. Das muss selbstverständlich finanziert werden. Qualitativ hochwertige Ausbildung ist Arbeit – und diese kostet.

Ausbildungen in neuen Berufen, für Spezialisierungen und für die Ausübung von administrativen Tätigkeiten sind dringend erforderlich bzw. sind entsprechende Berufsfelder weiterzuentwickeln, um entstehenden Bedarf frühestmöglich abdecken zu können. Beispielsweise gibt es in Österreich zu wenige Arbeitsmedizinerinnen und -mediziner und es ist eine Kompetenzausweitung erforderlich (z. B. im Bereich Impfungen oder Rehabilitationsbescheinigungen etc.). Dabei ist die Hälfte der österreichischen Bevölkerung in ihrem Arbeitsumfeld erreichbar. Ein großer gesundheitlicher und (volks-)wirtschaftlicher Nutzen einer arbeitsmedizinischen Spezialisierung ist gegeben. Zurzeit werden Angebote wie diese eher zurückgestellt statt ausgebaut. In Deutschland hat die Arbeitsmedizin mit dem Präventionsgesetz eine Aufwertung erfahren und könnte auf diese Weise im Bereich Prävention als Vorbild dienen.

Zu viele medizinische Spezialisierungen sind hingegen kontraproduktiv, da das die einzelnen Berufe unattraktiv macht. Zu bedenken ist, dass Ausbildungen lange dauern und die Arbeitsmöglichkeiten während-

dessen eingeschränkt sind.

Eine Stärkung der Pflegeberufe in der Versorgung, etwa durch Modelle nach internationalen Vorbildern wie Community Nurses oder Advanced Nursing Practitioners bieten insbesondere bei der Versorgung chronisch Kranker großes Potenzial und sind wichtige Ressource für das österreichische Versorgungssystem. Weiters ist spezifisches Pflegepersonal auszubilden, beispielsweise sogenannte Cancer Nurses im Bereich Onkologie.

Die Entlohnung der Gesundheits- und Pflegeberufe ist in Österreich sehr unterschiedlich, die höchste Bezahlung wird im Krankenhaus geleistet, die niedrigste in mobiler Pflege und in Pflegeheimen. Ungleichheiten gibt es auch innerhalb von Berufsgruppen, so wird Langzeitpflege schlechter bezahlt als akutstationäre Pflegedienste. Anpassungen sind daher in vielen Bereichen notwendig.

Unter Berücksichtigung aller Aspekte von Ausbildung über Erweiterung des Aufgabenbereiches bis zur finanziellen Honorierung des Leistungsportfolios wird sich eine Neupositionierung insgesamt auf die Attraktivität der Gesundheitsberufe positiv auswirken.

Das Berufsfeld der Pharmazeutinnen und Pharmazeuten muss den neuen Gegebenheiten angepasst und modernisiert werden. Bisher wurde in der Ausbildung ein starker Fokus auf den chemischen Aspekt der Pharmazie gelegt, doch das Berufsbild ändert sich stetig dahingehend, dass Pharmazeutinnen und Pharmazeuten vermehrt im Patientinnen- und Patientenkontakt stehen und sie Ärztinnen und Ärzte im klinischen Setting unterstützen. Deshalb bedarf es aus Sicht der Pharmazeutinnen und Pharmazeuten in der Ausbildung einerseits einer stärkeren fachlichen Schwerpunktsetzung im klinischen Verständnis (klinische Daten verstehen, Laborparameter lesen, Röntgenbilder interpretieren, Therapieleitpfade kennen etc.) und andererseits in der Sozialkompetenz sowie in der Kommunikationsfähigkeit.

Beispielsweise ist die Polypharmazie ein zentrales Thema, bei dem Pharmazeuten ihr Medikationswissen konstruktiv in eine Fallbesprechung einbringen können, um für die Patientinnen und Patienten Lösungen zu finden. Die Pharmazeutin und der Pharmazeut verfügen über Spezialwissen, mit dem sie z. B. bei Lieferengpässen alternative Medikamente vorschlagen oder Ände-

rungen im Therapieplan unterstützen können. Außerdem kennen sie finanzielle Aspekte, die z. B. im Zuge von Polymedikation im Therapiefeld für Ärztinnen und Ärzte und Patientinnen und Patienten wichtige Entscheidungskriterien sein können.

Eine postgraduale Ausbildung für Pharmazeutinnen und Pharmazeuten fehlt in Österreich, im Zuge derer diese eine Spezialausbildung z. B. zur klinischen Pharmazie absolvieren könnten. Voraussetzung dafür ist eine engere Kooperation zwischen Universitäten und Klinikapotheken. Eine fachliche Weiterbildung und interdisziplinäre Zusammenarbeit steigert die Qualität pharmazeutischer Tätigkeiten, ermöglicht Interessenten wissenschaftliches Arbeiten und trägt zur Attraktivität des Berufsbildes bei.

Im Zuge der Pharmazie-Ausbildung muss vermehrt die Schulung digitaler Anwendungen eingebunden werden. In Krankenanstalten sind die digitale Fieberkurve für Pflegeberichte, Vitalparameter, Laborbefunde u. v. m. in Verwendung. Pharmazeutinnen und Pharmazeuten mit Kenntnissen dieser Programme können Ärztinnen und Ärzte und Pflegepersonal bei administrativen Tätigkeiten unterstützen. Die frei werdende Zeit können Pflegekräfte und Ärztinnen bzw. Ärzte ihren Patientinnen und Patienten widmen.

Eine stärkere Einbindung der pharmazeutischen Kompetenz gibt es bereits in einigen Krankenanstalten mit durchwegs positiven Erfahrungen. Die Pharmazeutin oder der Pharmazeut kann bei der Aufnahme, der Medikation, der Umstellung auf die Hausmedikation und der Neuverordnung von Medikamenten die Ärztinnen und Ärzte unterstützen und z. B. Leber- und Nierenwerte kontrollieren, Wechselwirkungen von Medikamenten entgegensteuern und auf den richtigen Zeitpunkt der Vergabe aufmerksam machen. Ideen, diese Rolle auszubauen, existieren, es könnten Pharmazeutinnen und Pharmazeuten als „prescribing pharmacists“ anerkannt werden und mittels Verschreibungsrecht des Primars eine gewisse Gruppe an Medikamenten selbst verschreiben.

Im Krankenhaus leistet die Krankenhausfachapothekerin oder der Krankenhausfachapotheker, auch Hospital Pharmacist genannt, einen wesentlichen Beitrag zur Patientensicherheit. Diese Spezialisierung wird nach dem Universitätsstudium der Pharmazie und dem Aspirantenjahr durch eine

mehnjährige Weiterbildung erlangt. Die ineinandergreifenden Schwerpunkte der Tätigkeit der Krankenhausfachapothekerin oder des Krankenhausfachapothekers liegen in folgenden Bereichen: klinische Pharmazie, Herstellung von Arzneimitteln, Logistik und strategischer Einkauf. Die Krankenhausfachapothekerin oder der Krankenhausfachapotheker ist intramural die Schnittstelle zwischen der Ärztin und dem Arzt, der Pflege und den Patientinnen und Patienten. Dadurch trägt sie bzw. er wesentlich zur optimalen Patientenversorgung bei.

Eine optimal konfigurierte Elektronische Fieberkurve ist ein zentrales Instrument im klinischen Alltag und für die Arbeit der Krankenhausfachapothekerin oder des Krankenhausfachapothekers. Sie trägt zur Verbesserung der Qualität und Effizienzsteigerung bei. Eine Verknüpfung des intra- und extramuralen Bereiches in der Elektronischen Fieberkurve schafft zukünftig die Möglichkeit eines nahtlosen, fehlerfreien Medikationsprozesses für Patientinnen und Patienten und eine verbesserte Kooperation zwischen Krankenhaus und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten.

Elektronische Verordnungssysteme und klinische Pharmazeutinnen und Pharmazeuten unterstützen Ärztinnen und Ärzte und Pflegepersonal bei der Gewährleistung einer Arzneimitteltherapie auf Grundlage aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse und fördern so die Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS). Die Elektronische Fieberkurve trägt zur Verbesserung der Qualität bei, spart Zeitressourcen und ist Basis eines geschlossenen Medikationskreislaufes. Durch elektronische Verordnung werden auch Prozesse wie klinische Pharmazie, patientenindividuelle Produktion sowie die Verabreichung und Dokumentation der Arzneimittelgabe erleichtert und transparenter.

Berufsrechte

Die aktuellen gesetzlichen Bestimmungen bedingen praktische Einschränkungen für eine optimale Aufgabenverteilung in der Versorgung zwischen den Gesundheitsberufen, insbesondere im Bereich der Pflege. Das Berufsrecht ist an heutige Anforderungen und Bedürfnisse in der Versorgung (in Abstimmung zwischen Ärztinnen und Ärzten und Pflege) anzupassen. Darüber hinaus sind Kompetenzen für Gesundheitsberufe, die ohne Auftrag einer Ärztin oder eines Arztes in Anspruch genommen werden können, aus-

zuweisen (beispielsweise für Diätologinnen und Diätologen und Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten). Zugleich sollte ein verpflichtender Katalog an Leistungen definiert werden, die im niedergelassenen Bereich verbindlich zu erbringen sind, um nicht notwendige Weiterüberweisung z. B. an Krankenhäuser zu vermeiden.

Das in Gesetzen abgebildete Berufsrecht ist optimalerweise so zu gestalten, dass die Ausübung eines Gesundheitsberufes viele Menschen anspricht. Ein Einstieg in die Ausbildung ist daher einfach zu gestalten, Hemmschwellen für Um- und Quereinsteigerinnen und -einsteiger in die verschiedenen Berufsfelder des Gesundheitswesens sind abzubauen.

Im Zuge der Gestaltung von Berufsrechten sollte vorrangig der Fokus auf den Personalbedarf der jeweiligen Leistungserbringer gesetzt werden. Im Zuge dessen lassen sich Unterschiede z. B. beim Personalbedarf in einem Krankenhaus oder in der mobilen Pflege herauskristalisieren. Zu dieser Basis könnten die Vorstellungen der jeweiligen Berufsverbände und Fachgesellschaften betreffend (Neu-)Definition, Ausübung bzw. Erweiterung ihres Berufsrechts hinzugezogen werden.

Ein weiterer Problembereich ist jener der gewerblichen (Gesundheits-)Berufe, wo ebenfalls die Anforderungen und Kompetenzen besser abgegrenzt und deutlich gemacht werden sollten. Beispielsweise ist im Bereich der Massage oft unklar, was medizinische Masseurinnen und Masseur von Heilmasseurinnen und -masseurern unterscheidet, vor allem für die Patientinnen und Patienten. Es ist notwendig, klare Kompetenzverteilungen und Aufgaben der Gesundheitsberufe zu formulieren und zu organisieren und diese dann auch offen zu kommunizieren. Ziel muss sein, dass die oder der Versicherte bzw. die Patientin oder der Patient **ein klar strukturiertes und einfach zu verstehendes Versorgungsfeld** vorfindet.

Diesbezüglich sind klare berufsrechtliche Bestimmungen – eine Überarbeitung des MMHmG – erforderlich. Die gesetzlichen Voraussetzungen sollten in diesem Bereich analysiert und geklärt werden:

- Welchen Bedarf gibt es in den einzelnen Zweigen in der aktuellen Versorgung?
- Welcher Gesundheitsberuf kann am besten ein jeweiliges Bedürfnis der Patientin, des Patienten bedienen?

Nach dieser Analyse soll auch die Kompetenzverteilung zwischen den Gesundheitsberufen neu geregelt werden. Insbesondere soll dabei auch auf die Frage Bedacht genommen werden:

- Welche Bereiche können ohne ärztliche Aufsicht funktionieren? – Was insbesondere alle Gebiete sein sollen, wo keine Diagnosestellung erforderlich ist.

Die neuen Strukturen sollen sich an die gelebte Praxis anpassen.

Für Pflegeberufe sollte zusätzlich zum Bachelor sollte eine Diplompflege-Ausbildung im Rahmen einer berufsbildenden höheren Schule mit Maturaabschluss ermöglicht werden, mit Anrechenbarkeit auf das Bachelor-/Masterstudium.

Diplomierte Pflegepersonen dürfen mittlerweile z. B. auch Chemo-Produkte anwenden, Aufholbedarf im Zuge des rechtlich erlaubten Tätigkeitsbereiches gibt es hingegen bei der Pflegefachassistenz. Diese Berufsgruppe arbeitet direkt mit und bei der Patientin, beim Patienten, es gibt bis dato viele unklare Bestimmungen. Ein Beispiel ist das Anhängen einer Infusion. Sie dürfen z. B. nur bereits laufende Infusionen ab- und wieder anhängen. Kompetenzen wie diese sind zur Ausübung zu erweitern, damit die Berufsgruppe effizient eingesetzt werden kann. Im Einzelfall, nach ärztlicher schriftlicher Anordnung, dürfen Pflegefachassistentinnen und -assistenten gewisse Arbeiten ausführen. Eigene Anweisungen für selbstverständliche Handgriffe, die fachlich und ausbildungstechnisch durchführbar sind, kosten Ärztinnen und Ärzte viel Zeit.

Interdisziplinär Spielräume öffnen: Im Akutbereich im Krankenhaus wäre zu überlegen, wie verstärkt interdisziplinär zusammengearbeitet werden kann. Durchzudenken ist, wo die Grenzen bei den miteinander arbeitenden Berufen liegen, um diese – wenn es sinnvoll ist – aufzubrechen.

Beispielsweise darf Diplompflegepersonal mit Sonderausbildung Anästhesie beim eigentlichen Anästhesie-Verfahren (Einleiten, Ausleiten, Kontrolle der Vitalfunktionen) nicht eingreifen. Diese Tätigkeiten sind der Ärztin bzw. dem Arzt (Anästhesistinnen und Anästhesisten) vorbehalten. Die Arbeitsfelder dieser Berufsgruppen sind daher abzustimmen, wenn die Bestimmungen eine Anästhesistin oder einen Anästhesisten während des gesamten Narkoseverfahrens er-

fordern. In den USA gibt es z. B. die „anesthetic nurse“. Bei Patientinnen und Patienten mit niedriger Risikoeinschätzung führt sie die gesamte Narkose aus. Ein Ansatz wäre z. B., dass das Pflegepersonal während der Narkose die Vitalfunktionen kontrolliert und die Ärztin oder der Arzt währenddessen bei einer anderen Patientin, bei einem anderen Patienten z. B. eine Narkose einleiten kann. Somit ist eine sinnvolle Aufgabenteilung zwischen Anästhesistinnen und Anästhesisten und Anästhesie-Pflegepersonen gegeben.

Eine Weiterentwicklung verschiedener Berufsbilder und Tätigkeitsfelder ist daher zu diskutieren. Alternativ dazu ist vorzuschlagen, Sonderausbildungen aus dem Programm zu nehmen und Tätigkeiten in andere (z. B. in die Ausbildung der OP-Assistenz) zu integrieren. In Deutschland z. B. steht derzeit eine Weiterentwicklung des Berufsrechtes für Anästhesie-Assistentinnen und -Assistenten zur Disposition, damit auch sie in Notsituationen eine Narkose überwachen dürfen.

Bei orthopädischen Operationen ist die Bedienung des C-Bogens (Durchleuchtung zur Kontrolle für Orthopädinnen und Orthopäden) zu diskutieren. OP-Assistentinnen und -Assistenten sind befähigt, nach Anordnung der Ärztin oder des Arztes, den C-Bogen ein- und auszuschalten. Bei strikter Auslegung des österreichischen Berufsrechts ist ihnen dies nicht erlaubt. Zu diskutieren ist gemeinsam mit der Ärzteschaft eine Evaluierung des täglichen Arbeitsprozesses unter Voraussetzung entsprechender Ausbildung, Qualitätsstandards und Rechtsstatus.

Für einen breiteren Wirkungsbereich der Pharmazeutinnen und Pharmazeuten sind Kompetenzerweiterungen erforderlich. Es gibt Vorschläge, wie im Bereich der Prävention, zum Thema Impfen in der Apotheke. Ein anderer betrifft Dauerverordnungen, für die eine Abgabe und Medikationskontrolle durch die Apothekerin oder den Apotheker möglich wäre. Ärztinnen und Ärzte und Ordinationen könnten entlastet werden, wenn das Berufsbild der Pharmazeutin und des Pharmazeuten insgesamt gestärkt und Apotheken als Teil der Primary Health Care anerkannt werden.

Für MTD-Berufe und Rettungs- und Notfallsanitäterinnen und -sanitäter bedarf es dringend der Überarbeitung ihrer Berufsgesetze. Erforderlich ist darüber hinaus die berufliche Weiterentwicklungsmöglichkeit in Richtung medizinische Fachassistenz

durch Aufnahme in das medizinische Assistenzberufegesetz (MABG).

Personalbedarf und Sicherstellung

Personalmangel ist die größte Herausforderung für die Gesundheitsberufe. Dieser ist einer doppelten demografischen Entwicklung geschuldet: Zum einen wird die Generation der „Babyboomer“ älter und damit pflege- und betreuungsbedürftiger. Zum anderen erreicht das Pflegepersonal aus dieser Babyboomer-Generation das Pensionsalter. Eine Gegensteuerung ist vor allem durch bedarfsgerechte Ausbildung und entsprechende berufliche Rahmenbedingungen möglich.

Die Personalberechnung mittels Personalschlüssel ist eine wichtige Thematik. Es braucht dafür eine klare, gesetzlich verbindliche und österreichweite Vorgabe zur Berechnung des Personalbedarfs. In Deutschland wurde eine Methode zur Personalbedarfsberechnung auf Grundlage eines Algorithmus gefunden. Auch für Österreich sollte ein Prozess zur Methodenfindung eingeleitet werden, zur Vereinheitlichung der derzeit unterschiedlichen oder fehlenden Schlüssel in den Bundesländern. Sofortmaßnahmen wären gesetzlich möglich, um z. B. bei der Berechnung bisher nicht inkludierte Bereiche wie z. B. Reinigungspersonal berücksichtigen zu können.

Für eine österreichweite Pflegepersonalbedarfsrechnung braucht es eine einheitliche Methode, die zu zielführenden und aussagekräftigen Ergebnissen für den österreichischen Bedarf führt. Prinzipiell wird davon ausgegangen, dass mehr Pflegepersonal in Spitälern gebraucht wird. Um die beste Gesundheit für alle anbieten zu können, muss das Personal effizient eingesetzt werden und vor allem unter dem Gesichtspunkt, dass eine Versorgung breiter aufgestellt werden muss und nicht nur von diplomierten Krankenpflegekräften bewältigt werden kann. Keinesfalls darf es allerdings zu einer Ent-Diplomisierung der pflegerischen Versorgung kommen.

Mehr Beachtung braucht es für die Mittelberechnung und Personalstandsberechnung unter Berücksichtigung von Vermeidung einer Überlastung und Ersatz bei Krankenständen. Der Fokus bei der Bedarfsberechnung muss bei der Gesundheit der in der Branche beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter liegen.

Onkologische Fachdisziplinen z. B. klagen über eine Überalterung der bestehenden Ärzteschaft und warnen vor der bevorstehenden Pensionswelle. Geopart mit Nachwuchsproblemen, könnte es schon in wenigen Jahren zu einem dramatischen Mangel an spezialisierten Onkologinnen und Onkologen, ganz besonders an Fachärztinnen und Fachärzten chirurgisch tätiger Fächer sowie Anästhesistinnen und Anästhesisten kommen. Bei Radio-Onkologinnen und Onkologen und den Pathologinnen und Pathologen ist diese Situation bereits eingetreten. Onkologische Pflegekräfte (sogenannte Cancer Nurses) können hier einen wichtigen Beitrag leisten, das Gesundheitssystem zu stützen. Auf ebensolchen Personalbedarf sollte bereits in den jeweiligen Ausbildungscurricula Rücksicht genommen werden.

Die Prävalenz an Krebs erkrankter Menschen steigt bis 2030 voraussichtlich um 40 bis 50 Prozent. Die steigende Inzidenz der Neuerkrankungen, die – dank präziser Diagnostik – längere Lebenszeit von Krebspatientinnen und -patienten und komplexere Behandlungen fordern einen höheren Betreuungsbedarf. Als Folge gehen onkologische Fachgesellschaften davon aus, dass das Leistungsangebot für Schwerpunkthäuser bis 2030 verdoppelt werden muss.

Eine Spezialisierung ist im Zuge der Ausbildung vermehrt zu ermöglichen. Innerhalb der Onkologie z. B. starten österreichische Fachgesellschaften eine Aus- und Fortbildungsinitiative.

Eine Nachwuchs-Initiative ist wichtig, um die Attraktivität von speziellen Fachausbildungen und Karrierewege für junge Ärztinnen und Ärzte zu steigern. Folgende empfohlene Maßnahmen können einem Fachärztemangel, insbesondere z. B. für die an Krankenhäuser gebundene onkologische Diagnostik und Versorgung, entgegensteuern: Verbesserung von Vereinbarkeit von Beruf und Familie durch Ermöglichung von Teilzeitmodellen, Anpassung der Rahmenbedingungen für Rufbereitschaft, Schaffen von Binnenkarrieren mit leistungsorientierter Honorierung, leistungsadaptierte Anpassung der personellen Infrastruktur („Arbeitsdichte“).

Neu-, Wieder- und Quereinsteigerinnen und -einstieger sowie ältere Menschen zu motivieren, einen Gesundheitsberuf zu ergreifen, ist mit vielfältigen Anreizmodellen möglich: Mehr Ausbildungsplätze auf allen

Ebenen zu schaffen und nachhaltig zu finanzieren, Mittel für aktive Arbeitsmarktpolitik auch für kürzere Ausbildungen zur Verfügung zu stellen, Fachkräfte-stipendien auszubauen, FH-Studiengebühren für Gesundheitsberufe zu erlassen und die Altersgrenze von 35 Jahren für Selbsterhalterstipendien aufzulösen, sind einige Beispiele dafür.

Eine Arbeitszeitendiskussion ist sachlicher als bisher zu führen und die Thematik breiter anzusetzen. Beispielsweise wird das Thema Patientensicherheit oftmals mit der Diskussion um Arbeitszeiten im medizinischen Bereich in Verbindung gebracht. Planbare Arbeitszeiten sind sowohl für Dienstgeberinnen und Dienstgeber als auch Dienstnehmerinnen und Dienstnehmer von Vorteil und dürfen nicht überwiegend dienstgeberorientiert geführt werden. Den Überlegungen zur Work-Life-Balance (vgl. Diskussion 35-Stunden-Woche) ist Rechnung zu tragen, um Erschöpfung¹ und Burn-out zu vermeiden. Letztendlich ist eine attraktive Arbeitszeit für die Entlastung der psychisch und physisch anstrengenden Tätigkeit als Beitrag zur Patientensicherheit zu sehen und steigert zudem die Attraktivität der Gesundheitsberufe.

Die Enttabuisierung der Problematik von Übergriffen und Gewalt im Gesundheits- und Sozialbereich ist eine grundlegende Forderung. Insbesondere in sensiblen Settings wie in der Psychiatrie ist eine Enttabuisierung und Diskussionsbereitschaft notwendig. Awareness für das Tabu-Thema ist auch deshalb wesentlich, weil der Pflegeberuf nach wie vor ein Frauenberuf ist. Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber müssen die Problematik Gewaltbereiter und psychische Gewalt Ausübender zu Pflegenden ernst nehmen. Betroffene Pflegekräfte brauchen Sicherheit und daher Recht auf Hilfe. Diese kann einerseits durch technische Sicherheitsmaßnahmen erfolgen, durch Bereitstellung von ausreichend Personal in Nachtdiensten, durch Thematisierung bei Dienstbesprechungen u. v. m.

¹ vgl. Studie von Haluza, Daniela: https://www.gpa-djp.at/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheadername1=content-type&blobheadername2=content-disposition&blobheadervalue1=application%2Fpdf&blobheadervalue2=inline%3B+filename%3D%22Arbeitszeit_und_Gesundheit_-_Daniela_Haluza.pdf%22&blobkey=id&blobnocache=false&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1342636822929&ssbinary=true&site=A03

QUERSCHNITTMATERIE AUSBILDUNG



Die GuK-Ausbildung richtet sich künftig nach dem Bologna-Modell und wird daher im Zuge der GuKG-Novelle bis 2024 in den sogenannten tertiären Ausbildungssektor (Fachhochschul-Bachelor-Studiengänge) überführt.

Generell muss festgestellt werden, dass eine Sonderausbildung bzw. Spezifizierungen nicht einer Fort- oder Weiterbildung gleichgesetzt werden kann. Das GuK unterscheidet diese Termini im Wesentlichen wie folgt: Durch Fortbildung erhält die Teilnehmerin bzw. der Teilnehmer neues Wissen, im Zuge der Weiterbildung wird Fachwissen vertieft und im Zuge einer Sonderausbildung werden Kompetenzen erweitert. Letztere können eine Spezialisierung z. B. im Bereich Wundmanagement, Palliativversorgung oder psychogeriatrische Pflege. Aber auch die onkologische Pflege (Cancer Nurse) sollte zumindest auf dieses Niveau angehoben werden.

Ausbildungskriterien sind für die Attraktivierung der Berufsbilder von Gesundheits- und Sozialberufen sowie medizinisch-technischen Diensten² essenziell. Dadurch werden die Perspektiven für eine Weiterentwicklung erweitert und die Chancen für eine Karriereentwicklung verbessert. In Österreich fiel die Entscheidung, einen Master erreichen zu können, bewusst gegen die Weiterentwicklung auf Basis von ECTS-Punkten aus.

QUERSCHNITTMATERIE DIGITALISIERUNG



Gesundheits-Apps könnten genutzt werden, um die Medikamentenverschreibung und Arzneimittelabgabe für die Patientin und den Patienten zu vereinfachen. Mit Erweiterungen der Smartphone-Apps ist es z. B. möglich, dass Patientinnen und Patienten ihre digitale Blutzuckerkurve abrufen. Auf Basis dieser Werte kann entschieden werden, ob die Arzneimittel weiter abgegeben werden oder eine Adaptierung der Therapie erforderlich ist. Voraussetzungen dafür sind, dass neue Technologien in den betreffenden Ausbildungscurricula thematisiert werden und (datenschutz-)

² www.mtd-austria.at

rechtliche Rahmenbedingungen angepasst werden.

Im Krankenhausbereich wird die die weitere Digitalisierung zentrale Herausforderung für die nächsten Jahre sein. Diese soll strukturiert, effizient, zielgerichtet und abgestimmt ablaufen. Die Krankenhausfachapothekerinnen und -apotheker sehen sich heute und in Zukunft vermehrt als Drehscheibe der Anforderungen im Rahmen der Digitalisierung im Gesundheitswesen. Ihre Fachkompetenz in zentralen Bereichen der **Elektronischen Fieberkurve** ist die Basis, auf der

zukünftige Artificial-Intelligence-Systeme implementiert werden können. Die Krankenhausfachapothekerinnen und -apotheker fordern daher eine frühzeitige Einbindung in die Pläne und Projekte zur Umsetzung der Digitalisierung im Gesundheitsbereich. Ein flächendeckender Einsatz der Hospital Pharmacists mit Unterstützung durch AI-Systeme bringt das optimale Ergebnis für die Patientin und den Patienten in Bezug auf die Arzneimitteltherapiesicherheit. Schon heute sind die Anforderungen an Arzneimittelregister und Pharmakovigilanz hoch und können durch Digitalisierung optimiert werden.

Management Summaries der PRAEVENIRE Gipfelgespräche

81. PRAEVENIRE WEISSBUCH GIPFELGESPRÄCH

Gesundheitsberufe

Ausgangslage

Österreich verfügt über ausgezeichnet ausgebildete Fachkräfte in Gesundheitsberufen auf allen Ebenen. Allerdings wird das Potenzial zu wenig genutzt. Eine vor zwei Jahren veröffentlichte Studie der London School of Economics zeigt, dass eine stärkere Einbindung vor allem der Apothekerinnen und Apotheker sowie Fachkräfte aus dem Pflegebereich eine starke Entlastung des Spitalsbereichs bewirken würde.

Herausforderungen

Wesentlich sei eine konkrete Definition einer abgestuften Betreuung von Patientinnen und Patienten, damit sie bestmöglich durch das Gesundheitssystem gelotst werden. Dazu müsse man überlegen, welche Berufsgruppe welche Aufgabe übernehmen könne. Unbestritten sei, so die Expertinnen und Experten, die freie Arztwahl. Allerdings müsse man den derzeit praktizierten unkoordinierten Erstkontakt von Patientinnen und Patienten in die höchsten (und teuersten) Versorgungsebenen im Gesundheitssystem unabhängig von Art und Schwere ihrer Erkrankungen auf den für sie besten ersten Ansprechpartner wie die Vertrauensärztin oder den Vertrauensarzt umleiten, die bzw. der sie wiederum gezielt zu den geeignetsten Fachärztinnen und Fachärzten und Versorgungseinheiten wie ein Lotse weiterführt. Um das zu erreichen, müssen auf der Grundversorgungsebene entsprechend kompetente Guide-Systeme oder „Gate-Opener“ zur Koordination bestehen.

Internationale Vergleiche zeigen, dass Primärversorgungseinheiten sowie Gesundheitszentren mit angeschlossenen Therapeutinnen und Therapeuten und Fachärztinnen und -ärzten den Patientinnen und Patienten jene individuell notwendige und ganzheitliche Erst-Versorgungsqualität bieten könnten. Primärversorgungszentren als Erstanlaufstellen würde die für das Gesundheitssystem teureren Spitalsambulanzen in dieser Funktion entlasten und Kapazitäten für ihre eigentlichen Aufgaben frei machen.

Bildung und Karrierechancen

Überlegenswert sei, so die beim Gipfelgespräch teilnehmenden Expertinnen und Experten, bei den tertiär ausgebildeten Gesundheitsberufen eine gemeinsame Basisausbildung zu implementieren, nach der sich die Berufsgruppen in einzelnen Zweigen spezialisieren. Das würde auch mehr zu gegenseitigem Verständnis und gegenseitiger Wertschätzung führen. Ebenso müsse es eine stärkere vertikale Durchlässigkeit im System geben, bei denen Personen in Assistenzberufen Aufstiegschancen durch Qualifikationsmöglichkeiten bekommen. Zudem müsse man schon jetzt überlegen, ob und für welche Gesundheitsberufe Kompetenzerweiterungen möglich sind und welche medizinischen (Assistenz-)Tätigkeiten nur in Abstimmung und unter Aufsicht einer Ärztin oder eines Arztes oder auch selbstständig durchgeführt werden dürfen. Um einen besseren Überblick zu bekommen, welche Berufsgruppen und welche Ausbildungen überhaupt vorhanden sind, soll das Gesundheitsberuferegister erweitert werden.



WANN

Donnerstag, 26. März 2020 |
14:00–16:00 Uhr



WO

Videokonferenz

DISKUSSIONSTEILNEHMERIN- NEN UND -TEILNEHMER

(in alphabetischer Reihenfolge)

- **Mag. pharm. Monika Aichberger**
Vizepräsidentin der Landesgeschäftsstelle Oberösterreich der Österreichischen Apothekerkammer
- **Dr. Alexander Biach**
Standortanwalt und Direktorstellvertreter der Wirtschaftskammer Wien
- **Mag. pharm. Gunda Gittler, a.H.P.h.**
Leiterin der Apotheke des Krankenhauses Barmherzige Brüder Linz und Salzburg
- **Univ.-Prof. Dr. Michael Gnant**
Universitätsprofessor der MedUni Wien
- **Dr. Michael Halmich, LL.M.**
Leiter des FORUM Gesundheitsrecht, Vorsitzender der Österreichischen Gesellschaft für Ethik und Recht in der Notfall- und Katastrophenmedizin
- **Dr. Erwin Rebhandl**
Präsident des Vereins AM PLUS
- **Hon.-Prof. (FH) Dr. Bernhard Rupp, MBA**
Leiter der Fachabteilung Gesundheitspolitik der Arbeiterkammer Niederösterreich
- **Mag. Kurt Schalek**
Referent in der Abteilung Gesundheitsberuferecht und Pflegepolitik der Arbeiterkammer Wien
- **Dr. Günther Schreiber**
Projektmanagement und Koordination Branche Gesundheitswesen bei Quality Austria
- **Mag. pharm. Thomas W. Veitschegger**
Vizepräsident des Österreichischen Apothekerverbandes

Moderation:
Robert Riedl | PERI Group

Effekte der Coronakrise

Bei allem Leid und allen Problemen, die die Coronakrise auch in Österreich auslöst, sehen die am Weißbuch mitwirkenden Expertinnen und Experten positive Entwicklungen durch einen Digitalisierungsschub, der durch Vermeidung von persönlichem Kontakt möglich wurde. Längst am Start wartende Prozesse wie der Einsatz des e-Rezeptes wurden einer Bewährungsprobe unterzogen, der sie sehr gut standhalten. Auch elektronische Krankschreibungen und telemedizinische Anwendungen wie Tele-Visite und Tele-Rehabilitation werden derzeit umgesetzt bzw. erfüllen alle Voraussetzungen, um künftig mehr genützt zu werden. Hier sollte das österreichische Gesundheitssystem nach der Coronakrise keine Rückschritte machen (wie bei der Rücknahme der telefonischen Krankmeldung ab 1. August 2020), sondern diese Vereinfachungen der zeitgemäßen Kommunikationswege beibehalten, appellierten die Expertinnen und Experten.

Auch Online-Anwendungen oder Gesundheits-Apps, die die Patientinnen und Patienten anleiten und erste Fragen klären, was zu tun ist, wären mit relativ einfachen Mitteln zu realisieren. Hierfür könnte auf die Erfahrungen der Gesundheitshotline 1450 zurückgegriffen werden. Bei allen technischen Medien, die zur Konsultation bei Gesundheitsfragen und -problemen eingesetzt werden können, ist klar zu sagen, dass sie alleine ein persönliches Gespräch mit Vertrauensärztinnen und -ärzten oder Fachärztinnen und -ärzten bzw. Therapeutinnen und Therapeuten zur Abklärung, Behandlung und Betreuung nicht ersetzen können.

Brennpunkt-Themen

Österreich verfügt auf allen Ebenen der Gesundheitsberufe über ausgezeichnet qualifizierte Fachkräfte. Allerdings wird ihr Potenzial zu wenig anerkannt. Das heimische Gesundheitswesen ist, verglichen mit internationalen Systemen, sehr stark auf die Medizin per se fokussiert. Ein Miteinander auf Augenhöhe und Vertrauen in die jeweiligen Fachkompetenzen – bei entsprechend hoch qualifizierter Ausbildung – wäre wünschenswert. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen erlauben mehr Befugnisse für Gesundheitsberufe, als tatsächlich in der Praxis genützt werden.

Es braucht eine stärkere vertikale Durchlässigkeit im System. Personen in Assistenzberufen sollten Aufstiegschancen durch berufsbegleitende und verkürzte Ausbildungen geboten werden.

Kostenfreiheit und finanzielle Absicherung der Ausbildung wären notwendig – insbesondere für Wieder- und Quereinsteiger.

Strategische Handlungsempfehlungen

- Patientinnen und Patienten müssen gezielter durch das Gesundheitssystem gelotst werden. Hier könnte die Gesundheitshotline 1450 eine wesentliche Rolle übernehmen.
- Die Attraktivität der Pflegeberufe muss verbessert werden, insbesondere durch mehr Planbarkeit der Arbeitszeiten und bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie.
- Um die Vernetzung zwischen den Gesundheitsberufen zu optimieren, wären auch Maßnahmen bei der Ausbildung notwendig. Denkbar wären beispielsweise gemeinsame Ausbildungsmodule.
- Internationale Vergleiche zeigen, dass Primärversorgungseinheiten sowie der Zusammenschluss von Fachärztinnen und Fachärzten den Patientin-

nen und Patienten oftmals jene Versorgungsqualität bieten könnten, die sie derzeit in den für das Gesundheitssystem teureren Spitalsambulanzen suchen.

- Um einen besseren Überblick zu bekommen, welche Berufsgruppen und welche Ausbildung vorhanden sind, soll das Gesundheitsberuferegister erweitert werden. Konkret fehlen Sanitäterinnen und Sanitäter und Rettungskräfte.

Mission Statement

Die neuen Primärversorgungseinheiten könnten als Ideal für eine Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen und Ärzten und Gesundheitsberufen sowie gesundheitsrelevanten Dienstleistern zur ganzheitlichen Betreuung der Patientinnen und Patienten gesehen werden. Eine in diesem Zusammenhang erarbeitete Honorarordnung bzw. entsprechende Kassenverträge müssen entsprechend adaptiert und eine Abrechnung der Leistungen vereinfacht werden. Zudem ist ein Zugeständnis des fachlich vorhandenen Leistungsvermögens und Kompetenzpotenzial der Gesundheitsberufe notwendig, das entsprechend genützt und honoriert werden und rechtlich abgesichert werden sollte. Das trägt einerseits zur optimalen Patientenversorgung bei und gleichzeitig steigert es die Attraktivität der Gesundheitsberufe für Interessentinnen und Interessenten.

24. PRAEVENIRE GIPFELGESPRÄCH

Zukunft der präklinischen Notfallmedizin in Österreich



Montag, 13. Mai 2019 |
14:00–16:00 Uhr



Stift Seitenstetten

DISKUSSIONSTEILNEHMERIN- RINNEN UND -TEILNEHMER

(in alphabetischer Reihenfolge)

- **ao. Univ.-Prof. Dr. Michael Binder**
Medizinischer Direktor des Wiener Gesundheitsverbundes
- **Univ.-Prof. Dr. Harald Hertz**
Chefarzt des Wiener Roten Kreuzes
- **Dr. Markus Klamminger**
Medizinischer Geschäftsführer der NÖ Landeskliniken-Holding
- **Dr. Michael König**
Medizinischer Koordinator – Martin Flugrettung
- **Landesrätin Ulrike Königsberger-Ludwig**
Landesrätin für Soziale Verwaltung, Gesundheit und Gleichstellung in Niederösterreich
- **Reinhard Kraxner**
Geschäftsführer der ÖAMTC Flugrettung
- **Univ.-Prof. Dr. Klaus Markstaller**
Klinikleitung, Universitätsklinik für Anästhesie, Allgemeine Intensivmedizin und Schmerztherapie der MedUni Wien, vfwf und ÖGARI
- **Ing. Michael Sartori**
Chef des Stabes und AL Einsatzdienste & Ausbildung Rotes Kreuz Niederösterreich
- **ao. Univ.-Prof. Dr. Thomas Szekeres**
Präsident der Ärztekammer für Wien
- **Dr. Helmut Trötzmüller**
Prokurist der Heli Austria Flight Holding GmbH
- **Prim. Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Voelckel**
ÖAMTC Leitender Flugrettungsarzt
- **ao. Univ.-Prof. Dr. Harald Willschke**
Leitung Präklinische Notfallmedizin, Universitätsklinik für Anästhesie, Allgemeine Intensivmedizin und Schmerztherapie der MedUni Wien

Dieses Gipfelgespräch widmete sich der Zukunft der präklinischen Notfallmedizin und ihren neuen Herausforderungen. Im Fokus waren Kompetenzen, Schwerpunktsetzungen und zukünftige Rollenverteilung der Berufsgruppen in der präklinischen Notfallmedizin ebenso wie Herausforderungen der Nachwuchssicherung für Notärztinnen und Notärzte.

Effizienzsteigerungen

- Der Ist-Status der präklinischen Notfallmedizin in Österreich ist gut ausgestattet, aber ausbaufähig.
- Qualifikation der ärztlichen Notarztausbildung: Die zielgerichtete Disposition und die Ausbildung der Sanitäterinnen und Sanitäter sind zentrale Punkte, um die unser System verbessert werden soll.
- Notärztinnen und Notärzte müssen zielgerichtet und effizient eingesetzt werden: Zielgerichtete Disposition bzw. richtige Qualifikation sind wesentliche Herausforderungen für die Zukunft.
- Ein Bedarf an einer fachlich fundierten Zuweisung von Notfallpatientinnen und -patienten in Krankenhäuser verschiedener Versorgungsstufen durch Notärztinnen und Notärzte vor Ort ist gegeben.
- Das österreichische Recht bietet Möglichkeiten, die weitgehend nicht ausgeschöpft werden.
- Die Übernahme der Verantwortung gestaltet sich als gesellschaftliches Problem.
- Kriterien eines Ausrückens am Notarzteinsatzpunkt und Qualitätssicherung sind zentrale Faktoren.

Attraktivitätssicherung und Nachwuchssicherung

- Attraktivitätssicherung und -steigerung für Notärztinnen und Notärzte, um der Herausforderung der Nachwuchssicherung zu begegnen.
- Nutzung von neuen innovativen Ansätzen im Bereich der Digitalisierung, um auf ein neues technologisches Niveau zu gelangen.
- Aufgrund der Qualifikationsunterschiede zwischen Notärztinnen und Notärzten und Sanitäterinnen und Sanitätern besteht eine starke Tendenz, Vorfälle, die nach einem medizinischen Notfall aussehen, mit Notarztrettungsmitteln zu bedienen, womit zur notärztlichen Knappheit beigetragen wird.
- Eine optimale Begleitung von Notärztinnen und -ärzten ist vor allem bei jungen Medizinerinnen und Medizinern gewünscht und könnte anhand von innovativen Ansätzen erfolgen.

Ausbildung der Sanitäterinnen und Sanitäter

- Komplexität und Anforderungen einer Behandlung sind angestiegen.
- Es gibt viel Spielraum für abgestufte Antworten auf Notfallsituationen.
- Beachtenswert sind regionale Unterschiede, die unterschiedliche Zielsetzungen verfolgen.
- Ein Bedarf bei Leitstellen ist vorhanden, eine verbesserte Ausbildung zu ermöglichen sowie das Abfragesystem zu vereinheitlichen.
- Für zukünftige Sanitätsausbildung muss die Verantwortlichkeit geklärt werden.

Experteninterviews

MAG. WERNER FISCHL

GESCHÄFTSFÜHRER DER PREMIQAMED PRIVATKLINIKEN

Allgemeine Prinzipien

Das Berufsrecht muss so gestaltet werden, dass viele junge Menschen Gesundheitsberufe ausüben möchten. Es darf keine unnötigen Hürden für die Ausbildung bzw. den Einstieg in solch einen Job geben. Bei den Pflegeberufen würde eine Pflegelehre mit Berufsbefähigung Pflegeassistenten sinnvoll erscheinen. Es gibt bereits Curricula, die eine Lehre folgendermaßen vorsehen: ein Jahr theoretisch und dann zwei Jahre in der Praxis lernen.

Zusätzlich zum Bachelor sollte es die Möglichkeit geben, die Diplompflege im Rahmen einer berufsbildenden höheren Schule zu absolvieren, also fünf Jahre mit Matura. Diese könnte mit einer Anrechenbarkeit auf das Bachelor-/Masterstudium gekoppelt werden.

Das wäre ein wesentliches Paket für die Pflegegrundausbildung. Eine niedrige Einstiegsschwelle für diverse Berufe im Gesundheitswesen ist hervorzuheben.

Wie entsteht Berufsrecht?

Das Berufsrecht wird in Gesetzen abgebildet. Diverse Papiere unterschiedlicher Fachgesellschaften beschreiben noch die Wunschvorstellung der Ausübung ihres Berufsrechts. In Österreich ist dies sehr maßgeblich von den jeweiligen Berufsverbänden dominiert. Man müsste einmal den Fokus auf die Bedürfnisse der jeweiligen Leistungserbringer setzen. Diese können sich z. B. in einem Krankenhaus oder in der mobilen Pflege unterscheiden.

Interdisziplinär Spielräume öffnen

Im Akutbereich im Krankenhaus wäre zu überlegen, wie verstärkt interdisziplinär zusammengearbeitet werden kann. D. h., wo die Berufsbefähigung bei einem beginnt und beim anderen aufhört, ist ziemlich undurchlässig.

BEISPIEL: BERUFSGRUPPE DER ANÄSTHESIE-PFLEGE

Ausbildung: Diplom-Pflege mit Sonderausbildung Anästhesie

Personen mit dieser Ausbildung dürfen beim eigentlichen Anästhesie-Verfahren (Einleiten, Ausleiten, Kontrollieren der Vitalfunktionen) nicht eingreifen. Diese Tätigkeiten sind der Ärztin bzw. dem Arzt (Anästhesistin oder Anästhesist) vorbehalten. Es ist zu hinterfragen, wozu es diese Berufsgruppe überhaupt braucht, wenn eine Anästhesistin oder ein Anästhesist auf jeden Fall während des gesamten Narkose-Verfahrens dabei sein muss. Handelt es sich hierbei nur um unterstützende Tätigkeiten, würde man diese Berufsgruppe eigentlich nicht benötigen.

In den USA gibt es z. B. die „Anesthetic Nurse“. Bei Patientinnen und Patienten mit niedriger Risikoeinschätzung macht die „Anesthetic Nurse“ die gesamte Narkose. Ein Ansatz wäre z. B., dass das Pflegepersonal während der Narkose die Vitalfunktionen kontrolliert und die Ärztin oder der Arzt bei einer anderen Patientin bzw. einem anderen Patienten z. B. eine Narkose einleiten kann. Dann würde es einen Mix aus Anästhesistinnen und Anästhesisten und Anästhesie-Pflegepersonen geben.

Anästhesie-Pflege:

Das Hauptanliegen ist, das Berufsbild der Anästhesie-Pflege weiterzuentwickeln, damit diese Personen mehr machen dürfen. Wenn dies nicht weiterentwickelt wird, wird vorgeschlagen, die Sonderausbildung aus dem Programm zu nehmen. In Deutschland gibt es z. B. die anästhesietechnische Assistenz als niederschwellige Berufsgruppe. Noch besser wäre, würden diese Tätigkeiten in die Ausbildung der OP-Assistenz integriert werden.

Mögliche Pläne für das Berufsbild der Anästhesie-Pflege: a) aufwerten oder b) downgraden. Dies wäre eine Möglichkeit, um Personal zu sparen bzw. effizienter einzusetzen.

Pflegefachassistenten:

Diplomierte Pflegepersonen dürfen bereits relativ viel. Im Vergleich zu früher können diese mittlerweile z. B. auch Chemo-Produkte anwenden. Aufholbedarf gibt es hingegen bei der Pflegefachassistenten. Pflegefachassistentinnen und -assistenten machen ungefähr 20 Prozent des Personals im Krankenhaus aus. Obwohl diese Berufsgruppe viel-

fach die „echte Arbeit“ an der Patientin und am Patienten macht, gibt es bei der Pflegefachassistentinnen und -assistenten sonderbare Bestimmungen. Ein Beispiel wäre das Anhängen einer Infusion. Sie dürfen z. B. nur schon laufende Infusionen ab- und wieder anhängen. Solche Dinge gehören geändert, sonst stellt sich auch hier die Frage, wozu man diese Berufsgruppe ausbildet. Im Einzelfall, nach ärztlicher schriftlicher Anordnung, dürfen Pflegefachassistentinnen und -assistenten gewisse Dinge ausführen. Eigene Anweisungen für „Kleinigkeiten“ sind sinnlos, da sie die Arbeitsersparnis bei der Ärztin oder beim Arzt negieren. Gegenargument, dass Pflegefachassistentinnen und -assistenten keine Infusionen anhängen dürfen: Pflegefachassistentinnen und -assistenten sind pharmakologisch nicht so gut ausgebildet, deshalb ist die Tätigkeit eingeschränkt. Aber: Die Infusionen werden sowieso vorbereitet und es geht dann um zwei Dinge: a) die Infusion anhängen und b) kontrollieren, wie es der Patientin bzw. dem Patienten geht. Falls es zu einer allergischen Reaktion kommt, muss so oder so gehandelt werden, egal, wer die Infusion angehängt hat.

Grundstatements

- a. Die Ausbildung zur Pflege muss niederschwelliger gemacht werden, damit mehr Pflegekräfte abschließen.
- b. Es wäre sinnvoll, die Kompetenzen des Pflegepersonals im Team in einem Krankenhaus zu überdenken.

Einzelne Themen

C-Bogen:

Bei orthopädischen Operationen ist die Bedienung des C-Bogens zu diskutieren (Anm.: Ein C-Bogen ist zum Durchleuchten und Orthopädinnen und Orthopäden können kontrollieren, ob die Prozedur geglückt ist.) Jede OP-Gehilfin bzw. jeder OP-Gehilfe ist befähigt, nach Anordnung der Ärztin oder des Arztes den C-Bogen ein- und auszuschalten. Bei strikter Auslegung des österreichischen Berufsrechts dürfen OP-Gehilfinnen und OP-Gehilfen dies aber nicht machen, da sie nicht ausgebildet sind, mit Röntgenstrahlen umzugehen. Auf Anordnung der Ärztin oder des Arztes und in ihrem bzw. seinem Beisein geht das aber. Diese bzw. dieser trägt dann auch die Verantwortung dafür. Für den täglichen Gebrauch sollten diese Tätigkeiten einfacher handhabbar gemacht werden.

Bei einer orthopädischen Operation wären lt. jetzigem Berufsrecht folgende Personen anwesend: Operateurin bzw. Operateur, Anästhesistin bzw. Anästhesist, diplomierte OP-Pflegekraft, OP-Assistentin bzw. -Assistent + Anästhesie-Pflegekraft und eine Radiologietechnikerin bzw. ein -techniker für das Ein-/Ausschalten des C-Bogens.

Arbeitszeiten: Wenn man sich Regularien von großen Krankenanstalten, wie z. B. von Schwerpunktkrankenanstalten, ansieht, gibt es einen Rund-um-die-Uhr-Dienst. Bei manchen kleineren medizinischen Fächern könnte man überprüfen, ob das notwendig ist.

Allgemeiner Wunsch: mehr Sachlichkeit in der Diskussion

Als Beispiel wird die Diskussion, dass Ärztinnen und Ärzte weniger arbeiten müssen, denn nur ausgeruhte Ärzte bringen gute Qualität und sind besser für die Patientensicherheit, angeführt. Es stellt sich die Frage: Was ist gefährlicher für den Patienten? Eine müde Ärztin oder ein müder Arzt mit viel Erfahrung oder eine ausgeruhte Ärztin oder ein ausgeruhter Arzt mit wenig Erfahrung?

Österreichweite Pflegepersonalbedarfsrechnung:

Man braucht unbedingt eine österreichweite einheitliche Methode für die Pflegepersonalbedarfsrechnung. Es gibt eine Forderung der Gewerkschaft an die neue Bundesregierung, die beinhaltet, dass 20 Prozent mehr Pflegepersonal an den Spitälern gebraucht wird. Es ist nicht bekannt, auf welcher Basis die 20 Prozent berechnet wurden. Es gibt einfachere bis komplexere Methoden, wie z. B. die deutsche Pflegepersonalregelung (PPR), um den Pflegepersonalbedarf zu ermitteln. Ein Projekt des ÖSG (Österreichischer Strukturplan Gesundheit) kam zum Ergebnis, dass es nicht „die eine“ Methode zur Berechnung gibt.

Um die beste Gesundheit für alle anbieten zu können, muss man das Personal effizient einsetzen. Vor allem unter dem Gesichtspunkt, dass die Versorgung breiter aufgestellt ist und nicht nur die diplomierte Krankenpflege betrifft.

Sonstiges

Unterlagen: Deutsches paralleles Berufsrecht: Deutsche Anästhesisten beschreiben, dass auch eine Anästhesie-Schwester in Notsituationen auf die Narkose aufpassen kann. Berufsverbände wollen das Berufsrecht weiterentwickeln.

Qualität

Qualitätskontrollen gehören in jede Krankenhausstruktur, egal, welcher Träger (privat oder öffentlich) dahintersteht. Im Gesetz ist festgehalten, dass die PRIKRAF-Landesfonds nur Leistungen zahlen dürfen, die qualitätsgeprüft sind. In den Landesfonds gibt es in einigen Bundesländern noch Verbesserungsbedarf. Eine treibende Kraft, die sich darauf fokussiert, wie es in den Landesfonds aussieht, wäre sinnvoll, um einheitliche Standards zu etablieren. In den Fonds braucht man einen Transparenz- und Qualitätswettbewerb, was auch einen Effizienzwettbewerb beinhalten kann. Denn wenn man Transparenz hätte, würde sich die Qualität auch verbessern. Auch Register sind eine Form der Transparenz.

MAG. GUNDA GITTLER

LEITERIN DER ANSTALTSAPOTHEKE DER BARMHERZIGEN BRÜDER IN LINZ UND EXPERTIN DES ÖSTERREICHISCHEN APOTHEKERVERBANDES

Ausbildung

Das Berufsfeld der/des Pharmazeutin/Pharmazeuten muss den neuen Gegebenheiten angepasst und modernisiert werden. Bisher wurde in der Ausbildung ein starker Fokus auf den chemischen Aspekt der Pharmazie gelegt, doch das Berufsbild ändert sich stetig dahingehend, dass Pharmazeutinnen und Pharmazeuten vermehrt im Patientenkontakt stehen und sie Ärztinnen und Ärzte im klinischen Setting unterstützen und entlasten. Deshalb bedarf es in der Ausbildung stärkerer Schwerpunktsetzung im klinischen Verständnis (klinische Daten verstehen, Laborparameter lesen, Röntgenbilder interpretieren, Therapieleitpfade kennen etc.) sowie in der Sozialkompetenz und der Kommunikationsfähigkeit. Oft besteht gerade bei jungen Pharmazeutinnen und Pharmazeuten eine gewisse Hemmschwelle, wenn es um die Kommunikation mit Ärztinnen und Ärzten geht. Wichtig ist daher, dass sie in ihrer Kompetenz bestärkt werden, um mit der Ärztin oder dem Arzt fallweise kommunizieren zu können, falls etwas mit der Medikation nicht in Ordnung wäre oder sie verbessert werden könnte.

Auch die Polypharmazie ist ein wichtiges Thema, auf das bereits in der Ausbildung ein Fokus gelegt werden muss. Pharmazeutinnen und Pharmazeuten sollten ihr Medikationswissen konstruktiv einbringen, der/den Ärztin/Arzt auf gewisse Wechselwirkungen aufmerksam machen und im Sinne der/des Patientin/Patienten mit ihm über Lösungen sprechen. Darüber hinaus gibt es auch finanzielle Aspekte, die beachtet werden müssen, wenn zu viele Medikamente verschrieben werden.

Ein weiterer Punkt ist das Fehlen einer höherwertigen postgradualen Ausbildung in Österreich, in der die Pharmazeutinnen und Pharmazeuten beispielsweise eine Spezialausbildung zur klinischen Pharmazie absolvieren könnten. Dafür wäre eine bessere Zusammenarbeit zwischen den Universitäten und den Klinikapotheken notwendig. Die Qualität der pharmazeutischen Arbeit könnte durch solche Weiterbildungen gesteigert und interessierten Pharmazeutinnen und Pharmazeuten das wissenschaftliche Arbeiten ermöglicht werden. Ebenso könnte die Attraktivität des Berufes durch solche Ausbildungen gehoben werden.

Auch was neue digitale Möglichkeiten betrifft, muss ausreichend geschult werden. Einige Krankenanstalten verwenden bereits eine digitale Fieberkurve für Pflegeberichte, Vitalparameter, Laborbefunde, Medikationen u. v. m. Wenn Pharmazeutinnen und Pharmazeuten diese Programme bedienen können, ersparen sie den Ärztinnen und Ärzten und dem Pflegepersonal einige administrative Tätigkeiten, sodass diese mehr Zeit für ihre Patientinnen und Patienten haben. Andere Aufgabenbereiche, die bisher vom Pflegepersonal übernommen werden und sehr zeitintensiv sind, wie beispielsweise das Verblistern der Arzneimittel, könnten weitgehend maschinell abgearbeitet werden, was auch die Fehlerquote reduzieren würde. Kontrollieren muss es anschließend ohnehin die Pharmazeutin oder der Pharmazeut.

Aufgabenportfolio der Pharmazeutinnen und Pharmazeuten

Die/die Pharmazeutin/Pharmazeut kann sowohl im extramuralen als auch im intramuralen Bereich das Gesundheitssystem maßgeblich entlasten, was beim derzeitigen Ärztinnen- und Ärztemangel und Pflegemangel einen großen Nutzen bringen könnte. Medikationen und Präparate werden immer komplexer in ihrer Anwendung, weshalb die stärkere Einbeziehung der Kompetenz der Pharmazeutinnen und Pharmazeuten im klinischen Alltag von großem Vorteil ist.

Sie bieten einen niederschweligen und beratenden Zugang zu Medikamenten für die/den Patientin/Patienten. Zudem beurteilen und kontrollieren sie Verordnungen, bevor die Medikamente verblistert und ausgegeben werden. In einigen Krankenanstalten wird dies bereits vermehrt durchgeführt und führt durchwegs zu positiven Rückmeldungen.

Die/der Pharmazeutin/Pharmazeut kann bei der Aufnahme, der Medikation, der Umstellung auf die Hausmedikation und der Neuverordnung von Medikamenten die Ärztinnen und Ärzte unterstützen und z. B. Leber- und Nierenwerte kontrollieren, Wechselwirkungen von Medikamenten entgegensteuern und auf den richtigen Zeitpunkt der Vergabe aufmerksam machen. Außerdem könnten die Pharmazeutinnen und Pharmazeuten als „prescribing pharmacists“ anerkannt werden und mittels Verschreibungsrecht des Primars eine gewisse Gruppe an Medikamenten selbst verschreiben.

Dank der elektronischen Fieberkurve, die in einigen Krankenanstalten schon eingeführt wurde, können alle Patientendaten im intramuralen Setting einfach gesammelt werden. Während des Aufenthaltes kümmern sich die Pharmazeutinnen und Pharmazeuten um die Medikation und um das klinische Bild. Der Patientenkontakt besteht bei der Aufnahme und der Entlassung. Die Medikation betreffend, kann der Pharmazeut der/den Ärztin/Arzt unterstützen, indem er die/den Patientin/Patienten über die genaue Einnahme und etwaige Nebenwirkungen des Medikaments aufklärt und so seine Compliance fördert. Viele ältere Patientinnen und Patienten nehmen mehrere Medikamente und kommen oft durcheinander, welches Medikament welchen Zweck erfüllt, hier ist die Aufklärung besonders wichtig. Die/der Pharmazeutin/Pharmazeut muss Unklarheiten beseitigen und erklären, wie wichtig die richtige Einnahme ist. Aktuell arbeitet die Anstaltsapotheke der Barmherzigen Brüder in Linz an Piktogrammen, die angeben, für welche Beschwerden welches Medikament eingesetzt wird (z. B. Herz, Nieren, Blut), um die Compliance der Patientinnen und Patienten zu erhöhen.

Im extramuralen Bereich ist die Patientenkommunikation ein besonders wichtiger Punkt, denn oft ist die Apotheke die erste Anlaufstelle bei gesundheitlichen Beschwerden. Hier wäre ein Vorschlag, dass die/der Pharmazeutin/Pharmazeut in der Apotheke die Medikamenteneinstellung von Dauerverordnungen anhand eines Leitfadens kontrolliert, indem gewisse Gesundheitsdaten und Parameter wie Blutdruck oder Blutzucker gemessen werden, um so wiederum das Gesundheitssystem zu entlasten. So kann der Patient an nur einem „Point of Care“ seine Medikamente bekommen. Auch gewisse Gesundheits-Apps, die im Zuge der Self Care genutzt werden, können verwendet werden, um die Medikamentenverschreibung und -vergabe zu beschleunigen, indem z. B. durch Smartphone-Apps Patientinnen und Patienten ihre digitale Blutzuckerkurve abrufen können und auf Basis dieser anschließend entschieden wird, ob das Medikament weiter vergeben werden kann oder neu dosiert werden muss.

Dass dies gelingt, müssen sowohl die Apotheken als auch die Ausbildung der Pharmazeutinnen und Pharmazeuten auf diese modernen, innovativen (digitalen) Gegebenheiten angepasst werden. Außerdem sollten diese beratenden Tätigkeiten, die gegenwärtig bei jeder Tages- und Nachtzeit völlig kostenfrei sind, entsprechend honoriert werden. Bisher waren die Aufschläge auf die Medikamente hoch genug. Wenn das Aufgabenspektrum der/des Pharmazeutin/Pharmazeuten jedoch weiterhin steigt, wird es nicht mehr ausreichend sein, denn schon jetzt sind bis zu 40 Prozent der Medikamente unter der Rezeptgebühr. Ein qualifiziertes Fachpersonal, das eine hohe Ausbildung hat, muss adäquat entlohnt werden.

Werden die oben genannten Aspekte berücksichtigt und der Beruf der Pharmazeutinnen und Pharmazeuten neu positioniert und mit neuen Aufgaben betraut, so könnte sich das auch positiv auf die Attraktivität des Berufes auswirken. Wenn die Pharmazeutinnen und Pharmazeuten so ausgebildet sind, dass sie sowohl an der Tara stehen und die/den Patientin/Patienten gut beraten als auch mit der/dem Ärztin/Arzt auf Augenhöhe kommunizieren können, motiviert das die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Sinnvoll wäre es auch, den Wirkungsbereich der Pharmazeutinnen und Pharmazeuten breiter anzusetzen, wie es z. B. in Großbritannien der Fall ist, hier darf in den Apotheken u. a. geimpft werden. Wenn zusätzlich auch noch Dauerverordnungen mit einer Kontrolle in der Apotheke verbunden werden, ist es möglich, Synergien zu schaffen und Ärztinnen und Ärzte und Ordinationen dahingehend zu entlasten, dass man die Apotheken als Teil der Primary Health Care anerkennt, was wiederum die Positionierung des Berufsbildes stärkt.

Lieferengpässe

Lieferschwierigkeiten werden immer häufiger, mit immer gravierenderen Folgen. Wenn Medikamente fehlen, muss die/der Ärztin/Arzt oft gemeinsam mit der/dem Pharmazeutin/Pharmazeuten entweder andere Medikamente finden oder den gesamten Therapiepfad der/des Patientin/Patienten ändern.

Zu diesen Lieferschwierigkeiten kommt es zum einen wegen der neuen individuellen Serien-Codes auf der Verpackung der einzelnen Chargen, was den gesamten Produktionsprozess verlangsamt, zum anderen bezieht Europa die Rohstoffe der Arzneimittel hauptsächlich aus Indien und China, was auch Österreich gänzlich von diesen Ländern abhängig macht. Ökologische, ökonomische und politische Aspekte könnten hier Probleme mit sich bringen.

Wichtig ist daher, dass eine Pharmazeutin oder ein Pharmazeut, der über das entsprechende Know-how verfügt, etwaige Lieferengpässe kennt, um ein anderes, gleichwertiges Medikament empfehlen zu können oder gemeinsam mit der/dem Ärztin/Arzt die Behandlung der/des Patientin/Patienten rechtzeitig umstellen zu können.

Empfehlungen

- Modernisierung der Ausbildung mit besonderem Fokus auf Kommunikation, Sozialkompetenz, klinisches Verständnis und Polypharmazie.
- Postgraduale Lehrgänge mit diversen Vertiefungen anbieten.
- Neue digitale Möglichkeiten konstruktiv als Entlastung nutzen, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entsprechend darauf schulen und Krankenhäuser sowie Apotheken mit digitalen Lösungsansätzen ausstatten.
- Pharmazeuten müssen vermehrt in den klinischen Alltag integriert werden, um Ärztinnen und Ärzte und Pflegepersonal zu entlasten.
- Aufgaben der Pharmazeuten erweitern und die Apotheke als Teil der Primary Health Care anerkennen.
- Aufwendungen und Beratungen der Pharmazeutinnen und Pharmazeuten müssen entsprechend honoriert werden.
- Pharmazeuten müssen von den Firmen über Lieferengpässe in Kenntnis gesetzt werden.

HR DR. THOMAS HOLZGRUBER

KAMMERAMTSDIREKTOR DER ÄRZTEKAMMER FÜR WIEN

ANDREAS KOLM, MA, LL.M.

STABSTELLE GESUNDHEITSÖKONOMIE UND E-HEALTH DER ÄRZTEKAMMER FÜR WIEN

Expertenposition betreffend Zusammenfassung zu:

Etablierung von Gemeindeschwestern

Die Etablierung von Gemeindeschwestern ohne klares Konzept und ohne klare Abstimmung mit den Hausärztinnen und Hausärzten wird von der Ärztekammer abgelehnt. Das ist reine Schlagwortpolitik. Primär gilt es, Hausärztinnen und Hausärzte zu finden, die sich um die Versorgung als Primärversorger kümmern; additiv dazu spricht nichts dagegen, dass sich Gesundheits- und Krankenpflegepersonal in Abstimmung mit den Hausärztinnen und Hausärzten um die Versorgung kümmern. Ein Ersatz von Hausärztinnen und Hausärzten durch Gemeindeschwestern wäre eine wesentliche Verschlechterung der Versorgung, da die „Gemeindeschwestern“ weniger Ausbildung haben.

„Bei all den Herausforderungen, die der demografische, gesellschaftliche und technologische Wandel für die Gesundheitsberufe mit sich bringt, gilt es, Änderungen in einem sensiblen Bereich wie dem Gesundheitswesen sowohl für den Berufsausübenden als auch für die Patientinnen und Patienten menschlich und feinfühlig umzusetzen.“

Folgende Ergänzung ist notwendig:

Den Gesundheitsberufen muss mehr Wertschätzung und auch mehr Mitsprache bei den Entscheidungen im Gesundheitswesen gegeben werden (z. B. indem sie endlich vollwertiger Partner der Zielsteuerung Gesundheit werden).

Ein weiteres, essenzielles Thema ist die Arbeitszeit. Die Arbeitsbelastungen sind enorm. Die Wünsche nach Arbeitszeitverkürzungen z. B. in der Pflege und jedenfalls eine Verhinderung einer Verlängerung der Arbeitszeiten

bei Ärztinnen und Ärzten sind essenziell, um auch in Zukunft Menschen zu finden, die bereit sind, sich für diese Berufe – sowohl freiberuflich als auch in Form von Angestelltenverhältnissen – zu entscheiden. Nur so kann die qualitativ hochwertige und empathische Versorgung der österreichischen Bevölkerung auch nachhaltig sichergestellt werden.

Darüber hinaus sind adäquate Strukturen für die Gesundheitsberufe zu erarbeiten, die sicherstellen, dass eine freiberufliche Berufsausübung sich ausschließlich am Wohl der Patientinnen und Patienten bzw. Klientinnen und Klienten orientiert und für die Gesundheitsberufe attraktiv ist. Eine Leistungserbringung, bei der „Gesundheitskonzerne“ ihren Shareholdern über Gewinnvorgaben verpflichtet sind –, und anders ist es in so einer Konstellation auch nicht möglich – ist daher grundsätzlich abzulehnen.

Ausbildung und Berufsfeld

„Ausbildungen in neuen Berufen“ » Die Frage ist hier, welche neuen Berufe man eigentlich braucht oder ob es sich nur um eine „hippes“ Schlagwort handelt. Zu viele Spezialisierungen sind nicht gut, da das die Berufe unattraktiv macht. Ausbildungen dauern extrem lange und die Arbeitsmöglichkeiten sind eingeschränkt. Ohne Klarheit – die man dann im Detail diskutieren muss, findet das keine Zustimmung.

„Bei Themen wie Impfen etc. ist daher ein großer gesundheitlicher und wirtschaftlicher Nutzen dieser Spezialisierung gegeben.“ » Um die Durchimpfungsrate zu steigern, bedarf es weder Spezialausbildungen noch neuer Gesundheitsberufe. Die Ausführungen sind nicht nachvollziehbar.

„Die Zahl der Ausbildungsplätze ist auf allen Ebenen zu erhöhen und deren Finanzierung sicherzustellen.“ » Die Zahl der Ausbildungsplätze kann man nur erhöhen, wenn auch die Qualität stimmt. Österreich bildet z. B. schon jetzt die meisten Ärztinnen und Ärzte international im Vergleich zur Einwohnerzahl aus; es ist für die Patientinnen und Patienten und den Gesundheitsberuf unzumutbar, Verantwortungen zu übernehmen ohne die entsprechende qualitativ hochwertige Ausbildung. Darüber hinaus geht es um attraktive Rahmenbedingungen für die Menschen in den Gesundheitsberufen. Solange das nicht sichergestellt ist, bildet Österreich für „den internationalen Markt“ aus, wenn/solange dort die Rahmenbedingungen besser sind. Volkswirtschaftlich erscheint das wenig sinnvoll.

Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin fehlen; das Regierungsprogramm sieht diese ja vor und aus Sicht der Kammer ist das eine wesentliche Forderung, die – incl. einer massiven Ausweitung der Lehrpraxis (mit Finanzierung) im niedergelassenen Bereich – aufgenommen werden sollte/muss. Ganz allgemein sollte eine Ausweitung der Lehrpraxen im niedergelassenen Bereich – auch im Bestreben um mehr Fachärztinnen und -ärzte insbesondere in Fächern, in denen ein Mangel vorherrscht, aber nicht nur dort – forciert werden. Das muss selbstverständlich finanziert werden. Qualitativ hochwertige Ausbildung ist Arbeit und die kostet bekanntlich Geld.

„Eine Stärkung der Pflegeberufe in der Versorgung, etwa durch Modelle wie die „Gemeindeschwester“ oder internationale Vorbilder wie Community Nurses oder advanced Nursing Practitioners.“ » Das sind nur Schlagworte; hier muss erst geklärt werden, was diese Berufe machen sollen und wie die Kooperation mit den Hausärztinnen und Hausärzten ist. Ohne Kooperation mit den Hausärztinnen und -ärzten kommt das für uns nicht in Frage. Den Lead in der Behandlung – das „Führen und Begleiten“ der Patientin und des Patienten durch das Gesundheitssystem – muss die Hausärztin oder der Hausarzt machen. Idealerweise sind deshalb die Gesundheitsberufe auch direkt bei der Hausärztin bzw. beim Hausarzt (Primärversorger, PVE, etc.) angedockt.

Berufsfeld der Pharmazeutinnen und Pharmazeuten

„... Ärzte im klinischen Setting unterstützen und entlasten.“ » Unterstützen: ja; bei Entlasten wären wir vorsichtig, kein Mensch weiß, wie das dann gehen könnte, und die Ausbildungen sind höchst unterschiedlich;

„... Laborparameter lesen, Röntgenbilder interpretieren, Therapieleitpfade kennen etc.“ » Das ist aus Sicht der Ärztekammer abzulehnen, wenn Personen diese Tätigkeiten machen wollen, dann sollen sie Medizin studieren. Die Apothekerin oder den Apotheker zu Mini/Halbärztinnen bzw. -ärzten zu machen, wertet diesen Beruf massiv ab, weil die Bevölkerung die Halbausbildung nicht akzeptieren würde.

„Die Pharmazeutin und der Pharmazeut verfügen über Spezialwissen, mit dem sie z. B. bei Lieferengpässen alternative Medikamente vorschlagen oder Änderungen im Therapieplan unterstützen können. Außerdem kennen sie finanzielle Aspekte, die z. B. im Zuge von Polymedikation im Therapiepfad für Ärztin und Arzt und Patientinnen und Patienten wichtige Entscheidungskriterien sein können.“ » Unterstützung: ja, Aut idem: NEIN; Zur Aut-idem-Diskussion muss festgehalten werden, dass auch bei einer Aut-idem-Regelung nicht die Pharmazeutin oder der Pharmazeut entscheiden wird, welches Medikament eine Patientin oder ein Patient bekommt, sondern davon auszugehen ist, dass die Sozialversicherung eine Vorgabe machen wird, dass jeweils nur das billigste (oder eine kleine Anzahl der billigsten) Generika an die Patientinnen und Patienten abgegeben werden dürfen; das wird – im Interesse der Patientenschaft – abgelehnt.

„Die Pharmazeutin oder der Pharmazeut kann bei Aufnahme der Medikation, der Umstellung der Hausmedikation und der Neuverordnung von Medikamenten die Ärztinnen und Ärzte unterstützen und z. B. Leber- und Nierenwerte kontrollieren.“ » Unterstützung: ja, die Formulierungen hier gehen zu weit! Die Letztverantwortung muss bei der Ärztin oder beim Arzt bleiben; Miniausbildungen werden abgelehnt, da sie generell die umfassende ärztliche Ausbildung zum Wohl der Patientin und des Patienten in Frage stellen.

„... als „Prescribing Pharmacists“ anerkannt werden und mittels Verschreibungsrecht der Primärärztin oder des Primars eine gewisse Gruppe an Medikamenten selbst verschreiben.“ » NO-GO, wer Medikamente verschreiben will, soll Medizin studieren und die Ärzteausbildung machen. Viel wichtiger wäre hier eine permanente Evaluierung bzw. Abschaffung der Chefarztpflicht.

„Ein Vorschlag zur Entlastung des Gesundheitssystems ist daher, dass die Pharmazeutin oder der Pharmazeut die Medikamenteneinstellung von Dauerverordnungen anhand eines Leitfadens kontrolliert, indem gewisse Gesundheitsdaten und Parameter wie Blutdruck oder Blutzucker in der Apotheke gemessen werden.“ » Pharmazeutinnen und Pharmazeuten als Kontrolloren der Ärztinnen und Ärzte werden abgelehnt; Apotheken als Mini-Hausarzt-Ordis werden abgelehnt; das widerspricht der Idee der Primärversorgung vollkommen.

Berufsrecht

„Das Berufsrecht ist an heutige Anforderungen und Bedürfnisse in der Versorgung (in Abstimmung zwischen Ärztinnen und Ärzten und Pflege) anzupassen. Darüber hinaus sind Kompetenzen für Gesundheitsberufe, die ohne Auftrag einer Ärztin bzw. eines Arztes in Anspruch genommen werden können, auszuweiten (beispielsweise für Diätologinnen und Diätologen und Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten).“ » Unkonkrete Aussagen ohne jegliche Evidenz!

„Zugleich sollte ein verpflichtender Katalog an Leistungen definiert werden, die im niedergelassenen Bereich verbindlich zu erbringen sind, um nicht notwendige Weiterüberweisung z. B. an Krankenhäuser zu vermeiden.“ » Dieser Passus hat mit Berufsrecht nichts zu tun. Im Übrigen geht es um die Finanzierung der gewünschten Leistungen. Das, was hier steht, ist heute bereits möglich und gibt es auch schon (z. B. Wundordi Strasser).

„... Zu dieser Basis könnten die Vorstellungen der jeweiligen Berufsverbände und Fachgesellschaften betreffend (Neu-) Definition, Ausübung bzw. Erweiterung ihres Berufsrechts hinzugezogen werden.“ » Grundsätzlich sollten die Berufe mehr gehört und strukturell einbezogen werden, die jeweiligen Kammern wurden aus unverständlichen Gründen vergessen.

„Diese Berufsgruppe (Pflege) arbeitet direkt mit und bei der Patientin und beim Patienten, es gibt bis dato viele unklare Bestimmungen. Ein Beispiel ist das Anhängen einer Infusion ...“ » Ausübung der Medizin sollte immer nur in Abstimmung mit den Ärztinnen und Ärzten erfolgen. Nicht umsonst dauert ein Studium mindestens sechs Jahre plus mindestens 3,5 bzw. sechs Jahre für die postpromotionellen Ausbildungen. Das entspricht internationalen Standards und ist weit weit mehr als bei jedem anderen Beruf.

„Änästhesie durch Pflege“ » Das Thema ist oft diskutiert und schon mehrmals wieder verworfen worden. Aus Sicht der Patientensicherheit ein klares NEIN.

„Impfen in der Apotheke, Dauerverordnungen durch Apothekerinnen und Apotheker, etc.“ » Klares Nein; auch Apothekerinnen und Apothekern steht ein Zweitstudium der Medizin und der Weg durch die Ärzteausbildung offen.

Erhöhung der Studienplätze » Dies wurde bereits an anderer Stelle kritisch gewürdigt; es geht um die Qualität der Ausbildung und um gute Arbeits- und Rahmenbedingungen in den Berufen.

Anpassungen der Rahmenbedingungen der Rufbereitschaft » Wenn hier eine Aushöhlung der rechtlichen Standards – mehr Rufbereitschaft für weniger Geld – gemeint ist, dann NEIN; die Ärztekammer steht der Rufbereitschaft aus Patientensicht sehr kritisch gegenüber, da die Patientinnen und Patienten ein Recht haben, in einem Spital von qualifizierten Ärztinnen und Ärzten rasch versorgt zu werden.

MAG. PHARM. DR. ELISABETH MESSINGER, a.H.P.h.

PRÄSIDENTIN DER ÖSTERREICHISCHEN GESELLSCHAFT FÜR KRANKENHAUSPHARMAZIE

Krankenhauspharmazie

Im Krankenhaus leistet die Krankenhausfachapothekerin oder der -apotheker, auch Hospital Pharmacist genannt, einen wesentlichen Beitrag zur Patientensicherheit. Diese Spezialisierung wird nach dem Universitätsstudium der Pharmazie und dem Aspirantenjahr durch eine mehrjährige Weiterbildung erlangt. Die ineinandergreifenden Schwerpunkte der Tätigkeit der Krankenhausfachapothekerinnen und -apotheker liegen in folgenden Bereichen: Klinische Pharmazie, Herstellung von Arzneimitteln, Logistik und Strategischer Einkauf. Die Krankenhausfachapothekerinnen und Krankenhausfachapotheker sind intramural die Schnittstelle zwischen der Ärztin und dem Arzt, der Pflege und den Patientinnen und Patienten. Dadurch tragen diese wesentlich zur optimalen Patientenversorgung bei.

Ausbildung

- „Pharmazeutin und Pharmazeut“: nach abgeschlossenem Universitätsstudium der Studienrichtung Pharmazie
Titel: Mag. pharm.
- „Vertretungsberechtigte Apothekerin und vertretungsberechtigter Apotheker“: nach der Aspirantenausbildung. Diese Ausbildung umfasst eine einjährige Berufspraxis im Volldienst in einer öffentlichen oder Anstaltsapothek mit abschließender Prüfung.
- „Krankenhausfachapothekerin und -apotheker“: im Anschluss an das Pharmaziestudium und an das Aspirantenjahr und Absolvierung einer postgraduellen Weiterbildung, im Rahmen einer zumindest dreijährigen Beschäftigung in einer Krankenhausapothek mit Weiterbildungsveranstaltungen (240 Unterrichtseinheiten), einer Fachbereichsarbeit und Prüfung. Titel: aHPh (approved Hospital Pharmacist).
- „Klinische Pharmazeutinnen und Pharmazeuten“: nach Absolvierung Ausbildungsmodul „Klinische Pharmazie“ im Rahmen der Weiterbildung zur Krankenhausfachapothekerin bzw. -apotheker (aHPh) bzw. nach einer universitären Zusatzausbildung.

Elektronische Fieberkurve

Eine optimal konfigurierte Elektronische Fieberkurve ist ein zentrales Instrument im klinischen Alltag und für die Arbeit der Krankenhausfachapothekerin bzw. des -apothekers..

Sie trägt zur Verbesserung der Qualität und Effizienzsteigerung bei. Eine Verknüpfung des intra- und extramuralen Bereiches in der Elektronischen Fieberkurve schafft zukünftig die Möglichkeit eines nahtlosen, fehlerfreien Medikationsprozesses für Patientinnen und Patienten und eine verbesserte Kooperation zwischen Krankenhaus und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten.

Elektronische Verordnungssysteme und Klinische Pharmazeutinnen und Pharmazeuten unterstützen Ärztinnen und Ärzte und Pflegepersonal bei der Gewährleistung einer Arzneimitteltherapie auf Grundlage aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse und fördern so die Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS). Die Elektronische Fieberkurve trägt zur Verbesserung der Qualität bei, spart Zeitressourcen und ist Basis eines geschlossenen Medikationskreislaufes. Durch elektronische Verordnung werden auch Prozesse wie Klinische Pharmazie, patientenindividuelle Produktion sowie die Verabreichung und Dokumentation der Arzneimittelgabe erleichtert und transparenter.

Closed Loop – geschlossener Arzneimittelkreislauf

Eine Patientin oder ein Patient, die bzw. der stationär aufgenommen wird, kommt mit einer extramural verschriebenen Medikation in das Krankenhaus. Die Krankenhausfachapothekerin bzw. der Krankenhausfachapotheker erfasst systematisch mittels elektronischer Verschreibung diese Medikation, validiert diese und erarbeitet einen Basismedikationsvorschlag für den intramuralen Aufenthalt („Medication Reconciliation“). Die von der Ärztin oder vom Arzt validierte Medikation wird optimalerweise patientenindividuell in Form von Unit- oder Multi-Dose-Versorgung der Patientin bzw. dem Patienten im Krankenhaus bereitgestellt. Bei der Entlassung gibt der Hospital Pharmacist eine Medikamentenempfehlung für den extramuralen Bereich im Hinblick auf Compliance und Kassenstatus ab. Die Krankenhausfachapothekerinnen und -apotheker sind unverzichtbare Expertinnen und Experten des Closed-Loop-Prozesses der Medikation, dessen Basis die durchgängige Digitalisierung inklusive klinischer Expertensysteme ist.

Lieferengpässe – Versorgungssicherheit

Krankenhausfachapothekerinnen und -apotheker können bei Arzneimittel-Lieferengpässen oder -ausfällen durch ihre Marktkenntnis und das exakte Wissen über patientenindividuelle Therapieoptionen strategisch gegensteuern und so die Versorgung sicherstellen. Darüber hinaus verfügen die Krankenhausfachapothekerinnen und -apotheker über nationale und internationale Netzwerke, die u. a. bei Versorgungsengpässen zur Vermeidung von negativen Auswirkungen genutzt werden.

Im Falle eines Versorgungsengpasses ist es Ziel und Aufgabe der Krankenhausfachapothekerinnen und -apotheker, die jeweilige Situation und die Anzahl der betroffenen Patientinnen und Patienten in ihrem Versorgungsbereich zu bewerten, eine Risikoeinschätzung durchzuführen sowie zeitgerecht die richtigen Ersatzpräparate auszuwählen und zu beschaffen.

Digitalisierung

Die zentrale Herausforderung für die nächsten Jahre wird die weitere Digitalisierung im Krankenhausbereich sein. Diese soll strukturiert, effizient, zielgerichtet und abgestimmt ablaufen. Die Krankenhausfachapothekerin oder der -apotheker bringt seine Kompetenz wie bei der Elektronischen Fieberkurve ein und fungiert als Drehscheibe bei der Umsetzung der Digitalisierung im Arzneimittelbereich.

Schon heute sind die Anforderungen an Arzneimittelregister und Pharmakovigilanz hoch und können durch Digitalisierung optimiert werden.

Zentrale Standpunkte und Forderungen

Mittel zum kurzfristigen Schließen der Digitalisierungslücke im Vergleich zum europäischen Umfeld.

Am Beispiel der Elektronischen Fieberkurve wird ersichtlich, dass in der österreichischen sehr fragmentierten Spitallandschaft viele Fieberkurven einfach nicht bzw. noch nicht funktionieren bzw. einem einheitlichen Standard entsprechen. Hier ist die Forderung für gesamt Österreich, die Implementierung von standardisierten Elektronischen Fieberkurven mit der Möglichkeit des Datentransfers zwischen den unterschiedlichen Trägern bei Patientenverlegungen sicherzustellen. Alle an der Behandlung der Patientin oder des Patienten beteiligten Gesundheitsberufe sollen Zugang zu den Daten der Elektronischen Fieberkurve haben. Weiters soll die Elektronische Fieberkurve für den Einsatz von AI vorbereitet werden.

Krankenhausfachapothekerinnen und -apotheker als Schlüsselfunktion in der Digitalisierung im Gesundheitswesen/Krankenhaus. Die Krankenhausfachapothekerinnen und -apotheker sehen sich heute und in Zukunft vermehrt als Drehscheibe der Anforderungen im Rahmen der Digitalisierung im Gesundheitswesen. Ihre Fachkompetenz in zentralen Bereichen der Elektronischen Fieberkurve ist die Basis, auf der zukünftige Artificial-Intelligence-Systeme implementiert werden können. Die Krankenhausfachapothekerinnen und -apotheker fordern daher eine frühzeitige Einbindung in die Pläne und Projekte zur Umsetzung der Digitalisierung im Gesundheitsbereich. Ein flächendeckender Einsatz der Hospital Pharmacists mit Unterstützung durch AI-Systeme bringt das optimale Ergebnis für die Patientin und den Patienten in Bezug auf die Arzneimitteltherapie-sicherheit.

Empfehlungen

- Frühzeitige Einbindung des Hospital Pharmacists in die Entwicklung der Elektronischen Fieberkurve und an der kontinuierlichen Weiterentwicklung auch im Hinblick auf die Implementierung von AI. Risikopatientinnen und -patienten können durch eine optimal entwickelte Elektronische Fieberkurve intramural besser versorgt und extramural weiterbegleitet werden.
- Die Elektronische Fieberkurve muss für alle an der Patientin oder am Patienten arbeitenden Gesundheitsberufe gleichsam zugänglich sein.
- Im Zuge der Elektronischen Fieberkurve soll für die Krankenhausfachapothekerin und den -apotheker im intramuralen Bereich die Möglichkeit, im Sinne des High-5s-Projektes der WHO und in Analogie zu anderen Staaten als Prescribing Pharmacists zu agieren, geschaffen werden. Dadurch kann die bestmögliche Entlassungsmedikation sichergestellt werden. Ebenso soll für die Schnittstelle zum extramuralen Bereich die Möglichkeit des Zugriffs durch Krankenhausfachapothekerinnen und -apotheker auf die Medikation der e-Card ermöglicht werden.
- Klare Kommunikation des Berufsbildes: Der Hospital Pharmacist ist Spezialistin bzw. Spezialist für Arzneimittel, Klinische Pharmazie, Produktion, Logistik und Strategischen Einkauf im Krankenhaus.
- Die Krankenhausfachapothekerin bzw. der Krankenhausfachapotheker ist unverzichtbare Expertin bzw. unverzichtbarer Experte des Closed-Loop-Prozesses der Medikation.
- Krankenhausfachapothekerinnen und -apotheker müssen aufgrund ihrer jahrelangen Erfahrung und der umfassenden Marktkenntnisse sowohl bei der Entwicklung, Überwachung, Beurteilung und Verbesserung von Medikationsprozessen als auch im verantwortungsvollen Arzneimitteleinkauf eine führende Rolle einnehmen.

DR. ERWIN REBHANDL

PRÄSIDENT DES VEREINS AM PLUS

Berufsrechte

Die aktuellen gesetzlichen Bestimmungen bedingen praktische Einschränkungen für eine optimale Aufgabenverteilung in der Versorgung zwischen den Gesundheitsberufen, insbesondere im Bereich der Pflege.

- Verantwortungen sollten geteilt oder von Ärztinnen und Ärzten übertragen werden.
- Berufsrecht an heutige Anforderungen und Bedürfnisse in der Versorgung (in Abstimmung zwischen Ärztinnen und Ärzten und Pflege) anpassen.
- Bereiche, die ohne Auftrag der/des Ärztin/Arztes in Anspruch genommen werden, können » ausweiten, wie etwa Diätologinnen und Diätologen und Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten.
- *Zugleich:* Verpflichtender Katalog an Leistungen definieren, die im niedergelassenen Bereich verbindlich zu erbringen sind, ohne dass z. B. in ein Krankenhaus überwiesen werden darf.

Ein weiterer Problembereich ist jener der gewerblichen (Gesundheits-)Berufe, wo ebenfalls die Anforderungen und Kompetenzen besser abgegrenzt und deutlich gemacht werden sollten.

BEISPIEL

Im Bereich der Massage, ist unklar, was eine/einen medizinischen Masseurin/Masseur von einer/einem Heilmasseurin/-masseur unterscheidet – vor allem für die Patientinnen und Patienten.

Es ist notwendig, klare Kompetenzverteilungen und Aufgaben der Gesundheitsberufe zu formulieren und zu organisieren und diese dann auch offen zu kommunizieren. Ziel muss sein, dass die/der Versicherte bzw. die/der Patientin/Patient ein klar strukturiertes und einfach zu verstehendes Versorgungsfeld vorfindet.

Die gesetzlichen Voraussetzungen sollten in diesem Bereich neu geschaffen werden und klären:

- Welchen Bedarf gibt es in den einzelnen Zweigen in der aktuellen Versorgung?
- Welcher Gesundheitsberuf kann am besten ein jeweiliges Bedürfnis bedienen?

Nach dieser Analyse soll auch die Kompetenzverteilung zwischen den Gesundheitsberufen neu geregelt werden. Insbesondere soll dabei auch auf die Frage Bedacht genommen werden:

- Welche Bereiche können ohne ärztliche Aufsicht funktionieren? Was insbesondere alle Gebiete sein sollen, wo keine Diagnosestellung erforderlich ist.

Die neuen Strukturen sollen sich an die gelebte Praxis anpassen.

Insbesondere ist der Pflegebereich hervorzuheben:

- Gesundheitspflegerinnen und -pfleger und Krankenpflegerinnen und -pfleger sind in der Praxis oft kompetenter als ihr ärztlicher Counterpart bei bestimmten Tätigkeiten; » Beispiel: Wundmanagement.
- Trotzdem dürfen sie nur auf Anordnung der/des Ärztin/Arztes tätig werden.
 - Wäre sinnvoll, für gewisse Bereiche und sogar Medikamente eine Rezeptierungsbefugnis im selbstverantwortlichen Bereich dieser Kräfte anzusiedeln.

Dies könnte auch ökonomisch benefizielle Auswirkungen zeitigen, da hier Pflegekräfte und Kassen direkt in Kontakt treten können, ohne Einbindung der/des Ärztin/Arztes (niedergelassener Bereich). Im Krankenhaus ist diese Trennung klarer in der Praxis verankert und die Pflege agiert teilweise auch selbstständiger.

Nach einer Festlegung der Kompetenzbereiche neu könnten so die Pflegekräfte eigenverantwortlich arbeiten. Für die praktische Umsetzung ist sicherlich eine Hürde die Standesvertretung (ärztlich). Für ein Funktionieren einer solchen neuen Einteilung müssen allerdings auch die Honorierungssysteme überarbeitet werden. Daher müssen auch die vertraglichen Regelungen zwischen Kassen und Ärzten upgedatet werden.

Eine solche Strukturanpassung bedingt dann auch eine Anpassung der Ausbildungsinhalte an die neuen Anforderungen und Kompetenzverteilungen.

Primärversorgung

Die neue Form der Primärversorgung soll ebenfalls in die Ausbildung integriert werden und zwar bei allen betroffenen Gesundheitsberufen, insbesondere Ärztinnen und Ärzten und Pflege.

Dazu müssen Ausbildungspläne neu gestaltet werden sowie Grundlagen, die allen Gesundheitsberufen gleich sind, definiert und idealerweise gemeinsam unterrichtet werden. Gerade FHs machen hier erste gute Fortschritte.

BEISPIEL LINZ

LV „Integrative Versorgung“ für Medizinstudentinnen und -studenten, Pflege, Diätologinnen und Diätologen etc.

Empfehlungen

- Überprüfen, welche Themen am besten gemeinsam vermittelt werden sollen.
- Primärversorgung sollte, verpflichtend und systematisiert organisiert, Inhalt der Ausbildung aller Gesundheitsberufe sein.

So lernen auch alle potenziell in diesem Gebiet später Arbeitenden, was die Anforderungen und Voraussetzungen, die Kompetenzen sind, die man sich während der Ausbildung aneignen muss (insbesondere auch Praktika), um in der Primärversorgung reüssieren zu können.

MAG. SILVIA ROSOLI

LEITERIN DER ABTEILUNG GESUNDHEITSBERUFERECHT UND PFLEGEPOLITIK DER ARBEITERKAMMER WIEN

Personalmangel ist die größte Herausforderung. Zu wenig Personal aufgrund doppelter demografischer Entwicklung:

- Babyboomer werden älter sowie pflege- und betreuungsbedürftiger.
- Pflegepersonal der Babyboomer-Generation geht in Pension.

Ansatzpunkte: Ausbildung und berufliche Rahmenbedingungen

Ausbildungsoffensive

Ausbildungsoffensive starten und Verbesserung der Arbeitsbedingungen sind zentral.

Ausbildungsdauer

Die Grundausbildungen könnten daher wie folgt aussehen:

- Die Ausbildung muss aufbauend gestaltet werden, sodass unterschiedliche Kompetenzniveaus innerhalb der Diplombildung erreicht werden können (das ist derzeit nicht der Fall).
- Pflegeassistenz (ein Jahr, als zweiter Bildungsweg, oder BHS drei Jahre).
- Pflegefachassistenz (zwei Jahre, als zweiter Bildungsweg, oder BHS fünf Jahre mit Abitur).
- Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege (drei Jahre, GuKPS bis 2023 bzw. FH).
- Freiwilliges Upgrade für DGKP auf BSc.
- Ohne konkrete Verbesserung der Arbeitsbedingungen bleiben Personaloffensiven wenig wirkungsvoll.

Arbeitsbedingungen

- Bessere Arbeits- und Rahmenbedingungen sind dringend nötig, um mehr Personal zu gewinnen und zu halten.
- Höhere Löhne sind v.a. in der Langzeitpflege notwendig.
- Bessere Arbeitszeitmodelle: Verkürzung der wöchentlichen Arbeitszeit auf 35 Stunden, um faire und verlässliche Dienstpläne sicherzustellen, längere Freizeitblöcke (z. B. drei Tage Arbeit/drei Tage am Stück frei).
- Anreize schaffen, damit Teilzeitbeschäftigte Arbeitszeit aufstocken: z. B. Prämien oder Arbeitszeitverkürzung bei vollem Lohnausgleich (80 Prozent Arbeit für 100 Prozent Lohn).
- Sechste Urlaubswoche als Anreiz sofort sicherstellen.
- Mehr Freude durch mehr Verantwortung im Beruf – Entscheidungskompetenzen der Pflege müssen gestärkt werden, z. B. in der Versorgung von Wunden oder der Gabe von Arzneimitteln (Weiterentwicklung der Weiterverordnungsrechte, Einführung von Erstverordnungsrechten).
- Klare gesetzlich verbindliche und österreichweite Vorgaben zur Berechnung des Personalbedarfs, damit Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter genügend Zeit für ihre Aufgaben haben.
- Ziel ist es, die hohe Belastung der Beschäftigten zu senken und die Berufsfelder attraktiver zu machen, um so die Verweildauer in den Pflege- und Sozialbetreuungsberufen zu verlängern und ausgebildete Pflegekräfte, die derzeit in anderen Bereichen arbeiten, wieder zurückzugewinnen.
- Zudem würde eine Reduktion der Arbeitszeit die Vereinbarkeit von Familie und Beruf verbessern, was gerade für Frauen von großer Bedeutung ist.

Mehr Personal

- Großes Thema: Personalberechnung, Berechnung des Bedarfs » Personalschlüssel.
 - Klare gesetzlich verbindliche und österreichweite Vorgabe zur Berechnung des Personalbedarfs.

BEISPIEL AUS DEUTSCHLAND

Methode zu Personalbedarfsberechnung auf Grundlage eines Algorithmus finden.

- V. a. Langzeitpflege: Personalschlüssel nach Patientinnen und Patienten und deren Krankheitsbildern nutzen.
- Die Regierung sollte sich vornehmen, so einen Prozess einzuleiten (Methodenfindung); derzeit unterschiedliche oder fehlende Schlüssel in Bundesländern.

Sofortmaßnahmen auch möglich via Gesetz – Herausforderung für Personalbedarf (z. B. Reinigungspersonal wird nicht berücksichtigt bei Personalberechnung).

Rufbereitschaft für diplomiertes Personal in Pflegeheimen muss auch besser werden. Ärztinnen und Ärzte werden dort gar nicht in Berufsbereitschaft genommen.

BEISPIEL

*Pflegeassistenz allein im Nachtdienst » Notfall » ruft Rettung » kostet!
Kostet mehr, als wenn in Pflegeheimen mehr gut geschultes Personal vorhanden ist.*

- Schnittstelle Pflegeheim und Akut-KH muss verbessert werden.
 - Größte Herausforderung Personalmangel und Dienstpläne, die wegen Personalmangel oft nicht halten und zu Planungsschwierigkeiten und Unmut führen; Bedingungen sollten dringend verbessert werden.
 - „Zeit“ ist der Hauptfaktor der Pflege! Für Pflegerinnen und Pfleger, aber auch für Patientinnen und Patienten.

Empfehlungen

Als Sofortmaßnahmen:

- Mind. 20 Prozent Personal mehr für alle Bereiche österreichweit.
- Verankerung von Mindestregelungen zur Personalberechnung (welche Berufsgruppen in den Personalschlüssel einberechnet werden dürfen und welche nicht).
- Kein Nachtdienste alleine.
- Bessere Anerkennung der Pflege als Schwerarbeit.
- Nachtdienstzeiten sind jedenfalls in Ersatzruhezeiten abzugelten.

DR. BERNHARD RUPP

LEITER DER FACHABTEILUNG GESUNDHEITSWESEN DER ARBEITERKAMMER NIEDERÖSTERREICH

Ärzte

In Österreich gibt es zu wenige Arbeitsmedizinerinnen und -mediziner (ca. 500 VZÄ fehlen kurz- und mittelfristig).

BEISPIEL DEUTSCHLAND MIT DEM PRÄVENTIONSGESETZ

Stärkung und massive Aufwertung der Arbeitsmedizin

- 50 Prozent der österreichischen Bevölkerung wären im Arbeitsleben erreichbar – essenziell für Impfen etc., daher großer gesundheitlicher und wirtschaftlicher Nutzen als Potenzial gegeben. Zurzeit werden Angebote wie diese bei uns zurückgefahren, nicht ausgebaut.
- Das haben die Pflegefachkräfte aber gelernt und können es nicht ausüben.

Nicht ärztliche Gesundheitsberufe

Seit 1997 heißen sie Gesundheits- und Krankenpflege, das heißt, die Prävention wurde spezifisch für die Pflege auch vorgesehen – nur können sie diesen Teil ihres Berufes nicht oder kaum ausüben/anwenden in Österreich.

Wichtiger Ansatz

Stärkung der Pflege in der Versorgung, etwa durch Modelle wie die „Gemeindeschwester“ oder internationale Vorbilder wie Community Nurses oder Advanced Nursing Practitioners; hier wäre insbesondere bei der Versorgung chronisch Kranker ein Riesenpotenzial für das österreichische Versorgungssystem zu heben.

Ausbildung neu der Pflege

- Pseudoakademisierung ohne echte Aufwertung des Berufsstandes.
- Akademisierung gar ein Pyrrhussieg: Durch die neue Ausbildung fehlen Versicherung und Versicherungsbeitragszeiten, die man in einem Lehrberuf gesammelt hat, die Ausbildung wurde also auch wegen der Kostensenkung neu aufgestellt.
- *Zudem*: Es gibt keinen Weg Richtung Master oder gar PhD.

Bei der Pflegefachassistenz dauert die Ausbildung zwei Jahre. Sie beinhaltet mehr Theorie und weniger Praxis, deshalb sind diese Personen von den realen Anforderungen des Berufes oft überfordert. Die Theorie war, dass die akademische Pflegekraft die Aufsicht über die Assistenz führt, oftmals sind sie mit dieser Situation aber auch überfordert.

Sukkus: Durch die vorgenannten Änderungen wurde die Qualität der Pflege nachhaltig gefährdet.

Zum Thema Ärztinnen- und Ärztemangel

Es gibt eine große Zahl an Ärztinnen und Ärzten in Österreich, die zunehmend keinen oder nur einen bescheidenen Beitrag zum Kassenvertragssystem leisten wollen. Die Attraktivität einer Kassenstelle muss gesteigert werden – nicht zuletzt durch eine Minderung der administrativen und organisatorischen Hürden!

- Attraktivität steigern – Lust wecken, um der Allgemeinheit als Ärztin oder als Arzt zu dienen.
 - *1. Schritt*: Offenlegung der administrativen und organisatorischen Hürden, nicht zuletzt die Gängelung durch die/den Chefärztin/-arzt.
 - Neue alternative Modelle finden und die gefundenen Wege konsequent gehen, auch Phänomene und Entwicklungen wie die Feminisierung des Berufsstandes und damit geänderte Bedürfnisse bedenken.

Denn: Gefahr einer schlechten Kassenversorgung ist auch eine Gefahr für die solidarische Versorgung grundsätzlich, weil es die Akzeptanz des solidarischen Gedankens (warum zahle ich ein, wenn ich für gute Versorgung extra zahlen muss) erodiert und das System als solches in Frage stellt.

Lösungsmöglichkeiten Ärztinnen- und Ärztemangel wie Stipendienmodell und Verpflichtung zur Betreuung: Es gab hier bereits vor allem Stipendienmodelle, auch diese können emotionslos diskutiert und geprüft werden auf ihre Vor- und Nachteile.

Aber: Menschen für das System zu begeistern durch Incentives, ist der wesentlich bessere Ansatzpunkt.

- Konkurrenzfähigkeit mit dem europäischen Ausland herstellen.
- Ausbildung verbessern.
- Gehalt anpassen etc.

Auch die Entwicklung des ländlichen Raums ist für die Bereitschaft, dort Grundversorgung zu übernehmen und zu leben, ein entscheidender Faktor.

Quellenverzeichnis

Positionspapiere

- *Ärztammer Wien*: Replik Gesundheitsberufe, Positionspapier der Ärztekammer Wien, 09.03.2020.
- *N.A.*: Leistungsspektrum der allgemeinärztlichen Grundversorgung und strukturelle Erfordernisse, 2019.
- *ÖGAI*: Agenda Krebs 2030. Geeinte Forderungen der onkologischen medizinischen Fachgesellschaften für eine gesicherte „Onkologische Versorgung der Zukunft“, Positionspapier der ÖGAI, Februar 2020.
- *Rosoli, Silvia*: Forderungspapier zu den Themenkreisen Pflege & Betreuung und Gesundheitsberufe, AK Wien, 2019.

Presseaussendungen

- *Edel, Rainald*: PRAEVENIRE: Durch bessere Zusammenarbeit das Potenzial aller Gesundheitsberufe nützen. OTS Presseaussendung der PRAEVENIRE Initiative 2030 vom 30.03.2020.
- *Kayer, Beate*: Hebammen sind die medizinischen Expertinnen für die physiologische, Österreichisches Hebammengremium, OTS Presseaussendung vom 11.07.2019.
- *Mayer, Marianne*: Hebammengremium Wien schlägt Alarm: Frauen und Neugeborene im Kreißaal immer öfter unzureichend versorgt, Österreichisches Hebammengremium, OTS Presseaussendung vom 10.07.2019.
- *Schlintl, Elli*: Österreichweite Umfrage zeigt: Der Bedarf an Hebammen ist hoch, aber nicht optimal gedeckt, Österreichisches Hebammengremium, OTS Presseaussendung vom 03.07.2019.
- *Wimmer-Puchinger, Beate; Kronberger, Marion; Wolf, Hilde*: BÖP fordert Lösung mit allen PSY-Berufen für psychische Hilfe, Berufsverband Österreichischer PsychologInnen, OTS Presseaussendung vom 22.05.2020.

Sonstige Quellen

- *Rebhandl, Erwin; Maier, Manfred; Hockl, Wolfgang*: Tätigkeitsprofil der Allgemeinmedizin, OÖ Gesellschaft für Allgemeinmedizin, 2014.
- *Tätigkeitsprofil Allgemeinmedizin*: Entwurf, Version 5.0, 2009.

Studien

- *Haluza, Daniela*: Arbeitszeit und Gesundheit. Arbeitszeitgestaltung in den Gesundheits- und Sozialberufen, Zentrum für Public Health der Medizinischen Universität Wien, 2017. Gesundheit Österreich: Ergebnisbericht zur Bedarfsanalyse zur mittel- und langfristigen Sicherstellung der arbeitsmedizinischen Versorgung, im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen und des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz sowie in Kooperation mit der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt Wien, Dezember 2016.

Zeitungs- und Zeitschriftartikel

- *Edel, Rainald*: Potenziale der Gesundheitsberufe besser nützen. In: PERISKOP 94, Seite 38.
- *N.A.*: Studie zu Personalangel. In: Health Economy, 05.07.2019.
- *Pflege Professionell*: <https://pflege-professionell.at/at-ich-habe-grossen-respekt-vor-der-pflege> (30.01.2020)
- *PRAEVENIRE*: Kooperation ist der Schlüssel. Eine bessere Zusammenarbeit aller im Gesundheitssystem Beschäftigten würde Vorteile für alle Beteiligten bringen. In: Die Presse vom 14.05.2020.
- *Redelsteiner, Christoph*: Der Rettungsdienst – ein Spezialist für präklinische Notfallmedizin oder ein allgemeines 24-Stunden-Auffangnetz. In: SV, 6/2018.
- *Redelsteiner, Christoph*: Gesundheitsberufe im Wandel, II-14 Soziale Arbeit als Gesundheitsberuf, 2017.
- *Redelsteiner, Christoph; Fohringer, Christian; Ganaus, Petra; Rottensteiner, Stefan; Hochsteiger, Rudolf; Weinert, Siegfried; Ottendorfer, Susanne; Dallinger, Markus*: „Rettungspfleger“: Modell einer interdisziplinären Berufsausbildung. In: Rettungsdienst – Zeitschrift für präklinische Notfallmedizin, 40. Jahrgang, Nr. 7, Juli 2017.



© Flo Hanatschek

Labyrinth im historischen Hofgarten des Stifts Seitenstetten in Niederösterreich.

Mitwirkende Expertinnen und Experten

(in alphabetischer Reihenfolge)

- **Mag. pharm. Monika Aichberger**
Vizepräsidentin der Landesgeschäftsstelle Oberösterreich der Österreichischen Apothekerkammer
- **Dr. Alexander Biach**
Standortanwalt und Direktorstellvertreter der Wirtschaftskammer Wien
- **Mag. Werner Fischl**
Geschäftsführer der PremiQaMed Privatkliniken
- **Ursula Frohner**
ehem. Präsidentin des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbandes
- **Mag. pharm. Gunda Gittler, a.H.P.h.**
Leiterin der Apotheke des Krankenhauses Barmherzige Brüder Linz und Salzburg
- **Univ.-Prof. Dr. Michael Gnant**
Universitätsprofessor an der MedUni Wien
- **Dr. Andrea Gruber, MSc, MBA**
Stv. Leiterin im Zentrum für Gesundheits- und Krankenhausmanagement der Donau-Universität Krems
- **Dr. Michael Halmich, LL.M.**
Leiter des FORUM Gesundheitsrecht, Vorsitzender der Österreichischen Gesellschaft für Ethik und Recht in der Notfall- und Katastrophenmedizin
- **Mag. pharm. Gernot Idinger, a.H.P.h.**
Schriftführer der Österreichischen Gesellschaft für Krankenhauspharmazie
- **Univ.-Prof. Dr. Lars-Peter Kamolz**
Leiter der Abteilung Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie der MedUni Graz
- **Mag. (FH) Beate Kayer**
Österreichisches Hebammengremium
- **Dir. Ass.-Prof. Dr. Wolfgang Köle**
Ärztlicher Direktor des LKH Univ.-Klinikum Graz
- **Andreas Kolm, MA, LL.M.**
Stabstelle Gesundheitsökonomie und e-Health der Ärztekammer für Wien
- **Mag. pharm. Dr. Elisabeth Messinger, a.H.P.h.**
Präsidentin der Österreichischen Gesellschaft für Krankenhauspharmazie
- **Anna Papaioannou, Bakk.**
Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson, Fachsekretariat im Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverband
- **Dr. Sigrid Pilz**
Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenanwältin
- **Mag. Elisabeth Potzmann**
Präsidentin des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbandes
- **Dr. Erwin Rebhandl**
Präsident des Vereins AM PLUS
- **Univ.-Prof. Dr. Alexander Rosenkranz**
Präsident der Österreichische Gesellschaft für Allergologie und Immunologie
- **Mag. Silvia Rosoli**
Leiterin der Abteilung Gesundheitsberuferecht und Pflegepolitik der Arbeiterkammer Wien
- **Hon.-Prof. (FH) Dr. Bernhard Rupp, MBA**
Leiter der Fachabteilung Gesundheitspolitik der Arbeiterkammer Niederösterreich
- **Priv.-Doz. Mag. pharm. DDr. Philipp Saiko**
Präsident der Landesgeschäftsstelle Wien der Österreichischen Apothekerkammer
- **Mag. Martin Schaffenrath, MBA, MBA, MPA**
Mitglied des Verwaltungsrates der Österreichischen Gesundheitskasse
- **Mag. Kurt Schalek**
Referent in der Abteilung Gesundheitsberuferecht und Pflegepolitik der Arbeiterkammer Wien
- **Dr. Günther Schreiber**
Projektmanagement und Koordination Branche Gesundheitswesen bei Quality Austria
- **Prim. Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Sperl**
Vorstand der Univ.-Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde im Landeskrankenhaus Salzburg
- **Univ.-Prof. DI Dr. Hannes Stockinger**
Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Allergologie und Immunologie
- **ao. Univ.-Prof. Dr. Thomas Szekeres**
Präsident der Ärztekammer für Wien
- **Mag. pharm. Thomas W. Veitschegger**
Vizepräsident des Österreichischen Apothekerverbandes

Kooperationspartner des Vereins PRAEVENIRE für den Themenkreis Gesundheitsberufe



Weißbuch Version 2020
PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030

**NACHDENKEN.
UMSETZEN.
JETZT!**

ZUKUNFT DER GESUNDHEITSVERSORGUNG
Handlungsempfehlungen für die Politik