









3. Kärntner Ethik-Tag

„Ethik an der Schnittstelle von Bedarf und Bedürfnissen im Gesundheitssystem –

Wohin führt eine immer kürzere Verweildauer?“

Freitag, 30. November 2007 • Casineum Velden 9.00–15.15 Uhr

Kurzfassungen der Vorträge

Sitzung	Referenten
4 	OA Dr. Markus Gosch, LKH Hochzirl, Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie
2 	Dr. Helgard Kerschbaumer Leiterin des Leistungswesens, Kärntner Gebietskrankenkasse
1 	OA Univ.-Doz. DDr. Barbara Maier Landeslinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Salzburg Bioethikkommission im Bundeskanzleramt
3 	Ing. Mag. Dr. Simon Marin Geschäftsstellenleiter des Sozialhilfeverbandes Völkermarkt
1 	Margarethe Mendel Kontaktperson der Selbsthilfegruppe "Down Syndrom - geschockt, geliebt"
3 	Dr. Heinz Ragoßnig Hausarzt, Ethikkommission des Landes Kärnten
2 	Dr. Hugo Tschernutter Leiter der Abt. Sozial- und. Gesundheitsrecht, Land Kärnten Geschäftsführer des Kärntner Gesundheitsfonds
4 	MMag. Dr. Maria Warmuth Abteilungsleitung Pflege, Neurologie und Psychosomatik, LKH Villach

3. Kärntner Ethik-Tag

30. November 2007



Markus Gosch: **Bleibt der ältere Mensch in unserem Gesundheitssystem auf der Strecke**



Abstract

Die öffentlichen Gesundheitsausgaben in Österreich betragen bei den Älteren bzw. Hochbetagten das 4 bis 8-fache der Kosten eines jungen Erwachsenen. In unserem Nachbarland Deutschland verbrauchen die über 85-Jährigen mit einem Bevölkerungsanteil von 1,8 % 8,3% der medizinischen Kosten. Den demographischen Wandel, immerhin wird 2030 jeder 3. Österreicher über 60 Jahre alt sein, als alleinige Ursache geltend zu machen, kann so nicht akzeptiert werden, da nur 1,5 % der Kostensteigerungen im Gesundheitswesen sich auf den Bevölkerungswandel zurückführen lassen. 98,5 % der Ausgaben gehen auf neue medizinische Entwicklungen und Innovationen zurück.

Diese Zahlen stehen im Widerspruch zum subjektiven Gefühl bzw. der Erfahrung, dass der ältere Mensch in unserem Gesundheitssystem auf der Strecke bleibt. Der enorme Zeitdruck im Krankenhaus bei immer kürzeren Verweildauern lässt nicht nur bei den Betroffenen und deren Angehörigen ein Gefühl der Unsicherheit zurück, auch bei vielen Behandelnden entsteht Unzufriedenheit. 2005 lag die durchschnittliche Verweildauer in Österreich bei 5,8 Tagen. Mag eine so kurze Dauer eines stationären Aufenthalts für jüngere Patienten folgenlos bleiben, so stellen sie ältere Personen und deren Angehörige vor große Herausforderungen mit nicht zu unterschätzenden medizinischen Folgen. So konnte eine Studie aus den USA die negativen Folgen nach der Einführung von Fallkostenspauschalen zeigen. Die Belagsdauer bei Patienten nach einer Hüftfraktur sank von 21,9 auf 12,6 Tage. Parallel dazu nahm die Gehfähigkeit und –strecke ab, der Anteil der Pflegeheimaufnahmen wurde annähernd verdoppelt. Aus den österreichischen Zahlen wissen wir, dass durch diese kürzeren Verweildauern keine Kostensenkung erzielt werden konnte. Sowohl die Fallzahlen als auch die Kosten für die stationäre Krankenhausversorgung steigen weiter.

Dem älteren Menschen steht heute eine unter Zeitdruck arbeitende, hoch technisierte Medizin gegenüber. Vielfach geht dieses Angebot an den Bedürfnissen der älteren Menschen vorbei. Gerade in den für die zwischenmenschliche Interaktion wichtigsten Faktoren, Zeit und Personen, setzen die Gesundheitsökonomien ihren Rotstift an.

Die Betreuung des älteren Patienten ist zeit- und personalaufwendig. Durch die Implementierung der Akut-Geriatrie ist es gelungen, diese adäquate medizinische Versorgung des älteren Patienten anbieten zu können. Geriatrische Erkrankungen sind im Akutkrankenhaus gleichzeitig unter- und übertsorgt, die Strukturen und Instrumente für eine bedarfsgerechte Versorgung geriatrischer Patienten - allen voran das interdisziplinäre Team und das geriatrische Assessment - sind in einer auf einen nicht-geriatrischen Schwerpunkt ausgerichtete Abteilung nicht verwirklicht. Leider sind aktuell nicht einmal die Hälfte der vom ÖBIG vorgesehen Betten für Akut-Geriatrie umgesetzt, sodass aktuell noch vielen älteren Patienten die Vorteile eines geriatrischen Behandlungskonzeptes vorenthalten werden.

Auf Grund der in Österreich vorhandenen Strukturen und Wertigkeiten im Gesundheitswesen bleibt nicht nur der ältere Patient in vielen Fällen auf der Strecke, auch die Ressourcen der jüngeren Generationen werden gefährdet.

3. Kärntner Ethik-Tag

30. November 2007



Helgard Kerschbaumer: **Versorgungskoordination aus Sicht der Kärntner Gebietskrankenkasse**



Abstract

Das österreichische Sozial- und Gesundheitswesen ist hinsichtlich Finanzierung und Leistungserbringung stark fragmentiert. Die Schnittstellensituation zwischen den einzelnen Sektoren erfordert Lösungen, die ein Behandlungskontinuum ermöglichen.

Zusätzlich verstärkt die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung die Tendenz zur möglichst frühzeitigen Entlassung von Patienten aus der stationären Behandlung. Dadurch steigt der Bedarf nach entsprechender poststationärer Versorgung.

Sowohl die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstalten vom 1.1.2001 als auch die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die „Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens“ vom 12.07.2005 behandeln die Fragen des „Schnittstellen-“ bzw. „Nahtstellenmanagements“.

Österreichweit finden sich zahlreiche und regional sehr unterschiedliche Ansätze um sich der Probleme der PatientInnen an den Schnittstellen der einzelnen Sektoren des Gesundheitswesens anzunehmen.

Hervorgehoben seien hier einige wenige Modelle:

- Das Entlassungsmanagement in den OÖ Fondskrankenanstalten
- „Versorgungskoordination“ - Nahtstellenmanagement der Stmk. GKK
- Das Reformpoolprojekt „Entlassungsmanagement“ in NÖ
- Das Modellprojekt „PatientInnenorientierte integrierte Krankenbetreuung“ – pik in Wien
- Das Pilotprojekt „Überleitungspflege“ im LKH Klagenfurt

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger hat im Jahr 2001 sozialversicherungsintern den Anstoß zur Entwicklung eines ganzheitlichen Dienstleistungsangebotes unter der Bezeichnung „one stop service“ gegeben.

Zu den Zielen der „one stop shops“ die die Krankenversicherungsträger zur Umsetzung dieses Servicegedankens in allen Bezirksstellen eingerichtet haben, zählt unter anderen die umfassende Betreuung von ausgewählten Patienten mit komplexem Versorgungsbedarf in der Form von „Case management“.

Die KGKK hat beschlossen, dem Vorbild der stmk. GKK folgend, case management in der Ausprägung von „Versorgungskoordination“ anzubieten und nach Möglichkeit und Bedarf entsprechende Vereinbarungen mit interessierten Krankenanstalten und auch kooperationsbereiten anderen Sozialversicherungsträgern zu schließen.

Für eine 1-jährige Pilotphase konnten als Kooperationspartner das Landeskrankenhaus Villach und die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau gewonnen werden.

Nach intensiver Vorarbeit nahmen 2 Versorgungskoordinatoren, je einer von der KGKK und von der VAEB, ihre Tätigkeit im LKH Villach auf.

Seither sind sie 2 x wöchentlich auf allen Abteilungen des LKH Villach im Einsatz.

In enger Zusammenarbeit mit den vor Ort tätigen Sozialarbeiterinnen und den

Stationsteams wird die poststationäre Versorgung jener PatientInnen organisiert, die aufgrund ihres komplexen Bedarfs von den Stationsteams ausgewählt werden.

Konkret beabsichtigt die KGKK durch den Einsatz von Versorgungskordinatoren einen Beitrag zur

- Sicherstellung der poststationären Versorgung im Entlassungsprozess
- Verhinderung der Zustandsverschlechterung der Patienten nach der Entlassung und
- Vermeidung einer Neuaufnahme zu leisten.

Die Maßnahmen der Versorgungskordinatoren reichen von der Auskunftserteilung über das sozialversicherungsrechtliche Leistungsspektrum, den Weg der Antragstellung und die Art der Leistungserbringung über die Einholung der erforderlichen Bewilligungen bis zur schriftlichen Information des Hausarztes über die getroffenen Veranlassungen.

Schwerpunktmäßig erstreckt sich das Tätigkeitsfeld auf die Geld- und Sachleistungen der Krankenversicherung. Hilfestellung wird aber auch angeboten in Fragen des Pflegegeldes, bei Pensionsanträgen und AMS-Leistungen.

Wesentlicher Erfolgsfaktor für den Einsatz der Versorgungskordinatoren ist die enge Zusammenarbeit mit den Sozialarbeiterinnen, den Stationsteams und den Leistungsanbietern im Gesundheits- und Sozialbereich im Bezirk.

Eine erste Evaluierung hat durchaus positive Ergebnisse erbracht und legt es nahe, die Versorgungskoordination einerseits im LKH Villach in den Regelbetrieb zu übernehmen und andererseits auch weiteren Krankenanstalten in Kärnten anzubieten.

3. Kärntner Ethik-Tag

30. November 2007



Barbara Maier: Welche Werte tragen unser Gesundheitssystem 

Abstract

Die *Frage nach den Werten*, die ein Gesundheitswesen tragen, ist die Frage nach der Moral, die in diesem verwirklicht wird respektive werden soll.

Wonach soll unser Gesundheitswesen geregelt sein? Nach sozialer/medizinischer Bedürftigkeit oder nach den Gesetzen der freien Marktwirtschaft, ...? SICKO von Michael Moore wird gestreift...Europa und die USA in ihren Wertevorstellungen verglichen...und unser eigenes Gesundheitssystem unter die Lupe genommen. Haben wir das Gesundheitswesen, das wir verdienen?

Moral ist die Summe der gelebten oder postulierten Wertvorstellungen einer Gesellschaft und ihrer Binnenbereiche wie z.B. der Medizin, die in Wertbegriffen ausgedrückt werden.

Während Moral als die Summe der übernommenen Wertvorstellungen einer Gesellschaft (axiomata media) definiert werden kann, möchte ich Ethik als deren *Kritik anhand der Analyse der Folgen ihrer Verwirklichung* verstanden wissen.

Werte werden mit Wertwörtern wie gut/böse, vertraut/fremd, in/effizient ausgedrückt und sind mentale (verbale) Konstrukte, in denen bereits gemachte Erfahrungen organisiert sind und neue eingeordnet werden. Wertkonstrukte sind zudem *affektiv* geladen... wir kennen das aus zahlreichen Debatten.

In diesem Input-Referat wird es um die *IST-Analyse* von den unser Gesundheitssystem tragenden Werten gehen – und zwar auf dessen *Mikro-, Meso- und Makroebene*... also um eine (un)moralische Bestandsaufnahme und deren ethischer Kritik. Auch ganz konkret um die Analyse von Werten wie *Autonomie/Fürsorge, Gerechtigkeit/Solidarität,...*

Das *ethische Potential medizinischer Indikationen* (als bisheriges Regelwerk medizinischen Handelns) wird analysiert und die Frage nach einer sog. „Wunschmedizin“ gestellt.

Spannungsfelder zwischen verschiedenen Werten und ihrer Realisation auf den verschiedenen Ebenen werden aufgezeigt und kritisch, folgendermaßen analysiert.

Die *SOLL-Dimensionen* werden anhand von Wertentwicklung und Wertekritik, die anhaltend notwendig sind, um geänderten Lebensbedingungen Rechnung tragen zu können, als *Zielvorstellungen, Visionen für ein humanistisches Gesundheitswesen* formuliert.

3. Kärntner Ethik-Tag

30. November 2007



Simon Marin: Soziale Institution zwischen Markt und Moral



Abstract

Ökonomie und Ökonomik – so war die landläufige Meinung – hat in den medizinischen Wissenschaften wertfrei zu sein. Die Diskussion, Werte in die Wirtschaftswissenschaften, also in die Betriebs- und Volkswirtschaftslehre aufzunehmen, ist jedoch nicht neu. Schon in der Antike waren Ethik, Ökonomie und Politik in der aristotelischen Trias zusammengefasst und im Lauf der Jahrhunderte hat sich sodann aufgrund zunehmender Arbeitsteilung und einer Ausdifferenzierung diese Einheit aufgespalten.

Tatsächlich versteht man unter Ökonomie gemeinhin die „Wirtschaft“, wohingegen Ökonomik die „Wissenschaft von der Wirtschaft“ ist. Grundsatz der Ökonomik ist das ökonomische Prinzip (Wirtschaftlichkeitsprinzip), nach dem vernünftiges wirtschaftliches Handeln unter den Bedingungen knapper Mittel zur Erreichung wirtschaftlicher Ziele (z. B. Gewinnmaximierung bei Unternehmen) erfolgen sollte. Die hierfür grundlegende Fragestellung lautet: „Wie erreiche ich ein gegebenes Ziel mit möglichst geringem Aufwand?“

Ökonomie und Gesundheitsethik stehen immer schon in einer grundlegenden Beziehung zueinander. Die Fragen nach Gleichheit, Gerechtigkeit, Solidarität auf Grundlage einer Erfolgsmessung im Gesundheitswesen, bewegen die Menschen im Besonderen. Um nun dem Kernbereich der eigentlichen der angekündigten Thematik näher zu kommen, werden sich die folgenden Ausführungen auf das Betreuungs- und Pflegesegment der extramuralen – und hier vor allem auf den stationären Aufenthalt von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern – beziehen. Die Vielzahl und Verschiedenartigkeit der von Altenwohn- und Pflegeheimen ausgehenden gesellschaftlichen Wirkung legen es nahe, ein umfassendes Erfolgsmessungskonzept zugrunde zu legen.

Woran kann der Erfolg eines Altenwohn- und Pflegeheimes beurteilt werden? - Diese Frage kann nicht so einfach und pauschal beantwortet werden. Ansatzpunkte zur Erfolgsbeurteilung können auf drei verschiedenen Ebenen identifiziert werden.

- den politischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen des Gesamtsystems in dem eine stationäre Einrichtung der Altenhilfe tätig ist
- den organisatorischen und strukturellen Abläufen innerhalb der Einrichtungen
- den fachlichen (pflegerischen, psychologischen etc.) Grundlagen der Arbeit in Altenwohn- und Pflegeheimen

Die verschiedenen Ebenen der Erfolgsbeurteilung verdeutlichen, dass eine Evaluation die Integration verschiedener wissenschaftlicher Disziplinen erfordert. Die Leistungsbeurteilung in Altenwohn- und Pflegeheimen hat eine volkswirtschaftliche, eine betriebswirtschaftliche und eine fachlich – pflegerische Dimension.

- Erfolgsmessung aus der Sicht der Volkswirtschaftslehre:
- Erfolgsmessung aus der Sicht der Betriebswirtschaftslehre:
 - Mangelnde Bedürfnisorientierung
 - Planungsdefizite in Altenwohn- und Pflegeheimen
 - Fehlende Berücksichtigung der Bedürfnisse des Betreuungs- und Pflegepersonals
 - Schaffung einer differenzierten Kosten- und Leistungserfassung
- Erfolgsmessung aus der Sicht der Pflegewissenschaften

Fazit: Die Frage nach der Vereinbarkeit unterschiedlicher und widersprüchlicher Erwartungen und Ansprüche läuft häufig auf eine Diskussion über Möglichkeiten und Grenzen des Sozialmanagements hinaus. Wenn sich eine Disziplin, die in erster Linie die effiziente Verwendung knapper Ressourcen zum Gegenstand hat, mit der Erstellung sozialer Dienstleistung befasst, wächst die Skepsis der von Betreuung und Pflege betroffenen Personen.

Die Finanzierung gesundheitlicher Leistungen steht grundsätzlich im Spannungsfeld zwischen medizinisch/betreuerischen Möglichkeiten einerseits und finanziellen Restriktionen andererseits.

Unabhängig von der institutionellen Ausgestaltung des Gesundheitswesens müssen die Aufwendungen für pflegerische Leistungen mit alternativen Verwendungsmöglichkeiten verglichen und damit letztlich ökonomisch bewertet werden. Einfache Rationierungsschemata wie die Priorisierung nach dem Kosten-Nutzwert-Verhältnis sind dazu jedoch nicht geeignet. Denn zum einen ist die reine Nutzwertmaximierung kein allgemein zustimmungsfähiges Ethikprogramm, zum anderen führen gängige Wirtschaftlichkeitsindikatoren nur unter ganz besonderen Bedingungen zu einer Maximierung des Nutzwertes pflegerischer Leistungen.

Im Zentrum einer „Gesundheitsethik“ stehen immer auch Fragen der Gleichheit, Gerechtigkeit und Solidarität. In der politischen Diskussion wurde in der vergangenen Zeit – angestoßen durch diverse sozialstaatliche Reformprojekte – die mediale Aufmerksamkeit erneut auf die soziale Gerechtigkeit gelenkt. Vor allem das Ausmaß der durch Umverteilung hergestellten Solidarität wird diskutiert, dagegen wird Teilhabe als ein wesentliches Kriterium für soziale Gerechtigkeit oftmals unterschätzt. Hinsichtlich eines solchen Kriteriums lassen sich zwei große Argumentationsstränge festhalten:

Zum einen wird vermehrt die Eigenverantwortung des Einzelnen betont, der in Eigenvorsorge durch private Risikoabsicherung den Sozialstaat entlasten soll, zum anderen wird gerade wegen des Reformdrucks, der aufgrund der staatlichen Finanzproblematik auf den sozialen Sicherungssystemen lastet, die Solidarität mit den Schwächsten der Gesellschaft bei Vorschlägen zur Leistungskürzung nachdrücklich eingefordert. Beide Phänomene tangieren sowohl politische und ökonomische als auch soziale und philosophische Themen: Verantwortung und Solidarität stehen in einer engen Verknüpfung mit einem interdisziplinären Verständnis von Gerechtigkeit.

Bedingt durch die Einführung wettbewerblicher Rahmenbedingungen im Sozialbereich kommt dem Management Sozialer Institutionen erhöhte Relevanz zu, da zum einen zunehmend ökonomische Planungs-, Steuerungs- und Kontrollmechanismen, zum anderen Führungskompetenzen gefordert werden. Soziale Institutionen müssen sich als wirtschaftlich geführte Unternehmen begreifen, um im Sozialmarkt bestehen zu können.

Jedoch kann die Ausrichtung der Unternehmensziele auf die Optimierung und Maximierung des Gewinns nur unter dem Aspekt der verantwortlichen Vertretbarkeit im Kontext mit anderen Faktoren das Hauptziel sein. Die Unternehmenskultur der Zukunft bedarf eines ethischen Rahmenkonzeptes, das die Suche nach dem Sinn und das kritische Reflektieren mit den Gegebenheiten der Umwelt ermöglicht

Eine sinnvolle Beurteilung von Wirtschaftlichkeit in einer stationären Altenpflegeeinrichtung erfordert durch die Besonderheit der erbrachten Dienstleistung „Pflege“, die Erweiterung des ökonomischen Grundprinzips um den Faktor der „Qualität“.

Nur wenn auch die Qualität der erbrachten Leistung beurteilt und in die Kosten- Nutzenrechnung miteinbezogen wird, kann die Wirtschaftlichkeitsprüfung anhand beider Kriterien „Wirtschaftlichkeit“ und „Wirksamkeit“, sinnvoll erfolgen.

3. Kärntner Ethik-Tag

30. November 2007



Margarethe Mendel: **Subjektive Erfahrungen mit Schnittstellen: Barrieren und Chancen**



Abstract

Ich möchte mich nochmals bei Ihnen vorstellen: Mein Name ist Margarethe Mendel, ich bin 37 Jahre alt, verheiratet und habe einen Sohn – Patric - mit Down Syndrom. Ich hatte im Jahre 1988 einen schweren Verkehrsunfall, wobei ich meine Schwester verloren habe. 3 Wochen nach dem Unfall verstarb mein Vater an einem Gehirnschlag. Ich war danach 3 Jahre lang in ärztlicher Behandlung. Ich bin gelernte Friseurin und war nach dem Unfall 8 Jahre lang Kindergartenhelferin. Mein Mann hatte im Jahr 1994 zwei Herzinfarkte und heute bin ich zu Hause und pflege seit 8 Jahren meine Alzheimer kranke Mutter, die seit 5 Jahren bettlägerig ist.

In meinem Vortrag möchte ich meine Erfahrungen in meinem Leben mit Krankenhausaufenthalten, ärztlicher Betreuung und Pflege meiner Mutter schildern.

Als mein Sohn Patric im Jahr 1999 im LKH Villach mit Down-Syndrom zur Welt kam, musste ich leider auch schlimme Erfahrungen machen. Patric kam mit einem Kaiserschnitt zur Welt und als ich von der Narkose munter wurde, fragte ich als erstes wo mein Sohn wäre. Ich bekam keine genauen Antworten. Sie trösteten mich eigentlich ohne konkrete Antworten. Mein Mann hielt gleich nach der Geburt unseren Sohn in den Händen, wobei immer wieder Ärzte kamen und auf die Hände des Babys schauten. Mein Mann fragte ob etwas nicht in Ordnung sei, jedoch bekam er die Antwort „es ist alles in Ordnung“ und er ging beruhigt nach hause.

Als ich dann 3 Stunden später auf die Station kam und sehnlichst darauf wartete mein Kind endlich in den Armen halten zu können, kam der Kinderarzt zu mir und sagte mir, es besteht der Verdacht auf Trisomie 21. Mir sagte dieser Ausdruck zuerst nichts konkretes, doch der Ausdruck 4 Finger Furche machte mir klar, mein Kind sei mongoloid. Da ist für mich die Welt zusammengebrochen. Das Schlimme an dieser Situation war, dass ich mein Kind vorher nie in meinem Armen halten konnte, erst nachdem ich die Diagnose bekam. So war der Bezug zu meinem Kind in der ersten Zeit sehr schwierig.

Ich schrie sofort nach meinem behandelnden Gynäkologen, der nach einigen Minuten bei mir war. Da bot mir der Gynäkologe seine Unterstützung an, die ich zuerst noch mit Zweifel angenommen habe – später stelle sich aber heraus, dass er für mich Tag und Nacht erreichbar war. Er fragte mich auch, ob ich lieber in einem Einzelzimmer liegen möchte. Das war für mich damals sehr hilfreich. Mir wurde auch eine Psychologin angeboten, deren Hilfe ich eigentlich gar nicht annehmen konnte, da ich das Gefühl hatte, sie kann mir auch nicht weiterhelfen und mein Kind wieder gesund machen. Doch einige Tage später nahm ich das Angebot der Psychologin jedoch an, die mich unter anderem auch über die Frühförderung informierte.

Ein paar Tage nach der Geburt bestand bei mir für kurze Zeit der Verdacht auf eine Hepatitis C Infektion, wodurch sich mein seelischer Zustand noch mehr verschlechterte. Und in dieser Phase musste ich noch eine schlechte Erfahrung mit einer Turnusärztin machen. Sie war bei mir und wollte mir eine Infusion geben. Ich hatte das Gefühl, dass sie ihre Handschuhe vor mir richtig provokant und ohne jegliches Gefühl angezogen hatte. Sie wollte die Nadel in dieselbe Stelle stechen, wo vorher schon eine Infusion angeschlossen war. Ich sagte ihr, meine Hand tut weh, sie solle doch bitte woanders hin stechen. Daraufhin stach sie doch in dieselbe Stelle, woraufhin ich meine Hand

zurückgezogen habe. Sie sagte dann nur entnervt, ich solle mir dann doch selber die Nadel herausziehen und lief aus dem Zimmer.

Da war ich froh, dass ich meinen Gynäkologen auch zu Hause anrufen durfte. Um 22:30 Uhr rief ich ihn schließlich an, und er konnte mich wieder beruhigen. Am nächsten Tag nahm auch der Primarius der Station zu diesem Vorfall Stellung.

Während meiner Zeit im Krankenhaus kam der Seelsorger des Krankenhauses zu mir, den ich anschrie, er solle zuerst mal dem oben sagen, er soll mich endlich in Ruhe lassen. Er kam aber trotzdem noch ein zweites Mal auf Besuch, und wir konnten ein Gespräch führen, in dem ich meine Wut über mein nächstes Schicksal, loswerden konnte.

Vor meiner Entlassung aus dem Krankenhaus, wurde mir von meinem Gynäkologen noch ein Kinderarzt empfohlen und der Kontakt zu einer Frühförderin hergestellt, die mich bereits im Krankenhaus besucht hatte. Und es stellte sich heraus, dass wir uns eigentlich schon vom Kindergarten her kannten. Es war für mich sehr beruhigend zu wissen, dass ich auch zu Hause eine Unterstützung haben werde!

Eine besondere Hilfe war mir auch, als ich bald nach der Krankenhaus-Entlassung mit meinem Sohn zur einer Kinesiologin fuhr, die mir die Blockaden zu meinem Kind nahm und somit spürte ich den Beginn der Liebe zu meinem Kind!

Als ich nach ca. einem Jahr wieder auf die Station auf Besuch kam, erzählten mir die Schwestern, dass sie damals Angst hatten, in mein Zimmer zu kommen da sie nicht wussten, wie sie mit mir und der Situation umgehen sollten.

Im Juli 2000 gründete ich auf das hin die erste SHG in Kärnten für Eltern von Kindern mit Down-Syndrom. Der Kontakt zur Geburtsstation im LKH Villach war durch meinen Gynäkologen gegeben. Leider ist dieser Arzt nicht mehr im LKH Villach; aber wir als SHG haben die guten Kontakte zur Geburtsstation behalten, wo ich mir wünschen würde auch mit anderen Krankenhäusern eine bessere Zusammenarbeit zu haben um betroffenen Eltern Mut und Kraft in dieser neuen Situation zu geben.

Ich war für vieles im Krankenhaus dankbar und die Situationen, die für mich nicht positiv gelaufen sind, habe ich jedoch gleich vor Ort mit den jeweiligen Personen direkt besprochen.

Als ich den Kinderarzt die Frage stellte, warum man mir nicht zuerst mein Kind und dann erst die Diagnose brachte, antwortete er mir „Down-Syndrom Geburten kommen nicht so oft vor“.

Nach 2,5 Jahren Frühförderung ging es nahtlos über in den Förderkindergarten Villach, wo Patric auch von der Frühförderin betreut wurde. Nach 2 Jahren Förderkindergarten, wechselt er in den zuständigen Kindergarten in Damtschach, wo sich wieder die Leiterin der Frühförderung für eine neue Integrationsgruppe in dem Kindergarten einsetzte. Heute geht Patric in die 2. Integrationsklasse, wo er als einziges Integrationskind gut integriert und von einem Integrationslehrer bestens gefördert wird.

Meine Erfahrung in all den Jahren ist, dass man einfach in jeder Beziehung jemanden kennen muss, um wirkliche Integration zu erlangen.

Abschließend möchte ich noch sagen, dass mein Mann und ich sehr glücklich sind, ein Geschenk Gottes in besonderer Verpackung haben zu dürfen!

Nun möchte ich Ihnen meine Erfahrung in der Pflege meiner Mutter schildern:

Nachdem die Diagnose Alzheimer von einer Neurologien festgestellt wurde, erhielt ich keinerlei Informationen über den weiteren Verlauf dieser Erkrankung. Im Nachhinein gesehen, bin ich froh dass ich damals nicht mehr Informationen darüber bekam und somit wuchs ich in jede Situation hinein.

Die Krankheit begann insofern, dass meine Mutter viele Dinge nicht mehr selbständig verrichten konnte und sie immer mehr meine Hilfe benötigte. Da ich gerade mit Patric schwanger war und nicht mehr arbeitete, war es für mich zu dieser Zeit noch relativ unproblematisch, sie zu unterstützen. Als mein Sohn zur Welt kam, wurde es hiermit

jedoch immer schwieriger und zeitaufwendiger, da sich die Krankheit in dieser Phase mit einem Verfolgungswahn äußerte. Zusätzlich hat sie auch immer öfter die Toilette nicht mehr gefunden und wollte des Öfteren das Haus verlassen.

Als sie nun nicht mehr alleine gelassen werden konnte, schaute ich mich um öffentliche Organisationen um, wo ich sie auch tageweise abgeben konnte. Eine Organisation davon war die Geriatrie in Klagenfurt, wo ich sie 5 Mal hinbringen konnte, mir aber später nahe gelegt worden ist, sie könnte nicht mehr kommen, da sie bei den Aktivitäten nicht mehr mitmachen kann, wie z. B. in der Küche Äpfel schälen usw. Es war ein Stadium erreicht, wo keine Verbesserung mehr zu erwarten war. Und so stand ich wieder alleine mit ihr da.

Zum Glück hatte ich die Information von einem Privatpflegeheim, wo ich sie dann tageweise hinbringen konnte, mir aber wieder nach einiger Zeit gesagt wurde, dass sie auch hier nicht mehr hinkommen könnte, da für sie kein zuständiges Personal vorhanden sei. So war ich wieder auf der Suche nach einer angemessenen Entlastung.

Weiters probierte ich es in einem öffentlichen Pflegeheim, wo ich sie eine Woche lang untergebracht habe musste aber feststellen, dass sie sich in diesem Heim nicht wohl fühlte, da sie einfach Einzelbetreuung brauchte. Sie war immer unruhig, nervös, hatte einen Bewegungsdrang und wollte nicht mehr alleine sein. Es wurde alles Notwendige verrichtet, sie war aber allein total verloren und unglücklich. So stellte sich auch diese Möglichkeit nicht mehr.

Da sie nun schwer irgendwo unterzubringen war und auch ihre Sicherheit nicht mehr gewährleistet war, musste ich mir was überlegen. Meine Nerven waren am Ende und ich wusste eigentlich nicht wohin ich mich wenden kann. Da ich Kontakte mit verschiedenen SH Gruppen hatte, bekam ich den Tipp mich doch an die Neurologie zu wenden. Auf der Neurologie wurde meine Mutter nun medikamentös neu eingestellt.

Die neuen Medikamente bewirkten eine rasche Veränderung der Krankheitssymptome: Sie konnte bald nicht mehr selbständig gehen und das Essen musste ihr verabreicht werden. Nachdem ich den Neurologen telefonisch kontaktiert habe um zu fragen, ob vielleicht die Medikamenteneingabe nicht richtig eingestellt ist, bekam ich zur Antwort, dass es nur ein entweder - oder gibt, was heißen soll, dass meine Mutter entweder sturzgefährdet und unruhig bleibt oder eben nicht mehr selbstständig gehen und essen kann. Es gab seinen Aussagen zufolge kein Mittelmaß. So verschlechterte sich der Gesamtzustand meiner Mutter rapid und sie war auch nicht mehr so leicht transportfähig, d.h. ich konnte sie schwer wohin bringen.

Durch Gespräche und Kontakte hatte ich das große Glück, Privatpersonen kennen zu lernen, die mich bei meiner Arbeit mit meiner Mutter unterstützten. Da spürte ich das erste Mal eine große Erleichterung, denn die Privatpersonen waren für mich total flexibel und manchmal sogar auch abrufbereit. Doch der Gesundheitszustand meiner Mutter verschlechterte sich immer mehr und so konnte ich mit den Privatpersonen alleine die Pflege nur mehr schwer schaffen und ich zog zusätzlich öffentliche Hilfe hinzu, die mich 2x in der Woche bei der Morgenpflege entlasteten. Ich musste am Anfang schon eine ärgerlicher Erfahrung mit der AVS machen, wobei ich das überhaupt nicht verstehen kann. Ich richte für die ganze Woche die Medikamente für meine Mutter vor. Wenn eine Pflegehelferin in der Früh bei uns ist, und keine diplomierte Krankenschwester, was auch meistens der Fall ist da es zuwenig diplomiertes Personal gibt, dürfen die Medikamente nicht von mir vorgerichtet werden. Nach langem hin und her kamen wir auf die Lösung, dass eine diplomierte Krankenschwester die Medikamente für 4 Wochen im Vorhinein herrichten kommt. Das ist wirklich lächerlich, wo ich ihr die ganze Woche die Medikamente selber verabreiche, bis auf diese 2 x in der Woche und ich muss ja auch das Vertrauen den diplomierten Krankenschwestern aufbringen!!!

Somit muss ich diese Krankenschwester wieder extra bezahlen. Auch kommt es oft vor, dass meine Mutter zusätzlich ein Antibiotikum benötigt. In diesem Fall müsste ich wiederum die zuständige diplomierte Krankenschwester verständigen, damit diese dann der Pflegehelferin es weitersagt oder eigentlich müsste sie das Antibiotikum für die 2x in der Woche sogar extra einschachteln kommen.

Der Punkt ist jedoch der, dass einem Angehörigen das Vertrauen nicht geschenkt wird, obwohl ich Tag und Nacht für meine Mutter Sorge und ich genauso das Vertrauen in die

Krankenschwestern aufbringen muss, obwohl ich auch schon falsch eingeschachtelte Medikamente der diplomierten Krankenschwester gefunden habe.

Ich bin der Meinung, dass man in diesem Fall – es sei dazugesagt, dass meine Mutter genau 4 Tabletten morgens verabreicht bekommt – viel Aufwand, mit meiner Unterschrift über die Haftung, vermeiden könnte. Ich hätte es gerne gemacht, es war aber nicht möglich, da es das Gesetz nicht erlaubt.

Genauso ärgert es mich oft, dass Pflegehelferinnen nicht befugt sind, wenn es nötig ist, ein Pflaster ohne eine Anweisung der Diplomkrankenschwester aufzukleben. Ich hab kein Problem mit einer Pflegehelferin, aber das Problem ist einfach, dass sie sehr viele Sachen nicht machen dürfen, die sie aber ohnehin machen könnten.

Meine nächste Erfahrung habe ich letztes Jahr im Krankenhaus gemacht. Meine Mutter hatte eine akute Gallenblasenoperation und war auf der medizinischen Chirurgie in Villach stationiert. Die Ärzte gaben ihr fast keine Überlebenschance mehr, doch sie war einige Stunden nach der Operation wieder auf Station. Ich hatte das Gefühl, dass das Personal mit meiner Mutter überfordert war, da sie ja eher auf die Geriatrie gehört hätte.

So war es anfangs für mich sehr mühsam, meine Anliegen weiterzubringen. Ich wollte so oft wie möglich bei meiner Mutter sein und mir sicher sein, dass alles in Ordnung ist, da meine Mutter ja nicht mehr sprechen kann. Im Zuge dessen muss ich anmerken, dass ich am Anfang mit meinen Ängsten und meiner Fürsorge überhaupt nicht verstanden wurde. Das Personal im Krankenhaus gab mir das Gefühl, dass wenn ein Mensch mit 80 Jahren in diesem Zustand ins Krankenhaus kommt, es einzusehen sein müsste, dass es hoffnungslos ist. Die Sorge um meine Mutter wurde in dem Sinn nicht verstanden. Erst nachdem ich mit den Schwestern meine Situation, die Hintergründe und meine enge Bindung zu meiner Mutter erzählt habe, wurde ich verstanden. Dafür war ich ihnen auch sehr dankbar und von da an war es mir auch gestattet, solange ich wollte im Krankenhaus bei ihr zu bleiben.

Das Personal war sehr bemüht, meinen Wünschen gerecht zu werden. Es war anfangs schwierig, das richtige Essen für meine Mutter zu bestellen. Nach einigen Tagen hatte ich ein Gespräch mit der Diätassistentin und so kamen wir erst auf das richtige Essen. (püriert bzw. fein passiert., nicht Zwieback und Kompott). Ich möchte eigentlich dem Personal keinen Vorwurf machen, sondern die Situation war so, dass die Schwestern mit meiner Mutter überfordert waren in dem Sinn, dass sie z.B. das Essen zuerst ohne meine Hilfe nicht eingeben konnten. Als ich einmal morgens beim Frühstück nicht anwesend war, sagten sie mir, meine Mutter wollte nichts essen wobei es aber nur um die falsche Konsistenz der Mahlzeit ging. Die Schwestern waren aber dennoch sehr bemüht, ihr das Essen zu verabreichen. Einmal fragte ich sie, ob sie auf einem Nachmittag an dem ich nicht ins Krankenhaus kommen konnte, die Zwischenmahlzeit bitte geben könnten. Als ich abends ins Krankenhaus kam, wurde mir gesagt, sie haben auf das Essen nicht vergessen, aber sie hatten leider keine Zeit. So wurde es mir wieder bestätigt, dass ich bei den Mahlzeiten einfach anwesend sein muss. Hierbei möchte ich noch sagen, dass mir die Schwestern für die Mithilfe bei meiner Mutter dankbar waren. Dennoch musste ich bei der Körperpflege meiner Mutter das Zimmer immer verlassen, obwohl es mir vielleicht auch eine Hilfe für zu Hause gewesen wäre.

Als sie einen Monat später wieder mit einer schweren Lungenentzündung ins Krankenhaus musste, kam sie auf dieselbe Station wo sie uns schon kannten. Mir wurde sofort auch für die Nacht ein Bett neben ihr zur Verfügung gestellt und ich konnte Tag und Nacht bei ihr bleiben.

Ich bin der Meinung, wenn ein Angehöriger mit einer hohen Pflegestufe der zu Hause gepflegt wird und ins Krankenhaus kommt, dass der Angehörige trotzdem das Recht hätte das Pflegegeld für diese Zeit weiter zu beziehen.

Ich möchte aber auch anmerken, dass ich wegen meiner Mutter meinen Beruf aufgegeben habe, und ich das Pflegegeld gut kalkulieren muss. d.h. ich nehme die Hilfe des Pflegepersonals wirklich nur in Anspruch, wenn ich anderen Verpflichtungen nachgehen muss, denn mehr Hilfe könnte ich mir nicht leisten.

Was die Betreuung durch den Hausarzt betrifft möchte ich folgendes sagen: Im großen

und ganzen funktioniert die Betreuung recht gut, nur ich hab immer wieder das Gefühl, der Arzt hat nicht genug Zeit. Meine Mutter hatte immer wieder längere Atemaussetzer in der Nacht, und war ziemlich verschleimt und ich kam nächtelang nicht zum Schlafen. Hierbei wurde ich vom Hausarzt z.B. nicht über ein mögliches Sauerstoff- und Absauggerät informiert. Meine Pflegehelferin hat mir dann gesagt, dass es so etwas auch für zu Hause gibt. Daraufhin ermöglichte mir der Arzt jedoch sofort eine Verordnung, und problemlos kam ich zu diesen Geräten. Hier sieht man wieder, dass es oft nur an mangelnden Informationen scheitert. Immer wieder mache ich auch die Erfahrung bei Gesprächen mit verschiedensten Leuten, dass die Leute nicht wirklich über finanzielle Unterstützung aus öffentlicher Hand informiert sind und viele eigentlich viel zu spät zu finanziellen Unterstützungen kommen. Ich bin der Meinung, dass hier der Hausarzt auch mehr informieren sollte, da viele Leute auch nicht die Möglichkeit haben, zu den informativen Broschüren zu gelangen.

Zusammenfassend möchte ich Ihnen sagen: Wenn sich jemand entscheidet einen Angehörigen zu pflegen, muss er sich im Klaren sein, ob er diese Pflege bewältigen kann, denn niemand nimmt dir die wirkliche Verantwortung und Entscheidung ab und die ganze Familie muss in vielen Dingen nachsichtig sein und auf einiges verzichten.

Es gab auch sehr oft Situationen, wo ich mich wirklich alleine gelassen fühlte, wo mir eigentlich kein Hausarzt, keine Krankenschwester, nur mein wirkliches Gefühl, meine Familie und mein Glaube weitergeholfen haben.

Der Zustand meiner Mutter ist heute so, dass es keinen Urlaub mehr für mich und meine Familie gibt, da meine Mutter rund um die Uhr versorgt werden muss. Ich sehe das jedoch nicht als Belastung, sondern jeder Tag den ich meine Mutter noch pflegen darf, ist für mich ein Geschenk.

3. Kärntner Ethik-Tag

30. November 2007



Heinz Ragoßnig: Der Hausarzt zwischen Primärversorgung und Krankenhaus



Abstract

Aufgrund der zunehmenden Lebenserwartung und auch verkürzter Aufenthaltsdauer der Patienten im stationären Bereich warten neue Aufgaben auf den niedergelassenen Bereich. Im August 2007 leben in Österreich 390.000 Bezieher von Pflegegeld davon werden 250.000 zu Hause gepflegt. Die Krankheiten 2030 (Forum Alpbach) werden Herz-Kreislaufkrankheiten, Diabetes mit Fettsucht, Tumore, Osteoporose, Arthrosen, Demenz und Depression sein. 80% der medizinischen Versorgung der Bevölkerung werden von Allgemeinmedizinern geleistet, 17% von Fachärzten und 3 % werden stationär behandelt.

In der Primärversorgung stellt der Hausarzt(noch!) eine zentrale Drehscheibe dar. Ihm obliegt die Differenzierung von akuten und lebensbedrohlichen Erkrankungen ebenso wie die Auswahl der erforderlichen und angemessenen Versorgungsebenen. Bedürfnisse des Patienten sind Zeit, Empathie, Kompetenz und gute Kommunikation. Die Bedürfnisse des Arztes sind ebenfalls Zeit für den Patienten, ein mündiger autonomer Patient, gerechte Honorierung und ausreichend Freizeit („Burn out“-Prophylaxe). In den letzten 50 Jahren hat sich die Ausbildung zum Allgemeinmediziner kaum verändert. Sie erfolgt fast durchwegs nur im Krankenhaus. Die Lehrpraxis führt ein kümmerliches Dasein, ist aber für einen zukünftig geplanten Facharzt für Allgemeinmedizin eine unbedingte Forderung.

Lösungen können sich ergeben durch eine klare Aufgabenstellung durch den Gesetzgeber (Lotsen und Koordinationsfunktion), Gruppenpraxen, Netzbildung mit anderen qualifizierten Gesundheitsberufen. Nur so wird es gewährleistet sein, die Aufgabenpalette des Praktikers zu erfüllen, die von Akutfällen über die Betreuung multimorbider Patienten, von der Nachsorge onkologischer Patienten bis zur Gesundheitsförderung in Form von Früherkennungsprogrammen oder Impfprogrammen reicht.

Beispiel für ein Modell der verbesserten Kommunikation zwischen Krankenhaus und Hausarzt ist der Bezirk Rohrbach, das mittlerweile mit einem Preis bedacht wurde. Es umfasst die Vorinformation des Hausarztes und auch der Hauskrankenhilfe bei Patienten die eine komplizierte medizinische oder pflegerische Betreuung benötigen. Hier gibt es gemeinsam erarbeitete Kurzarztbriefe und Pflegeberichte. Teambesprechungen erfolgen 6monatlich, gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen von Spitalsärzten und Hausärzten bzw. Fachärzten mehrmals jährlich. So gelingt es, das Schlagwort „von der Schnittstelle zur Nahtstelle“ wahr zu machen.

Die Aufwertung des niedergelassenen Bereiches, von der seit Jahren gesprochen wird darf nicht nur eine leere Formel bleiben es müssen Taten folgen wie die angesprochene Lehrpraxis, ein erweitertes Leistungsangebot Gemeinschaftspraxen und Praxismgemeinschaften. Dann kann es auch zu einer spürbaren Entlastung des Krankenhausbereiches kommen.

3. Kärntner Ethik-Tag

30. November 2007



Hugo Tschernutter: Öffentliche Finanzierung zwischen Krankenanstalten und Pflegeeinrichtungen



Abstract

3. Kärntner Ethik-Tag

30. November 2007



Maria Warmuth: Entlassungsmanagement – vernetzt, verknüpft und fein gewebt



Abstract

Zur Evaluierung des Entlassungsmanagements wurde eine Befragung der Bevölkerung durchgeführt. Ziel der qualitativen Untersuchung war es, die subjektive Einschätzung der Bevölkerung zur Entlassung aus dem Krankenhaus zu erkunden und um zu erfahren welcher konkrete Bedarf zur Befriedigung der Bedürfnisse besteht.

Insgesamt wurden 57 Personen aus der Bevölkerung mittels offenen Interviews von Teilnehmern des Weiterbildungslehrganges 2007 für Basales und mittleres Pflegemanagement befragt.

Die Daten wurden transkribiert und schrittweise analysiert. Die Ergebnisse der subjektiven Einschätzung der Bevölkerung zur Entlassung veranschaulichen die zukünftigen Handlungsfelder. Ergänzend dazu werden die Ergebnisse einer weiteren quantitativen Befragung zur Patientenzufriedenheit mit der Vorbereitung auf die Entlassung am Beispiel einer Fachabteilung dargestellt.

Die weiteren Ausführungen gehen der Frage nach was soll die Zukunft unter dem Aspekt einer immer kürzeren Verweildauer bringen, vor allem wenn es u.a. um Patienten mit mehreren Wiederaufnahmen, mit vielfältigen und/oder komplexen Problemen geht und gleichzeitig die Patientenrechte zu wahren sind.

Insgesamt gilt es Kooperationen zu fördern, Netzwerke zu bilden um die Patienten individuell zu betreuen bzw. entlassen zu können

ethik@kabeg.at

Ethikkommission des Landes Kärnten – Vorsitz: Prim. EOA Dr. Gerhard Kober
Sekretariat: Frau Yvonne Wernig – St. Veiter Straße 47 – A 9020 Klagenfurt
Tel.: +43 463 538-29 103 – FAX: 0463 538-23 184

Für die grün unterlegten Vortragstitel wird es per Mausclick Unterlagen in Powerpoint geben
