

# RP Pflege Professionell

Das kostenfreie Online Fachmagazin für den Gesundheitsbereich

Winter 2015

**Univ.-Doz. Dr. Gerald Gatterer**  
Bedürfnisorientierte Betreuung von  
Menschen mit Demenz



**Dr. Manfred Greslecher**  
Worte waren ursprünglich  
Zauber

**Direktor Stefan Spycher**  
Der Schweizer Weg der Pflege

---

## BILDUNG & MANAGEMENT

- 03** **Überzeugen? Zwingen? oder Schubsen?**  
Dr. Christoph Zulehner
- 07** **Zusammenhang von formeller Leitung, informeller Führung und Rangdynamik**  
Dr. Herbert Gruner

---

## GESUNDHEITSPOLITIK

- 15** **„Der Schweizer Weg der Pflege“**  
Markus Golla, BScN

---

## ALTENPFLEGE

- 19** **Jede fünfte Altenpflegefachkraft ist akademisch gebildet**  
Lena Heyelmann, M.A.

---

## PFLEGE GESCHICHTE

- 25** **Pflegehistorische Lehr- und Lerninhalte in der Ausbildung zum/zur PflegefachhelferIn in Bayern**  
Elisabeth Bauermann, B.A.
- 29** **Die stationäre Versorgung alter Menschen von 1945 bis 1975 im südlichen Niedersachsen**  
Nina Grabe, M.A.
- 33** **Projekt: Der Hospitalorden des Hl. Johannes von Gott in der Germanischen Provinz bis 1780**  
Dr. Mag. Petr Jelínek

---

## FACHWISSEN

- 37** **Bedürfnisorientierte Betreuungsstrukturen für ältere Menschen mit Demenzerkrankung**  
Univ. Doz. Dr. Gerald Gatterer
- 43** **„Worte waren ursprünglich Zauber“**  
Dr. Manfred Greslechner
- 49** **Bereit für die Erkältungszeit - Das Ätherische Öl der Weißtanne**  
Martina Braun, MBA
- 51** **Basiswissen Aromapflege: Das Wesen der ätherischen Öle**  
Martina Braun, MBA
- 55** **Inkontinenz – typisch im Wechsel?**  
Karin Grössing

---

## 59 REZENSIONEN

## IMPRESSUM

### MedieninhaberIn

Markus & Kathrin Golla  
Peter Paulstrasse 15/1/4  
2201 Gerasdorf bei Wien,  
golla@pflege-professionell.at

### Herausgeber

Markus Golla

### Chefredaktion

Markus & Kathrin Golla

### AutorInnen

Christoph Zulehner, Herbert Gruner, Markus Golla, Lena Heyelmann, Elisabeth Bauermann, Nina Grabe, Petr Jelínek, Gerald Gatterer, Manfred Greslechner, Martina Braun, Karin Grössing,

### Lektorat

Kathrin Golla

### Grafik, Layout, Fotoredaktion & Produktion

Markus Golla

### Vertrieb

[www.pflege-professionell.at](http://www.pflege-professionell.at)

### Webseite & kostenfreies PDF Abo

[www.pflege-professionell.at](http://www.pflege-professionell.at)

### Printausgabe

bestellbar über die Webseite der Druckerei  
<http://www.blurb.de/bookstore>

### Druckerei & Printausgabe

Blurb Inc.  
580 California Street, Suite 300  
San Francisco, CA 94104  
United States of America

### Kontakt

[golla@pflege-professionell.at](mailto:golla@pflege-professionell.at)  
0043/6507006615

Titelbild (C) Stockpics - [stock.adobe.com](http://stock.adobe.com)  
(C) 2015 Markus Golla

Alle Artikel sind Eigentum der AutorInnen. Alle Fotos gehören urheberrechtlich den FotografInnen. Eine Vervielfältigung besagter Güter ist nur mit schriftlicher Genehmigung gestattet.



**DGKP Markus Golla**

Liebe Leserinnen, liebe Leser!

Die Welt ist im Wandel und wir erleben auf allen Ebenen eine Veränderung, die nicht nur mit positiven Gefühlen verbunden ist. Während auf der einen Seite das derzeitige Schauspiel von Politik und Medien unsere Wahrnehmung wesentlich beeinflusst, versucht man zusätzlich auf der anderen Seite die Reformen des Gesundheitswesens als Goldbarren zu verkaufen, obwohl sich diese bei genauerer Betrachtung als Blüte erweisen.

Deutschland kämpft mit der Fragestellung „Kammer oder nicht Kammer?“, Österreich trägt eine Gesetzesnovelle zur Begutachtung, die unter dem Deckmantel der „Professionalisierung“ einen Diskont des Berufes ankündigt, auf den unsere Profession anscheinend keinen Einfluss hat.

Veränderung ist nicht immer angenehm und oft bedarf es einer Portion Mut und das Verlassen der eigenen Komfortzone, um etwas Tiefgreifendes zu bewegen.

Ein Grund mehr sich auf seine Stärken zu besinnen, an seinen Schwächen zu arbeiten, um Rückgrat für die eigenen Ziele zu beweisen. Ein klares „Nein“ zu Veränderungen die einem nicht gut tun, ein eindeutiges „Ja“ für Ergebnisse die man schaffen möchte.

Die Professionen des Gesundheitswesens dürfen sich nicht länger ihre Meinung vorkauen lassen. Weg mit der irritierenden Dauerbeschallung, auf zu neuen Bereichen durch Impulse und ernstgemeinte Wertschätzung. Schaffen wir gemeinsam Platz für Innovationen und neue Denkweisen.

Legen wir Hand an unsere gemeinsame Zukunft.

Herzlich Willkommen zur zweiten Ausgabe von Pflege Professionell,

*Markus Golla*  
Herausgeber



QR-Code / Link zu  
[www.pflege-professionell.at](http://www.pflege-professionell.at)

## Überzeugen? Zwingen? oder Schubsen?

Methoden Menschen zu bewegen

Wer wünscht sie sich nicht? Die Fähigkeit Menschen zu bewegen. Führungsverantwortliche aller Branchen und Organisationsebenen träumen davon, Methoden zu beherrschen, die es ihnen ermöglichen ihre Mitarbeitenden, wenn möglich auch noch gleich ihre Vorgesetzten, zu bestimmten Handlungen und Entscheidungen zu bewegen. Was wurde dafür nicht schon Tinte aufs Papier gegossen und viele Meter an Sach- und Ratgeberliteratur veröffentlicht. Mit etwas Leseroutine ausgestattet stellt der Beflissene allerdings fest, dass in der Regel wenige Neues auf ihn wartet. Und dann tun sich doch Überraschungen auf:

### Geschubst und nicht geschüttelt

*Stellen Sie sich eine Haltestation in einer größeren Stadt vor. Die Zeitanzeige gibt Ihnen zu verstehen, dass der Omnibus im 15-Minuten-Takt fährt. Sie freuen sich über die nutzerfreundliche Frequenz. Während Sie warten beginnen Sie sich umzusehen und entdecken einen Stadtplan den die Verkehrsbedriebe am Wartehäuschen angebracht haben. Im Zentrum der Karte ist Ihre Haltestelle eingezeichnet. Kreisförmig sind Linien geführt die Ihnen zeigen wie weit Sie kämen wenn Sie die 15 Minuten nicht auf den O-Bus warteten sondern stattdessen zu Fuß gingen.*

*Und während Sie noch die Karte studieren merken Sie, dass Sie einen Schubs bekommen haben. Sie beginnen darüber nachzudenken nicht den Bus zu nehmen sondern sich per pedes zum Ziel aufzumachen.*

Wie wir wissen gibt es auch andere Möglichkeiten Menschen dazu zu bringen in Bewegung zu kommen. Die idealistische Variante ist sie zu überzeugen. Vorliegend um sich gesundheitsbewusst zu verhalten. Dass dies nur zum Teil Erfolg versprechend ist, zeigen die Erfahrungen. Das andere Extrem ist der Zwang. Ein solcher wäre in unserem Beispiel ganz einfach damit zu erreichen, den Omnibusverkehr generell einzustellen. Keine gute Idee wie wir uns vorstellen können.



### Nur kein Zwang

„Libertärer Paternalismus“ oder „Nudging“, so nennen Verhaltensökonom jene Methode bei der versucht wird, das Verhalten von Menschen auf vorhersagbare Weise zu beeinflussen, ohne dabei auf Verbote oder Gebote zurückgreifen zu müssen. Versteht sich der Paternalismus als bevormundende Beziehung, abgeleitet von „pater“ also „Vater“, so meint der „Libertäre Paternalismus“ jene Abwandlung, welche grundsätzlich Handlungsfreiheit gewährt. Dabei wird die Entscheidungssituation aber so gestaltet, dass Menschen in eine bestimmte Richtung geschubst werden.

Diese Form der Einflussnahme ist deshalb libertär, weil sie den Menschen jederzeit die Möglichkeit bietet, sich auch gegen den Weg zu entscheiden auf den sie geschubst werden. Bei unserem Beispiel wäre dies die Inanspruchnahme des Omnibusses und damit verbunden der Verzicht auf den Fußweg. Was aber ist die korrekte Richtung? Thaler und Sunstein gehen davon aus, dass die korrekte Richtung entweder das gemeinnützige Verhalten fördert oder dem Individuum einen Nutzen stiftet, welcher gleichzeitig der Allgemeinheit keinen Schaden zufügt.

## Widerspruchslos zugestimmt

Die Widerspruchsregel bezeichnet jene Entscheidungsform, nach der eine Zustimmung als getroffen gilt, wenn die Betroffenen nicht ausdrücklich widersprechen. Im Gegensatz dazu besagt die Zustimmungsregelung, dass von den Betroffenen ausdrücklich deren Einverständnis einzuholen ist. Das wohl bekannteste Beispiel in diesem Zusammenhang ist das nationalstaatlich sehr mannigfaltig strukturierte Regulativ bei der Organspende. Dabei spielt vor allem die Rechtslage eine herausragende Rolle. Staaten mit Widerspruchsregelung, dazu gehört auch Österreich, verfügen über einen deutlich höheren Anteil postmortalen Spender als Länder mit Zustimmungsregelung. Damit sind in Ländern mit Widerspruchsregelung zunächst alle Menschen angestoßen sich als Organspender zu definieren. Es sei denn, sie widersprechen diesem Schubs. Wenngleich an dieser Stelle darauf hingewiesen werden muss, dass es auch andere Einflussfaktoren gibt: Beispielsweise Bildungsgrad und Aufgeklärtheit.

Nudging begegnet uns öfter als uns zunächst bewusst ist. In Urinalen aufgeklebte Abbildungen von Fliegen werden von ihren Benutzern als Ziele gesehen, die dazu führen, dass weniger daneben gepinkelt wird. Männerwelten die aber erstaunlich gut funktionieren. Ein aktuell diskutiertes Beispiel ist das Pensionskonto.

Die Information darüber, welche monatliche Pensionshöhe gerade erreicht ist bzw. welche noch zu erreichen wäre, soll die Betroffenen dazu bewegen, noch weitere Jahre im Arbeitsprozess zu bleiben. Sehr häufig ist Information der Stoff aus dem der Nudge besteht.

Somit überrascht es wenig, dass auch Unternehmen in zunehmendem Maße darüber nachdenken, ihre Mitarbeitenden nicht erfolglos zu überzeugen, sondern anzuschubsen ohne sie zu zwingen.

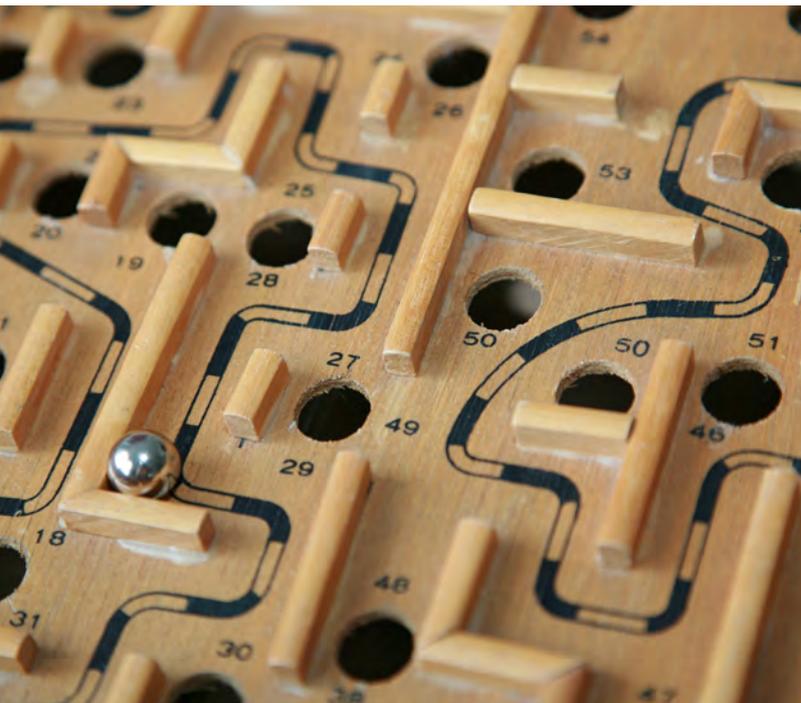
## Situationen gestalten

Wie können Entscheidungskonstellationen so strukturiert werden, dass Mitarbeitende in die richtige Richtung angeschubst werden? Ein nicht ungefährliches Unterfangen. Geht es doch darum nicht manipulativ zu werden. Das Material aus dem der unternehmerische Nudge gewirkt ist, stellt sich nämlich deutlich anders dar als jener, der das Gemeinwohl im Sinn hat. Schnell gehen jene Argumente aus, die einen gemeinschaftlichen Nutzen unterstellen.

*Ein Computerarbeitsplatz. Sie sitzen seit eineinhalb Stunden konzentriert vor dem Bildschirm und beschäftigen sich mit einer herausfordernden Tabellenkalkulation. Dabei haben Sie alles um Sie herum vergessen, sogar sich selbst und Ihren Stütz- und Bewegungsapparat. Dann unterbricht Sie eine Bildschirmanimation und bedeutet Ihnen, dass es eigentlich höchste Zeit wäre für eine Unterbrechung. Verbunden mit einem Angebot an Körperübungen die für den notwendigen Ausgleich sorgen. Kein Zwang nur ein Anstoß. Diesen können Sie annehmen oder eben auch nicht.*

*In der Mittagspause gehen Sie in den Speisesaal. Dort sind Obst und gesunde Angebote in Griffnähe präsentiert, hingegen fetthaltige und ungesunde Speisen deutlich weiter entfernt. Ein Spiegel hinter dem Buffet der Sie dabei zusehen lässt, wohin sie greifen, tut sein Übriges. Kein Zwang lediglich ein Schubs.*

Stiegenhäuser in Unternehmen werden attraktiv gestaltet und so verortet, dass sie zur Benutzung einladen. Preisbeschriftungen von Verbrauchsgütern regen ihre sparsame Verwendung an. Ein Aushang der über die Verteilung der dienstfreien Fenstertage informiert bringt ein Team dazu sich auf eine gerechtere Zuweisung zu verständigen.



(C) Belleepok

Was Kritiker dem Nudging vorwerfen ist die bevormundende Haltung der Entscheidungsgestalter und das Menschenbild. Menschen müssen in eine bestimmte Richtung geschubst werden, weil sie selber nicht dazu in der Lage sind, so der Tadel. Dass ein Nudge in manchen Fällen auch wenig bis nichts bewirkt, beweisen die abstoßenden Text- und Bildbotschaften auf Zigarettenpackungen. Trotzdem sind viele von uns schon in Situationen geraten, in denen der richtige Schubs sie vor einer unüberlegten und unvernünftigen Entscheidung gerettet hätte.

Drei Grundsätzen sollte deshalb ein Nudge folgen um nicht in den Verdacht der Manipulation zu geraten:

- Der Schubs sollte transparent und nicht irreführend sein.
- Es sollte so einfach wie möglich sein sich gegen den Schubs zu entscheiden.
- Ein Schubs sollte grundsätzlich auf Wohlergehen ausgerichtet sein.

Der Autor ist Speaker und Strategieberater. Seinen Artikel will er lediglich als Anstoß verstanden wissen.

## Autor & Links



[www.seges.at](http://www.seges.at)



[www.christophzulehner.com](http://www.christophzulehner.com)



### Dr. Christoph Zulehner

Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger  
 Dipl. Kaufmann für Gesundheitmanagement  
 Doktorat in Wirtschafts- und Sozialwissenschaften  
 Unternehmensberater & Geschäftsführer seGes  
 Gerichtlich zertifizierter Sachverständiger für Management von Gesundheitseinrichtungen

### Literatur:

Brandl, Peter (2013): Hudson River – Die Kunst, schwere Entscheidungen zu treffen, Gabal, Offenbach, Deutschland

Funke, Joachim (2003): Problemlösendes Denken, Kohlhammer, Stuttgart, Deutschland

Gigerenzer, Gerd (2003): Reckoning with Risk – Learning to Live with Uncertainty, Penguin, London, Großbritannien

Thaler, Richard, H.; Sunstein, Cass, R. (2009): Nudge – Improving Decisions About Health, Wealth and Happiness, Yale University Press, New Haven, USA

Welzer, Harald (2013): Selbst denken – Eine Anleitung zum Widerstand, Fischer, Frankfurt am Main, Deutschland



## SPEAKER | STRATEGE

[www.christophzulehner.at](http://www.christophzulehner.at)



Achtsamkeit



HOSPIZ RENNWEG

Der Kostbarkeit des Lebens im Sterben achtsam Raum und Zeit geben.

[www.hospiz.wien](http://www.hospiz.wien) // IBAN: AT27 2011 1800 8098 0900



## Zusammenhang von formeller Leitung, informeller Führung und Rangdynamik

Als Leitung das Wechselspiel der Kräfte, Spannungen und Dynamiken erfolgreich meistern

Eine gelungene Teamarbeit ist heute im Gesundheitswesen im Allgemeinen sowie im Pflegebereich im Besonderen nicht mehr aus dem Alltag wegzu-denken. Eine gelungene Teamarbeit zählt zu den entscheidenden Erfolgsfaktoren. Eine Vielzahl von Studien und Fachartikeln bestätigt immer wieder, dass Menschen, die in einem funktionierenden Team arbeiten, verantwortungsvoller, motivierter und kreativer sind. Sie erleben die Vorteile einer engen und vertrauensvollen Zusammenarbeit. Ob in Krankenhäusern, in Praxen, in ambulanten Einrichtungen, auf Stationen im Operationssaal oder in einzelnen Projekten - ein reibungsloser Ablauf und eine gute Teamarbeit sind von außerordentlich hohem Wert. Wir treffen dabei sowohl professionelle als auch inter- bzw. multiprofessionelle Teams an - Teams, die auf längere Dauer angelegt sind oder sich kurzfristig bilden (z.B. OP-Teams). Oft treffen wir in der Praxis jedoch auch auf Personenmehrheiten und Gruppen, die sich etikettenartig als Teams bezeichnen, jedoch nicht wie Teams agieren („Pseudo-Teams“). Was macht eine gelungene Teamarbeit im Pflegebereich aus, welche Rolle spielt dabei die/der Vorgesetzte, die Teamleitung, die Stationsleitung?

Was kann jedes einzelne Teammitglied dazu beitragen? Welche wichtigen Kräfte, Spannungen und Dynamiken sind für eine gute Zusammenarbeit und somit für die Zielerreichung zu meistern?

### Effektive Leitung und Führung im Pflege-Team

Professionelle Führungskräfte von Pflegeteams versuchen aus gruppendynamischer Sicht, zielorientiert die oft herausfordernden Wechselwirkungen zwischen Leitung, informeller Führung und Rangdynamik in dynamischer Balance zu halten.

### Die Leitung (die formelle Führung)

Ein oft heikler Punkt bezüglich eines Teams und seiner Struktur ist die Frage nach der Leitung. Ein völlig autonomes Team gibt es gegenwärtig in der Praxis (noch) vergleichsweise selten. Sowohl Entstehung als auch Aufgabe des Teams werden initiiert und begleitet. Irgendeine Form der Dominanz herrscht immer vor, und irgendwo gibt es immer einen formal berufenen „Kapitän“, der die Initiative ergreift. Die Frage nach der Leitung ist im Team deshalb so herausfordernd, da eine Leitung eigentlich kaum in die Struktur eines Team passt, ja scheinbar im Widerspruch zum Team-

gedanken zu stehen scheint. Dennoch ist ein Team ohne Leitung nicht nur wirtschaftlich betrachtet ein Risiko. Die Frage sollte daher nicht lauten: „Gibt es eine Leitung im Team?“ sondern „Wie lässt sich eine Leitung mit den Teamstrukturen verbinden und was muss sie leisten?“.

Das radikal-demokratische Modell, welches eine permanent wechselnde Leitung vorsieht, dürfte das seltenste Konzept der Praxis sein. Es verlangt von allen Teammitgliedern ein sehr höchstes Maß an Sozialkompetenz, Toleranz, Teamfähigkeit und Konfliktkompetenz.

Das Gegenteil davon wäre ein Team, welches einen Vorgesetzten - häufig von außen - zugewiesen bekommt. Diese Variante birgt das Risiko, dass das Team die Person in dieser Funktion schlichtweg ablehnt oder nicht als Führung anerkennt, wenn sie sich nicht bemüht, die Teamstrukturen und das Team mit seinen Eigenheiten und Arbeitsweisen als bestehendes anzunehmen. Zudem kann ein Vorgesetzter, der sich hierarchisch über dem Team ansiedelt und nicht dauerhaft mit dem Team zusammen arbeitet, nicht als Teammitglied, und somit nicht als integrierter Teil des Teams bezeichnet werden.

Team-Leitung, unabhängig davon ob von außen kommend oder selbst aus dem Team stammend, funktioniert zumeist nur unter Berücksichtigung bestimmter Grundvoraussetzungen:

- alle Teammitglieder akzeptieren die Leitung als Leitung
- die Leitung ist im Team integriert und nimmt keine Sonderstellung bei der Aufgabenverteilung ein
- die vereinbarten Kommunikations- und Verhaltensregeln gelten selbstredend auch für die Leitung
- Entscheidungen und Vereinbarungen werden weiterhin vom ganzen Team getroffen
- die Leitung wurde unter anderem wegen besonderer sozialer Kompetenzen und einem „guten Händchen“ für gruppendynamische Prozesse ausgewählt
- die Teamleitung ist mehr „organisatorische Achse“ „als hierarchische Peitsche“
- das Interesse des Teamleiters ist die Effektivität und der Zusammenhalt des Teams, nicht jedoch persönliche Macht
- die Teamleitung ist sich der Rolle als Vorbild und motivierende Kraft für alle Mitglieder bewusst und vermag diesem Anspruch zu genügen
- Die Leitung eines Teams ist mit vielfältigen Aufgaben im sozialen und gruppendynamischen Bereich verbunden

Die wichtigsten dieser sozialen bzw. gruppendynamischen Aufgaben hat Vopel, einer der Pioniere moderner Didaktik, folgendermaßen zusammengefasst:

1. Die Teamleitung sorgt für Transparenz bezüglich zentraler Aufgaben, Strategien und Ziele. Sie ist für die Übersicht der genannten Bereiche im Team zuständig und sorgt dafür, dass diese nicht aus den Augen verloren werden. Dabei ist einerseits Geduld und innere Ruhe von großer Bedeutung, damit das Team sich selbständig entfalten kann, jedoch darf die Leitung nicht völlig im Team aufgehen, sondern muss als permanenter Beobachter eine zusätzliche Position einnehmen.

2. Die Leitung fördert Engagement und Zuversicht im Team. Durch positives Feedback und Motivationshilfen schafft sie ein positives Arbeitsklima und sorgt für die Identifikation aller Teammitglieder mit



(C) Doc Rabe Media

3. Die Leitung sorgt dafür, dass sich alle Mitglieder ideal entfalten und ergänzen können. Sie gewährleistet, dass die Teammitglieder zwar besonders im Bereich ihrer Stärken und Kompetenzen wirken, jedoch durch Übernahme fremder oder neuer Aufgaben ständig dazulernen.

4. Der Teamleitung kümmert sich um die Außenkontakte des Teams. Sie hält Kontakt zu anderen Teams und der Organisationsleitung und sorgt so für Schutz und Aktualität des Teams.

5. Der Teamleitung sorgt für ideale Entfaltungsmöglichkeiten aller Teammitglieder. Sie versucht, die Führungsqualitäten und individuellen Qualitäten der Teammitglieder zu fördern und verzichtet auf überflüssige Autorität. Eine harmonische und ausgewogene Atmosphäre ist permanentes Ziel.

6. Die Teamleitung beteiligt sich an der täglichen Arbeit. Als Teil des Teams ist die Leitung an allen Aktivitäten des Teams gleichermaßen beteiligt wie alle anderen Mitglieder und übernimmt die gleichen Aufgaben. Teamleitung ist quasi „Management von innen“

7. Die Teamleitung bearbeitet grundsätzlich Konflikte, bevor sie aufkommen. Regelmäßige Teamsitzungen, Sozialmanagement und der generelle Überblick über die Stimmungen im Team gehören zu den wichtigsten Aufgabenbereichen der Teamleitung. Die Schwierigkeit besteht darin, zu initiieren ohne aufzudrängen, zu führen ohne zu leiten.

„Die besten Leitungen bzw. Führer in einem Pflgeteam sind diejenigen, die als Führer gar nicht bemerkt werden. Die nächstbesten Führer sind diejenigen, die von ihren Leuten geehrt und gepriesen werden. Die nächstbesten Führer werden gefürchtet und die nächstbesten Führer werden gehasst. Wenn die besten Leitungen bzw. Führer ihre Aufgabe erledigt haben, dann sagen die Leute: „Wir haben es selbst getan.“

### Der informelle Führer

Der **informelle Gruppenführer** ist jenes Mitglied eines Teams, das die Gruppe sozial anführt. Im Gegensatz zum formellen Führer der Gruppe, der in einer Organisation als Gruppen-Leiter berufen und dafür mit Kompetenzen ausgestattet wird, gewinnt der informelle Führer seine Rolle aufgrund der gruppen-spezifischen Rollenverteilung bzw. aufgrund seiner Persönlichkeit. (Er wird in der Sozialpsychologie

bzw. in der Gruppendynamik häufig auch als **Gruppenstar** oder als **Gruppensprecher** bezeichnet).

Weil seine Meinungen die Einstellungen der übrigen Gruppenmitglieder stark beeinflussen, wird er zumeist als informeller Führer benannt. Die Verantwortlichen in einer Organisation wie Leitungen sollten u.a. den Weg über den informellen Führer wählen, um dadurch auf das Leistungsvermögen einer Gruppe positiv einwirken zu können.

Um den informellen Führer als „verlängerten Arm“ konstruktiv einsetzen zu können, muss diese Person der Leitung zuerst einmal bekannt sein. Wenn die Leitung die Gruppe bereits länger kennt, dann fällt es ihr meistens nicht schwer, den informellen Führer aus den Gegebenheiten und den Verhaltensweisen der Gruppenmitglieder heraus zu erkennen. Kennt der Vorgesetzte die Gruppe überhaupt nicht oder nur oberflächlich, dann bietet sich der Weg über die soziometrische Methode des Soziogramms an. Auf Fragen wie z.B. „Mit wem möchten Sie zusammenarbeiten?“ oder „Wen würden Sie zu einer Party einladen?“ antworten die befragten Gruppenmitglieder und der Leiter wertet die Ergebnisse aus. Der informelle Führer ist derjenige, der von der Gruppe in den meisten bzw. zentralen Fragekategorien die meisten Stimmen erhält.

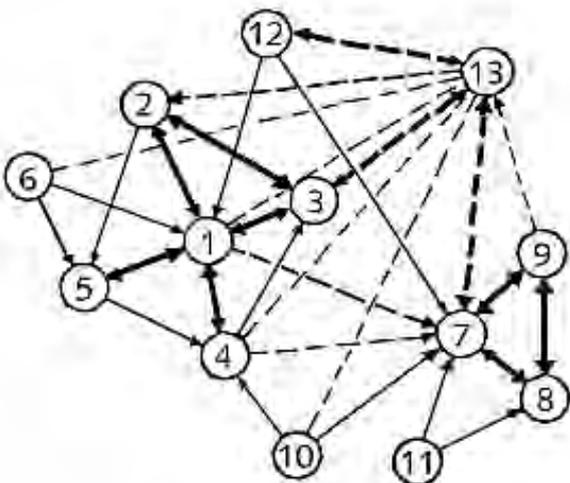
In vielen Teams existiert nur ein informeller Gruppenführer. In Einzelfällen können sich aber auch zwei Personen die Rolle des informellen Führers teilen. Dann besteht ein **Führungsdual**:

- Der **Tätigkeitsführer**, welcher sich intensiv für die Erreichung der vorgegebenen Leistungsziele einsetzt und alles dafür tut, damit alle Gruppenmitglieder zur Zielerreichung Beiträge bringen. Deshalb sollte ihn der Gruppenleiter als ›verlängerten Arm‹ einsetzen.
- Der **Beliebtheitsführer**, welcher überall gern gesehen ist und sich ebenfalls für die Gruppe engagiert. Er setzt sich vor allem für das Erreichen der Gruppenerhaltungsziele (z.B. Zusammenhalt) bzw. für das Erreichen der Individualziele (z.B. individuelle Zufriedenheit) ein. Er pflegt die Gruppenbeziehungen, hört gut zu und ermutigt die Kameraden.

Beide informelle Führer biedern sich nicht an und treten nicht als „Schleimer“ auf. Die Gruppe billigt dem informellen Führer seinen hohen Rang auf Grund der vom Team anerkannten Autorität zu.

## Merkmale des informellen Führers

Ein informeller Führer hat die Fähigkeit, stärker als andere auf die von der Organisation gesetzten Leistungsziele positiv hinzuwirken, die Harmonie im Team zu fördern, Spannungen in der Gruppe auszugleichen, zu interner Kommunikation und verstärkter Meinungsbildung beizutragen. Außerdem bringt er die Bereitschaft mit, über die Wahrung der Gruppennormen zu wachen und ihre Einhaltung in der Gruppe sicherzustellen. Es ist für ihn typisch, dass er sich in der Gruppe engagiert. Informelle Führer haben eine vergleichsweise hohe soziale Kompetenz, hohes Selbstvertrauen bzw. stark ausgeprägte Extrovertiertheit. Sie pflegen zu allen Gruppenmitgliedern Kontakte, auch zu den Außenseitern der Gruppe. Sie zeigen in jeder Situation Hilfsbereitschaft und sind i.d.R. nicht auf formelle Führerschaft bedacht. Sie setzen sich intensiv für das Gruppenleben ein und wirken bei Konflikten in der Gruppe zumeist ausgleichend.



(Abbildung: Soziogramm (Beziehungsgeflecht, Höhn & Schlick, 1976, zitiert in Wellhöfer, P. Gruppendynamik und soziales Lernen, 2007)

Grundsätzlich werden in der Pflgeliteratur folgende fünf Beziehungsmuster zwischen Leiter und informellem Führer beschrieben (vgl. Leutzinger, Luterbacher, S.117):

1. Die Leitung (formale Vorgesetzte) und der informelle Führer (Meinungsbildner) sind in ein und derselben Person vereint, was allerdings nur in etwa 10- 15% aller Fälle vorkommen soll. Dies ist grundsätzlich der beste Fall.
2. Die Leitung und der informelle Führer verstehen sich gut. Die Gruppe „funktioniert“ auch gut.

3. Die Leitung fühlt sich in ihrer Position durch den informalen Führer bedroht, der informelle Führer ist ihr jedoch positiv eingestellt. Da der informelle Führer sich ihr gegenüber wohlwollend verhält, sollte der formale Vorgesetzte versuchen, dessen Rolle zu akzeptieren.

4. Die Leitung ist aufgrund ihrer positiven Einstellung dem informellen Führer gegenüber blind geworden ist und realisiert gar nicht, dass der informelle Führer die Gruppe gegen sie beeinflusst. Diese Situation kann für sie „gefährlich“ werden.

5. Die Leitung und der informelle Führer kommen nicht miteinander aus, wodurch die Dynamik der Gruppe nachhaltig negativ beeinflusst wird. In dieser Situation hilft häufig nur eine Vorgangsweise, dass nämlich entweder der formale Vorgesetzte oder der informelle Führer die Gruppe verlässt.

## Inhaber der Alpha-Position (gemäß dem Rangdynamik-Modell)

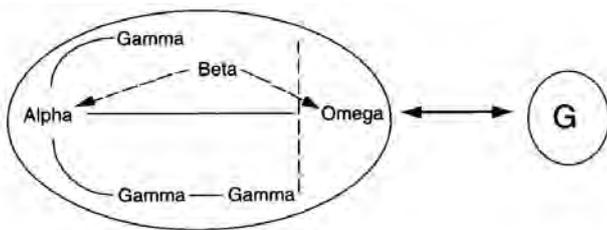
In den 50er Jahren entwickelte der Psychotherapeut, Psychoanalytiker und Psychiater Raoul Schindler zum noch besseren Verständnis von Dynamik in Gruppen ein Modell, nämlich das Rangdynamik-Modell, in dem es u.a. um den Inhaber der Alpha-Position in einer Gruppe geht, der wie der informelle Führer von der Leitung abweichen kann. Dieses anerkannte Modell lässt sich auch sehr gut auf den Krankenhaus- bzw. Pflegebereich anwenden.

Schindler beschreibt darin unterschiedliche psychodynamische Positionen (nicht soziologische – eine in der Praxis häufige Verwechslung), die von den einzelnen Gruppenmitgliedern einer Gruppe besetzt werden und mit deren Hilfe Handlungen und Interaktionen in der Gruppe besser beschrieben und verstanden werden können.

Die Rangdynamik von Schindler beschreibt innerhalb der Gruppe vier Positionen, nämlich Alpha, Beta und Omega sowie das der Gruppe gegenüberstehende „G“. Das „G“ steht für das „Gegenüber“ der Gruppe, in gruppenpsychoanalytischer Sichtweise auch für Gegner. Es ist die Position außerhalb der Gruppe, der ihre Initiative gilt, zu diesem Zeitpunkt ihr Ziel ausmacht und über die sich die Gruppe definiert. Dieses „G“ kann real (zum Beispiel: Erarbeitung neuer Pflegestandards, ...), eine abstrakte Figur (zum Beispiel: „die Patienten“, ...), eine Erwartung oder eine Vision/Idee/eine heraus-

fordernde Aufgabe sein. Die Positionen Alpha, Gamma und Omega sind in jeder Gruppe zu jeder Zeit besetzt, nicht zwingend, findet sich aber in Krankenhaus-Teams bzw. Pflegeteams die Beta-Position.

Diese Positionen sind zumeist unabhängig von Funktionen und eingenommenen Rollen. Weiter hat die Position Alpha in diesem Modell nichts mit den „Alpha-Tieren“ in der Verhaltensforschung oder der „Alpha-Persönlichkeit“, mit der beispielsweise Herzinfarkttrisikopatienten identifiziert werden, zu tun.



(Abbildung: die Soziodynamische Grundformel - modifizierte Darstellung in König, O./Schattenhofer, K.: Einführung in die Gruppendynamik. Heidelberg: Carl Auer Verlag, 2014, 7.Aufl.)

## Die einzelnen Positionen des Rangdynamikmodells lassen sich folgendermaßen beschreiben:

- **Alpha** ist die Position des Initiativträgers, dessen Anerkennung durch die Gruppenmitglieder (Gammas) eine gemeinsame Initiative in Richtung „G“ ausgelöst hat.
- **Beta** ist die Position dessen/derer, die mitmachen und persönlich unabhängig bleiben, ohne sich mit Alpha zu identifizieren oder zu opponieren. Meist sind sie in einer sachlich-beratenden Funktion tätig. Durch ihre Unabhängigkeit sind sie aber für die Gruppe auch Alpha-geeignet und dadurch potenziell dessen Rivalen.
- **Gamma** ist die Position derer, die sich Alpha angeschlossen haben, sich mit seiner Initiative identifizieren und sie auch ausführen und/oder mittragen. Die Gammas stehen zu diesem Zeitpunkt in einer positiven emotionalen Abhängigkeit zu Alpha.
- **Omega** ist die Position des Zurückhaltenden, der sich nur oft widerwillig der Initiative anschließt. Sein Mitmachen ist sehr zögerlich und drückt damit die (immer vorhandene) Ambivalenz der Gruppe (also auch der Gammas) zu Alpha und dieser Initiative aus.

Die Positionen sind in funktionierenden Krankenhaus-/Pflegeteams flexibel (dynamisch) und je nach Ziel bzw. Aufgabe von unterschiedlichen Personen besetzt. So ist es in Krankenhausabteilungen durchaus möglich, dass im Krankenhausbereich Initiativen von Turnusärzten, Assistenten oder Oberärzten ausgehen und getragen werden (Alpha) und die anderen Mitarbeiter, inklusive des Chefs, „mitarbeiten“ (Gamma). Im Pflegeteam wären dies analog Initiativen der Pflegehelfer/innen, der Diplomierten Gesunden- und Krankenpfleger/innen inklusive der Stationsleitung, die in der Gamma-Position „mitarbeitet“. Die Leitungsfunktion der Abteilung und damit die Letztverantwortung bleiben dadurch unverändert. Häufig ist in der Praxis die Leitung (formelle Führung) in der Beta-Funktion (als Berater/in) zu finden.

## Zusammenhänge

Jede formelle Funktion kann prinzipiell aus jeder Rang-Position ausgeübt werden, doch gibt es soziale und thematische Zuordnungen. Die eingenommenen Rollen erscheinen anders, je nachdem aus welcher Rang-Position (Alpha, Gamma, Beta, Omega) die entsprechenden Funktion ausgeübt wird. Die Leitungsfunktion erscheint zum Beispiel aus der Alpha-Position mitreißend, aus Beta funktionell, aus Omega aber despotisch und dem Team aufgezwungen.

In einem funktionierenden Team werden die Positionen je nach Thema oder aktuellen Stand der Gruppe „dynamisch“ wechseln. Gruppen und Organisationen, in denen eine Person die Alpha-Position - unabhängig von der Funktion - quasi „gepachtet“ hat, sind in ihrer Entwicklung und Dynamik eher gehemmt und erleben Stagnation oder Rückschritte.

Für die Gruppendynamik ist die Omega-Position besonders interessant. Sie ist meist schnell diagnostizierbar („der Außenseiter“, „der Buhmann“, usw.). Alpha ist hingegen nicht immer leicht zu identifizieren, da er manchmal leise im Hintergrund agiert. Er schafft dann die Unterstützung und Atmosphäre, dass die Gammas für das Ziel „G“ arbeiten.

## Die positive Auseinandersetzung mit dem Außenseiter (Omega)

Wenn sich eine Gruppe/ein Team mit ihrem Außenseiter offen und tolerant auseinandersetzt, so kann sie einiges für sich gewinnen:

- Auseinandersetzung bringt Diskussion und damit mehr Kontakt zwischen den Gruppenmitgliedern. Ist man sich dagegen allzu einig, so erübrigt sich das

Gespräch und die Intensität des Kontaktes nimmt ab.

- Gruppen, die lange bestehen, verlieren manchmal den nötigen Kontakt zur „Außenwelt“. Man ist unter sich, man hat ähnliche Neigungen, Ansichten und Überzeugungen. Man lebt in einer Eigenwelt. Die Auseinandersetzung mit dem Außenseiter kann für eine solche Gruppe ein Stück Realitätsanpassung bedeuten.
- Durch die Auseinandersetzung mit dem Außenseiter kann die Gruppe sich ihrer Normen, Werte und Ziele erst recht bewusst werden. Sie muss ihre Grundsichten überdenken, formulieren und vielleicht sogar verteidigen. Dadurch gewinnt sie an Lebendigkeit und Stärke.

Das Rangpositionsmodell kann von der Leitung in mehrfacher Weise genutzt werden, wie z.B.:

- Um zu erkennen, in welcher Rangposition sie sich als Leitung zum Betrachtungszeitpunkt befindet und demgemäß konstruktiv agieren kann.
- Wenn Sie selbst nicht die rangdynamische Alpha-Position einnimmt, dies nicht persönlich zu nehmen.
- Aus Ihrer jeweiligen rangdynamischen Position die übrigen Teammitglieder bei der Zielerreichung zu unterstützen.
- Die Auseinandersetzung mit dem Omega konstruktiv gestalten und dessen Informationen für das Gelingen der Zielerreichung zu unterstützen.

Daher ist die oben ausgeführte soziometrische Methode mit der Rolle des informellen Führers „streng“ von der Rangdynamik zu unterscheiden. Soziometrische Gesichtspunkte bzw. Fragen können auch an ein willkürlich zusammen gesetztes Kollektiv gestellt werden, das nicht unbedingt einer Gruppe bzw. ein Team entsprechen muss. Das gemeinsame Ziel/das Gegenüber, findet in der Soziometrie keine Repräsentanz. Bei der Soziometrie steht die Erfahrung der sozialen Kontakte der Gruppenmitglieder untereinander im Mittelpunkt. Der nach der soziometrischen Befragung Beliebteste wird zwar häufig mit der rangdynamischen Alpha-Position gleichgesetzt sowie der Unbeliebteste in der Omega-Position gesehen. Das mag oft stimmen, muss

aber aus genannten Gründen nicht so nicht sein.

Leitungen, die in der Praxis mit der Rangdynamik umgehen, haben immer wieder die Tendenz, die Rangpositionen (Alpha, Beta, Gamma, Omega und Gegenüber/Gegner) durch Rollen (Führer, Fachmann, Mittläufer, Prügelknabe, Feind) anschaulich zum machen. Dies ist gut verständlich, weil sie dadurch oft erst anschaulich werden. Es kann aber sein, dass sich die Funktion dieser Rollengestaltung mit den entsprechenden Rangpositionen treffen, es muss aber nicht sein. Die Rollengestaltung ist nicht ident mit der Rangposition. Die Funktionen wie z.B. die der Leitung bzw. Führung, die sich in der Rollengestaltung ausdrückt, kann im Grunde in jeder Rangposition eingenommen werden.

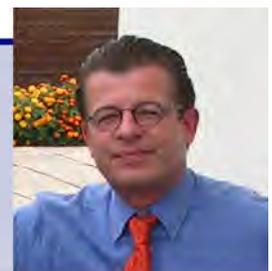
### Praxis-Empfehlung:

Für eine Leitung im Pflegebereich ist es daher von sehr großer Bedeutung, den/die informellen Führer des Teams zu kennen und mit ihr/ihnen eine besonders gute Zusammenarbeit finden. Weiter ist es sehr vorteilhaft, die dem jeweiligen Ziel entsprechende eigene Rangposition zu kennen und demgemäß zu agieren. Im Falle, dass ein anderes Gruppenmitglied die Alpha-Position einnimmt, wäre es sinnvoll, dies nicht persönlich zu nehmen; im Gegenteil wäre es angezeigt, dieses Gruppenmitglied entsprechend - z.B. aus der Beta-Position - zu unterstützen.

### Autor & Links



[www.hpd-gruner.at](http://www.hpd-gruner.at)



### Dr. Herbert Gruner

Systemischer Organisations- und Teamentwickler, Personalentwickler & Coach, Referent sowie langjähriger Lehrveranstaltungsleiter im Gesundheitswesen an österreichischen Universitäten, Fachhochschulen und Akademien, Supervisor und Coach (Mitglied der Expertenpools für Supervision und Burnoutberatung der WKO).

### Literaturverzeichnis

Antons, K.: Praxis der Gruppendynamik. Übungen und Techniken. Göttingen: Hogrefe, 2011, 9.Aufl.

Ardelt-Gattinger, E./ Lechner, H. / Schlögl, W. (Hrsg.): Gruppendynamik. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie (PSH 9 53), 1998.

- Francis, D.; Young, D. : Mehr Erfolg im Team. Essen- Werden 2007, 3.Aufl.
- Hofstätter, P.R.: Gruppendynamik, überarbeitete und erweiterte Ausgabe, Reinbek 1989.
- Kals, E./Gallenmüller-Roschmann, J.G.: Arbeits- und Organisationspsychologie. Weinheim, Basel: Beltz Verlag, 2011, 2.Aufl.
- Kirchler, E.: Arbeits- und Organisationspsychologie: Wien: UTB, 2011, 3.Aufl.
- König, O./Schattenhofer, K.: Einführung in die Gruppendynamik. Heidelberg: Carl Auer Verlag, 2014, 7.Aufl.
- Langmaack, B. u. M. Braune-Krickau: Wie die Gruppe laufen lernt. Anregungen zum Planen und Leiten von Gruppen. Weinheim: Beltz, 2010, 8.Aufl.
- Leuzinger A./Luterbacher, Th.: Mitarbeiterführung im Krankenhaus. Bern: Huber, 2000, 3. Aufl.
- Möller, S.: Einfach ein gutes Team. Teambildung und -führung in Gesundheits-berufen. München: Springer-Verlag, 2010.
- Rechtien, W.; Angewandte Gruppendynamik: Ein Lehrbuch für Studierende und Praktiker. Weinheim: Beltz, 2007, 4.Aufl.
- Sader, M.: Psychologie der Gruppe. München: Juventa, 2008, 9. Auf.
- Schindler, R.: Die Soziodynamik der therapeutischen Gruppe. In: A. Heigl-Evers (Hrsg.): Psychoanalyse und Gruppe. Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht), S. 21-32, 1971
- Schindler, R.: Das Verhältnis von Soziometrie und Rangordnungsdynamik. In: A. Heigl-Evers (Hrsg.): Psychoanalyse und Gruppe. Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht), S. 30-36, 1973.
- Stahl, E.: Dynamiken in Gruppen. Weinheim, Beltz, 2012, 3.Aufl.
- Tuckmann, B.W.: Developmental sequence in small groups. Psychological Bulletin 63: 384-399, 1965
- Langmaack, B. u. M. Braune-Krickau: Wie die Gruppe laufen lernt. Anregungen zum Planen und Leiten von Gruppen. Weinheim: Beltz, 2000.
- Ueberschaer, N.: Mit Teamarbeit zum Erfolg: So gestalten sie effizient die Zusammenarbeit im Unternehmen. Fachbuchverlag Leipzig: Leipzig, 2000, 2.Aufl.
- Velmerig, C. O., K. Schattenhofer u. C. Schrapper (Hrsg.): Teamarbeit. Konzepte und Erfahrungen – Eine gruppendynamische Zwischenbilanz. Weinheim/München: Juventa, 2004.
- Vopel, K.W.: Teamzentriertes Teamtraining. Teile 1-4. Salzhäusen 2006, 3.Auf,
- Wahren, H.- K.: Gruppen- und Teamarbeit im Unternehmen. Berlin/ New York 1994.
- Wellhöfer, P. R.: Gruppendynamik und soziales Lernen. Stuttgart: Lucius&Lucius Verlag, 2012, 4. Aufl.

# Wissen, das erfrischt

Abonnieren und  
Smoothie-Maker sichern!



Ihre Fachzeitschrift  
für Intensivpflege  
und Anästhesiologie

[www.thieme.de/intensiv](http://www.thieme.de/intensiv)



Pflegepraxis und  
psychiatrische  
Gesundheit

[www.thieme.de/psychpflegeheute](http://www.thieme.de/psychpflegeheute)



Die führende  
Fachzeitschrift für  
Endoskopie-Personal

[www.thieme.de/endopraxis](http://www.thieme.de/endopraxis)



Stark für Kinder

[www.thieme.de/jukip](http://www.thieme.de/jukip)



Fachzeitschrift für  
OP-Pflege und OTA

[www.thieme.de/im-op](http://www.thieme.de/im-op)



(C) Stefan Spycher

## „Der Schweizer Weg der Pflege“

Hört man sich in der deutschsprachigen Pflegelandschaft um, vernimmt man immer wieder die Gerüchte, dass die Schweiz besser bezahlt, optimierter ausbildet und den Bereich der Pflegeforschung adäquat fördert. Dies war für uns ein Grund, den Leiter für den Direktionsbereich Gesundheitspolitik zu einem Interview einzuladen...

**Pflege Professionell:** Die Schweiz hat einen sehr hohen Standard in der Pflege. Wie sehen Sie diese Vorreiterrolle?

**Direktor Stefan Spycher:** Die Schweiz hat durch das Bildungssystem, Berufsbildung und Hochschulbildung, Fachhochschulen, Universität und höhere Fachschulen sehr differenzierte Pflegeprofile, was in den Institutionen einen bewussten Skill- und Grademix zulässt. Da die Pflegeausbildung in der Schweiz immer einen hohen Stellenwert hatte, ist die Rolle der Pflegenden im Verhältnis zu den Ärztinnen und Ärzten eine vergleichsweise anerkanntere als in anderen Ländern, was sich darin zeigt, dass bei uns Pflegenden weitergehende Kompetenzen haben und Arbeiten übernehmen, die in anderen Ländern bei Ärztinnen und Ärzten liegen.

**Pflege Professionell:** Wenn Sie ihr Gesundheitssystem mit dem von Österreich und Deutschland vergleichen. Wo sehen Sie die Stärken und

Schwächen der Schweiz?

**Direktor Stefan Spycher:** Die Schweiz hat Stärken in folgenden Bereichen: gut ausgebildetes Personal, hohe Zufriedenheit der Bevölkerung, gute modern ausgerüstete Infrastruktur auf dem Stand neuester Technologie, breite Zugänglichkeit und gute Erreichbarkeit, keine Wartezeiten, keine Rationierungen, sichere Finanzierungsgrundlage, breiter Leistungskatalog. Von Schwächen spricht man ja weniger gerne, aber die gibt es in der Schweiz natürlich auch: es gibt eine Reihe von Fehlanreizen, die zu einem zu hohen Angebot an Leistungen und zu hohen Kosten führen. Gleichzeitig können wir mangels einer kohärenten Qualitätsmessung und Versorgungsforschung kaum beurteilen, was in der Praxis tatsächlich geschieht. Weiter sind die E-health-Anwendungen noch kaum verbreitet. Die Regierung, der Bundesrat, hat auf diese Mängel reagiert und eine umfassende Reformagenda Gesundheit 2020 verabschiedet ([www.gesundheit2020.ch](http://www.gesundheit2020.ch)).

**Pflege Professionell:** Anhand der demografischen Entwicklung könnte ein ökonomischer Druck entstehen. Ist ein solcher bereits bemerkbar?

**Direktor Stefan Spycher:** Der Druck wird insbesondere im Langzeitpflegebereich sicher stark ansteigen. In der aktuellen Diskussion stehen aber eher die Gesundheitskosten, die im akutmedizinischen Bereich zunehmen, im Vordergrund. Da zwei Drittel der Kosten durch Kopfprämien bezahlt werden, wird auch die soziale Tragbarkeit für Wenigverdienende intensiv diskutiert.

**Pflege Professionell:** Wie beeinflusst die Währungspolitik und die Arbeitsmarktpolitik, Ihr handeln?

**Direktor Stefan Spycher:** Der Gesundheitsbereich ist ein volkswirtschaftlich zentraler Bereich und entsprechend spielen die Interdependenzen zu den genannten Politiken eine Rolle. Mehr Sorgen macht uns derzeit aber das aussenpolitische Verhältnis zur EU. Hier wurde eine Schweizerische Volksinitiative angenommen, die eine Limitierung der Zuwanderung verlangt. Die konkrete Umsetzung dieses Anliegens ist noch offen. In der Schweiz sind wir aber in höchstem Masse vom Zustrom von Pflegenden und Ärzten und Ärztinnen aus dem Ausland angewiesen. Heute haben wir diesbezüglich bereits einen Anteil von 35-40%. Sollte dieser Zustrom sich stark reduzieren, hätten wir ernsthafte Versorgungsprobleme.

**Pflege Professionell:** Können Sie den hohen pflegerischen Standard der Schweiz auch in den nächsten Jahrzehnten noch halten?

**Direktor Stefan Spycher:** Dies wird angesichts der knappen personellen Ressourcen eine grosse Herausforderung sein, die auf mehreren Ebenen angegangen werden muss. Zentral wird die Stärkung der Interprofessionellen Zusammenarbeit sein und die bewusste Aufgabenverteilung. Der Skill- und Grademix wird noch zentraler werden und die enge Zusammenarbeit mit Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen. Weiter erhoffen wir uns Produktivitätssteigerungen durch die flächendeckende Einführung eines e-Patientendossiers sowie weiterer Digitalisierungen.

**Pflege Professionell:** Wie steht die Politik in der Schweiz zu einer Pflegekammer?

**Direktor Stefan Spycher:** Die Einführung einer Pflegekammer ist in der Schweiz derzeit kein Thema. Allerdings beabsichtigen wir, eine neue Diskussionsplattform zu schaffen, auf der alle Themen rund um die Pflege bearbeitet werden können.

**Pflege Professionell:** Welche Empfehlung würden Sie Österreich und Deutschland in Bezug auf ANP geben?

**Direktor Stefan Spycher:** Es wird in Deutschland, Österreich und der Schweiz ein versorgungspolitisch zentraler Schritt sein, Pflegende mit erweiterten Kompetenzen im System einzusetzen.

Gerade auch im Bereich der chronisch erkrankten und alten Menschen ist zu prüfen, wie Pflegende in die Fallführung eingebunden werden können.

Das Potenzial von ANP bezüglich Entwickeln von Versorgungsplänen und Behandlungspfaden soll genutzt werden, um die Gesundheitsversorgung kontinuierlich am Versorgungsbedarf auszurichten. Diese Entwicklungen stehen aber in der Schweiz noch ganz am Anfang, daher können wir noch von keinen Best-Practices berichten.



(C) Stefan Spycher

**Pflege Professionell:** Wie sieht in der Schweiz die Finanzierung von pflegerelevanten Forschungsarbeiten aus? Gibt es hierfür finanzielle Ressourcen und wenn ja von wem?

**Direktor Stefan Spycher:** Die Pflege wird vom Bund und von den Kantonen von mehreren Seiten bei ihren Forschungsarbeiten finanziell unterstützt. Bildungsseitig vor allem von Seiten des Staats-

sekretariates für Bildung und Forschung und Innovation, weiter durch den schweizerischen Nationalfonds SNF, mit gesundheitspolitischen Blickwinkel aus der Optik der Ressortforschung im Bundesamt für Gesundheit, für Fragen der Versorgung meist aus kantonalen Mitteln. Zu erwähnen ist in diesem Kontext aber auch ein Nationales Forschungsprogramm zur Versorgungsforschung.

**Pflege Professionell:** Was würden Sie an der pflegerischen Ausbildung verändern, wenn Sie absolut freie Hand hätten?

**Direktor Stefan Spycher:** Ich würde die Masterstudiengänge auf die Rolle der Clinical nurse und der Advanced nurse profilieren und ihr auch einen rechtlich einheitlichen Rahmen für die Berufsausübung geben. Daneben würde ich interprofessionelle Module insbesondere zu Themen wie Kommunikation, gemeinsame Entscheidungsfindung und Leadership aufbauen.

## Autor



[www.pflege-professionell.at](http://www.pflege-professionell.at)



## Markus Golla, BScN

Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger  
 Akademischer Lehrer für Gesundheits- und Krankenpflege  
 Masterstudent „Pflegerwissenschaft“ der Universität Wien  
 Österreichischer Ansprechpartner der EAHN  
 Kommunikationstrainer



SONJA SCHIFF

# 10 Dinge, die ich von alten Menschen über das Leben lernte

Einsichten einer  
Altenpflegerin

Erhältlich  
in jedem guten  
Buchhandel!

BUCHTIPP DES MONATS

## Jede fünfte Altenpflegefachkraft ist akademisch gebildet Zwischen den Erwartungen des Wissenschaftsrates und denen der Arbeitgeber

Der Header entspricht der Zielvorstellung des Wissenschaftsrates (2012), denn auch wenn die 20%-Akademiker-Quote noch lange nicht Realität ist, wird der Bedarf an akademisch gebildeten Pflegefachkräften in der Pflegefachwelt heute kaum noch bestritten (Köpke 2013).

Maximal 3.500 Personen (Heyelmann 2015) verfügen heute in Deutschland über einen Bachelorabschluss in Pflege und das beruflich qualifizierende staatliche Examen, die Anzahl der Absolventinnen und Absolventen wird in den nächsten Jahren stark ansteigen. Wird ein Teil von ihnen danach in der Altenpflege arbeiten?

Mittels qualitativer Interviews wurden von der Autorin die Erwartungen der Arbeitgeber zu diesen Fragen erhoben, die Auswertung brachte interessante Ergebnisse hervor.

*„Wenn jemand diesen Studiengang abgeschlossen hat, ist es wichtig zu wissen, was möchte die Person selber“ (IP\_4 in Heyelmann 2015:121)*

Die zitierte Aussage traf einer der Interviewpartner nach der Frage, wo und wie er die Absolventinnen und Absolventen einsetzen würde. Etwas provozierend könnte darauf erwidert werden, dass Arbeitsplatzwahl und Aufgabenzuschnitte immer von persönlichen Präferenzen der Bewerberinnen und Bewerber abhängig sind oder zumindest sein sollten. Wie sehr diese Präferenzen von Seiten der Arbeitgeber berücksichtigt werden (müssen), hängt u.a. vom Markt ab. Der Pflegesektor, besonders die Altenpflege, hat sich zu einem Arbeitnehmermarkt entwickelt, es gibt mehr offene Stellen als Fachkräfte. Die Unternehmen müssen qualifiziertes Personal anwerben, die Arbeitnehmer entscheiden, für wen sie arbeiten möchten (Littig 2013). Was die Bewerberin/der Bewerber inhaltlich arbeiten kann/soll/möchte, steht meist im Zusammenhang mit dem Bildungsabschluss, den sie/er erworben hat.

Interessant wird die Aussage, wenn man sie in ihren Kontext setzt: ein Interview zu Arbeitsmarktperspektiven akademisch gebildeter Altenpflegefachkräfte. Sie kann für die hohe Unsicherheit stehen, die unter den Arbeitgebern auch sieben Jahre, nachdem die ersten Absolventinnen und Absolventen auf dem Arbeitsmarkt nach passenden Stellen suchten, im Rahmen der sechs geführten Interviews feststellbar war. Zwar beschäftigten vier der sechs Interviewpartner zum Zeitpunkt der Interviews Pflege-dual-Studierende, die alle bereits ihr berufliches

Examen aber noch nicht den akademischen Abschluss erlangt haben, aber Gespräche mit einem potentiellen Übernahmeangebot nach dem Abschluss waren allenfalls geplant. Die Gespräche sollten auch dem Sammeln von Erfahrungen mit der Zielgruppe dienen, die sich aufgrund der vielen unterschiedlichen Studiengangskonzeptionen in sich heterogen darstellt (Heyelmann 2015).

Die Interviewpartner erwarten zu Recht größere Kompetenz- und Kenntnis-Unterschiede unter den akademisch gebildeten als bei ‚nur‘ beruflich qualifizierten, examinierten Pflegefachkräften: der Bund macht im dritten Bereich des Berufsbildungssystems, des der Ausbildungen in Schulen des Gesundheitswesens, Gebrauch von seinem Recht in Feldern der konkurrierenden Gesetzgebung (Art. 74 GG), er erlässt Berufszulassungsgesetze (u.a. Altenpflegegesetz und Krankenpflegegesetz) für die Heilberufe (Dielmann 2002). Die Hochschul-ausbildung wird innerhalb des deutschen Bildungssystems dem tertiären Sektor zugeordnet und unterliegt, wie auch andere Bildungsbereiche, dem föderalen Prinzip, ist demnach Ländersache.



Bundeseinheitliche Regelungen sind im Hochschulrahmengesetz verankert, sie stehen dem Pluralismus bei unterschiedlichen Studiengangsaufbauten und Qualifikationszielen, wie sie im Bereich der Pflegestudiengänge zu finden sind, nicht entgegen (Bartsch 2009).

Das Angebot an erstausbildenden Pflegestudiengängen ist in den letzten zehn Jahren rasant gewachsen: Nachdem 2004 an der Evangelischen Hochschule Berlin der erste duale Bachelorstudiengang Pflege angeboten wurde, folgten schon bald weitere Hochschulen. 2009 hatten Interessierte bereits an 16 verschiedenen Hochschulen in Deutschland die Möglichkeit ausbildungs integrierend Pflege zu studieren, heute werden 44 solcher Studiengänge angeboten, das entspricht insgesamt fast 2.000 Studienplätzen jährlich. Die Differenzierung der beruflichen Pflegeausbildungen in Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie Altenpflege findet sich nicht beim akademischen Abschluss wieder, wohl aber in dem zu erwerbenden staatlichen Examen.

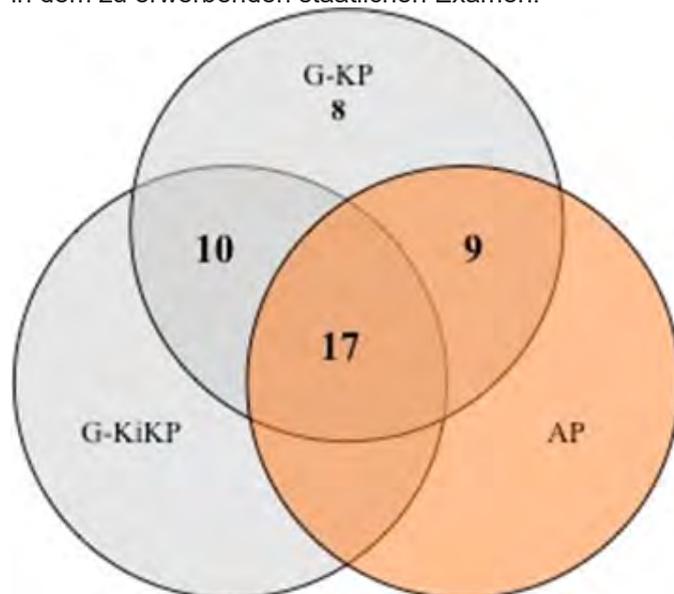


Abb. 1: Verteilung der innerhalb der Pflegestudiengänge erwerbenden Berufsexamina (eigene Berechnung)

Die Abbildung illustriert die Verteilung der innerhalb der Pflegestudiengänge erwerbenden Examina. Die Hälfte der heute angebotenen Studiengänge ermöglicht neben dem akademischen Abschluss einen berufsqualifizierenden Abschluss in der Altenpflege, es ist davon auszugehen, dass die konkrete Anzahl der Plätze an kooperierenden Altenpflegesschulen unterhalb der 1.200 an den Hochschulen zur Verfügung stehenden Studienplätzen liegt. (Heyelmann 2015; eigene Recherche)

Trotz einer Vielfalt in den Konzeptionen und inhaltlichen Schwerpunktsetzungen qualifizieren alle erstausbildenden/ausbildungsintegrierenden Pflegestudiengänge für die Übernahme patienten- und bewohnernahen Aufgaben. Im Rahmen der Evaluation der Modellstudiengänge in der Pflege in Nordrhein-Westfalen haben Bachmann et al. (2014) Qualifikationsziele für akademisch (aus)gebildete Pflegefachkräfte erarbeitet. Nach diesen sollen Absolventinnen und Absolventen u.a. in der Lage sein eigenverantwortlich und selbstständig Pflegebedarfe sowie die Initiierung, Steuerung, Durchführung und Evaluation pflegerischer Prozesse wissenschaftsbasiert und kritisch-reflexiv zu analysieren (Bachmann et al. 2014).

In der Befragung von Heyelmann antizipieren die Interviewpartner bei akademisch gebildeten Pflegefachkräften die Fähigkeiten evidentes Wissen zu suchen, sich anzueignen und in die Praxis umzusetzen sowie hohe kommunikative Kompetenzen. Vier der Interviewpartner gehen davon aus, dass sie ein Geschehen besser als Regelausgebildete aus einer Distanzperspektive beobachten, analysieren und daraus Schlüsse ziehen können (Heyelmann 2015).

Euler und Severin (2014) postulieren zum Thema Durchlässigkeit zwischen beruflicher und akademischer Bildung: „Das eigentliche Kriterium einer Stellenbesetzung sind schließlich die prospektiven Kompetenzen von Bewerbern, die deren berufliche Handlungsfähigkeit sicherstellen“ (Euler/Severin 2014: 10)

Die von den Interviewpartnern erwarteten Kompetenzen decken sich weitestgehend mit den Selbsteinschätzungen der Studierenden zum Kompetenzerwerb an der evangelischen Hochschule Berlin (Knöfler et al. 2012).

Ob diese Skills die Handlungsfähigkeit sicherstellen oder gar übertreffen und für welche Funktionen sie „nötig“ sind, hängt von der Sichtweise auf Pflege ab: Vertreter einer verrichtungsorientierten Sichtweise, wie sie von Müller/Hellweg (2013) beschrieben wird, werden dieser Einschätzung kaum folgen: „*Ich wüsste nicht, können die Stellenpläne schreiben, können sie Dienstpläne, das ist ja nichts, können sie vom Medizinischen her mehr, können sie vielleicht die Pflegeplanung besser als die anderen (...), was können sie denn besser und was können sie, was die anderen denn nicht können.*“ (IP\_3 in Heyelmann 2015:117)

(1) Zu den Pflegehilfskräften werden Pflegepersonen gezählt, die eine einjährige, anderthalbjährige oder zweijährige Pflegehilfeausbildung absolviert haben, sowie diejenigen, die ohne pflegerische Ausbildung in der Pflege tätig sind (vgl. Simon 2013:509).

Heute sind 69% der Beschäftigten in Pflegeheimen keine Pflegefachkräfte (1), sondern Pflegehilfskräfte, Beschäftigte mit hauswirtschaftlichen oder fachfremden Berufsabschlüssen (Management/Verwaltung etc.) oder Physiotherapeutenausbildungen (Statistisches Bundesamt 2015; eigene Berechnung).

In der pflegerischen Versorgung gilt in der stationären Altenpflege eine Fachkraftquote von 50%, die eingehalten werden muss, ein Grund, weswegen die Arbeitgeber stets um Fachkräfte bemüht sind. Diese zu finden wird seit Jahren zunehmend schwerer. Watermeyer (2013) geht deswegen davon aus, dass die Quote nicht mehr lange zu halten ist. Bei einem noch größeren Anteil an Hilfskräften in der pflegerischen Versorgung würde sich die ohnehin schon hohe Verantwortung der Fachkräfte, die sie für ihr Tun an Pflegebedürftige, um und für diese übernehmen müssen (und sollen) um ihnen ein würdevolles Dasein zu ermöglichen und sie in diesem bis zum Ende zu begleiten, gegenüber heute noch einmal deutlich erweitern.

Aufgrund des bestehenden Grade-Mix und der veränderten kognitiven Anforderungen in der Altenpflege, die durch das Mehr an und die Ausdifferenzierung in Gruppen mit unterschiedlichen Pflegebedarfen gekennzeichnet sind, kann sich Personen, die keine verrichtungsorientierte Sichtweise auf die Pflege haben, folgende Frage aufdrängen: Ist nicht diese neue Gruppe an Pflegekräften die Chance für die Altenpflegebranche den zu erwartenden Herausforderungen gut begegnen zu können?

Aufgrund der Dimensionen des Fachkräftemangels in der Altenpflege (2) und der bis dato geringen Absolventenzahlen kann es auf diese Frage nicht nur eine Antwort geben. Die Altenpflege braucht nach Meinung der Autorin mehr und qualitativ hoch (aus-)gebildete Pflegenden.

Wie kann die oben behauptete Unsicherheit der Arbeitgeber erklärt werden? In den Interviews wurde deutlich, dass die

Mehrheit der Befragten nicht damit rechnet, akademisch gebildete Pflegekräfte der ersten Generationen für die Arbeit in Altenpflegeeinrichtungen (ambulant oder stationär) gewinnen zu können, wenngleich sie durchaus Ideen für Aufgabenprofile hätten. Die Erwartung begründet sich im Wesentlichen auf das Image des Sektors und die Vorannahme, dass die Studierenden „besondere Rollen“ einnehmen und/oder besser vergütet werden wollen. Für letzteres sehen insbesondere die interviewten Personalverantwortlichen großer Träger kaum Spielraum.

Ihre Beschreibungen der Möglichkeiten von Absolventinnen und Absolventen treffen die oben erklärten Merkmale eines Arbeitnehmermarktes. Welche Tätigkeiten/welche Aufgaben aufgrund der Doppelqualifikation der Absolventen ausbildungsintegrierender Pflegestudiengänge diese machen können/wollen/sollen, ist für alle Interviewpartner in mindestens einem der Modalverben ungewiss. Nach ihrer Einschätzung können sich die Absolventinnen und Absolventen innerhalb der Pflege- und Gesundheitsbranche aussuchen, wo und was sie arbeiten möchten.

Das sehen die im Rahmen der Evaluationsstudie der Modellstudiengänge in NRW befragten Pflegestudierenden (n=38) durchaus anders: Knapp die Hälfte (45%) von Ihnen bewertet ihre Berufschancen auf dem deutschen Arbeitsmarkt als „sehr gut/gut“, 23% beschreiben sie als „schlecht/sehr schlecht“, die verbleibenden 32% geben „teils/teils gut“ an. 27 der 38 Befragten wünschen sich ihren zukünftigen Arbeitsschwerpunkt am Patienten/Klienten. Bei der Befragung kurz vor Studienabschluss hatten ca. 2/3 bereits einen Arbeitsplatz nach dem Studium in Aussicht, allerdings war unter ihnen nur jeder fünfte der Meinung, dass er seinen zukünftigen Arbeitsplatz aufgrund des Studiums bekommen hat (Darmann-Fink et al. 2014).

Im Rahmen einer (nicht repräsentativen) Onlinerecherche in mehreren Stellenportalen (3) wurde bei der Eingabe „Pflegefachkraft Bachelor“ oder „akademische Pflegefachkraft“ keine Ausschreibung gefunden, die sich direkt an akademisch gebildete Pflegefachkräfte richtete und/oder die

(2) Näheres u.a. bei Schulz 2012; Höfert 2012

(3) Deutschlandweit gesucht auf den Online-Stellenportalen: [www.jobs.de](http://www.jobs.de), [www.kimeta.de](http://www.kimeta.de), [www.stellenanzeigen.de](http://www.stellenanzeigen.de), [www.monster.de](http://www.monster.de) (Zugriff am 02.10.2015; eigene Recherche)

akademische Bildung im Anforderungsprofil aufgeführt hatte.

Bei der aktiven Stellensuche sind Internet-Stellenbörsen der am häufigsten genutzte Kanal (61,5%), den Stellensuchende und Karriereinteressierte zur aktiven Suche nach offenen Stellen und potentiellen Arbeitgebern nutzen. Unternehmenswebseiten folgen mit deutlichem Abstand (37,3%) (Weitzel et al. 2012). In der Annahme, dass Personalverantwortliche in Einrichtungen mit hohem Fachkräftebedarf und -mangel diese Suchmuster kennen, muss vermutlich davon ausgegangen werden, dass es lange dauern wird, bis akademisch gebildete Pflegekräfte mehrheitlich angeben, dass sie ihren Arbeitsplatz aufgrund ihres Abschlusses bekommen haben.

Was können/wollen/sollen akademisch gebildete Pflegefachkräfte in der Altenpflege?

Empirische Erhebungen zu gewünschten Aufgabenzuschnitten/Tätigkeiten von Absolventen könnten über das „Wollen“ Aufschluss geben, Evaluationsstudien über das „Können“. Professionstheoretische Überlegungen und professionspraktische Erfordernisse (Moers/Schöniger/Bögemann 2012) waren zwei der Gründe für die Etablierung erstausbildender Pflegestudiengänge, u.a. sie begründen das „Sollen“. Was die akademisch gebildeten Pflegefachkräfte „werden“ und laut der Stellenbeschreibungen machen „sollen“, hängt wesentlich von den Arbeitgebern der Branche ab.

Es ist erfreulich, dass die Mehrheit der Befragten denkt und hofft, dass sich akademisch gebildete Pflegefachkräfte in zehn Jahren als fester Bestandteil des Grade-Mix etablieren werden. Die Ergebnisse der Arbeit weisen darauf hin, dass zwischen diesen und ähnlich positive Prognosen und der persönlichen Beurteilung der Attraktivität des Altenpflegeberufs ein Zusammenhang besteht. Je positiver

die Befragten den Beruf und die Situation der Altenpflege bewerten, umso mehr Perspektiven sehen sie für akademisch gebildeten Pflegefachkräfte und umso positiver beurteilen sie die Möglichkeiten diese für ihre Einrichtungen zu gewinnen. Dass Interviewpartner, die bereits Erfahrungen mit Pflege-Studierenden gesammelt haben und ihre Arbeitsweise erleben konnten, in ihrem Bestreben die Absolventen für ihre Einrichtungen zu gewinnen deutlich ambitionierter wirkten als diejenigen, die in der Praxis noch keine Berührungspunkte mit ihnen gehabt hatten, verdeutlicht wie wichtig der Kontakt zu der neuen Gruppe an Pflegenden ist (Heyelmann 2015).

Es sind Anstrengungen erforderlich um die Absolventinnen und Absolventen jetzt für sich zu gewinnen, auch wenn der dafür zu erbringende Aufwand sich quantitativ nicht in den zu besetzenden Stellen messen lassen wird können. Ein offensives Anwerben wird der Ausgangspunkt für persönliche Gespräche mit Studierenden oder Absolventen sein. In diesem Rahmen kann im Dialog eruiert werden, welche Aufgabenzuschnitte mit Blick auf die Wirkung für und an den Pflegebedürftigen gemacht werden sollen oder Sinn machen und beide Parteien wollen. Beim „Können“ werden nicht nur die Kenntnisse und Fähigkeiten der akademischen Pflegefachkräfte, sondern auch Durchsetzungswille und macht der Arbeitgeber gegenüber ihren Trägern eine Rolle spielen.

*„Ja, gut, aber wer will denn Pflege-dual als normale Pflegefachkraft dann arbeiten?“ (IP\_1 in Heyelmann 2015:126)*

Pflegebedürftigen-ferne Aufgaben zu übernehmen ist mehrheitlich (4) nicht das Qualifizierungsziel der 44 derzeit angebotenen Studiengänge. Es gilt für die Politik und die Arbeitgeber in Pflegeeinrichtungen unseres Gesundheitssystems einen Weg zu finden die Arbeitsbedingungen für Pflegenden so attraktiv zu gestalten, dass eine erfolgreiche Karriere in der Pflege nicht mehr Pflegebedürftigen-ferne

(4) vereinzelt weisen die Hochschulen die Übernahme von Aufgaben im mittleren Management als Einmündungsfelder aus (eigene Recherche)

Aufgaben impliziert. Der sich durch die Etablierung der Studiengänge noch weiter ausdifferenzierte Grade-mix muss auch für und an den Pflegeleistungsempfängern deutlich werden. Ansonsten wird der Header auch in 50 Jahren noch eine nicht erreichte Zielvorstellung sein. So viele Stabs- oder Führungsstellen hat und braucht der Sektor nämlich nicht.

## Literaturverzeichnis:

Bachmann et al. (2014): Qualifikationsziele hochschulisch ausgebildeter Pflegenden. Download: [www.dg-pflegewissenschaft.de](http://www.dg-pflegewissenschaft.de) (Zugriff am 10.10.2015)

Bartsch, Tim-C. (2009): Hochschulpolitik ist Ländersache?! Baden-Württemberg und die europäische Hochschulpolitik. In: Frech, Siegfried/Hüttmann, Martin Große/Weber, Reinhold (Hrsg.): Handbuch Europa-politik. Stuttgart, Kohlhammer-Verlag:200-212

Darmann-Fink et al. (2014): Inhaltliche und strukturelle Evaluation der Modellstudiengänge zur Weiterentwicklung der Pflege- und Gesundheitsfachberufe in NRW. Abschlussbericht. Download: [www.mgepa.nrw.de](http://www.mgepa.nrw.de) (Zugriff am 10.10.2015)

Destatis (2014): Mehr als ein Drittel der Haushalte in Deutschland sind Singlehaushalte. Pressemitteilung vom 28. Mai 2014. Download: [www.destatis.de](http://www.destatis.de) (Zugriff am 25.09.2015)

Dielmann, Gerd (2002): Zur Diskussion um eine Reform der Ausbildung in den Pflegeberufen. In: Gerlinger, Thomas et al. (Hrsg.): Qualifizierung und Professionalisierung. Hamburg, Argument-Verlag:60-79

Euler, Dieter/Severing, Eckart (2015): Durchlässigkeit zwischen beruflicher und akademischer Bildung. Daten, Fakten, offene Fragen. Bertelsmann-Stiftung

Heyelmann, Lena (2015): Nach dem Pflege-Studium in die Altenpflege? Die Erwartungen der Arbeitgeber. Frankfurt am Main, Mabu-se-Verlag

Höfert, Rolf (2012): Zur Situation der Pflege in Deutschland. In: Schumpelick, Volker/Vogel, Bernhard (Hrsg.): Gesundheitssystem im Umbruch. Beiträge des Symposiums vom 23. Bis 26. September 2011 in Cadanabbia. Freiburg/Basel/Wien, Herder-Verlag:350-362

Knöfler et al. (2012): Erfahrungen und Selbstverständnis von Bachelorstudierenden in der Praxis. Ein Vergleich zwischen Deutschland und der Schweiz am Beispiel zweier Hochschulen. In: Padua – Die Fachzeitschrift für Pflegepädagogik. Vol. 7 (5) :246-251

Köpke, Sascha et al. (2013): Einstellungen Pflegenden in deutschen Krankenhäusern zu einer evidenzbasierten Pflegepraxis. In: Pflege – Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe, Vol. 26 (3) 2013:163-175

Littig, Peter (2013): Wanted – Fach- und Führungskräfte. Stark Verlagsgesellschaft

Moers, Martin/Schöniger, Ute/Böggemann, Marlies (2012): Duale Studiengänge – Chancen und Risiken für die Professionalisierung der Pflegeberufe und die Entwicklung der Pflegewissenschaft. In: Pflege&Gesellschaft, 17.Jrg. 2012 H.3. Weinheim, Beltz Juventa-Verlag:232-248

Müller, Klaus/Hellweg, Susanne (2013): Wertschätzungserleben von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der Pflege. Abschlussbericht zum Forschungsvorhaben Pro-Wert – Produzentenstolz durch Wertschätzung. Teilvorhaben Pflegewissenschaft. Download: [www.fh-diakonie.de](http://www.fh-diakonie.de) (Zugriff am 10.10.2015)

Schulz, Erika (2012): Pflegemarkt: Drohendem Arbeitskräftemangel kann entgegengewirkt werden. In: DIW Wochenbericht Nr.51/52 2012, Jg.79: 3-17

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2015): Personal in Pflegeheimen (Anzahl). Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Geschlecht, Berufsabschluss, Tätigkeitsbereich, Beschäftigungsverhältnis. Internetrecherche: <https://www.gbe-bund.de> (Zugriff am 20.02.2015)

Watermeyer, Ulrich (2013): Qualifiziert den Pflegeprozess steuern. Gewinn und Nutzen des Studiengangs „Pflege dual“ in Altenhilfeeinrichtungen. In: Pflegezeitschrift, Jg.66, Heft 5:278

Weitzel et al. (2012): Bewerbungspraxis. Eine empirische Studie mit über 10.000 Stellensuchenden und Karriereinteressierten im Internet. Download: [www.uni-bamberg.de](http://www.uni-bamberg.de) (Zugriff am 02.10.2015)

Wissenschaftsrat (2012): Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Download: <http://www.wissenschaftsrat.de> (Zugriff am 07.10.2015)

## Autorin



**Lena Heyelmann, M.A.**  
 Examierte Krankenschwester  
 Pflegemanagement (B.A.)  
 Management von Sozial- und Gesundheitsbetrieben (M.A.)  
 Referentin im Fachbereich Pflege (KSFH München)  
 Kontakt: [l.heyelmann@t-online.de](mailto:l.heyelmann@t-online.de)

# Topaktuelles Wissen für die Praxis



2014. VIII, 162 S. 15 Abb. Brosch.  
978-3-662-43945-6  
€ (D) 34,99 | € (A) 35,97 |  
\* sFr 44,00



2015. Etwa 150 S. Brosch.  
978-3-662-45224-0  
€ (D) 14,99 | € (A) 15,41 |  
\* sFr 19,00



2015. XIX, 242 S. 9 Abb. Brosch.  
978-3-662-44278-4  
€ (D) 39,99 | € (A) 41,11 |  
\* sFr 50,00



2015. Etwa 250 S. 25 Abb. in Farbe. Brosch.  
978-3-662-46218-8  
€ (D) 14,99 | € (A) 15,41 |  
\* sFr 19,00



2. Aufl. 2015. Etwa 350 S. 230 Abb. Brosch.  
978-3-662-45988-1  
€ (D) 24,99 | € (A) 25,69 |  
\* sFr 31,50



2015. XIV, 132 S. Brosch.  
978-3-642-41724-5  
€ (D) 19,99 | € (A) 20,55 |  
\* sFr 25,00



2015. Etwa 200 S. 40 Abb. Brosch.  
978-3-662-44297-5  
€ (D) 39,99 | € (A) 41,11 |  
\* sFr 50,00



2015. Etwa 250 S. 41 Abb. Brosch.  
978-3-662-45422-0  
€ (D) 34,99 | € (A) 35,97 |  
\* sFr 44,00



2015. VIII, 219 S. Brosch.  
978-3-658-05656-8  
€ (D) 29,99 | € (A) 30,83 |  
\* sFr 37,50

## Pflegehistorische Lehr- und Lerninhalte in der Ausbildung zum/zur PflegefachhelferIn in Bayern

In der Ausbildung in der Pflegefachhilfe in Bayern haben historische Lehr- und Lerninhalte nur einen untergeordneten Stellenwert.

Im Rahmen meines Pflegepädagogikstudiums an der TH Deggendorf beschäftigte ich mich im Besonderen mit historischen Zusammenhängen und entdeckte meinen eigenen Wissensbedarf in diesem Bereich. Ferner wollte ich in meiner Bachelorarbeit Erkenntnisse aus meinem Studium und Erfahrungen in der beruflichen

Lehrerpraxis verbinden. Ich konnte in meiner Tätigkeit in den PflegehelferInnenklassen bei den Lernenden ein großes Interesse, aber auch zugleich viele Lernhindernisse entdecken. So entwickelte sich ein pflegehistorisches Projekt für diese Auszubildenden, für Menschen denen nachgesagt wird, dass sie sehr schnell im Arbeiten mit komplexen Zusammenhängen überfordert und den schulischen Anforderungen häufig nicht gewachsen sind.

In der Literatur entdeckte ich, dass der Helferberuf in der Pflege in Deutschland zeitweise als Gefahr und als eine Entwicklung hin zu einer „minderwertigen“ Pflege angesehen wurde (Hackmann, 1991). Mittlerweile wird wieder ein Ausbau dieses Assistenzberufes im Pflegebereich im Zusammenhang mit Skills- und Grademix verstärkt diskutiert. Ich stellte mir die Frage, ob und in welchem Umfang in dieser Assistenzausbildung neben dem Erlernen praktischer Tätigkeiten auch pflegehistorische Lehr- und Lerninhalte Raum einnehmen sollten. Wichtig war es für mich auch, in einem konkreten Projekt mit den Auszubildenden forschend diese Thematik zu bearbeiten.

In einem ersten Schritt holte ich Expertenmeinungen mittels Mailanschriften (Hartmut Remmes, Margaret Mc Allister, Mathilde Hackmann) ein und führte Befragungen von Elisabeth Linseisen, Anja Peters, Andrea Thiekötter, Anne Kellner und praktizierenden Schulleitungen in der Pflegefachhilfe Ulrike Hanke, sowie Christine Kräher durch.



(C) Lisa Müller und Helena Sippel

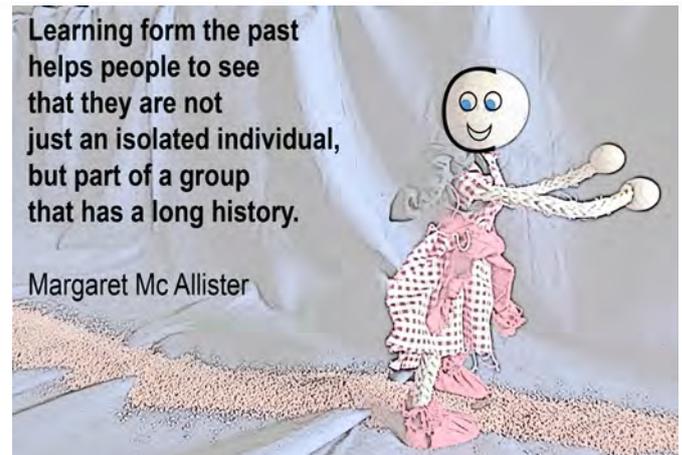
In einem zweiten Schritt entwickelte ich ein Geschichtsprojekt „Pflege – Gestern – Heute – Morgen“ und arbeite mit 19 Auszubildenden an dem Berufsbildungszentrum Ingolstadt. Die gewonnenen Ergebnisse aus der zurückliegenden Recherchearbeit wurden in einem Themenpool zusammengefasst und die Auszubildenden der PflegefachhelferInnenklasse konnten entsprechend ihren Interessen auswählen. Es folgte in einer Einzelarbeit eine Textreduktion der vorgegebenen historischen (Quellen-)texte. In einem Zweierteam, die entsprechend der Themenauswahl gebildet wurden war in einem Schutzraum Platz für einen persönlichen Austausch der Lernenden und die Möglichkeit, Verständnisfragen auch mit der Lehrkraft zu besprechen. Anschließend wurde ein gemeinsames Flipchart erstellt (s. Bild gestaltet nach Text aus „Quellen zur Geschichte der Pflege“ – Sylvelyn Hähner-Rombach). Die Partner entwickelten in einem „szenischen Spiel“ (Bossle, 2007) ihre Kernaussagen und präsentierten ihre Ergebnisse vor der Klasse. Diese Darstellungen wurden gefilmt und am Tag der offenen Tür öffentlich gezeigt. Passend zu den von den Lernenden ausgewählten Themen wurden Lehr- und Lerninhalte zu aktuellen gesellschaftlichen Fragen in Kurzvorträgen durch die Lehrkraft vorgestellt. Es wurden folgende anspruchsvolle, wissenschaftliche Texte strukturiert und auf die Zielgruppe abgestimmt bearbeitet: „Doppelte Professionalisierung“ (Ulrich Oevermann), „Normenfall & Selbstsorge“ (Anne Kellner), „Pflegekompetenz“ (Christa Olbrich), „Professionalisierung“ (Sabine Bartholomeyczik),

„Fragmentierung der Pflege“ (Susanne Kreuzer), „Heimatverlust der Pflege“ (Dirk Axmacher) und „Professionelle Beziehungsgestaltung“ (Hartmut Remmers). Diese für die Lernenden herausfordernden Inhalte wurden visualisiert und jedes Thema reduziert auf einer Powerpointfolie vorgestellt und in der Gruppe diskutiert. Auf einem DIN A 4 Blatt haben die SchülerInnen jeweils 2-3 Wörter oder einen Satz aufgeschrieben, das, was sie sich in diesem Zusammenhang merken wollten. Am Ende des Projekts evaluierten die SchülerInnen ihren inhaltlichen und methodischen Lernerfolg selbständig mit Hilfe von Fragebögen, sowie gemeinsam mit der Lehrkraft. Fotomaterial aus der Projektphase unterstützte diese Reflexionsarbeit. Ein vorher transparent gemachter Bewertungsbogen war die Grundlage im abschließenden Gespräch von Lehrenden und Lernenden.

Unterstützend für mich in meiner Arbeit waren Erkenntnisse und Erfahrung durch einen Besuch an der Gedenkstätte in Schloss Hartheim/Linz und den Geschichtswelten 2013 in Dresden. Sowohl aus der „Who cares? - Ausstellung“ (Atzl, 2011) in Ingolstadt 2014, in der PflegefachschülerInnen aus dem BBZ Ingolstadt durch eine initiierte Zusammenarbeit mit der Medizinhistorikerin Marion Ruisinger Führungen gestalteten, als auch durch einen Zwischenbericht dieser Bachelorarbeit an der vierten Pflegehistorischen Fachtagung der historischen Sektion der DGPW im Februar 2014 in Münster konnte ich Erfahrungen sammeln und für diese Arbeit nutzen.



Die Lernenden äußerten nach dieser Projekterfahrung, dass sie durch Teamarbeit eine Motivationssteigerung feststellen konnten. Große Freude erlebten sie darin, dass auf Ihre Interessen eingegangen worden ist und sie eigene Ideen einbringen durften. Eine hilfreiche Unterstützung haben



sie darin gesehen, dass ihnen interessante Quellen und Visualisierungen zur Verfügung gestellt worden sind (so z.B. viele Bilder aus der Gedenkstätte in Hartheim/Linz). Für die Zukunft haben sie es besonders wichtig gesehen, öfter etwas vorzutragen um freier Sprechen zu können. Auch sei ihnen wichtig geworden, sich für Patienten einzusetzen, wenn diese Handicaps hätten oder in irgendeiner Weise benachteiligt wären.

Ein weiterer Wissensbedarf wurde vor allem für den Themenbereich der Pflege zur Zeit des Nationalsozialismus geäußert. Als Lehrkraft konnte ich die Begeisterungsfähigkeit und die Bereitschaft sich auch mit herausfordernden Lehr- und Lerninhalten bei den Auszubildenden in der Pflegefachhilfe feststellen. Dieses Projekt zeigte, dass mit pädagogischer Begleitung auch Lernenden mit eher negativen Schulerfahrungen sich an komplexe Inhalte heranwagen und Selbstbestätigung erfahren können. Die durchwegs positiven Evaluationsergebnisse der SchülerInnen weisen auf eine Ernsthaftigkeit und Zufriedenheit im Lernprozess hin.

Anfang 2015 hat unser Studiengangleiter Michael Bossle darauf hingewiesen, dass ein dringender Handlungsbedarf bestehen würde, „einen Diskurs zur Identitätsarbeit in Pflegebildungssettings anzustoßen“ (Bossle, 2015, S.112). Die Gruppe der Pflegefachhelfer darf meiner Meinung nach hier keinesfalls übergangen werden. Eine gemeinsame Ausgestaltung der Unterrichtsinhalte mit den Lernenden motivierte und bestärkte die angehenden PflegefachhelferInnen sich mit ihrer Berufsgruppe zu identifizieren und Stellung zu beziehen, womöglich auch einem persönlichen Wunsch zu folgen, sich als Fachkraft zu qualifizieren.

In diesem pflegehistorischen Geschichtsprojekt wurde ich von den Lernenden in ihrer Begeisterungsfähigkeit und Freude an Teamarbeit sehr beeindruckt und schließe mit einem Zitat von Ernst Cassirer: „Das Werk wird zum Vermittler zwischen Ich und Du, nicht indem es einen fertigen Gehalt von dem einen auf das andere überträgt, sondern indem sich an der Tätigkeit des einen die des anderen entzündet“ (Cassirer, 1994, S.111).

## Literatur

Atzl, I., & Weidert, J. (2011). Who cares? In I. Atzl, Who cares? (S. 77-83). Frankfurt: Mabuse.

Axmacher, D. (1991). Pro Person: Dienstleistungsberufe in Krankenpflege, Altenpflege und Kindererziehung. Ausbildung Tätigkeitsfelder Professionalisierung. Ergebnisse und Materialien (Kritische Texte). In U. Rabe-Kleberg, U. Krüger, M. Karsten, & T. (Bals, Pflegewissenschaft - Heimatverlust der Krankenpflege? (S. 120-138). Bielefeld: Böllert KT Verlag.

Bartholomeyczik, S. (2010). Professionelle Pflege heute. Einige Thesen. In S. Kreutzer, Transformationen pflegerischen Handelns (S. 133-154). Göttingen: V & R unipress.

Hackmann, M. (1991). Krankenpflege in den fünfziger Jahren. Zur Geschichte der Krankenpflege. Die Schwester / Der Pfleger / 4 / Bibliomed Verlag Melsungen. S.301-311.

Hähner-Rombach, S. (2011). Quellen zur Geschichte der Krankenpflege. Frankfurt: Mabuse.

Kellner, A. (2011). Von Selbstlosigkeit zur Selbstsorge. Eine Genealogie der Pflege. Münster: Litverlag.

Kreutzer, S. (2010). Fragmentierung der Pflege. Umbrüche pflegerischen Handelns in den 1960er Jahren. In: Kreutzer, S. Transformationen pflegerischen Handelns. S. 109-130.. Göttingen: V & R unipress.

McAllister, M. (2013). History holds the key to resilient nurses. <http://www.cqu.edu.au/cquinews/stories/general-category/2013/history-holds-the-key-to-resilient-nurses>. abgerufen am 02.05.2014.

Oevermann, U. (1996). Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns. In W. Helsper, & A. Combe, Pädagogische Professionalität. S. 70-182. Frankfurt: Suhrkamp.

Olbrich, C. (2010). Pflegekompetenz. Bern: Huber.

Witsch, M. (2008). Kultur und Bildung. Ein Beitrag zu einer kulturwissenschaftlichen Grundlegung von Bildung im Anschluss an Georg Simmel, Ernst Cassirer und Richard Höningwald. Königshausen und Neumann.

## Autorin



**Elisabeth Bauermann, BA**

Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin  
Lehrerin in der Krankenpflege

# Pflege, die richtig ankommt.



facultas, 2., überarb. u. akt. Auflage 2016  
196 Seiten, broschiert  
EUR 21,50 (A) / EUR 20,90 (D) / sFr 26,60 UVP  
ISBN 978-3-7089-1349-0

[www.facultas.at/verlag](http://www.facultas.at/verlag)

facultas 

## Die stationäre Versorgung alter Menschen von 1945 bis 1975 im südlichen Niedersachsen



### Ziel und Methode

Innerhalb der historischen Pflegeforschung stellt die stationäre Altenpflege ein Forschungsdesiderat dar. Die Versorgung alter, d. h. über 65-jähriger Menschen wurde bisher überwiegend im Rahmen der allgemeinen Pflegegeschichte oder in Veröffentlichungen zu bestimmten Institutionen behandelt. Die Lebenssituation der alten Menschen sowie auch des Pflegepersonals fand hingegen kaum Beachtung (zu den Ausnahmen zählt u. a.: Irmak 2002). In meiner Anfang des Jahres eingereichten Dissertation habe ich versucht, diese Forschungslücke – zumindest in Ansätzen – zu schließen, wobei eine Beschränkung auf das südliche Niedersachsen und den Raum Hannover erfolgte. Das Ziel der Arbeit ist die Darstellung der stationären Altersversorgung, d. h. der pflegerischen, medizinischen und sozialen Betreuung über 65-Jähriger im Zeitraum von 1945 bis zum Erlass des ersten Heimgesetzes im Jahr 1974. Im Fokus stehen sowohl die institutionellen Rahmenbedingungen als auch die pflegerische, medizinische und soziale Betreuung. Weitere Schwerpunkte bilden die Arbeitssituation des – überwiegend konfessionell gebundenen – Pflegepersonals sowie die beginnende Professionalisierung der Altenpflege.

Um Informationen zur stationären Altersversorgung in der Nachkriegszeit zu gewinnen, konnte auf umfangreiches Aktenmaterial der freien Wohlfahrtsverbände und der staatlichen Behörden zurückgegriffen werden. Diese Quellen geben Auskünfte über die Heimausstattung, die Heimordnungen, die Verpflegung und die

pflegerisch-medizinische Betreuung. Auf diese Weise offenbaren sich z. B. die Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den verschiedenen Heimträgern. Einblicke in den Alltag des Personals gewähren v. a. die Korrespondenz von Diakonissen mit ihren Mutterhäusern und einzelne Interviews mit in der Altersversorgung tätigen Zeitzeugen. Um die fachliche Diskussion nachvollziehen zu können, wurden darüber hinaus Fachzeitschriften analysiert. Komplette gesichtet wurde die 1962 gegründete Zeitschrift „Das Altenheim - Zeitschrift für die Leitungen der öffentlichen und privaten Altersheime“.

### Die Situation nach Kriegsende

Nach Ende des Zweiten Weltkriegs musste die Versorgung zahlreicher obdach- und mittelloser alter Menschen sichergestellt werden, unter denen sich zahlreiche Flüchtlinge befanden. Folglich kam es auch im Untersuchungsgebiet zu einer zusätzlichen Verschlechterung der ohnehin von der allgemeinen Nachkriegsnot betroffenen Altersversorgung. Aufgrund des eklatanten Mangels an Heimplätzen entstanden provisorische Notunterkünfte, in denen eine angemessene Betreuung der Bewohner kaum möglich war. Letztlich führte die defizitäre Lage jedoch dazu, dass sich die Wohlfahrtspflege erstmals intensiv mit der sog. „Altersnot“ auseinandersetzte. Wichtige theoretische Grundlagen für den in den folgenden Jahrzehnten erfolgten Ausbau der Altersversorgung wurden demzufolge bereits in den 1950er Jahren gelegt. Bedingt durch die schlechte wirtschaftliche Lage, den Personalmangel oder das mangelnde Interesse vieler Heimträger, fand der Großteil der Ideen und Konzepte aber erst in den 1960er Jahren eine praktische Umsetzung.

### Institutionelle Rahmenbedingungen

Die meisten Heime zur Versorgung alter Menschen befanden sich bis in die 1960er Jahre in Trägerschaft der beiden christlichen Wohlfahrtsverbände. Im protestantisch geprägten Untersuchungsgebiet dominierten die Innere Mission sowie auch das konfessionell unabhängige Deutsche Rote Kreuz. Mit zunehmendem Wirtschaftsaufschwung wurden sowohl Umbauten und Renovierungen vorgenommen, als auch neue Heimbauten errichtet. Seit Anfang der 1960er Jahre stieg ebenfalls der Anteil

öffentlicher und privater Einrichtungen. Letztere entwickelten sich schnell zu einem Wirtschaftsmodell, das hohe Gewinne versprach und vor dem Hintergrund der zunehmenden Auflösung traditioneller christlicher Pflegekonzepte, bereits in den 1970er Jahren den Großteil der niedersächsischen Heime ausmachte.

Die stärkere Beachtung des Themas „Alter“ in der Sozialpolitik der 1960er Jahre hing eng mit dem 1961 verabschiedeten Bundessozialhilfegesetz zusammen, das u. a. die finanzielle Unterstützung stationärer Einrichtungen aus öffentlichen Mitteln förderte (vgl. Wehlitz; Ronge 1964, Föcking 2003, S. 331).

Auf diese Weise wurde auch die Einrichtung dringend benötigter spezialisierter Pflegeheime und –stationen erleichtert. Der sich in diesem Zusammenhang herausbildende „Pflegeheimdiskurs“ hatte eine Medikalisierung der Altenpflege zur Folge. Beispielsweise orientierten sich insbesondere die Pflegeheime immer mehr an den zeitgenössischen, funktionell ausgestatteten Krankenhäusern. Parallel dazu setzte sich für den noch rüstigen Teil der über 65-Jährigen das Altenwohnheim durch. Für die Versorgung schwerer Pflegefälle standen einzelne Alterskrankenhäuser zur Verfügung, die in der Tradition der traditionellen „Siechenhäuser“ standen und bis in die späten 1960er Jahre am Konzept der „bewahrenden“ Pflege festhielten (vgl. Rustemeyer 2009, S. 7-10). Der Bau geriatrischer Kliniken, die sich an den neuesten medizinischen Erkenntnissen orientierten, fand erst ab Ende der 1960er Jahre Umsetzung (Buchan 1966, S. 10, Niedersächsischer Sozialminister 1974, S. 113). Bis in die 1960er Jahre befand sich ein großer Teil der Heime in christlicher Trägerschaft. Häufig besaßen aber auch die kommunalen Häuser eine christliche Orientierung.

Innerhalb des Untersuchungszeitraums herrschten zwischen den verschiedenen Städten und Landkreisen nur selten vergleichbare Bedingungen. So existierten bereits in den 1950er Jahren sowohl Einrichtungen mit Mehrbettzimmern, Arbeitsverpflichtung für die Bewohner, wenig Komfort und ohne pflegerische Leistungen, als auch kleinere Häuser mit Einzelzimmern, umfassenden pflegerischen Leistungen, in denen die alten Menschen keine Arbeiten im Heimhaushalt übernehmen



mussten.

#### Die Lebenssituation der Heimbewohner

In den ersten Nachkriegsjahren besaß ein Heimaufenthalt mit Komplettversorgung auch für nicht pflegebedürftige über 65-Jährige Attraktivität. Folglich waren die Heime überfüllt und es existierten sehr lange Wartezeiten. Ab den 1960er Jahren erhöhte sich besonders die Nachfrage für Pflegeplätze, da immer mehr Menschen – auch aufgrund des größeren Angebots ambulanter Hilfen – erst in einem gebrechlichen Zustand eine stationäre Versorgung wünschten. Insgesamt betrachtet fiel der Anteil stationär versorgter alter Menschen aber innerhalb des gesamten Untersuchungszeitraums gering aus und lag in den 1950er Jahren bei etwa zwei und noch in den 1970er Jahren nur bei höchstens sechs Prozent. Viele Einrichtungen wiesen strenge Aufnahmekriterien auf, die sich u. a. auf die Religion, das Geschlecht oder den Wohnsitz der Heimanwärter bezogen. Der sozialen Schichtzugehörigkeit wurde oft sogar eine größere Bedeutung beigemessen als der finanziellen Situation. Für die alten Menschen verband sich der Heimeinzug mit einer erheblichen Umstellung ihrer bisherigen Lebensgewohnheiten, v. a. einem Verlust der Selbstständigkeit. Das enge Zusammenleben mit fremden Menschen und der Verzicht auf Privatsphäre führten in nahezu alle Einrichtungen zu Konflikten (vgl. Stengel 1962, S. 14). Eine tragende Rolle für das Wohlbefinden der Heimbewohner spielte die Atmosphäre des Hauses, die sowohl von der Heimleitung, dem Personal, den Räumlichkeiten und der konfessionellen Prägung des Heimträgers, als auch den einzelnen Heimbewohnern und dessen Persönlichkeit und sozialer Schichtzugehörigkeit abhing.

Dass die zeitgenössischen Heimideale nicht immer mit der Realität übereinstimmten, spiegelt sich in der Kritik der Heimbewohner wider. Beschwerden bezogen sich v. a. auf die Verpflegung, die Mitbewohner und das Personal. Während sich die regionalen Zeitungen in ihrer Kritik vorwiegend auf einzelne Einrichtungen fokussierten, problematisierte die überregionale Presse der 1960er und 1970er Jahre überwiegend die „Institution Altersheim“. Dass die öffentlichen Medien immer häufiger über Missstände in der stationären, insbesondere der privaten Altersversorgung berichteten, führte 1968 in Form der sog. „Heimverordnung“ schließlich zu ersten gesetzlich festgelegten Mindestanforderungen. Deren Gültigkeit beschränkte sich jedoch nur auf die privaten Einrichtungen. Die über eine sehr viel größere Lobby verfügenden gemeinnützigen Träger unterlagen erst ab 1974 dem sog. „Heimgesetz“, das für alle Heimträger verbindlich war.

und Medikalisierung der Altenpflege. Noch in den 1970er Jahren bestand aber zwischen den theoretisch geführten Fachdiskursen und der Alltagsrealität eine erhebliche Diskrepanz. So existierte nur in den wenigsten psychiatrischen Kliniken und Heimen eine angemessene Betreuung Demenzkranker, zumal die meisten Einrichtungen entweder die Aufnahme psychisch auffälliger Personen vermieden oder auf Fixierungsmaßnahmen und eine medikamentöse Sedierung zurückgriffen.

### Das Personal in der Altenpflege

Bis zum Aufbau einer speziellen Altenpflegeausbildung in den 1960er Jahren rekrutierte sich das fast ausschließlich weibliche Pflegepersonal aus Krankenschwestern und kaum geschulten Hilfskräften. Ältere Frauen wurden aufgrund ihrer geistigen Reife bevorzugt. Folglich lag der Altersdurchschnitt des Pflegepersonals in vielen Heimen bei über 50 Jahren.

Bis Ende der 1950er Jahren galten für die Pflege alter Menschen v. a. die traditionell weiblich konnotierten Charaktereigenschaften, wie Geduld, Einfühlungsvermögen und „Mütterlichkeit“ als ausreichende Qualifikation (André 1993, S. 202, Buchberger 1963, S. 2, Klose 1952, S. 92). Einer umfassenden pflegerischen Ausbildung wurde hingegen weniger Bedeutung beigemessen.

Aufgrund negativer Altersbilder, der angeblichen Entfremdung zwischen den Generationen und der Darstellung der Altenpflege als eine besonders kraftzehrende Arbeit, besaß das Altenpflegepersonal kein hohes Sozialprestige (O. N. 1969, S. 186). Dazu trugen ebenso die langen Arbeitszeiten sowie die geringe Bezahlung bei, von der nicht nur die lediglich über ein Taschengeld verfügenden mutterhausgebundenen Schwestern, sondern gleichfalls deren „freie“ Kolleginnen betroffen waren. Anders als ihre Mitschwestern im Krankenhaus besaßen die Altenpflegerinnen jedoch eine größere Selbstständigkeit, da die alltägliche Organisation und die Pflege fast ausschließlich in ihren Händen lag.

Innerhalb des gesamten Untersuchungszeitraums herrschte ein eklatanter Personalmangel. Verstärkt wurde dieser durch den steigen Rückgang von Neueintritten in die Mutterhäuser. Folglich mussten selbst die christlichen Einrichtungen immer häufiger „freie“ Schwestern einstellen. Der Personalmangel führte nicht selten zu einer 80-Stunden-Woche und den Verzicht auf Urlaub. Letztlich führte die hohe Arbeitsbelastung beim Großteil der Mitarbeiter zu



### Die Versorgung der Heimbewohner

Der Großteil der stationär betreuten alten Menschen litt unter chronischen Erkrankungen und wies einen hohen Medikamentenkonsum auf, der sich ab den 1960er Jahren u. a. durch die vermehrte Anwendung von Psychopharmaka erhöhte. Da sich die Altenpflege spätestens in den 1960er Jahren immer häufiger mit demenziell veränderten Heimbewohnern konfrontiert fühlte, erfolgte in der gerontologisch orientierten Fachliteratur erstmals die intensive Beschäftigung mit diesem Krankheitsbild. Ebenfalls kam psychologischen, medizinischen und sozialen Aspekten sowie auch rehabilitativen Maßnahmen eine größere Bedeutung zu. Der Wandel im Heimwesen zeigte sich sowohl „äußerlich“ in der Konzeption neuer Heimbauten, als auch in Form einer zunehmenden Professionalisierung

körperlichen und seelischen Erkrankungen. Mehr Freizeit erhielt das Personal, u. a. aufgrund des sich etablierenden Schichtdienstes, erst Ende der 1960er Jahre. Bessere medizinische und psychologische Kenntnisse wurden vom Pflegepersonal seit Ende der 1950er Jahre gefordert. Demzufolge galt eine fachlich spezialisierte Altenpflegeausbildung als unabdingbar. Entscheidende Impulse für die neue Ausbildung lieferten neben der theoretischen Fachdiskussion auch die in der Altersversorgung tätigen Institutionen. Die ersten Altenpflegeschulen, die vorwiegend von über 30-jährigen Frauen besucht wurden, entstanden zu Beginn der 1960er Jahre. Am Ende des Jahrzehnts verzeichneten die Schulen nicht nur

jüngere, sondern auch erste männliche Bewerber.

Innerhalb des Untersuchungszeitraums unterlag die stationäre Altersversorgung einer zunehmenden Medikalisierung, Professionalisierung und Privatisierung. Dass sie sich durch eine große Heterogenität auszeichnete und z. B. nicht nur zwischen den verschiedenen Kommunen, sondern ebenfalls zwischen den verschiedenen Einrichtungen große Unterschiede bestanden, ist eines der Hauptergebnisse der Untersuchung. Des Weiteren schlugen sich die im Heimdiskurs deutlich erkennbaren Wandlungsprozesse oft erst nach und nach und keineswegs zeitlich parallel oder flächendeckend in der praktischen Heimbetreuung nieder. Obwohl die neuen Entwicklungen zusammen mit der Professionalisierung der Altenpflege und der vermehrten wissenschaftlichen Diskussion zum Alter als Fortschritte in der Altersversorgung zu bewerten sind, hatten sie zugleich eine Standardisierung pflegerischer Abläufe zur Folge. Insbesondere die zu Patienten mutierten Pflegefälle nahmen die passive Rolle medikalierter „Objekte“ ein.

#### Autor & Links



**Nina Grabe, M.A.**

Studium der Pädagogik, der Kulturanthropologie/Europäische Ethnologie & Geschichte u. Ethik der Medizin



#### Literatur:

André, Günther: Die Professionalisierung in der öffentlichen Sozial- und Altenfürsorge zwischen 1933 und 1989 [Mikrofiche]. 1993.

Buchan, Lucie: Altenheime – Altenwohnheime. Düsseldorf 1966.

Buchberger, Elisabeth: Altenpflege – Dienst am Lebendigen. In: Das Altenheim, Jhg. 2/1963, Heft 5, S. 1-2.

Föcking, Friederike: Fürsorge im Wirtschaftsboom. Die Entstehung des Bundessozialhilfegesetzes von 1961. München 2003.

Irmak, Kenan H.: Der Sieche. Köln 2002.

Klose, Ruth: Vom Ethos der Gemeindegewester. In: Kiepert, Max (Hrsg.): Leitfaden für den Dienst der Gemeindegewester. Hannover 1952, S. 92.

Niedersächsischer Sozialminister: Altenhilfe in Niedersachsen. Eine Bestandsaufnahme. Hannover 1974.

O. N.: Pflegekräfte für Altenheime gesucht! Interview mit Oberin Ruth Elster. In: Das Altenheim, Jhg. 8/1969, Heft 6, S. 185-188.

Rustemeyer, Joachim: Die Anfänge der klinischen Geriatrie in Deutschland aus der Sicht eines Geriaters der ersten Stunde. In: European Journal of Geriatrics, Jhg. 11/2009, Heft 1, S. 7-10.

Stengel, Franziska: Verhaltensweisen von Frauen im Altersheim. In: Das Altersheim, Jhg. 1/1962, Heft 2, S. 14-16.

Wehlitz, Kurt; Ronge, Hans-Gerd: Die Altenhilfe nach dem Bundessozialhilfegesetz. Frankfurt a. M. 1964.

#### Abbildungen

Archiv Altersheim Magdalenenhof, Hildesheim: Flüchtlingsaltersheim St. Joseph, Schloss Derneburg: Graue Schwester, Heimbewohnerin und Besucher, o. D. (zwischen 1946-1976).

## Projekt: Der Hospitalorden des Hl. Johannes von Gott in der Germanischen Provinz bis 1780



(1) Nutting M. Adelaide, Dock Lavinia L., A History of Nursing. The Evolution of Nursing Systems from the Earliest Times to the Foundation of the First English and American Schools of Nurses, New York – London 1907, S.499.

Während die wissenschaftliche Suche nach den Wurzeln der modernen Krankenpflege zumeist mit der Professionalisierung der Krankenpflege in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts anfängt und die Zeit unmittelbar davor in manchen pflegegeschichtlichen Werken sogar als „die dunkle Zeit der Krankenpflege“ (1) stigmatisiert wird, bleibt die Rolle der Hospitalorden in den vorwiegend katholischen Ländern in der Zeit vor Florence Nightingale (1820-1910) meist nur marginal erwähnt. Dieser Artikel soll ein neues wissenschaftliches Projekt vorstellen, das sich mit der Aufarbeitung der Geschichte des Hospitalordens des Hl. Johannes von Gott (im deutschsprachigen Raum auch Barmherzige Brüder genannt) in deren erster Provinz nördlich der Alpen, *Provincia Germania* (Germanische Provinz) beschäftigt.

In das raue Klima der hassefüllten Intoleranz, der immensen religiösen Verfolgung aller Gesellschaftsschichten und scheinbar nie endenden Kriegen kam am Anfang des 17. Jahrhunderts aus Italien ein katholischer Orden, der eine qualitativ hochwertige Krankenversorgung der Bevölkerung ohne Berücksichtigung des gesellschaftlichen Standes, deren Herkunft oder deren Konfession durchführte – und zwar kostenlos.

Diese anfangs geistliche Vereinigung (erst im Jahre 1586 durch den Papst Sixtus V. zum Orden erhoben) wurde im Jahre 1540 im südspanischen Granada von Juan Ciudad (1495-1550), genannt Johannes von Gott (spanisch Juan de Dios), gegründet und entwickelte damals ein revolutionäres Konzept mit Spezialisierung auf die Betreuung und Therapie von Akutkranken. Der Orden der Barmherzigen Brüder verband die traditionelle christlich-katholische Vorstellung der Krankenpflege mit den neuesten medizinischen Erkenntnissen aus dem damals weit fortgeschrittenen südwesteuropäischen Raum. Eine effiziente Organisationsstruktur und unbestreitbare therapeutische Erfolge spiegelten sich in der Gründung von mehr als 280 Krankenhäusern bis 1750 in fast allen katholisch dominierten Regionen Europas, sowie in vielen (vor allem spanischen) Überseedominien. Gerade die Internationalität des Ordens garantierte den aktuellen Stand des medizinisch/pflegerischen Wissens im Netz der Ordensspitäler, die wegen

Johannes von Gott



Die für das Mittelalter so charakteristische christliche Barmherzigkeit, die durch ihre Uneigennützigkeit ein Garant für ein besseres Leben im Jenseits sein sollte, bekam in der frühen Neuzeit eine völlig neue Dimension. Die massiven religiös-politischen Veränderungen in Mitteleuropa, die in der Katastrophe des 30-jährigen Krieges (1618-1648) gipfelten, bedeuteten eine komplette Zerrüttung der Ideale der christlichen Nächstenliebe, insbesondere gegenüber den anders konfessionellen Glaubensanhängern.

ihrem praktisch orientierten Schwerpunkt auf die Chirurgie (damals nur eine handwerkliche Tätigkeit ohne universitäre Bildung) schnell zum Prestigeobjekt der mächtigen katholischen Kirche avancierten. Gerade aufgrund der praktizierenden Chirurgie bildeten die Ordensangehörigen regelmäßig Sanitäreinheiten in den habsburgischen Heeren der damaligen Großmächte Spanien und Österreich, nahmen in dieser Funktion an zahlreichen Schlachten teil, unteranderen beteiligten sie sich mit einem Lazarettsschiff an der berühmten Seeschlacht bei Lepanto (1571). Dazu kamen wichtige Erneuerungen wie die Neuordnung der Krankenhäuser, die ausschlaggebend für die Organisation der Krankenversorgung bis heute blieben: die Separierung der Kranken und die Entstehung von ersten Krankenabteilungen, die Abkehr von den mehrfachbelegten Betten und die Einführung der damals revolutionären Norm: ein Kranker – ein Bett. Weiter führte der Orden die (bis dato für Mitteleuropa völlig unbekannt) strikten hygienischen Maßnahmen, die penible Evidenz aller aufgenommenen Kranken und die konsequente medizinische und pflegerische Schulung des Krankenpersonals ein. Damit bleiben die Ordenskrankenhäuser in Mitteleuropa für beinahe 200 Jahre das absolute Maß aller Dinge. Das im Jahre 1784 eröffnete zivile Allgemeine Krankenhaus in Wien (und später auch in anderen Großstädten der Monarchie) kopierte buchstäblich die erfolgreiche Struktur und das System der Ordensspitäler – nur mit dem Unterschied, dass die Pflegekräfte bezahlt wurden. Die Säkularisation von beinahe allen diesen Einrichtungen (2) seit der Französischen Revolution bis zum Jahr 1870 führte zur völligen Unterdrückung des öffentlichen und auch wissenschaftlichen Bewusstseins für den Beitrag des Ordens der Barmherzigen Brüder zur Entstehung eines modernen Krankenhaussystems.



**Meindl & Sulzmann**

Foto by Angela Meindl



Wien

Projekt: Das Ziel dieses Projektes ist die Schaffung einer breiten Plattform für Forscher, die sich mit der Analyse der Entstehung und Ausbreitung des Ordens im Mitteleuropa, mit der wirtschaftlichen Absicherung des Betriebes von den Klosterkrankenhäusern, mit dem kultur-historischen Beitrag und mit der Position des Ordens im sozialen Netz der neuzeitlichen Gesellschaft beschäftigen. Darüberhinaus sollen kirchen-rechtliche Aspekte, die Korrelation der Generalkurie in Rom zur Provinzleitung, die innere Entwicklung der Provinz, die Umstellungen im Aufbau der Provinz in Folge der Reformen von Maria Theresia und Josef II. untersucht werden. Es sollen die umfangreichen Krankenevidenzbücher (Krankenprotokolle) analysiert und ausgewertet werden, die einen objektiven und erschöpfenden Beweis für die Organisation der neuzeitlichen Krankenhäusern und das Niveau der gesundheitlichen Versorgung in dieser Epoche liefern. Eine besondere Aufmerksamkeit soll auf die verpflichtende Musiktätigkeit der Ordensmitglieder, Spitalsapotheken und die klostereigenen Kräutergärten gerichtet werden. Da am 22. Juli 1781 auf die kaiserliche Anordnung die ursprüngliche *Provincia Germania* in Prag zweigeteilt wurde (die Konvente in den habsburgischen Ländern verblieben in der Provinz des Hl. Erzengel Michael, die aber in die „Österreichisch-ungarische Provinz“ umbenannt wurde; sonstige

(2) Die Österreichische Monarchie stellte in diesen Fall eine Ausnahme dar.

sechs Klöster außerhalb der habsburgischen Ländern bildeten eine neue Provinz des Hl. Karls Bormönchs), wurde das Jahr 1780 als Zäsur dieses Projekts gewählt.

Konkret sollen folgende, auch aufgelassene Niederlassungen untersucht werden:

	Ort (Gründungsjahr)	heutige Bezeichnung	Land (damals)	Staat (heute)
1	Feldsberg (1605)	Valtice	Niederösterreich	Tschechien
2	Wien (1614)		Niederösterreich	Österreich
3	Graz (1615)		Steiermark	Österreich
4	Salzburg (1616)		Salzburg	Österreich
5	St. Andrä (1619)		Kärnten	Österreich
6	Prag (1620)	Praha	Böhmen	Tschechien
7	Neuburg an der Donau (1622)		Bayern	Deutschland
8	Triest (1625)	Trieste	Küstenland	Italien
9	Zipser Kirchdrauf (1650/1672)	Spišské Podhradie	Ungarn, polnische Pacht	Slowakei
10	Görz (1656)	Gorizia	Görz	Italien
11	Pressburg (1672)	Bratislava	Ungarn	Slowakei
12	Lieding (1678)		Kärnten	Österreich
13	Neustadt an der Mettau (1692)	Nové Město nad Metují	Böhmen	Tschechien
14	Teschen (1694/1700)	Cieszyn	Schlesien	Polen
15	Breslau (1710)	Wrocław	Schlesien	Polen
16	Erlau (1726)	Eger	Ungarn	Ungarn
17	Münster (1729)		Westfalen	Deutschland
18	Proßnitz (1732)	Prostějov	Mähren	Tschechien
19	Temesvar (1737)	Timișoara	Ungarn	Rumänien
20	Kukus (1743)	Kuks	Böhmen	Tschechien
21	Brünn (1747)	Brno	Mähren	Tschechien
22	München (1750)		Bayern	Deutschland
23	Lettowitz (1750/1751)	Letovice	Mähren	Tschechien
24	Mannheim (1752)		Pfalz	Deutschland
25	Wien-Hütteldorf (1753/1755)		Niederösterreich	Österreich
26	Linz (1756/1757)		Oberösterreich	Österreich
27	Pápa (1757)	Pápa	Ungarn	Ungarn
28	Großwardein (1760)	Oradea	Ungarn	Rumänien
29	Eisenstadt (1760)		Ungarn	Österreich
30	Prag-Neustadt (1761)	Pražské Nové Město	Böhmen	Tschechien
31	Neustadt in Schlesien (1764)	Prudnik	Schlesien	Polen
32	Bruchsal (1776)		Pfalz	Deutschland
33	Waitzen (1777/1778)	Vác	Ungarn	Ungarn
34	Deidesheim (1778)		Pfalz	Deutschland

Im Rahmen dieses Projektes haben sich insgesamt 16 Wissenschaftler aus sieben Ländern (3) (Österreich, Deutschland, Tschechien, Polen, Slowakei, Ungarn und Italien) zusammengeschlossen, wobei jeder der Teilnehmer ein Experte auf einem des oben angeführten Forschungsfeldes ist. Als Ausgang ist eine dreibändige Publikationsreihe in der deutschen Sprache geplant.

Zum Thema (die Germanische Provinz des Hospitalordens des Hl. Johannes von Gott bis 1780) werden in regelmäßigen Abständen einmal im Jahr, jeweils zweitägige Konferenzen veranstaltet, wobei als Veranstaltungsort jeweils eine andere Wirkstätte des Ordens (Preßburg, Linz, Feldsberg, Teschen) dienen wird. Die erste Konferenz fand schon zwischen dem 27. und 28. März 2015 in Brünn statt, die nächste Session ist in Preßburg am 10. und 11. September 2016 und in Linz im September 2017 geplant.

(3) Mag. Petr Arijčuk (Josefov, CZ), Dr. Bettina Blessing (Regensburg, DEU), Mag. Beate Dandler (Schärding, AUT), Dr. Chiara Donati (Rom, ITA), Dr. Michaela Freemanová (Prag, CZ), Mag. Dr. Petr Jelínek (Wien, AUT), Dr. Grzegorz Joachimiak (Breslau, POL), Dr. Ing. Přemysl Krejčířik (Brünn, CZ), Dr. Ingrid Kušniraková (Pressburg, SVK), Dr. Maksymilián Kuška (Teschen, POL), Doz. DDr. Štefan Lenčíš (Kaschau, SVK), MMag. Dr. Mónica Lipp (Eger, UNG), Engelbert Raab, OH (Linz, AUT), Dr. Mirosława Sobczyńska, Mag. Ladislav Svatoš (Kukus, CZ), Doz. Dr. Marek Vařeka (Brünn, CZ).

## Weiterführende Literatur

Bettina Blessing, Katholische Krankenpflege im Spannungsfeld religiöser und säkularer Tendenzen. Die Barmherzigen Brüder und die Elisabethinerinnen von der Mitte des 18. Jahrhunderts bis zu Beginn des 19. Jahrhunderts in Bayern und im Fürstbistum Speyer, Habilitationsschrift HU Berlin (in Begutachtung).

Michaela Freemanová, Collectio Fratrum Misericordiae Kukussiensis (Catalogus artis musicae in Bohemia et Moravia cultae), Praha 1998.

Petr Jelínek, Der Konvent der Barmherzigen Brüder in Feldsberg und seine Krankenprotokolle (1684-1711) In: Mitteilungen des Instituts für österreichische Geschichtsforschung, 115. Band, Heft 3-4, Themenschwerpunkt Europäische Spitäler. Wien München 2007, S. 369-393.

Petr Jelínek, Klášterní nemocnice řádu Milosrdných bratří ve Valticích a její knihy nemocných (1661-1780), In: Časopis Matice Moravské, č. 1, Brno 2009, S. 47-80.

Carlos Watzka, Petr Jelínek, Krankenhäuser in Mitteleuropa vor der Aufklärung: Das Beispiel des Ordenshospitals der Barmherzigen Brüder in Feldsberg / Valtice und seiner Patienten 1630-1660, In: Medizin Historisches Journal, Heft 3+4, Stuttgart 2009, S. 235-274.

Petr Jelínek, Der Konvent der Barmherzigen Brüder in Feldsberg und seine Krankenprotokolle (1661-1780), In: Unsere Heimat. Zeitschrift für Landeskunde von Niederösterreich, Jahrgang 81, Heft 2, St. Pölten 2010, S. 87-108.

Petr Jelínek, Klášterní nemocnice řádu Milosrdných bratří v Brně a její knihy nemocných (1748-1780), In: Časopis Matice Moravské, č. 1, Brno 2011, S. 41-75.

Petr Jelínek, Milosrdní bratři v Prostějově a jejich klientela (1740-1780) v tisku In: Časopis Matice Moravské, č. 1, Brno 2012.

Přemysl Krejčířik, Ondřej Zatloukal, Die Kulturlandschaft Lednice-Valtice, Valtice 2012.

Maksymilian Kuška, Józef Marecki, Repertorium konwentu bonifratrów w Cieszynie z 1724 roku, Cieszyn 2010.

Maksymilian Kuška, Józef Marecki, Księga kasowa konwentu bonifratrów w Cieszynie z lat 1833-1844, Cieszyn 2012.

Ingrid Kušniraková, Bratislavský konvent milosrdných bratrov v 17. – 18. storočí. In: Zborník Mestského múzea, Bratislava 2003, S. 83-93.

Štefan Lenčíš, Milosrdní bratia v Spišskom Podhradí, Prešov 1999.-

Mónika Lipp, Adalékok az egrí igralmasrendi templom és kolostor egykori berendezésének történetéhez. Agria – Az egrí Dobó István Vármúzeum évkönyve XLV. Eger 2009, 353-361.

Mónika Lipp, The Convent, Hospital and Church of the Brothers Hospitalers in Eger in the 18th century. In: Gunda Barth-Scalmani – Joachim Bürgschwentner – Matthias König – Christian Steppan Hrg.: Forschungswerkstatt: Habsburgermonarchie im 18. Jahrhundert / Research Workshop: The Habsburg Monarchy in the 18th Century. Das Achtzehnte Jahrhundert und Österreich Band 26. Verlag Dr. Dieter Winkler. Bochum 2012, 103-115.

Carlos Watzka, Vom Hospital zum Krankenhaus. Zum Umgang mit psychisch und somatisch Kranken im frühneuzeitlichen Europa (Menschen und Kulturen 1, Köln-Weimar-Wien 2005).

## Autor & Links



**Mag. Dr. Petr Jelínek**  
Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger  
Doktorat in der Geschichte  
Magisterium in der Pflegewissenschaft

# Linde-Ratgeber

Die praktischen Experten-Ratgeber. Linde sagt, wie's geht.

**NEU**



Verweijen/Veith

## Vorsorgevollmacht und Patienten- verfügung

So sorgen Sie für den Notfall vor

2015, 152 Seiten, kart.

**EUR 16,90**

### DIE AUTOREN

**Dr. Stephan Verweijen** ist öffentlicher Notar in Wien.

**Mag. Alfred Veith** ist Notariatskandidat bei Notar Dr. Stephan Verweijen.

Auch als  E-Book erhältlich

**Aktuell:** Mit Mustern, Checklisten und Formulierungsvorschlägen

## Für alle Fälle

Sehr viele Menschen können aufgrund von Pflege- oder Betreuungsbedürftigkeit ihre Angelegenheiten nicht mehr selbst regeln. Die Experten Stephan Verweijen und Alfred Veith helfen, für diesen Fall vorzusorgen bzw. Familienangehörige zu unterstützen, die ihren Alltag nicht mehr alleine bewältigen.

Ihr Ratgeber enthält viele praktische Tipps und konkrete Formulierungsvorschläge für die Errichtung von Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen. Eine Liste mit Anlaufstellen sowie Links zu weiterführenden Informationen runden den Ratgeber ab.

## BESTELLFORMULAR

Bitte ausfüllen und an den Linde Verlag faxen oder einen Scan per Mail schicken.

**E-Mail:** office@lindeverlag.at **Fax:** 01 24630-23

**Ja,** ich bestelle

\_\_\_ Ex. **Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung**, Verweijen/Veith  
EUR 16,90  
ISBN 978-3-7093-0574-4

Preise Bücher inkl. 10 % MwSt., exkl. Versandkosten. Preisänderungen und Irrtum vorbehalten. 14-Tage Rücktrittsrecht bei schriftlichem Widerruf, die Kosten der Rücksendung trägt der Verbraucher. Es gilt die gesetzliche Gewährleistung. Sie erhalten ggf. Werbezusendungen vom Linde Verlag, diese sind jederzeit abbestellbar. Ihre Daten werden nicht an Dritte weitergegeben. Es gelten die AGB des Linde Verlags. Buchbestellungen im Webshop sind versandkostenfrei.

Name/Firma \_\_\_\_\_

Kundennummer \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

E-Mail/Telefon \_\_\_\_\_

Datum/Unterschrift \_\_\_\_\_

Linde Verlag Ges.m.b.H., Scheydgasse 24, 1210 Wien  
Handelsgericht Wien, FB-Nr.: 102235X, ATU 14910701, DVR: 000 2356

**Linde**  
populär

**Onlineshop/E-Books:** www.lindeverlag.at **Online-Produkte:** www.lindeonline.at **Telefon:** 01 24630



## Bedürfnisorientierte Betreuungsstrukturen für ältere Menschen und mit Demenzerkrankung

### Einleitung

Der Anteil älterer Menschen nimmt signifikant zu. Damit verbunden ist auch eine Veränderung der Bevölkerungsstrukturen. Altern ist dabei aber nicht mehr ein rein biologisches Geschehen. Vielmehr spielen psychologische, soziale und Umweltfaktoren eine immer größere Rolle. Durch den Anstieg der Lebenserwartung kommt es aber auch zu einem vermehrten Anteil von Menschen mit demenziellen Symptomen. Derzeit leben in Österreich etwa 130.000 Menschen mit Demenz, wobei die Krankheit mit dem Alter signifikant zunimmt. Abbildung 1 zeigt einen Überblick über die Häufigkeit der Erkrankung in verschiedenen Lebensaltern und in Abhängigkeit vom Geschlecht (Quelle: Demenz-Report, 2011).

Altersgruppe	Männer	Frauen
30-59	0.16	0.09
60-64	1.58	0.47
65-69	2.17	1.10
70-74	4.61	3.86
75-79	5.04	6.67
80-84	12.12	13.50
85-89	18.45	22.78
90-94	32.10	32.25
95-99	31.58	36.0

Die Betreuung und Therapie von Menschen mit Demenzerkrankung fußt dabei auf 4 Pfeilern (vgl. Gatterer, 2009) und zwar auf biologischen (Medizinische Maßnahmen, Pflege, Therapie), psychologisch/psychotherapeutischen und sozialen Maßnahmen sowie der Veränderung bzw. Anpassung der Umgebungsbedingungen. Ziel ist einerseits ein möglichst langes Erhalten bleiben bzw. eine Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit und Selbstständigkeit, aber auch eine Verbesserung des Wohlbefindens, der Lebensqualität und sozialen Integration. Im Vordergrund steht dabei natürlich die Behandlung mit modernen Antidementiva, kognitivem Training, der Schulung der Angehörigen und im weiter fortgeschrittenem Stadium pflegerischen Maßnahmen.

In letzter Zeit werden auch vermehrt Konzepte der Inklusion von Menschen mit Demenzerkrankung diskutiert, die auf den Grundbedürfnissen von Menschen aufbauen. Damit verbunden ergibt sich jedoch, vor allem bei Menschen mit fortgeschrittener Demenzerkrankung oft die Problematik der Zieldefinition und der Adäquatheit der Maßnahme. . Das führt häufig zur Diskussion hinsichtlich subtiler und verdeckter „Gewalt“, vor allem bei der Behandlung von „Verhaltensstörungen“ bzw. zur Reflexion von „auffälligem“ Verhalten, das jedoch weder selbst- noch fremdgefährdend ist, aber stört.

Oft stecken dahinter unerfüllte Bedürfnisse des Menschen mit Demenz, die gerade jetzt im Rahmen der Erkrankung durch einen Wegfall gelernter Hemmungen (Frontallappen) gelebt werden können. Das trifft z.B. für die Bereiche vermehrtes Essen, Sexualität, Bedürfnis nach Nähe und Freiheitsdrang zu. Dadurch ergeben sich daraus jedoch auch häufiger Probleme zwischen den Normen der Familie, der Betreuer und den Bedürfnissen des Betroffenen (vgl. Gatterer, 2012; [http://www.pflegenetz.at/index.php?id=82&tx\\_ttnews-%5Btt\\_news%5D=391](http://www.pflegenetz.at/index.php?id=82&tx_ttnews-%5Btt_news%5D=391)).

### **Grundkonzepte bedürfnisorientierter Betreuung**

Bedürfnisse stellen im Leben von Menschen einen wesentlich Faktor für Wohlbefinden dar. Sie definieren oft auch unser Verhalten, bzw. kollidieren mit den Bedürfnissen und den Verhaltensweisen anderer Menschen. Bedürfnisse definieren sich über verschiedene Konzepte. Ein wesentlicher Faktor ist aber das Verspüren eines Defizits oder Mangels, mit dem Wunsch diese zu beheben oder zu beseitigen (<https://portal.hogrefe.com/dorsch/beduerfnis/>).

Betrachtet man die Bedürfnisse von Menschen so können diese im Hinblick auf den Alterungsprozess unter folgenden Gesichtspunkten gesehen werden (Gatterer, 2007):

**Kalendarischer Aspekt (Alter in Jahren):**  
Die Menschen wollen immer älter werden.

**Biologischer Aspekt (Körper/Gesundheit):**  
Der Erhalt des Körpers, Aussehen und Gesundheit spielen eine immer größere Rolle.

**Psychologischer Aspekt (Subjektive Sicht):**  
Bedürfnisse älterer Menschen werden immer individueller mit neuen Werten, Normen, Rollen und Einstellungen zum Leben. Der ältere Mensch sieht sich auch immer mehr als Kunde im Gesundheitswesen.

**Sozialer Aspekt (Gesellschaftliche Sicht):**  
Auch die Gesellschaft definiert die Rolle des älteren Menschen neu. Damit verbunden sind auch andere Bedürfnisse und Rollenbilder. Der ältere Mensch wird auch hier vermehrt einerseits mehr als Kunde gesehen, andererseits nehmen auch Menschen mit Demenzerkrankungen zu, sodass hier auch eine vermehrte „PatientInnen-sicht“ gegeben ist.

**Kontextueller Aspekt/ökologische Sicht:**  
Umweltfaktoren spielen beim Alterungsprozess eine immer wichtigere Rolle. Der ältere Mensch gestaltet sie hierbei oft selbst bzw. fordert er auch kontextuelle Veränderungen (z.B. Barrierefreiheit) ein.

**Systemischer Aspekt:**  
Hierunter versteht man das Zusammenspiel aller Faktoren um Bedürfnisbefriedigung zu erhalten. Hierbei kann z.B. ein Faktor Probleme in einem anderen Bereich ausgleichen und wieder zu Bedürfnisbefriedigung und Lebensqualität führen.

Insofern müssen bedürfnisorientierte Modelle auch immer mehr Einzug im Gesundheitswesen finden und die obigen Faktoren berücksichtigen. Um dies umzusetzen müssen jedoch weitere Überlegungen hinsichtlich der Grundbedürfnisse von Menschen getroffen werden. Hier können Theorien im Hinblick auf die Bedürfnisse von Menschen hilfreich sein. Diese reichen vom Konzept Maslows mit seiner Bedürfnispyramide (<http://www.social-psychology.de/sp/pt/maslow?pg=2>. ) bis zu psychotherapeutisch orientierten Ansätzen.

### **Bedürfnistheorien**

Maslow hat ein Stufenmodell der Motivation (Bedürfnispyramide) entwickelt, welches sich in fünf Stufen unterteilt. Die physiologischen Bedürfnisse (Nahrung, Sexualität, Schlafen etc.) sind die Basis. Auf diesen bauen das Bedürfnis nach Sicherheit („Sicherheit; Stabilität; Geborgenheit; Schutz; Angstfreiheit; Bedürfnis nach Struktur, Ordnung, Gesetz, Grenzen; Schutz), soziale Bedürfnisse (Liebe, Zuneigung und Zugehörigkeit), das Bedürfnisse nach Achtung und Anerkennung und nach Selbstverwirklichung auf. Grundbedürfnisse sind nach seiner Theorie zum Überleben wichtig, auf denen die anderen aufbauen. Die Bedürfnisse können auch nach Defizitbedürfnissen (niedrigen Bedürfnissen) und Wachstumsbedürfnissen (höheren Bedürfnissen) unterschieden werden. Defizitbedürfnisse (z.B. Hunger) müssen erfüllt sein, damit Zufriedenheit entstehen kann. Die zusätzliche Erfüllung der Wachstumsbedürfnisse bedeutet über Zufriedenheit hinausführendes Glück. Bei der Umsetzung von bedürfnisorientierten Modellen im Gesundheitssystem ergibt sich hier oft das Problem, wie die Bedürfnisse von älteren Menschen mit Gebrechen mit denen der Betreuungspersonen oder Angehörigen vereinbar sind. Dadurch können sich leicht Konflikte ergeben wenn sie nicht kompatibel sind. Und wer definiert, welches Bedürfnis

das Wichtigere ist? Dies ist auch oft unter der Problematik der „Normalität“ von Bedürfnissen bei kranken Menschen z.B. solchen mit einer Demenzerkrankung zu sehen (Gatterer, 2012). Sind hier Bedürfnisse wie Essen und Trinken oder Sexualität auch Bedürfnisse wenn sie für die BetreuerInnen nicht nachvollziehbar sind und nicht deren Kriterien der „Normalität“ entsprechen? Diese Problematik ist in Abbildung 1 dargestellt.

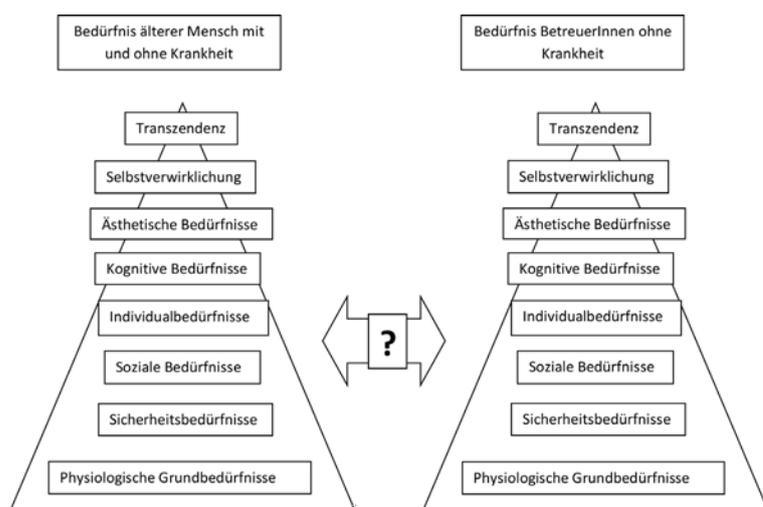


Abbildung 1: Bedürfnisse von älteren Menschen und deren Angehörigen bzw. BetreuerInnen (mod. Gatterer).

Im Gegensatz zu Maslow definieren Petzold und Kitwood eher psychotherapeutisch orientierte Ansätze. Die fünf Säulen der Identität nach Hilarion G. Petzold bilden nach dieser Theorie die Basis eines jeden Lebens. Unter dem Begriff „Identität“ (lat. „identitas“) wird die Einzigartigkeit eines jeden Menschen verstanden. (vgl. Wirsing et al. 2007, S. 43). Petzold definiert die Bereiche Arbeit und Leistung, materielle Sicherheit, soziale Netze, Leiblichkeit und Werte/Sinn als wesentliche Grundbedürfnisse des Menschen, auf denen sich Identität aufbaut. Fallen eine bzw. mehrere Säulen weg, so kann es zu einer Identitätskrise kommen.

Der personen-zentrierte Ansatz nach Tom Kitwood (1980) fokussiert das PERSON sein, die Einzigartigkeit eines jeden Menschen, unabhängig von Erkrankungen und Alter (vgl. Kitwood, 2005, S. 8). Kitwood hat sein Modell für die Betreuung für Menschen mit Demenz konzipiert. Als wesentliche Bereiche sieht Kitwood hierbei die Bedürfnisse nach Trost, primärer Bindung, Einbeziehung, Beschäftigung und Identität. Kitwood spricht deshalb auch vom MENSCHEN mit Demenz und nicht von Patienten. Damit wird eine Rolle der Inklusion und Mitbestimmung definiert.

Ähnliche Modelle für Menschen mit psychischen Krankheiten und älteren Menschen mit „Verwirrtheit“ stellen das Pflegekonzept von Böhm und die Validation von Naomi Feil dar (Gatterer, 2007). Auch hier stehen das „Mensch sein“ mit seiner Individualität und „das dort abholen, wo jemand steht“ „sich in die Mokassins des Betreffenden stellen“ (Feil, 2002) im Vordergrund.

Ein Konzept, welches zwar primär für jüngere Menschen entwickelt wurde, aber ebenfalls einen Zugang zur den Bedürfnissen von älteren Menschen und solchen mit Demenz ermöglicht, ist die Schema-Therapie (Young, 2008, vgl. Roediger, <http://www.schematherapie-roediger.de/download/Bewaeltigungsversuche.pdf>). Die Grundbedürfnisse eines Menschen nach Bindung, Kontrolle, Selbstwert sowie Lust und Freude werden durch Beziehungserfahrungen (Eltern) geprägt und in biologischen (neuronalen) Grundstrukturen des Verhaltens (Schemata) gespeichert und beeinflussen das Verhalten. Die Theorie meint, dass nicht erfüllte Grundbedürfnisse (z.B. Verlassenheitsgefühl infolge fehlender Bindung) zu individuellen Copingstrategien, je nach den Charakter führen können (z.B. sich ständig verlassen fühlen, klammern oder auch Aggression). Diese Reaktionen sind dann ebenfalls sehr automatisiert und bis ins hohe Lebensalter, aber auch vor allem bei Menschen mit Demenzerkrankung, die weniger kognitive Kontrolle haben, stabil und dominant.

Solange Menschen ihre Bedürfnisse direkt artikulieren können ist es auch einfacher, diese mehr oder weniger zu befriedigen. Man braucht prinzipiell nur miteinander reden und den anderen auch verstehen wollen. Schwieriger wird dies bei Menschen mit fortgeschrittener Demenzerkrankung und fehlender Kommunikation. Betreuer können hier nur versuchen, diese Bedürfnisse über die Biografie oder das Verhalten zu erfassen, wobei hier jedoch auch sehr stark eigenen Erwartungen und die eigenen Bedürfnisse eine Rolle spielen.

### Konsequenzen für die bedürfnisorientierte Betreuung von älteren Menschen und solchen mit Demenzerkrankung

Versucht man bedürfnisorientierte Konzepte in die Betreuung von älteren Menschen und solchen mit Demenzerkrankung einzubauen, so ergeben sich leicht Probleme mit bestehenden Modellen, die auf dem „Normalitätsprinzip“ aufgebaut sind und versuchen, einen Menschen so lange als möglich

in seiner bisherigen Identität zu belassen. Dahinter steht das Konzept, dass dies seinem Grundbedürfnis entspricht. Wehrt sich die erkrankte Person dagegen, so wird das leicht als „Verhaltensstörung“ im Rahmen einer Demenz charakterisiert. Bedürfnisorientierte Modelle versuchen hierbei dieses „anders sein“ zu akzeptieren und in die Betreuung einzubauen. Nicht „Normalität“ steht nunmehr im Vordergrund, sondern Lebensqualität, Lebenszufriedenheit und Bedürfnisbefriedigung. Insofern muss das Konzept „Normalität“ und „Anpassung an diese“ neu überdacht werden.

Nach Gatterer(2012) wird Normalität über folgende Bereiche definiert

- Medizinische Norm (biologische Funktionalität/ Gesundheit/Symptome/Syndrome/ Diagnosen)
- Statistische Norm (Verteilung in der Gesellschaft). Normal ist „der Durchschnitt“
- Gesellschaftliche Norm (Kultur/gesellschaftliche Vereinbarungen des Zusammenlebens/Gesetze)
- Individuelle Norm (wird von jedem für sich bzw. in Gruppen und Systemen individuell definiert und an die Situation so angepasst, dass es dort passt und Abläufe erleichtert. z.B. Krankenhaus oder Pflegeheim)

Diese müssen jedoch hinsichtlich der Bedürfnisse älterer Menschen und solcher mit Demenzerkrankung reflektiert und wenn notwendig verändert werden. Sonst ist es leicht möglich, dass ein Bedürfnis infolge einer „nicht adäquat“ wahrgenommenen Pathologisierung nicht erfüllt wird und zu weiteren Problemen und auch Nachteilen für den betroffenen ältere Menschen führt. Schon das Lebensalter selbst kann ein solcher Faktor zu Pathologisierung eines Bedürfnisses sein, aber auch bei Krankheiten werden leicht medizinische Normen über Grundbedürfnisse gestellt.

Als Beispiel sei an dieser Stelle ein übergewichtiger, insulinpflichtiger Mensch mit weit fortgeschrittener Demenz vom Alzheimer Typ angeführt. Dieser hat noch immer Hunger, obwohl er schon gegessen hat. Dies wird aufgrund seiner beiden Erkrankungen (Alzheimer und Diabetes) als Zeichen seiner Krankheit gesehen und deshalb versucht, ihm weniger zu essen zu geben, da er auch schon sehr dick sei und die Gefahr von mehr Pflegebedürftig-

keit droht. Er selbst aber sucht Essen und nimmt dieses anderen BewohnerInnen des Heimes weg. Also wird er als „Dieb“ wahrgenommen und „überwacht“. Das führt zu vermehrter Aggressivität von seiner Seite und „Stationsflüchtigkeit“. Da er vermehrt gefährdet ist wird er medikamentös behandelt um seine „Verhaltensstörung“ zu behandeln. Nunmehr ist er immobiler aber weniger „störend“. Hunger hat er aber weiterhin.

### Beispiele für moderne, bedürfnisorientierte Modelle

Im folgenden Abschnitt sollen deshalb einige Überlegungen und bereits erprobte Modelle für bedürfnisorientierte Konzepte dargestellt werden. Diese können in Modelle, die primär biologische Bedürfnisse abdecken, solche die die Person in den Mittelpunkt stellen (psychologische/psychotherapeutische Ansätze), jene mit primär sozialem Charakter (soziale Integration, Inklusion, langer Verbleib zuhause) und Umweltgestaltungsmaßnahmen eingeteilt werden. Natürlich gibt es auch Kombinationen, jedoch steht meist ein Aspekt im Vordergrund.

Die meisten Konzepte fokussieren auf den Bereichen Ernährung, Erhalt körperlicher Funktionen, Schmerzfreiheit und der Therapie der Grunderkrankung. Oft zeigen sich im Rahmen von Demenzerkrankungen Probleme mit dem Appetit und der Menge der zu sich genommenen Nahrung, die zu groß oder zu gering ist. Bei zu geringem Hunger können Genussstraining, Essen optisch und olfaktorisch besser dargeboten; mitarbeiten bei der Essensvorbereitung, eine entspannte und wohlige Essatmosphäre, „Fingerfood“ sowie eine Art „Buffet“ hilfreich sein. Hier wäre etwa „Sonnwaid“ (<http://sonnweid.ch/>) als gutes Beispiel zu nennen.



(C) Monkey business

Für den Erhalt der körperlichen Mobilität und der kognitiven Leistungsfähigkeit werden oft motivierende Aktivitäten (z.B. MotoGeragogik; <http://www.motogeragogik.at/>) angeboten. Diese bauen auf natürlichen Bewegungsabläufen auf und entsprechen dadurch leichter dem Grundbedürfnis nach Bewegung als reines Üben. Auch soziale Interaktion (Kinder, Tiere), ein Garten und Haushaltstätigkeiten können bedürfnisorientiert genutzt werden.

Identitätserhalt: Hier sind alle biografieorientierten Ansätze und deren Erweiterung zu nennen. Dazu gehören das Pflegemodell nach Böhm, die Validation, der personenzentrierte Ansatz nach Kitwood, die Mäeutik und psychotherapeutische Ansätze. Diese sind bereits bekannt, insofern sollen sie an dieser Stelle nur erwähnt werden.

Auch die Schematherapie kann hier hilfreich eingesetzt werden. Young definiert 18 verschiedene Schemata, die sich in den Verhaltensweisen der Betroffenen äußern können. Zwar können Menschen mit weit fortgeschrittener Demenz keinen Schemafragebogen mehr ausfüllen, jedoch kann vom Verhalten auf die darunter liegenden Schemata und Grundbedürfnisse geschlossen werden. So kann etwa Unruhe beim Weggehen einer Betreuungsperson durch ein starkes Verlassenheitsschema ausgelöst werden, während etwa dauerndes Suchen einer hohen Angst vor Versagen bei Leistungserbringung entsprechen könnte. Abgeleitete Maßnahmen wären etwa der Aufbau von Sicherheit und Geborgenheit durch Personen oder Umweltmaßnahmen, bzw. im zweiten Fall das Anbieten von identitätsfördernden und erfolgreich durchzuführenden Aktivitäten.

Bedürfnis nach Nähe: Ist dieses Bedürfnis vorhanden, so ist es gerade im Bereich der stationären Betreuung oft schwer zu erfüllen. Erkennbar ist es, dass eine Person ständig „Kuscheln“ will oder jemanden bei sich braucht. Das ist jedoch im Rahmen der professionellen Betreuung und bei Menschen mit Demenzerkrankung nicht so üblich und sprengt auch den Rahmen. Hilfe bietet hier z.B. Tiertherapie bzw. auch die Therapierobbe „Paro“ (<http://www.alzheimer-forschung.de/alzheimer-krankheit/aktuelles.htm?showid=3288>). Auch eine Puppe oder ein Kuscheltier kann hier therapeutisch eingesetzt werden. Bei dem zusätzlichen Bedürfnis nach Sexualität (z.B. Mann belästigt Mitbewohnerinnen) kann auch eine Sexualassistentin beigezogen werden, bzw. ist auch der Besuch bei einer Prostituierten nicht ausgeschlossen. Oft muss hierbei jedoch auf das Grundbedürfnis nach Nähe mehr eingegangen werden

als die reine Sexualität wie Nina de Vries betont (<http://www.spiegel.de/spiegelwissen/a-680226.html>).

Oft geht die Identität als Mann und Frau im Rahmen der Demenzerkrankung verloren. Hier können „Wohlfühlaktivitäten“, z.B. Friseur, sich schminken, entsprechende Kleidung, aber auch identitätsstiftende Aktivitäten (Frauengruppe, Männergruppe) hilfreich sein.

Ein neues Projekt der bedürfnisorientierten Umweltgestaltung stellt das „Alzheimerdorf-Hogeweyk“ dar (<http://alzheimerblog.wordpress.com/2010/09/16/pionierprojekt-ein-alzheimerdorf-in-den-niederlanden/>). Hier können Menschen mit weit fortgeschrittener Demenz ihre Grundbedürfnisse soweit als möglich weiter leben. Hier gibt es Straßen und Plätze, ein Einkaufszentrum, Fitnessstudios etc. die „Normalität“ aber auch „Sicherheit“ und „Geborgenheit“ bieten.

### Zusammenfassung und eigene Forschung

Die Erfassung der Bedürfnisse von Menschen ist nicht immer einfach. Oft stehen eigene Normen, Wünsche, Bedürfnisse, ethische Überlegungen, aber auch gesellschaftliche und organisatorische Faktoren der Erfassung und Umsetzung im Wege. Im Rahmen eines neuen Forschungsprojektes versuchen wir hier den Betreuern praktische Lösungsansätze zu geben.

Diese bauen auf folgenden Überlegungen auf:

- Grundbedürfnisse von Menschen lassen sich aus dem Verhalten der Betroffenen ableiten (Verhaltensbeobachtung mittels eines neuen Fragebogens zur Bedürfniserfassung, Gatterer, 2013 in press). Dieser Fragebogen erfasst folgende Grundbedürfnisse: Kommunikation, Sicherheit/Geborgenheit, Freiheit/Autonomie, Soziale Interaktion, Essen, Nähe/Intimität, Trinken, Schlaf / Ruhe, Motorische Bewegung, Beschäftigung, Sexualität, Liebe, Struktur, Ich Identität/individuelle Bedürfnisse und Sauberkeit die aufgrund einer Ratingskala eingestuft werden sollen.

- Darauf aufbauend erfolgt die Überlegung, inwieweit diese Bedürfnisse von den Betreuern erfüllt werden können? Die Frage ist, warum und wann stören Bedürfnisse?

Dabei auftretende Probleme sollten nach folgendem Prinzip abgehandelt werden:

- Wie genau sieht Problem aus? Ist es selbst- bzw. fremdgefährdend?
- Wer hat es? Wer leidet?
- Woraus ergibt es sich (Sichtweisen, Regeln, Normen, Bedürfnisse,...)?
- Wer bestimmt, was das Ziel wäre?
- Wessen Ziel ist es? Welche Bedürfnisse stehen im Vordergrund?
- Wer soll verändert werden?
- Wer profitiert?

Mittels solcher Überlegungen kann es gelingen, auch bei Menschen mit Demenzerkrankung bedürfnisorientiert zu betreiben. Das erfordert jedoch oft ein Umdenken vom Prinzip der „Normalität“ zum Prinzip der „Lebensqualität“. Auch Menschen mit Demenz haben Bedürfnisse wie alle anderen Menschen. Sie können sie nur im Stadium der schweren Demenz nicht mehr so äußern und müssen deshalb erschlossen werden. Erfolgreiche bedürfnisorientierte Betreuung ist meist durch eine Reduktion von Konflikten und Frustrationen sowohl bei den erkrankten Menschen aber auch deren Betreuern erkennbar.

**Literatur**

Feil, N. (2002) Validation. Ernst-Reinhard, Verlag. München.

Gatterer, G. (2007) Effizienz spezifischer neuropsychologischer und klinisch-psychologischer Interventionen im Alter. Z Gerontol Geriat 40:1–8

Gatterer, G. (2014) Bedürfnisorientierte Betreuungsstrukturen für Menschen mit Demenz. Der Mediziner

Gatterer, G (2007; Hrsg.) Handbuch multiprofessionelle Altenbetreuung. 2. Auflage. Springer, Wien.

Kitwood, T. (2008): Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. 5., ergänzte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.

Maslow, A. H. (1999) Motivation und Persönlichkeit. (dt. Paul Kruntrad). Rowolt, Reinbek bei Hamburg

**Autor & Links**



www.gatterer.at



**Univ. Doz. Dr. Gerald Gatterer**

Klinischer- und Gesundheitspsychologe  
 Psychotherapeut  
 Akademischer Krankenhausmanager  
 Stabstelle Vernetzungsmanagement Psychosoziale Rehabilitation  
 am Sozialtherapeutischen Zentrum Ybbs/Donau  
 Leiter des Instituts für Altersforschung der Sigmund Freud  
 Privatuniversität Wien  
 Kontakt: gerald@gatterer.at

**DAS Lehrbuch zur Pflegewissenschaft**



Hermann Brandenburg / Stephan Dorschner (Hrsg.)

**Pflegewissenschaft 1**

Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in das wissenschaftliche Denken in der Pflege

3., überarbeitete und erweiterte Auflage 2015.

320 Seiten, kartoniert

€ 39.95

**AUCH ALS E-BOOK**

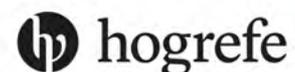
Das erfolgreiche Lehrbuch zur Pflegewissenschaft bietet einen umfassenden und verständlichen Überblick über die Theorie- und Methodendiskussion der Pflegewissenschaft, an dem kein Student der Pflegepädagogik, Pflegewissenschaft und des Pflegemanagements vorbeikommt. Für die dritte Auflage wurden alle Kapitel überarbeitet und adaptiert.

«...ein sehr gutes Grundlagenbuch für die Pflegewissenschaft.» *QuePNet*

«Wer Pflegepädagogik oder Pflegemanagement studiert und eine inhaltlich anspruchsvolle und didaktisch gekonnte Einführung in die Pflegewissenschaft sucht, der oder dem kann der Brandenburg/Dorschner sehr zur Lektüre empfohlen werden.»  
*Dr. Jörg Hallenleben, Pflege & Gesellschaft*



www.hogrefe.ch/85159



## „Worte waren ursprünglich Zauber“

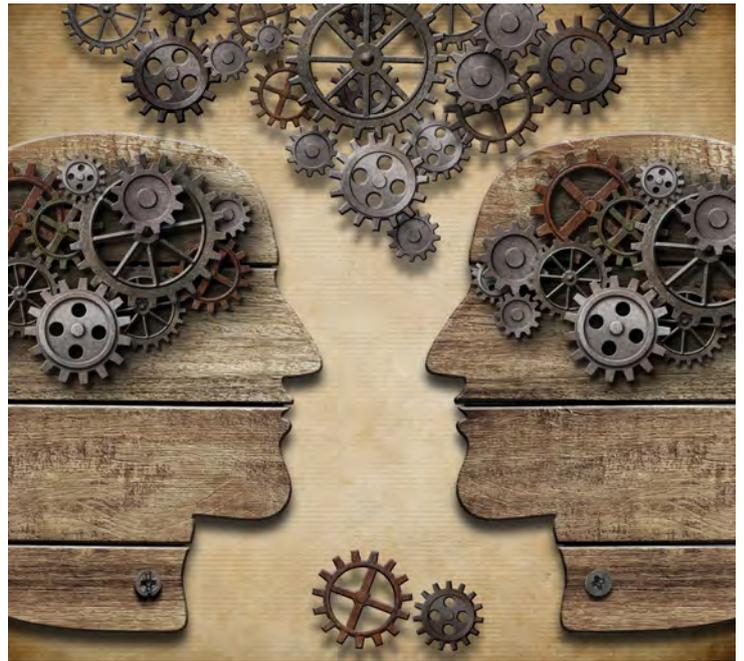
Mit eben diesen Worten betitelte Steve de Shazer, einer der Gründungsväter der lösungsorientierten Kurzzeittherapie, welche durch Milton Ericksons bzw. dessen hypnotherapeutischem Wirken deutlich beeinflusst wurde, eines seiner herausragendsten Bücher .

Ist das möglich, Zauberei mit Worten? Die Neugierde ist groß und es ist ein Aufhorchen im Unterricht der Krankenpflegeschule zu bemerken, wenn der Referent des Faches Psychiatrie sein Interesse für medizinische Hypnose erwähnt. Immer kommt das Wünschen, doch auch diesen Themenbereich unbedingt in den Unterricht einzubauen und immer melden sich zahlreiche Freiwillige, die sich gerne hypnotisieren lassen wollen und das überraschenderweise vor all ihren Kollegen. (Vor Publikum ist das eine dankbare Angelegenheit, denn wenn sich jemand schon von vornherein wünscht in Trance zu gehen, dann ist es nur mehr erforderlich ihn dazu einzuladen, das eben jetzt zu tun, wenn er sich vorne auf den Sessel neben den Referenten setzt). Der folgende kurze Überblick richtet sich an die hypnoseinteressierten Kollegen aus Pflege, Psychologie und sonstigen medizinischen Bereichen und soll dazu führen dieses Interesse größer werden zu lassen, neugierig zu sein und infolge noch eingehender sich mit dieser Materie zu beschäftigen.

### Historisches zur Hypnose

Hypnose im Sinne von Riten und Heilungszeremonien ist wahrscheinlich so alt wie die Menschheit selbst und wirkt auch noch heute in vielerlei Gestalt ohne klar als Hypnose tituliert zu werden in schamanischen Heilungsritualen und Vorstellungen genauso weiter, wie in den verschiedenen Methoden der Meditation als Selbsthypnose. Ob im Zen, im Vajrayana (dem „inneren Yoga“), den Sufiritualen oder beim tanzenden Derwisch, aber auch einfach bei Kindern, die sich noch mehr „Trance“ gönnen, als wir Erwachsene und in ihrer „Spieltrance“ noch aus den vollen Möglichkeiten des Unbewussten schöpfen.

In all diesen Ritualen, Zaubern und Zeremonien kann man auch die erste psychotherapeutische, eigentlich auch ganzheitliche Strategie des Heilens erkennen. Exemplarisch erwähnt seien Hypnosepraktiken im Gilgamesch-Epos der Sumerer (18 Jhdt. v. Chr.), das Papyrus „Ebers“ (16 Jhdt. v. Chr. welches auch



Zaubersprüche zur Begleitung des Heilungsversuches anführt), sowie die Inkubation („Tempelschlaf“) der griechischen Antike, bei der Kranke in einem Tempel durch einen „Traumschlaf“ (oft mit Ritualen verknüpft) Heilung oder Hinweise auf eine wirksame Behandlung zu erfahren versuchten.

Erstmalig wissenschaftlich versuchte Franz Anton Mesmer die Hypnose zu erklären mit einer „wissenschaftlichen“ Theorie die heutzutage bizarr erscheinen mag; mit seiner Vorstellung eines „animalischen Magnetismus“, wobei der Therapeut dieses magnetische Fluidum auf den Patienten, quasi als Mittler, übertrug (Nicht ganz unähnlich der Exorzismustheorie von Pater Gaßner; siehe Revenstorff- 2001 Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin-ein Manual für die Praxis).

Mesmer blieben akademische Ehren aber verwehrt. Trotz seiner zahlreichen Behandlungserfolge wurde er wiederholt denunziert, sicher auch weil eine wissenschaftlich klare Beweiskette schwierig nachweisbar war.

Den Begriff „Hypnose“ (Hypnos; der griechische Gotte des Schlafes, Sohn der Nacht und der Dunkelheit) verdanken wir dem englischen Augenarzt James Braid (1795-1860), der nachdem er einer Demonstration eines „Magnetiseurs“ beigewohnt hatte und fasziniert war selbst mit dieser Methode zu forschen begann. Obgleich er die Idee des Magnetismus bald verwarf und hirnpfysiologische Veränderungen suspizierte, arbeitete er an Tranceinduktionen über Fixieren eines Gegenstandes

und verfeinerte diese Technik. Er konnte vor allem die in Hypnose als Trancephänomen induzierbare Anästhesie für seine augenchirurgischen Behandlungen anwenden.

Die moderne Hypnose ist geprägt durch Virginia Satir, Fitz Pearls, Bandler und Grinder (die Begründer des NLP) und vor allem durch Milton H. Erickson (1901-1980).



(C) Brian Jackson

Erickson kann als der eigentliche Gründungsvater der Hypnotherapie angesehen werden. Als Psychiater entwickelte er ein ihm eigenes Verständnis von Störungen und Fehlreaktionen, indem er diese in einem ganzheitlichen Ansatz als „Lösungsversuche“ des Unbewussten (für u.a. Konflikte) erkannte. Wobei es ihm nicht primär um Auflösung von Symptomen sondern, nach vorhandenen Möglichkeiten des Klienten, um Veränderungen und Nutzbarmachung ging. Einige der spezifischen Techniken sind die Utilisation (das zu nutzen, was als Gegebenheiten vorhanden ist), die Yes-haltung („Bejahung“- also Dinge zu äußern, die das Gegenüberevorbehalts auch bejahen kann, was eine positive Grundhaltung induziert) und vor allem das **Reframing** (indem eine konflikthafte oder problematische Gegebenheit umgedeutet und in einen neuen Bezugsrahmen gestellt wird wodurch neue Möglichkeiten für Verständnis und Verarbeitung entstehen).

Hypnose bedeutet heute: geleitete Veränderung des Bewusstseinszustandes im Sinne einer Verschiebung in „unbewusstes“ Wahrnehmen und Erleben, vor allem durch die Methode einer Veränderung der Fokussierung auf an sich unbewusste, subliminale Wahrnehmung - eine Umlenkung der „Außenwahrnehmung auf die Innenwahrnehmung“.

Der Klient geht in einen Trancezustand, indem äußere Reize teils vermindert wahrgenommen werden, sich das Bewusstsein vor allem der inneren Welt zuwendet. Natürlich kann Trance im Alltag auch ganz von selbst auftreten, wenn es einem angenehm erscheint, und wie zuvor erwähnt, Kinder sind eigentlich unentwegt in Trance.

Wer kennt sie nicht in Wien, die „U-Bahn oder Zugtrance“? Ausgelöst durch das monotone Geräusch des Zuges, wenn er über die Gleise fährt und die teils rhythmischen Bewegungen des Zuges die sich über den Sitzplatz auf den Körper übertragen, vielleicht auch ein wenig Vibrieren. Vielleicht ist man auch etwas müde. Das führt dann dazu, dass man ganz von selbst in eine innere Erlebniswelt abtauchen kann und Bilder entstehen können sowie Erinnerungen. Die bewusste Wahrnehmung bei welcher Station man gerade hält verblasst zunehmend, bis zu dem Moment indem man plötzlich und rechtzeitig wie erwacht, klar wahrnimmt, dass sich gerade die Türen bei der „richtigen“ Station öffnen. Das Unbewusste ist einem dabei meist wohlgesonnen.

(Vielleicht ist man aber auch zu müde und man „erwacht“ wenn sich die Türen an der „richtigen“ Station bereits wieder schließen und vielleicht hat das dann auch andere Gründe.... Die Tiefe einer Trance kann variieren, ob eine Hypnose deswegen gut oder weniger gut gelungen ist, ist davon unabhängig)

**Jedenfalls ist eine Hypnose, knapp formuliert, eine induzierte, besser aber geleitete Trance eines Klienten durch einen Hypnotiseur, der ebenfalls dabei in einen tranceartigen Zustand gehen kann.**

Es handelt sich dabei um eine sehr komplexe vielschichtige Beziehung, wobei die Tranceinduktion mittels verschiedenster Methoden hervorgerufen werden kann. Mit Musik, Rhythmen, verbale individuell abgestimmte Suggestionen. Optisch, indem der Klient einen Gegenstand (das hinlänglich bekannte Pendel, oder auch ein Finger) fixiert. Durch Drehen oder Bewegen des Körpers, durch Überladen mit Reizen oder eine Kombination mehrerer dieser Möglichkeiten.

Natürlich braucht es das Vertrauen des Klienten und den Wunsch in Trance zu gehen.

Welche Umstände könne in diesem komplexen zwischenmenschlichen Beziehungsrahmen dann

eine Tranceinduktion, eine Veränderung des Bewusstseinszustandes erleichtern, wenn es sich ohnehin beide wünschen, dass ebendiese eintritt? Das Zauberwort heißt Rapport und wird später in der Erläuterung des Ablaufes einer Hypnose erörtert.

### Suggestionen

Wichtig ist auch die Verwendung von Suggestionen (lat. Eingebung). Mittels Begriffen, Worten, Metaphern und auch Gesten werden im Klienten innere Reaktionen, Vorstellungsbilder hervorgerufen, welche selbst auch wieder zu Reaktionen von Geist und Körper führen können. **Inbesondere auch im ärztlich/pflegerischem Kontext haben Worte eine große Suggestivkraft, schon allein aufgrund des spezifischen Settings.** Das kann heilend wirken, aber auch schädlich.

Da hypothetisch das Unbewusste das Wort „nicht“ nicht kennt, erscheint es besonders empfehlenswert Negationen zu meiden und stattdessen positiv und konstruktiv zu formulieren. Wer schon einmal versucht hat, ausschließlich in positiven und konstruktiven Formulierungen zu kommunizieren, wird sich anfangs wundern wie schwer das ist. Wie sehr sind doch im üblichen Sprachgebrauch Negativformulierungen die alltägliche, allgemeine Praxis sind.

Wenn Worte, welche über ihre Suggestionskraft und der Art und Weise wie sie betont werden weitere Metaebenen besitzen, die den oberflächlich erkennbaren Wortgehalt bei weitem übersteigen, dann ist es lohnend auch im allgemeinen Patientenumgang sehr bedacht seine Formulierungen zu wählen.

Beispiel: Denken sie nicht an einen rosa Elefanten!- das führt dazu, primär an ebensolchen zu denken- und nicht „nicht“. Um das weiter zu illustrieren kurze Beispiele: Einem Kind zuzurufen „ **Fall nicht hin!**“ wenn es rasch durch unwegsames Gelände läuft, ist eigentlich eine Suggestion hinzufallen- beim Unbewussten kommt unterschwellig „ **Fall ...hin**“ an.

Um das in den medizinischen Bereich zu verlagern: Welche Suggestionen wirken wohl bei einer Patientin mit drohender Frühgeburt, die deswegen in ein Spezialzentrum verlegt wird und von der Notärztin folgende Worte hört und auch suggestiv erlebt „ **Keine Angst, sie brauchen sich nicht fürchten.** Bei mir sind schon öfters **im Rettungswagen Kinder zur Welt gekommen.** Das ist kein **Problem**“. Ja genau, das kann man auch anders formulieren- ist aber unüblich, im allgemeinen Sprachgebrauch (z.B. ganz banal positiv und konstruktiv formuliert, formal

inhaltlich nahezu ident, „Sie können jetzt ganz beruhigt sein und sie können uns vertrauen, denn wir werden sie sicher ins nächste Krankenhaus bringen“).

### Hypnose im Prozess

1) **Rapport** (franz. Verbindung), welcher eine vertrauensvolle, von wechselseitiger empathischer Aufmerksamkeit und vorbehaltloser Wertschätzung getragene Beziehung bezeichnet, also die optimale Beziehung zwischen Hypnotiseur und Hypnotisiertem. Die Grundlagen dass Hypnose überhaupt funktionieren kann.

Das bezieht sich sowohl auf die verbale und auch auf die nonverbale Ebene der Kommunikation. Wobei der Hypnotiseur versucht eben beide Ebenen wahrzunehmen und als Zeichen dieser Wahrnehmung dies seinem gegenüber unterhalb dessen Bewusstseinschwelle mitzuteilen. Verbal, indem er Begrifflichkeiten oder Wortbilder seines gegenüber übernimmt, dessen Tonlage, und vielleicht auch Sprachrhythmus. Und besonders effektiv, den eigenen Sprachrhythmus an den Atemrhythmus des Gegenübers anpasst; indem er immer spricht, wenn der zunehmend in Trance gleitende Klient ausatmet, und pausiert wenn dieser einatmet. Das allein kann dazu führen, dass ein überraschend leichter Übergang in einen anderen Bewusstseinszustand gelingen kann. Wie eine Art Bioresonanzgerät, welches über Rückkoppelungsmechanismen die Trance immer weiter verstärkt.

Nonverbal kann das gelingen, indem die Psychomotorik des Gegenüber „gespiegelt“ wird (siehe Spiegelneuronentheorie), in Haltung, einem Blinzeln des linken oder rechten Auges vielleicht, ein Bewegen eines Fingers in der Frequenz der Atmung, und insgesamt einer Anpassung in Mimik und Gestik.

2) **Anamnese** (Symptome, evtl. Vorerfahrungen), Aufklärung, **sowie Zieldefinition**

Hierbei können bereits - weiter auf die Trance vorbereitend welche sich oft bereits allein durch den Rapport beginnt einzustellen - erste Suggestionen gesetzt werden. Wobei diese, den systemischen Therapieverfahren ähnlich, Ziel und Lösungsorientiert ist (und auch das Erklären welche Möglichkeiten und Unmöglichkeiten die Hypnose hat, sollte wesentlicher Bestandteil der Aufklärung sein).

3) **Induktion** einer Trance, mit stufenweiser Vertiefung. Verbal suggestiv, und durch Orientierung oder Lenkung der Aufmerksamkeit, des Fokus, auf

subliminale, unbewusste, und auch innere Wahrnehmung, Fixation eines Gegenstandes etc. (wie zuvor bereits beschrieben gibt es zahlreiche technische Möglichkeiten).

4) **„Therapeutischer Teil“** - Märchen-Metaphern, Utilisation etc..., auch hier bestehen verschiedenste Möglichkeiten - ob nun mit allen 5 Sinnen in der Trance gearbeitet wird, oder indem der Hypnotiseur einfach eine „Geschichte“ erzählt, und diese vordergründig gar nichts mit dem Klienten zu tun haben muss - besonders kunstvoll und kreativ sind zahlreiche Beispiele in Milton Ericksons Lehrgeschichten nachzulesen.

5) **Reorientierung mit Dehypnose** - das kann schrittweise gelingen indem der Hypnotiseur ganz langsam die Sinne des Klienten wieder nach außen orientiert, auf äußere Reize richtet und ihm nahelegt in einem, für ihn passendem Tempo, in 10 oder 15 Atemzügen wieder ganz frisch und hellwach zu sein. Eine Nachsuggestion kann anschließend noch hineingewoben werden, eventuell sich bewusst an gar nichts zu erinnern, weil man ja hier in diesem Raum war. (Amerikanische Psychiater sind besonders bedacht ausreichend zu dehypnotisieren um keinesfalls rechtlich belangt werden zu können, aus Sorge sich für die erhöhte Suggestibilität, auch posthypnotisch, verantworten zu müssen.) Jedenfalls ist **jede Hypnose, auch als Restphänomen, nach dem ersten Nachtschlaf beendet**, sollte der Klient sich der Dehypnose entzogen haben.

6) **Nachgespräch** völlig offen geführt.

### Indikationen für Hypnose im medizinisch/ pflegerisch/ ärztlichem Tätigkeitsfeld:

Psychiatrischer Bereich: als Psychotherapie in Form von Hypnosetherapie an sich, insbesondere Angsterkrankungen/Phobien, dissoziative sowie funktionelle Störungen, Abhängigkeit/Substanzmissbrauch (v.a. Alkohol und Nikotin), Schlafstörungen, sexuelle Störungen, als Entspannungsverfahren, bei Verhaltensstörungen, ADHS, Nykturie ohne organisch erkennbare Ursache, Depressionen, eventuell eingeschränkt auch bei Persönlichkeitsstörungen wie auch der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung.

Sämtliche „psychosomatisch“ klassisch mitbedingte Erkrankungen wie Asthma Bronchiale oder Hypertonie (wobei der Autor nicht an „die Psychosomatik“ als Dichotomie glaubt, weil es nicht

körperlich oder psychisch, sondern nur beides untrennbar verwoben gibt).

Schmerz, nahezu jeglicher Qualität, akut bis chronisch, auch Phantomschmerzen. Auch begleitend bei oder vor jeder invasiv medizinischen Intervention, sowohl durch die analgetische wie auch anxiolytische Wirkung. Wie z. B. beim Zahnarzt, in der Dermatologie beim Verbandswechsel, bei chirurgischen Eingriffen und natürlich auch bei der Geburtshilfe.

Erkrankungen die hypothetisch auf dem Prinzip der visceralen Hypersensitivität erklärlich sind, wie eben das Reizdarmsyndrom sowie die funktionelle Dyspepsie.

Angstlösend bei kinderärztlicher Untersuchung, sowie auch hier bei nötigen Interventionen als Begleitmaßnahme.

### Kontraindikationen:

Produktiv psychotische oder präpsychotisch wahnhaft Zustandsbilder werden allgemein als absolute Kontraindikationen gesehen. Immer ist die Beurteilung der Frage der Indikation natürlich auch abhängig von der jeweiligen Erfahrung und dem Kontext.

Es bedarf jedenfalls des Wunsches, der Motivation eines Klienten in Trance gehen zu wollen. Ohne diesen, auch wenn er nur gering ist, kann eine Hypnose nur scheitern. Die große Sorge gegen seinen Willen hypnotisiert zu werden, auch Dinge zu tun, die man sonst niemals getan hätte ist unbegründet, insbesondere was dissoziales Verhalten betrifft. Eine gewisse Bereitschaft und ein Wollen wäre dann beim Klienten sicherlich auch im



„wachen Bewusstseinszustand“ vorhanden.

Zur Sicherheit sollten sie sich abschließend jetzt fragen wieviel Geld heute in ihrer Geldbörse ist, denn das führt dazu das jeder sicher ausreichend wach ist. Bedenken sie vor allem die suggestive Kraft der Worte und formulieren sie bedacht, positiv und konstruktiv, um die „Tiefenwirkung“ ihrer Worte zu verstärken.

Auch wenn es dazu gerade in jüngster Zeit auf politischer Ebene absurde Bemühungen gab und gibt, so zu formulieren, dass bloß keine unangenehmen Bilder in den Köpfen und Herzen der Menschen entstehen können (mit denen Politiker ja nicht assoziiert werden wollen). Das betrifft sogar zahlreiche politische Personen, unterschiedlicher Couleur, die sich geradezu einen Wettstreit der Absurdität liefern. Und zwar weit über das, „um den heißen Brei Gerede“, hinaus, nur technisch so schlecht und offensichtlich, dass man von keiner subliminal wirksamen Suggestion mehr ausgehen kann. Das ist einfach zu durchschaubar. Dennoch ist es unglaublich, welchen Unfug man mit Sprache anstellen kann.

Oder hätten sie jemals vermutet, dass man einen Zaun auch „positiv“ als „Türe mit Seitenteilen beschreiben kann“...

### Autor & Links



#### Dr. Manfred Greslechner

Facharzt für Psychiatrie  
 Psychosoziale Dienste Wien  
 Sozialpsychiatrisches Zentrum der Caritas Wien  
 Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege  
 SMZ Ost/Wilhelminenspital in Wien  
 Kontakt: [dr.greslechner@gmail.com](mailto:dr.greslechner@gmail.com)

**Pflege Professionell wünscht  
 allen Pflegenden ein frohes Fest  
 und einen guten Rutsch ins Jahr 2016**



Fortbildung · Weiterbildung  
**Schmerzmanagement**  
**Hypnotische Kommunikation**



Kursprogramm online unter  
[www.pflegeminusschmerz.at](http://www.pflegeminusschmerz.at)

Pflegeminusschmerz - Geyrhofer KG

Kreuznerstraße 10 - 4360 Grein - +43660 / 78 56 000 - [office@pflege-schmerz.at](mailto:office@pflege-schmerz.at)

## Bereit für die Erkältungszeit - Das Ätherische Öl der Weißtanne

Wärme und Schutz vor Erkrankungen spendet uns dieses feine Nadelgewächs. Nicht nur in der kalten Jahreszeit eine Bereicherung.



Foto (C) Tanja Riedel

Gerade bei Erkältungskrankheiten hilft das waldig duftende Öl der Weisstanne mit seiner antiviralen und antibakteriellen Wirkung. Doch auch winterliche Verstimmungen wirkt es entgegen.

**Lateinischer Name:**

Abies alba

**Pflanzenfamilie:**

Kieferngewächse (Pinaceae)

**Herkunft:**

Die Weißtanne ist in ganz Mitteleuropa sowie Teilen Kanadas beheimatet. Eines der wichtigsten Anbaugeländer ist Frankreich.

**Botanik:**

Der 50 Meter hohe immergrüne Nadelbaum unterscheidet sich durch die weißliche Rundung und die nach oben schauenden Zapfen von den anderen. Die Nadeln der Tanne sind flach und breit und stechen daher nicht. An der Unterseite sind 2 bläulich weiße Wachsstreifen. Die Nadeln können 8 -11 Jahre alt werden. Eine weitere Besonderheit des Baumes ist, dass der Spindel des Zapfens nach dem Abfallen der Samen stehen bleibt.

**Gewinnung des ätherischen Öls:**

Das ätherische Öl wird mittels Wasserdampfdestillation gewonnen. Für ein Kilo ätherisches Öl werden ca. 200 Kilo der jungen Zweige benötigt.

**Charakteristik:**

Das ätherische Öl der Weißtanne riecht balsamisch, waldig-würzig frisch und klar. Es wird der Kopf-Herz-Note zugeordnet und verfliegt relativ rasch an der Luft.

**Inhaltsstoffe:**

Monoterpene da vor allem Limonen und Alpha-Limonen, Ester hier wiederum vor allem Bornylacetat, Sesquiterpene und Monoterpenole.

**Wirkung:**

**Körperlich:**

stark antiviral, antibakteriell und immunstimulierend, entzündungshemmend, schmerzlindernd, durchschlaffördernd, erwärmend, durchblutungsfördernd, hautstoffwechsellanregend, entstauend und regulierend auf die Schleimhäute der Atemwege

**Psychisch:**

stimmungsaufhellend, stärkend und aufrichtend, geistig klärend, belebend

**Anwendungsbereiche:**

Erkältungskrankheiten (Sinusitis, Rachitis), Raumluftdesinfektion, Muskelverspannungen, Arthritis, Arthrose, Schwächezustände, Rekonvaleszenz, Konzentrationsschwäche, geistige Erschöpfung, Harnwegsinfekt, stressbedingte Erschöpfung, Frühjahrsmüdigkeit, Fieber, grippaler Infekt, Tuberkulose.

## Vorsichtsmaßnahmen/Nebenwirkungen:

Das Weißtannenöl kann im warmen Wasser hautreizend wirken, da es einen sehr hohen Anteil an Monoterpenen hat. Aus diesem Grund bei solchen Anwendungen mit hautfreundlichen Ölen kombinieren und niedrig dosieren. Das ätherische Öl der Weißtanne eignet sich nicht zur Inneren Anwendung bei Schwangeren, Säuglingen und Kleinkindern. Bei der äußeren Anwendung an Säuglingen sollten nur geringste Konzentrationen von unter 0,5 % eingesetzt werden.

## Exkurs Weißtannenhydrolat:

Das Weißtannenhydrolat eignet sich besonders zur Reinigung und Erfrischung der Raumluft. Es kann in der Sauna, der Duftlampe, aber auch als Airspray in Grippezeiten verwendet werden. Weißtannenhydrolat kann gut selbst zubereitet werden, da der Baum in unseren Breitengraden im Wald gefunden werden kann. Man benötigt die Nadeln welche klein geschitten werden müssen oder gemörsert werden können – so entfaltet sich der Duft im Hydrolat voll.

Der Duft ist ideal für die Advents- und Weihnachtszeit

## Quellangaben:

Deutsch E. / Buchmayr B. / Eberle M., (20153): Aromapflege Handbuch – Leitfaden für den Einsatz ätherischer Öle in Gesundheits-, Krankenpflege- und Sozialberufen. Pflach. Grasl.

Enz M., (2001): Das Wissen um die Heilkräfte der ätherischen Öle – Mit vielfältigen Anwendungsmöglichkeiten in der Gesundheitsvorsorge und in Heilberufen. Sulzberg. Joy Verlag GmbH.

Kleindienst-John I., (2012): Hydrolate - Sanfte Heilkunst aus Pflanzenwasser, Linz. Freya Verlag KG.

Rizzi Fischer S., (2014): Das große Buch der Pflanzenwässer – pflegen, heilen, Gesund bleiben mit Hydrolaten. Aarau und München. AT Verlag.

Wabner D. / Beier C. (Hrsg.), 20112: Aromatherapie Grundlagen – Wirkprinzipien - Praxis. München: Urban & Fischer ein Imprint der Elsevier GmbH.

Werner M. / von Braunschweig R., 20144: Praxis Aromatherapie – Grundlagen, Steckbriefe, Indikationen. Stuttgart: Karl F. Haug Verlag in MVS Medizinverlage Stuttgart GmbH & Co KG.

Zeh K., (20125): Handbuch Ätherische Öle – 65 Duftöle für die Hausapotheke, Schönheit und Genuss – umfassend – übersichtlich – kompakt. Oy - Mittelberg. Joy – Verlag.

Zimmermann E. (20115): Aromatherapie für Pflege und Heilberufe – Kursbuch für Ausbildung und Praxis. Stuttgart. Karl F. Haug Verlag.

AiDA – Aromatherapie und Kräuterwanderungen  
Eliane Zimmermann per mail

## Autorin



### Martina Braun, MBA

Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin  
MBA Studium Gesundheits- und Sozialmanagement

## Basiswissen Aromapflege: Das Wesen der ätherischen Öle



### Geschichtlicher Hintergrund:

Ätherisch kommt vom griechischen „aither“ und bedeutet Himmelsluft – Aither war der Wohnsitz der Götter. In der Neuzeit bezeichnete er den feinsten Stoff der alles durchdringt. Die Alchemisten bezeichneten ätherische Öle als „Quintia esentia“. Es bedeutet das fünfte Seidenen – neben den 4 Elementen. Es wurden damit der Geist das Wesen und die Quintessenz einer Sache gemeint. Die Franzosen und die Engländer benannten es mit „essences“ und „essential oils“ mit der Bedeutung wesentliche Öle. Dies drückt aus wie ätherische Öle von jeher wahrgenommen wurden. Und Bezeichnen treffend das Essentielle, die Lebenskraft bzw. die Seele der Pflanzen.

### Was sind ätherische Öle?

Ätherische Öle sind Duftstoffe der Pflanzen, welche in unterschiedlicher Menge und Zusammensetzung in den verschiedensten Teilen der Pflanze vorkommen. Sie sind in den Wurzeln, den Blättern, den Früchten und Samen sowie den Blüten enthalten, des weiteren können sie in Holz, Harz und Nadeln gefunden werden. Die Öltröpfchen werden in den kleinen Drüsen der Pflanze gebildet und stellen die öllöslichen, leicht flüchtigen Substanzen dar und gehören zu den Stoffwechselprodukten der Pflanzen. Durch die speziellen Duftstoffe einer Pflanze ist es dem Menschen möglich die Bedeutung und Wirkung zu verstehen. Für die Entwicklung von Duftstoffen werden die vier Elemente

Luft, Licht, Wasser und Erde benötigt. Duftstoffe werden auch gebraucht um Insekten für eine Bestäubung anzulocken, aber auch um nicht gefressen zu werden. Der aromatragende Teil der Pflanze stellt somit das Abwehrsystem dar. Die Duftmoleküle schützen Pflanzen aber auch vor Wettereinflüssen wie Hitze und Kälte in dem sie die Pflanze mit einer hauchdünnen Ölschicht ummanteln. Pflanzen kommunizieren über Duftstoffe miteinander und ziehen sich dadurch an oder stoßen sich ab. Manche mögen es dicht nebeneinander gedrängt zu wachsen andere brauchen wiederum Abstand und Platz.

Ein und dieselbe Pflanze kann zu unterschiedlicher Tages und Jahreszeit einen anderen Duftstoff produzieren. Deshalb ist das Wissen um den richtigen Erntezeitpunkt und die richtige Destillationsdauer von Bedeutung. Dieses Wissen wird in Familien über Generationen weitergegeben. Der Erfahrungsschatz ist ein wichtiges Hintergrundwissen für die Herstellung ätherischer Öle damit sie immer die gleiche Qualität und Inhaltstoffe aufweisen. Da sie im Vergleich zu den fetten Pflanzenölen leicht flüchtig sind, hängt die Qualität sehr von den Witterungsverhältnissen ab. Die Flüchtigkeit kann durch aufträufeln auf ein Fliespapier nachgewiesen werden. Nach kurzer Zeit ist das ätherische Öl verdunstet und es hinterlässt keinen Fettfleck.

## Unterschied genuiner (natürlicher) und synthetischer Duftstoffe

**Genuine Duftstoffe** sind teuer und haben einen unterschiedlichen Duft bedingt durch die Umwelteinflüsse. Sie haben eine unterschiedliche Halbwertszeit und verfliegen rasch. Zudem sind sie sehr stoffwechselaktiv, entschlackend und können Hautreaktionen hervorrufen – „die Haut wacht auf“. Des Weiteren sind sie wechselnde Vielstoffgemische die der Organismus kennt und deshalb sehr gut abbaubar. Sie stärken das Immunsystem, die Zellen, das Zellmilieu, die Haut, die Psyche und fördern die Selbstheilkräfte. Genuine Duftstoffe sind seit 2,5 Milliarden Jahren bekannt.

**Synthetische Duftstoffe** sind preiswert und haben immer denselben Geruch. Sie sind sehr lange haltbar und haben einen langanhaltenden Duft. Da sie kaum stoffwechselaktiv sind haben sie eine gute Hautverträglichkeit. Zudem haben sie gleichbleibende Inhaltsstoffe die der Organismus aber nicht kennt. Sie sind kaum abbaubar und lagern sich im Gewebe ab. Auf längere Zeit gesehen schwächen sie das Immunsystem, die Zellen, das Zellmilieu sowie die Psyche und Selbstheilungskräfte. Organische Chemie ist erst seit ca. 250 Jahren bekannt und davon die Duftstoffe erst wenige Jahrzehnte.

## Qualitätsmerkmale von ätherischen Ölen

Die nachfolgenden Angaben sollten auf dem Etikett des ätherischen Öls oder im Katalog bzw. der Preisliste angeführt sein.

- Der deutsche oder lateinische Pflanzename um die Eindeutigkeit nachzuweisen
- Die Angabe des Pflanzenteiles ob Blüte, Kraut, Blatt oder Wurzel,....)
- Das Ursprungsland (Staat) – je nach Region kann sich das ätherische Öl etwas anders zusammensetzen
- Die Abfüllmenge in Milliliter (10, 5 oder 1 ml ...) teure Öle werden mit Jojobaöl oder Alkohol verdünnt um anwendungsfreundlicher und preiswerter zu werden – größere Abfüllmengen wie 50 ml sind nicht empfehlenswert, da der Verbrauch dadurch erhöht wird
- Das Gewinnungsverfahren muss angeführt sein (Wasserdampfdestillation, Wasserdestillation, Expression der Fruchtschale, Extraktion mit Lösungsmitteln)

- Die Qualität der Ursprungspflanze – Anbau (konventionell, kontrolliert Biologisch, kontrollierte Wildsammlung, rückstandskontrolliert) bei Bio - Qualität ist immer ein \* hinter dem Namen sichtbar (Orange\*)
- Zähflüssige ätherische Öle werden mit Weingeist oder Jojobaöl anwendungsfreundlicher gemacht – auf die Angabe des Zusatzes achten und der Menge – Benzoe, Tonkabohne, ... sind solche ätherischen Öle
- Die Duftnote (Kopf, Herz, Basis), das Duftprofil (blumig, fruchtig,...) und das Duftthema (belebend, entspannend, ...) dürfen auch nicht fehlen
- Die Chargennummer – es wird immer eine Probe in der Firma zurückgehalten und ein dazugehöriges Analysezertifikat wird ebenso hinterlegt
- Sicherheitshinweise – wegen der EU-Verordnung müssen verschiedene Gefahrenzeichen wie das Andreaskreuz ☒, eine Flamme für leicht entflammbar ☱, oder ein Baum ohne Blatt für nicht ins Gewässer ☹ oder andere Zeichen aufgedruckt sein
- Die Herstellerfirma muss wegen der Produkthaftung angegeben sein – könnte ja mal ein anderer Inhalt drinnen sein als auf dem Etikett angegeben
- Auf dem Etikett muss der Vermerk „zur Wohnraumbeduftung“ wegen dem Lebensmittelschutzgesetz vermerkt sein da ätherische Öle darunter fallen und es muss ebenso „vor Kindern sicher aufbewahren“ aufgedruckt sein – in der Apotheke verkaufte ätherische Öle fallen unter das Apothekergesetz was bedeutet dass man in 10 verschiedenen Apotheken genau das gleiche erhält – also genormt
- Ätherische Öle werden in braunen oder violetten Fläschchen abgefüllt das nur dieses den erforderlichen Lichtschutz bietet
- Es sollte ebenso eine Kindersicherung (Schraubverschluss) und ein Tropfenzähler das Fläschchen ergänzen – der Tropfenzähler darf nie fehlen oder eine Pipette



Da es auf dem Markt auch viele ätherische Öle gibt die in der Natur nicht als reines ätherisches Öl vorhanden sind werden diese chemisch – synthetisch hergestellt. typische Düfte hierfür sind grüner Apfel, Flieder, Maiglöckchen, Mandelblüte, Erd-beer und viele mehr.

Jeder der sich hochwertige ätherische Öle zulegen möchte muss Preislisten und Kataloge durchforschen um zu erfahren, welche Informationen an den Kunden weitergegeben werden. Ein Tipp unter der Hand ist vertraue auf die Nase, sie hat (fast) immer Recht.

Folgende Firmen produzieren, beziehungsweise füllen nach den Qualitätskriterien ab und können ruhigen Gewissens eingekauft werden. Prima Vera, farfalla, arte Verde, Grüner Baum, Wadi, feeling, Maienfesler, Oshadhi, Jophiel, Sonnentor, TAO's und bestimmt noch einige andere – die gängigsten wurden angeführt.

### Quellnachweis:

Deutsch E. / Buchmayr B. / Eberle M., (20153): Aromapflege Handbuch – Leitfaden für den Einsatz ätherischer Öle in Gesundheits-, Krankenpflege- und Sozialberufen. Pflach. Grasl.

Enz M., (2001): Das Wissen um die Heilkräfte der ätherischen Öle – Mit vielfältigen Anwendungsmöglichkeiten in der Gesundheitsvorsorge und in Heilberufen. Sulz-berg. Joy Verlag GmbH.

Price S. / Price L., 20092: Aromatherapie – Praxis- handbuch für Pflege-, Kosmetik- und Gesundheits- berufe. Bern, Verlag Hans Huber, Hofgrete

Samel G. / Krähmer B., 2005: Die heilende Energie der ätherischen Öle – Das große Praxisbuch der Aromastoffe – Aromaöle für Körper Geist und Seele nutzen, ganz-heitliche Duftberatung von A bis Z. München, Südwest Verlag ein Unternehmen der Verlagsgruppe Random House GmbH

Steflitsch W., (Hrsg.) (20132): Aromatherapie. Wissenschaft – Klinik – Praxis. Wien: Springer

Wabner D. / Beier C. (Hrsg.), 20112: Aromatherapie Grundlagen – Wirkprinzipien - Praxis. München: Urban & Fischer ein Imprint der Elsevier GmbH.

Werner M. / von Braunschweig R., 20144: Praxis Aromatherapie – Grundlagen, Steckbriefe, Indikationen. Stuttgart: Karl F. Haug Verlag in MVS Medizinverlage Stuttgart GmbH & Co KG.

Zeh K., (20125): Handbuch Ätherische Öle – 65 Duftöle für die Hausapotheke, Schönheit und Genuss – umfassend – übersichtlich – kompakt. Oy - Mittelberg. Joy – Verlag.

Zimmermann E. (20115): Aromatherapie für Pflege und Heilberufe – Kursbuch für Ausbildung und Praxis. Stuttgart. Karl F. Haug Verlag.

### Autorin



### Martina Braun, MBA

Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin  
MBA Studium Gesundheits- und Sozialmanagement

# Mythos Multitasking!

Wir können zu einer Zeit  
entweder eine Sache gut oder  
zwei Sachen schlecht machen



160 Seiten  
€ 24,90 (D) / € 25,60 (A)  
ISBN 978-3-86936-663-0  
**Auch als E-Book erhältlich**

# Raus aus der Komfortzone!

Klartext zu reden erfordert  
Mut, Ehrlichkeit und einen  
klaren Standpunkt



208 Seiten  
€ 24,90 (D) / € 25,60 (A)  
ISBN 978-3-86936-658-6  
**Auch als E-Book erhältlich**



## Inkontinenz – typisch im Wechsel?

Die Wechseljahre der Frau werden umgangssprachlich als „Der Wechsel“ bezeichnet, auch Klimakterium oder Menopause sind bekannte Begriffe. Manche Frauen leiden in dieser Zeit unter vielfältigen Symptomen, eines davon ist Inkontinenz, auch Blasen-und/oder Darmschwäche genannt. Scham und Scheu lässt Frauen schweigen und nimmt ihnen dadurch die Chance, gesund und glücklich durch die Wechseljahre zu kommen.

An den Wechseljahren führt kein Weg vorbei, alle Frauen müssen da durch und das mit gutem Grund. Ist die Pubertät der Eintritt in die Gebärfähigkeit, so sind die Wechseljahre der Austritt aus der Gebärfähigkeit. Der monatliche hormonelle Regelkreis der im Normalfall für eine mögliche Schwangerschaft sorgt, fordert viel Kraft und noch mehr, wenn eine Schwangerschaft eintritt.

Durch den Alterungsprozess kommt es physiologisch bedingt zu Veränderungen im Organismus, mit Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit und die Regenerationsfähigkeit der Zellen und des Körpers. Damit in reifen Jahren die Lebenskraft nicht rapide abnimmt, gibt es zum Schutz die Wechseljahre.

### Wechsel macht weise

In manchen Kulturen gehören Frauen mit dem Ende der Gebärfähigkeit zum Kreis der weisen Frauen

und genießen höchste Anerkennung und Respekt. In der Traditionell Chinesischen Medizin (TCM) wird davon gesprochen, dass mit Ende der Menstruation und dem damit verbundenen Energieverlust, diese nun gewonnene Energie „aufsteigt“ und es dadurch zu Klugheit und Weisheit kommt. In unserem Kulturkreis wird dies der Lebenserfahrung zugesprochen.

Viel Stress und Leid wird verursacht, wenn Frau versucht einem Bild zu entsprechen, das nicht ihrer individuellen Person entspricht, basierend auf ihren Talenten, Erfahrungen und Entwicklungen, sondern einem gesellschaftlich-medial verbreitetem Bild nacheifert, das irrigerweise den Traum ewiger Jugend propagiert.

Die Wechseljahre sind keine Krankheit, sondern ein notwendiger Entwicklungsprozess zwischen 40. und 60. Lebensjahr, der bedauerlicherweise für etwa ein Drittel der betroffenen Frauen mit massiven physischen, psychischen, mentalen aber auch sozialen Problemen einhergehen kann. Wechsel-Beschwerden werden von Frauen unterschiedlich stark wahrgenommen.

### Wechsel macht Probleme

Die häufigsten Wechseljahre-Symptome sind: Hitzewallungen, Schweißausbrüche, Schlafstörungen, Stimmungsschwankungen, Gewichtszunahme, Gelenkschmerzen, Herzstolpern,

Haut-Schleimhauttrockenheit, Libidomangel, Verdauungsprobleme und Inkontinenz. Jedes Symptom für sich stellt eine Belastung dar, das eine mehr, das andere weniger. Inkontinenz wird dabei meist zu wenig beachtet.



## Wechsel macht inkontinent

Besonders belastend, weil oftmals vehement verschwiegen ist das Auftreten von Inkontinenz, der unfreiwillige Verlust von Harn und / oder der unwillkürliche Abgang von Stuhl. Zwei Themen – der Wechsel und die Inkontinenz – über die Frau nicht zu sprechen wagt, weil die Gefahr besteht, dass in den Köpfen der Mitmenschen klischeehafte Bilder entstehen könnten.

Bilder von alt, verbraucht, nicht mehr funktionsfähig und unattraktiv. Hinzu kommt, dass es für viele Frauen, aber auch Männer normal zu sein scheint, ab einem gewissen Alter unter gewissen Umständen, bei gewissen Tätigkeiten unfreiwillig Harn zu verlieren. Die unangebrachte Scham über die eigene Inkontinenz mit dem Arzt / der Ärztin des Vertrauens zu besprechen, lässt viele Frauen darüber schweigen. Hier kann der Besuch bei einer gut ausgebildeten Wechseljahre-Beraterin eine große Hilfe sein, einerseits schafft ein Beratungsgespräch zu den Veränderungen während der Wechseljahre Klarheit, gleichzeitig werden alltagstaugliche Tipps im Umgang mit Inkontinenz gegeben und Frauen werden auch dahingehend unterstützt, mit ihrem Arzt / ihrer Ärztin das Problem der Blasen-Darm-Schwäche zu besprechen.

## Hormongesteuert?

In den Wechseljahren kommt es durch die hormonellen Veränderungen zu einer Reduktion des Östrogens mit nachteiligen

Auswirkungen auf den Urogenitaltrakt. Die Schleimhäute werden dünner, durchlässiger und trockener, dies verursacht nicht nur Schmerzen beim Koitus (Geschlechtsverkehr), sondern begünstigt auch das Eindringen von Keimen.

Harnwegsinfekte, vaginale Infektionen und eine Reizblase können vermehrt auftreten. Doch selbst wenn kein nachweisbarer Infekt vorliegt, geben Frauen zu Protokoll, dass sie häufigen Harndrang verspüren und Brennen beim Urinieren. Das Leid dieser Frauen ist besonders groß, wenn nicht die entsprechende Therapie erfolgt, häufig werden erfolglos Antibiotika verschrieben, Frauen erhalten für das lang anhaltende Blasenproblem sogar Psychopharmaka, was das Problem aber meist noch verschlechtert.

Zu beachten ist in den Wechseljahren im Zusammenhang mit Blasen-Darmschwäche, dass es zu einem Verlust von Kraft und Elastizität der Beckenbodenmuskulatur kommt. Besonders betroffen sind Frauen nach mehreren Schwangerschaften und Geburten, aber auch nach operativen Eingriffen im Beckenraum wie etwa nach einer Gebärmutterentfernung (Hysterektomie). Doch unter unfreiwilligem Harnverlust leiden auch kinderfreie Frauen in den Wechseljahren, sowie Frauen vor den Wechseljahren wie nach den Wechseljahren.

## Wechsel macht Stress

**Stressinkontinenz** tritt auf, wenn Frau hustet, niest oder herzhaft lacht, wenn sie dem Bus nachläuft, Tanzen geht oder zur sportlichen Ertüchtigung Tennis spielen oder Joggen geht. Dabei reicht der unwillkürliche Harnabgang von ein paar Tropfen Harnverlust bis zum stamperlweisen Harnverlust (50 – 100 ml). Der intra-abdominale Druck (Druck im Inneren der Bauchhöhle) erhöht sich, der Verschlussdruck der Harnröhre sinkt unter dem Blasendruck, der Sphinkter (Schließmuskel) der Harnröhre ist überlastet und infolge öffnet er sich.

Faktoren, die zu Stressinkontinenz führen, sind:

- Schwache Beckenbodenmuskulatur
- Bindegewebsschwäche
- dünner werdendes Gewebe (Atrophie) im Urogenitalbereich aufgrund eines Östrogenmangels
- Nervenschäden, verursacht durch Geburten, operative Eingriffe im Becken, Strahlentherapie.

Wenn es sich um eine **Dranginkontinenz** handelt, tritt plötzlicher Harndrang auf und Frau schafft es nicht mehr rechtzeitig auf die Toilette. Ein Alltagsbeispiel: kaum steckt Frau den Schlüssel in die Wohnungstür, verspürt sie auch schon einen plötzlichen Harndrang und hat das Gefühl, es nicht mehr rechtzeitig auf die Toilette zu schaffen.

Bei Detrusorhyperreflexie (Blasenmuskel-Überaktivität) werden durch den Füllungsreiz Blasenkontraktionen ausgelöst, sodass der Druck in der Blase ansteigt und als Drang empfunden wird. Angst kann ebenfalls die Aktivität der Detrusors (Blasenmuskel) steigern. Ursachen können auch eine Reizung der Blasenwand durch chronische Entzündungen, Tumore, Strahlenschäden, Kaffee, Alkohol oder Medikamente sein. Von einer idiopathischen Dranginkontinenz, auch als **Reizblase** bekannt, wird gesprochen, wenn Frau häufig unter zwingendem Harndrang leidet und im Abstand von weniger als 2 Stunden weniger als 200 ml entleert ohne Erleichterung, wobei es auch häufig zu einem Brennen oder zu Schmerzen beim Urinieren kommt, jedoch keine Entzündungszeichen durch Keime nachweisbar sind. Die Blasenkapazität und Reizschwelle sind herabgesetzt (vgl. Grond 1997, S.65)

### Diagnostik bei Inkontinenz

Unbedingt muss das Gespräch mit dem Arzt / der Ärztin gesucht werden um das Problem der Inkontinenz auch medizinisch abzuklären, beispielsweise mittels Urodynamik. Unterstützung findet Frau auch bei einer gut ausgebildeten Wechseljahreberaterin, in einer Kontinenzberatungsstelle, in interdisziplinären Beckenbodenzentren, in Frauengesundheitszentren und bei einer Physiotherapeutin / einem Physiotherapeuten. 10-30 Prozent aller Frauen leiden im Alter von 15 bis 64 Jahren manchmal unter einer Harninkontinenz und leider nimmt das Problem mit steigendem Alter zu (vgl. Northrup, S.262). Doch Alter allein führt nicht zwangsläufig zum Funktionsverlust. Wenn Frauen sich schämen dieses Thema mit Ihrem Arzt / ihrer Ärztin oder anderen fachlich geschulten Vertrauenspersonen zu besprechen, nehmen sie sich die Chance auf Besserung oder auch Heilung und gehen jahrelang einen Leidensweg, der nicht nur sie persönlich betrifft sondern auch Menschen ihrer Umgebung. Partnerschaften, Liebesbeziehungen können zerbrechen, weil Frau auf Abstand geht, aus Angst ihre Blasenschwäche könnte bemerkt werden.

Oft werden auch wahllos Menstruationsbinden verwendet, aus Mangel besseren Wissens, ein übertriebener Reinlichkeitszwang kann auftreten, aus Sorge, es könnte jemand etwas riechen. Nicht selten kommt es so zu Isolation und in weiterer Folge zu Depression. Leider kommt es auch vor, dass Frau beim Arzt / bei der Ärztin das Thema anspricht und dann zu hören bekommt: das ist in ihrem Alter normal.

Das Auftreten von Blasenschwäche in einem bestimmten Alter mag vielleicht normal sein, es aber darauf beruhen zu lassen und die Vielfalt an Möglichkeiten einer Verbesserung oder Heilung nicht zu nützen, kann nicht als normal angesehen werden. Aufmerksame MedizinerInnen fragen ihre Patientinnen, ob sie unter einer Blasenschwäche leiden, dies erleichtert es Frauen zu sagen: Ja, ich habe das Problem unfreiwillig Harn zu verlieren.

### Frauen müssen nicht still und heimlich leiden!

#### Therapie bei Inkontinenz

Für den Rest des Lebens aufsaugende Inkontinenzprodukte zu tragen ist keine Lösung, solange es noch Alternativen gibt. Die Auflistung folgender Alternativen erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit:

**Beckenboden-Gymnastik:** unter fachkundiger Anleitung wird mit Wahrnehmungsübungen begonnen um in weiterer Folge Kraft und Elastizität der Beckenbodenmuskulatur aufzubauen und zu trainieren. Regelmäßiges, konsequentes Training ist für den Erfolg maßgeblich. Beckenboden-Gymnastik verbessert nicht nur die Blasenkontrolle, sondern auch das Sexualleben.

**Verhaltenstraining,** unterstützt durch Biofeedback.

**Miktionsprotokoll,** macht tabellarisch die eigene Inkontinenz sichtbar. Dokumentiert wird hauptsächlich die Flüssigkeitsaufnahme und wann, unter welchen Umständen, wo, wieviel Ausscheidung stattfindet.

**Elektrostimulation,** vaginal / anal platzierte Elektroden senden elektrische Impulse und „trainieren“ u.a. die Beckenbodenmuskulatur

## Vaginalkondome, Liebeskugeln, spezielle Pessare, Urethral plugs (Harnröhrenstöpsel)

**Medikamente**, die Einfluss nehmen auf die Hyperaktivität des Detrusors (Blasenmuskels) oder eine lokale Östrogentherapie in Form von Vaginal-Zäpfchen und Salben mit Estriolgehalt. Östrogengaben in Tablettenform haben keinen Einfluss auf Blasen-schwäche.

**Operative Methoden:** eine Gebärmutterensenkung macht nicht unbedingt eine operative Entfernung nötig, verbreitet sind eher minimal-invasive Eingriffe, wo mittels Bändern oder Netzen für die richtige Position von Harnröhre, Harnblase, Gebärmutter gesorgt wird.

**Noch mehr Alternativen:** Akupunktur, Luna-Yoga, Hormon-Yoga, Bauchtanz, Heilkräutertees mit entzündungshemmenden und krampflösenden Eigenschaften, Kieselsäure bei Bindegewebschwäche, Schüsslersalze, Ernährungsumstellung.

### Alltagstaugliche Tipps bei Blasenschwäche

Auf keinen Fall soll weniger getrunken werden! Im Gegenteil, mehr zu trinken als gewohnt hat therapeutischen Nutzen. Flüssigkeitsmangel kann zu Kreislaufproblemen, Müdigkeit, Konzentrations-schwäche bis zu Verwirrheitszuständen und Blasenentzündungen führen.

Positiv bewährt haben sich Preiselbeerprodukte, als Saft, Kapseln oder Lutschtabletten. Probiotische Drinks können ebenfalls positive Auswirkungen auf die Ausscheidungsorgane haben. Wenn der Konsum koffeinhaltiger Getränke reduziert wird, reduziert dies auch häufig das Reizblasensyndrom. Die Nieren- und Blasengegend sollte warm gehalten werden. Auf die Körperhaltung beim Gehen, Sitzen, Stehen und Liegen achten, um die Becken-Bodenmuskulatur in ihrer Funktion zu unterstützen und nicht über Gebühr zu strapazieren.

### Wechsel macht glücklich

Wir Frauen sitzen alle im selben Boot. Durch die Wechseljahre müssen wir durch, doch wir müssen nicht leiden, weder an den Wechseljahre-Beschwerden noch an der Inkontinenz. Es gibt viele Mittel und Wege um gesund und glücklich durch die Wechseljahre zu kommen.

Wie in vielen Bereichen, wenn es um die Gesundheit und das Wohlbefinden des Menschen geht, hat sich eine interdisziplinäre Zusammenarbeit als sehr erfolgversprechend erwiesen. Im Falle von Inkontinenz in den Wechseljahren ist die Kombination MedizinerInnen – Kontinenz- und StomaberaterInnen, PhysiotherapeutInnen und Wechseljahre-BeraterInnen optimal.

## Lebensqualität und Wohlbefinden sind in jeder Lebensphase erreichbare Ziele!

### Literatur:

Northrup, Ch.(2003): Wechseljahre – Selbstheilung, Veränderung und Neuanfang in der zweiten Lebenshälfte. München: Zabert Sandmann

Grond, E. (1997): Pflege Inkontinenter – Arbeitsbuch für Unterrichtende in der Kranken- und Altenpflege und für Kontinenzberater. Hagen: Brigitte Kunz

### Autorin



[www.wechselweise.at](http://www.wechselweise.at)



### Karin Grössing

Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin  
Wechseljahre-Beraterin  
Kontinenz- und Stomaberaterin



**Autorin: Sonja Schiff**  
**Sprache: Deutsch**  
**Verlag: edition a**  
**Seitenumfang: 176 Seiten**  
**ISBN: 978-3990011393**

### Kundenstimmen im Netz

„Viel mehr als nur 10 Dinge...“

„Ein Buch der Hoffnung für junge und alte Leserinnen und Leser.“

„Alter ist Fluch? Verfall? Elend? Nein, wie überall im Leben, Chance!

Ein Geschenk für Alle“

„Ich hätte große Lust mit Sonja Schiff mal einen langen Nachmittag zu verbringen, um über Altenpflege zu sprechen! Und ihre 10 Dinge werde ich bald ein zweites Mal lesen.“

## BUCHTIPP DES MONATS

### 10 Dinge, die ich von alten Menschen über das Leben lernte Einsichten einer Altenpflegerin

#### Über den Autorin

Sonja Schiff, geboren 1964, ist diplomierte psychiatrische Gesundheits- und Krankenschwester. Sie war mehrere Jahre Pflegedienstleiterin eines ambulanten Pflegedienstes und beriet und begleitete hunderte pflegende Familien. Heute gibt sie als Seminarleiterin und Pflegecoach ihr Wissen weiter.

#### Kurzbeschreibung

Arschputzen und Demenz-Patienten betreuen? Das trifft es nicht, findet Sonja Schiff, die aus Überzeugung Altenpflegerin ist. Denn alte Menschen haben schon immer über einen Schatz an Lebenserfahrung und Weisheit verfügt, der das Leben der nachkommenden Generationen bereichern könnte. Bloß hört ihnen keiner zu. Sie tut es.

Sonja Schiff redet jeden Tag mit Menschen, die den Holocaust überlebt haben, die in ihrer Jugend Opernstars waren oder die ihr Schicksal rund um die Welt geführt hat. Jetzt gibt sie weiter, was sie dabei gelernt hat und erzählt, wie manches davon ihr eigenes Leben verändert hat. Unversehens lindert sie dabei die Angst vor dem eigenen Ende als „Pflegefall“.

#### Persönliches Fazit

Als ich das Buch das erste Mal in den Händen hielt, begann ich die ersten Seiten mit großer Skepsis zu lesen. Ich erwartete die üblichen Geschichten aus dem Alltagsleben der Pflege. Was sollte schon groß Neues kommen...

So kann man sich irren. Geschichten die das Leben schreibt, gepaart mit den Einsichten der Autorin ergeben ein Sammelsurium an Lebensweisheiten, die durch die wunderbare Schreibweise der Autorin zum Lachen und Nachdenken animieren. Ein weiterer Beweis, dass alte Menschen nicht nur Wesen am Ende des Lebenszyklus sind, sondern durch ihre Vielfalt, Einzigartigkeit und Geschichten ganze Bücher füllen können. Ihre Erfahrungen können begeistern, unterstützen unseren Weg und bieten so vieles mehr, als wir uns vorstellen können.

Doch dies ist nicht alles, was sie in diesem Buch finden werden. Tabuthemen wie der Tod werden individuell, ehrlich und offen dargestellt. Nicht jeder empfindet das Ende des Daseins als negativen Punkt. Viele sehen das Ende, als einen wichtigen Zielpunkt, nein manche sehnen sich sogar danach. Einblicke in das Leben und in die Erkenntnisse der Autorin vermitteln alles noch authentischer, wirken auf unser Inneres und jedes Kapitel macht Lust auf mehr.

Sollte man vergessen haben, warum man einen Pflegeberuf gewählt hat, so ist es genau dieses Werk, dass uns zeigt....“Wir haben den coolsten Job der Welt.“

Für alle Altersklassen und Menschen mit Herz absolut geeignet. Jede/r LeserIn wird in diesem Buch etwas finden, dass sie/ihn begeistert.

Danke Sonja Schiff für dieses Buch! (MG)



## Gewalt gegen Pflegekräfte

### Problematische Situationen erkennen und lösen

**Autorin: Birgit Panke-Kochinke**

**Sprache: Deutsch**

**Verlag: Mabuse-Verlag**

**Seitenumfang: 103 Seiten**

**ISBN: 9783938304815**

**Rezension von:**  
**DGKS Monika Seiringer, BScN**

#### Über den Autorin

Birgit Panke-Kochinke, geb. 1954, ist Didaktikerin, Pflegewissenschaftlerin, promovierte Historikerin und habilitierte Soziologin. Sie arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) in Witten und als Lehrbeauftragte der Universität Osnabrück und Evangelischen Fachhochschule Rheinland-Westfalen-Lippe.

#### Kurzbeschreibung

Da es sich bei diesem Buch um eine qualitativ empirische Untersuchung handelt, werden als mögliche Zielgruppen einerseits Lehrerinnen und Lehrer für allgemeine und psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege angenommen, als auch Lehrende in Aus- und Fortbildungen sowie Pflegepersonal in Langzeitpflegeeinrichtungen, welche über wissenschaftliche Grundkenntnisse verfügen.

Frau Panke-Kochinke führt in ihrem Buch an, dass sich für die Erstellung der neun halbstandardisierte Einzelinterviews und vier offene Gruppendiskussionen Pflegepersonen sowie auch deren Leitungen zur Verfügung gestellt haben.

Die Rekonstruktive Systemintervention als praktisches Instrument im konkreten Problemfall zur Erfassung fallbezogener ressourcenorientierter Lösungswege wird wie folgt von der Autorin grob in sieben Schritte untergliedert:

1. Schritt Ausgangspunkt: Was ist passiert? (Auslöser)
2. Schritt Ausgangspunkt: Was tue ich bereits, um mit dem Problem (Auslöser) fertig zu werden?
3. Schritt Systemanalyse 1: Was funktioniert in meinem Beruf nicht so gut? (Probleme)
4. Schritt Systemanalyse 2: Was mache ich/die anderen im Beruf bereits gut und richtig? (Ressourcen)
5. Schritt Fallrekonstruktion: Was ist eigentlich das Problem? (Analyse)
6. Schritt Handlungsforschung: Was kann ich auf der Grundlage meiner Ressourcen und der der anderen tun, um das eigentliche Problem zu lösen? (Expertise)
7. Schritt Evaluierung des zuvor stattgefundenen Prozesses

Damit soll erreicht werden die individuelle Selbsthilfekompetenz zu fördern und den externen Input zu minimieren.

#### Aufbau des Buches

Das Buch wurde in fünf Kapitel eingeteilt. Hierbei wurde folgende Bereiche unterteilt „Die empirische Untersuchung“, „Der Gewaltbegriff“, „Die Analysematrix“, „Das Strukturgitter“, „Die Rekonstruktive Systemintervention“ und „Das Interventionsinstrument Systemanalyse“.

#### Persönliches Fazit

Insgesamt ist es vorstellbar, dass durch die bereits angeführten Schritte ein noch professionellerer Umgang in Bezug auf Gewalt gegen Pflegekräfte erreicht werden kann. Jedoch wäre es wünschenswert gewesen intensivere Schwerpunkte zu setzen im Bereich der Abhängigkeitsverhältnisse und Machtgefälle zwischen der Patientenklientel und dem Pflegepersonal sowie zwischen der Berufsgruppe der Mediziner und des Pflegepersonals. Eine definitive Bezugnahme zu biografischen Hintergründen (Biografiearbeit im Pflegebereich) hat lediglich unzureichend stattgefunden. Positiv zu erwähnen ist, dass die oftmals entscheidende Position der Leitung in die Untersuchung miteingepflegt wurde und somit einen aussagekräftigen Stellenwert zugesprochen bekommen hat.

Leider ist die explizite Herangehensweise und Methodenbeschreibung der rekonstruktiven hermeneutischen Textanalyse (S. 22-25) nur sehr kurz beschrieben. Ein Diskussionskapitel sowie ein abschließendes Fazit der Autorin werden generell vermisst.

Schlussfolgernd kann zusammengefasst werden, dass die Erwartung in diesem Buch Patentrezepte für die Praxis zu finden, welche schnell und einfach umsetzbar sind, nur bedingt erfüllt werden kann. Daher werden vor allem Auszubildende der Schule für allgemeine oder psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege und all jene die sich einfache Lösungen erwarten enttäuscht. Als lesefreundlich für diese Klientel kann nur der praxisnahe Schlussteil (S. 82-96) empfohlen werden, welcher die gebündelten Erkenntnisse zusammengefasst darstellt.

### Lebenswelten von Menschen mit Migrationserfahrungen und Demenz



**AutorIn:** Olivia Dibelius,  
Erika Feldhaus-Plumin,  
Gudrun Piechotta-Henze  
**Sprache:** Deutsch  
**Verlag:** Hogrefe  
**221 Seiten**  
**ISBN: 978-3-456-85546-2**

#### Über die Autorin

**Olivia Dibelius**, Prof. Dr., Professorin für Pflegewissenschaft & Pflegemanagement an der Evangelischen Hochschule Berlin, Krankenschwester, Psychologin (MA, DESS), Gerontologin (Dr. Phil.). **Erika Feldhaus-Plumin**, Prof. Dr., Professorin für Gesundheit- und Sozialwissenschaften an der Evangelischen Hochschule Berlin, Krankenschwester, Dipl. Sozialarbeiterin/-pädagogin, Psychologische Beraterin, Gesundheitswissenschaftlerin (Dr.P.H.). **Gudrun Piechotta-Henze**, Prof. Dr., Professorin für Pflegewissenschaft an der Alice Salomon Hochschule Berlin, Krankenschwester, Soziologin (M.A.)

#### Kurzbeschreibung

Demenziell erkrankte Migrantinnen und Migranten sind dem Dreifachrisiko Alter, Demenz und Migration ausgesetzt. Auch ihre pflegenden Angehörigen sind überdurchschnittlich belastet. Migrationsbedingte Hürden wie z.B. mangelnde Deutschkenntnisse verhindern häufig den Zugang zu den Regelleistungen des deutschen Gesundheitssystems. Damit sind sie häufiger von frühzeitiger Pflegebedürftigkeit, sozialer Isolation und Verarmung betroffen. Obwohl es zunehmend Beratungsstellen für demenziell erkrankte Menschen gibt, mangelt es an Angeboten für diese spezielle Personengruppe. Insofern muss nach wie vor die Versorgungslage dieser wachsenden Personengruppe als sehr prekär eingestuft werden. Bezeichnend ist ebenso, dass es keine repräsentativen Untersuchungen zu der Anzahl und Versorgungssituation von demenziell erkrankten Menschen mit Migrationshintergrund gibt. Darüber hinaus sind die Ressourcen und Bewältigungsformen der Erkrankten und der Angehörigen wenig erforscht. Hier setzt das Buch neue Impulse bezüglich Prävention, Gesundheitsförderung, Beratung und Vernetzung.

#### Aufbau des Buches

Transkulturalität: Chancen und Grenzen, Versorgungsstrukturen demenziell erkrankter Menschen in der Türkei, Altersvorstellungen und Pflegeorientierungen, Lebenswelten von demenziell erkrankten Migrantinnen und Migranten, Expertinnen von Beratungsstellen und Pflegeanbietern im Kontakt mit Angehörigen demenziell erkrankter Menschen türkischer Herkunft, „Kontoauszüge im Kühlschrank“, Einzelfallanalysen und Teilnehmende Beobachtung, Schlussfolgerungen

#### Persönliches Fazit

Ein Thema, welches trotz Demenzforschung noch immer ein sehr unbekanntes Terrain ist, absolut professionell und wissenschaftlich aufgearbeitet. Studien, Messskalen und Erkenntnisse die eine Arbeit in diesem Bereich erleichtern sollen, aber auch zeigen, wie herausfordernd eine solche Betreuungssituation ist. (MG)

### Lehrbuch Kritische Pflegepädagogik



**Autor:** Karl-Heinz Sahmel  
**Sprache:** Deutsch  
**Verlag:** Hogrefe  
**418 Seiten**  
**ISBN: 978-3-456-85529-5**

#### Über die Autor

**Karl-Heinz Sahmel**, Prof. Dr. paed. habil. Dipl.-Päd. Professor für Pflegepädagogik, Pflegewissenschaft und Pädagogik an der Hochschule Ludwigshafen am Rhein, außerplanmäßiger Professor für Pflegewissenschaft am Institut für Pflegewissenschaft an der UMIT in Hall/Triol (Österreich).

#### Kurzbeschreibung

Die Fachliteratur zur Pflegepädagogik ist wenig umfassend und grundlegend. Sie ist stark auf Teilbereiche spezialisiert und mehr affirmativ als kritisch. Es fehlt also ein Werk, welches das Feld der Pflegepädagogik kritisch analysiert, historische Wurzeln offenlegt, systematisch Teilbereiche und Rollen identifiziert, Methoden hinterfragt sowie einen Gesamtüberblick über die Disziplin der Pflegepädagogik gibt. Der erfahrene Professor für Pflegepädagogik und -wissenschaft schafft mit diesem Buch ein solches Grundlagenwerk für das Studium der Pflegepädagogik. Er bietet eine fundierte, kritische Analyse und Darstellung des Lehr- und Handlungsfeldes der Pflegepädagogik aus einem Guss.

#### Aufbau des Buches

Dimensionen der Pädagogik, Neuzeitliche Pflege im gesellschaftlichen Kontext, Die Entwicklung der Pflegeausbildung, Allgemeine Didaktik, Entwicklungsstand und Perspektiven der Pflegedidaktik, Dimensionen von Pflegeunterricht, Curriculumentwicklung in der Pflege, PflegelehrerInnen und Pflegeschulen, Die praktische Ausbildung in der Pflege, Pflegebildung und die Zukunft.

#### Persönliches Fazit

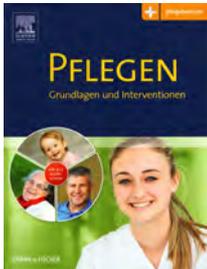
Wie hat sich die Pflegepädagogik entwickelt und welche Zukunftsvisionen gibt es? Welche didaktischen Mittel sind in der Ausbildung im Gesundheitswesen ideal zu nutzen? Was hat sich am Pflege-Curriculum geändert? Ist der der Beruf LehrerIn in der Gesundheits- und Krankenpflege eine Profession und wie sollte die Ausbildung hierzu aussehen?

Fragen die in diesem Buch ausführlich erläutert werden. Hierbei werden mehrere Lösungswege angeboten, ohne sich auf eine einzelne Antwort festzulegen. Gerade in der heutigen Zeit, in der die LehrerInnen-Profession immer mehr kritisiert wird, sind neue Denkweisen von Nöten, natürlich mit einem umfassenden Blick über die angebotenen Möglichkeiten.

In jedem Kapitel finden Sie speziell gekennzeichnete Punkte, die zur Diskussion in der kollegialen Gruppe anregen sollen. Dieses Buch sollte eine Pflichtlektüre für neue PädagogInnen sein. (MG)

## PFLEGEN

### Grundlagen und Interventionen



**Autor:** Siehe Beschreibung  
**Sprache:** Deutsch  
**Verlag:** Elsevier  
**768 Seiten**  
**ISBN: 9783437254017**

#### Über die AutorInnen

Christiane Keller, Tilman Kommerell, Christa Junginger, Myrse Larkamp, Katrin Lauter, Dr. Sieglinde Müller, Beate Naumer, Mathias Naumer (Apothker), Regina Nienhaus, Jörg Schmal, Anna-Marie Seitz

#### Kurzbeschreibung

Das Lehrbuch für die neue Generation der Pflegenden Pflegen liefert Ihnen als erstes Buch alle grundlegenden Inhalte zur Ausbildung einer beruflichen Handlungskompetenz. Das Lehrbuch ist auf das Wesentliche reduziert und setzt sich intensiv mit den alltäglichen Anforderungen der Pflegenden in der Praxis auseinander. Es vermittelt pflegerelevante Inhalte der Alten-, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege praxisnah, in logischer Reihenfolge und verständlich. Fokus auf die Handlungskompetenz: Pflegen orientiert sich vor allen an pflegerischen Interventionen, wie z.B. Injektionen, Positionierungen, Wund- und Schmerzmanagement, Verabreichen von Medikamenten. Besseres Verständnis der Inhalte: Anschauliche, praxisnahe Abbildungsfolgen, Einführungskästen für den schnellen Überblick, Transferaufgaben sowie ein ausführliches Glossar erleichtern das Lernen. Lese- und lernfreundliche Sprache: So ist es besonders für Klassen mit unterschiedlichem Lernniveau geeignet. Der umfangreiche Onlinebereich bietet ausreichend Arbeitsmaterial für eine optimale Unterrichtsgestaltung sowie zum Lernen und Wissen überprüfen: Arbeitsblätter für den Unterricht, kapitelweise angelegt; Fallbeispiele für Skill Labs; weiterführende Literatur; Assesmentbögen; Lösungsbeispiele zu den Transferaufgaben aus dem Buch; Abbildungen zum Download

#### Aufbau des Buches

Berufsbild Pflege, Situation des Patienten und seiner Angehörigen, Grundlagen pflegerischen Handelns, Beobachten, Beurteilen, Intervenieren, Spezielle Maßnahmen der Diagnostik und der Therapie

#### Persönliches Fazit

Gut strukturiert und inhaltlich übersichtlich dargestellt, bietet dieses Buch eine gute Zusammenfassung über das Wesentliche in der Pflegeausbildung. Wichtige Merksätze, Definitionen, grafische Aufarbeitungen und das entsprechende Literaturverzeichnis bieten in üblicher Elsevier-Manier eine perfekte Lernunterlage. Der Blickwinkel auf die Kinder-, Erwachsenen- und Altenpflege wird perfekt aufgearbeitet. Für eine generalistische Ausbildung mit Sicherheit das Lehrbuch für neue Wege.

Das „Pflege Heute“ von morgen...(MG)

## Personalmanagement - Führung - Organisation



**Autor:** Wolfgang Mayrhofer,  
 Gerhard Furtmüller,  
 Helmut Kasper  
**Sprache:** Deutsch  
**Verlag:** Linde International  
**544 Seiten**  
**ISBN: 9783714302837**

#### Über die Autor

**o. Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Mayrhofer**, ordentlicher Universitätsprofessor für Betriebswirtschaftslehre, leitet den interdisziplinären Arbeitsbereich für Verhaltenswissenschaftlich Orientiertes Management (ivm) an der Wirtschaftsuniversität Wien. **Dr. Gerhard Furtmüller** ist Programmverantwortlicher für Personal, Führung, Organisation am Department für Management der Wirtschaftsuniversität Wien. **Univ.Prof. Dr. Helmut Kasper**, war Vorstand des Departments für Management und Leiter des Instituts für Change Management and Management Development der Wirtschaftsuniversität Wien. Wissenschaftlicher Leiter des Post Graduate Management Universitätslehrgangs (PGM) und des Advanced PGM MBA für Executives der WU Wien

#### Kurzbeschreibung

Personalmanagement – Führung – Organisation: eine Trias, die sich mit menschlichem Verhalten in unterschiedlichen Kontexten – von Unternehmen über Nonprofit-Organisationen bis hin zu informellen sozialen Gruppen – beschäftigt. Die Autoren führen auf der Basis eines verhaltenswissenschaftlichen Zugangs Studierende und interessierte Wirtschaftspraktiker in den zentralen betriebs- und sozialwissenschaftlichen Bereich „Menschen in Organisationen“ ein. Hintergrund der Beiträge ist die Frage: Wie entstehen Annahmen, sogenannte Wirklichkeiten, auf deren Basis Organisationen und die in ihnen tätigen Personen handeln?

#### Aufbau des Buches

Die drei großen Kapitel „Führung“, „Organisation“ und „Personal“ wurden in insgesamt 12 Unterkapitel eingeteilt

#### Persönliches Fazit

„Wie gelingt gute Führung?“, „Welche Organisationsformen sind für welche Aufgaben besonders geeignet?“, „Was ist bei der Personalauswahl und -beurteilung wichtig?“, „Welche Rolle spielt die Umgebung beim Verhalten in und von Organisationen?“

Auf all diese Fragen gibt dieses Buch gute Antworten und stellt entsprechende Konzepte vor. Durch ein Sammelsurium an Praxisbeispielen, das durch eine eigene Web-Plattform mit Videos unterstützt wird, kann man sich mit all diesen Themen optimal auseinandersetzen. Human Resources Assessments, Führungsstile, Entwicklungsphasen etc. werden eingehend beschrieben. Hierbei wird aber besonderen Wert auf Vielfalt gelegt, sodass der/die LeserIn seine/ihre eigenen Tools und Möglichkeiten auswählen kann. Ein Nachschlagewerk für Führungskräfte und Personen, die im Personalmanagement arbeiten. (MG)

## Professionelle Pflege sendet deutliches Signal an Politik

2.500 Pflegende demonstrierten vor der Staatskanzlei / BAY.ARGE warnt vor schleichender Deprofessionalisierung durch mangelhafte Rahmenbedingungen



Die Verantwortlichen der BAY.ARGE-Mitgliedsverbände führten den Demonstrationzug an, mit dem die professionelle Pflege lautstark auf ihre Anliegen aufmerksam machte.

**München, 27. Oktober 2015**

– 2.500 beruflich Pflegende waren am Dienstagvormittag dem Aufruf der Bayerischen Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Pflegeberufe (BAY.ARGE) gefolgt und für bessere Rahmenbedingungen, mehr Selbst- und Mitbestimmung in beruflichen Belangen und eine echte berufsständische Interessenvertretung nach dem Heilberufekammergesetz auf die Straße gegangen. Vom Münchner Odeonsplatz bis zur Bayerischen Staatskanzlei zogen die Demonstranten und sendeten dort ein deutliches Signal in Richtung Staatsregierung. Von der verlangten die Pflegenden lautstark, den Anliegen der größten Berufsgruppe im Gesundheitswesen endlich Gehör zu schenken, die Forderungen nach angemessenen Rahmenbedingungen für eine menschenwürdige Pflege zu erfüllen und die bereits 2011 versprochene Pflegekammer einzurichten! Auf prominenten Beistand aus den Reihen der bayerischen Landespolitik konnte die BAY.ARGE mit ihren 15 Mitgliedsverbänden zählen: Der ehemalige Staatsminister Dr. Thomas Goppel, der Grünen-Landtagsabgeordnete und Fraktionssprecher für Gesundheit und Pflege, Ulrich Leiner,

und Ewald Schurer, Vorsitzender der SPD Oberbayern und Mitglied des Bundestages, sicherten dem Appell der Pflegenden mit klaren Worten ihre Unterstützung zu. Andreas Westerfellhaus, Präsident des Deutschen Pflegerats und eigens aus Berlin angereist, erklärte bei der abschließenden Kundgebung vor der Staatskanzlei: „Ich bin den Initiatorinnen und Initiatoren äußerst dankbar, dass sie hier diese Großdemonstration organisiert haben. Es ist unerträglich, wie hier in Bayern erst Wertschätzung für Pflegende gefordert wird, Bayern einmal Vorreiter bei der Kammerentwicklung war, Zustimmung von Pflegenden eingefordert und dann erklärt wird, 50 Prozent seien keine Mehrheit! Wie bitte kann man dann als CSU ein Wahlergebnis von 47 Prozent als Berechtigung zur Alleinregierung ansehen?“

Bei der Schlusskundgebung betonte Generaloberin Edith Dürr, Vorsitzende der BAY.ARGE sowie der Schwesternschaft München vom BRK e.V., einmal mehr, dass die Pflege sich nicht mehr mit Lippenbekenntnissen hinhalten lassen werde: „Hier geht es nicht um „Jammerattitüden“ der Berufsgruppe, nein, hier kündigt sich eine schleichende, aber ernstzunehmende Deprofessionalisierung an. Wir fordern die verpflichtende Einbindung der Pflege in politische Entscheidungsprozesse und Gremien. Wir fordern politische Mitentscheidung und nicht eine der Beliebigkeit überlassene beratende Stimme. Es wird allerhöchste Zeit, die Expertise der beruflichen Pflege zur Bewältigung der bestehenden Herausforderungen einzuholen! Die Pflegenden stehen in der tagtäglichen professionellen Verantwortung, und zwar jenseits von Liebe und Aufopferung, mit ihrer Fachlichkeit und ihrer professionellen Haltung. Dafür braucht sie das eindeutige Ja der Politik!“



## Wer ist die BAY.ARGE?

Die BAY.ARGE fördert die Alten-, Gesundheits- und Krankenpflege sowie die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, bündelt die berufspolitischen Aktivitäten ihrer 15 Mitgliedsverbände und vertritt deren Positionen und Anliegen in der Öffentlichkeit. Die BAY.ARGE ist ein Zusammenschluss von eigenständigen Berufsverbänden, Schwesternschaften und Berufs- und Pflegeorganisationen. Wie auf Bundesebene der Deutsche Pflegerat vertritt die BAY.ARGE auf Länderebene die Pflegeberufe. Die BAY.ARGE besteht seit über 65 Jahren und ist damit der älteste Landespflegerat.

## Information und Kontakt

Bayerische Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Pflegeberufe (BAY.ARGE)

Vorsitzende Frau Generaloberin  
Edith Dürr  
Schwesternschaft München vom  
BRK e.V.  
Rotkreuzplatz 8  
80637 München  
www.bay-arge-pflege.de

## Mitgliedsverbände:

- BLGS e.V. - Bundesverband Lehrende Gesundheitsberufe u. Sozialberufe ev. V. Landesverband Bayern
- Bundesverband Pflegemanagement e.V.
- VBH- Verband Bayer. Heimleiterinnen u. Heimleiter
- Deutscher Berufsverband f. Pflegeberufe, DBfK Südost, Bayern-Mitteldeutschland e. V.
- Verband der Schwesternschaften vom Roten Kreuz in Bayern e. V.
- Evangelische Pflegegemeinschaften
- DGF- Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste e.V.
- Förderverein zur Gründung einer Pflegekammer in Bayern e. V.



- VdPPsych - Verband der Pflegedienstleitungen Psychiatrischer Kliniken Bayern e. V.
- Caritas-Gemeinschaft für Pflege- u. Sozialberufe Bayern e. V.
- Kath. Pflegeverband e.V.
- Deutscher Pflegeverband
- Kath. Pflegegemeinschaften und Pflegeorden
- LAG Landesarbeitsgemeinschaft Bayer. Berufsfachschulen f. Altenpflege, Landesgruppe Bayern
- BeKD - Berufsverband f. Kinderkrankenpflege in Deutschland e.V.

**2.500 Pflegende gingen auf die Straße, um sich und ihren drängendsten Anliegen endlich bei der Politik Gehör zu verschaffen.**

Schwesternschaft München vom  
BRK e.V.  
Rotkreuzplatz 8  
80637 München  
www.swmbrk.de

Ihre Ansprechpartnerin:  
Anke Röver  
Telefon (0 89) 13 03-1613  
Fax (0 89) 13 03-1615  
anke.roever@swmbrk.de



## Pflege Professionell

WAHL DES BESTEN ARBEITGEBER 2015

Sie arbeiten in einem **Pflegeunternehmen** oder für eine(n) **ArbeitgeberIn**, welches sich Ihrer Meinung nach besonders positiv auszeichnet?

Nominieren Sie Ihren Arbeitsplatz und gewinnen Sie

- Jahresabo der Printausgabe
- Buchpreise
- Teilnahmeutschein für diverse Fortbildungen

Wir wollen natürlich wissen....

### WAS zeichnet IHRE(N) ArbeitgeberIn aus ?

Schicken Sie eine Email an  
golla@pflege-professionell.at

Das Gewinnerunternehmen wird in der Sommerausgabe entsprechend präsentiert !



**Einsendeschluss: 01.Juni 2015**



Nun sind wir wieder am Ende angelangt, welches wir mit einem riesigen **DANKE SCHÖN** zelebrieren wollen.

Als wir vor wenigen Monaten mit unserer ersten Ausgabe an den Start gingen, hatten wir absolut keine Ahnung, was uns für eine Resonanz erwarten würde. Wir hätten uns über ein paar hundert LeserInnen gefreut und dann kam die Auswertung...

...über **600.000 Downloads** und **tausende Printexemplare**, die über den Ladentisch gingen.

Erst hatten wir es für einen Darstellungsfehler gehalten, standen minutenlang vor dem Monitor, um staunend auf die Zahlen zu blicken. Wenige Minuten später knallten die Sektkorken.

**WIR SIND ÜBERWÄLTIGT! EINEN HERZLICHEN DANK !**

Ein besinnliche Weihnachtszeit und einen guten Rutsch ins Jahr 2016

*Markus Golla*  
Herausgeber



Der richtige Ansprechpartner

Pooldienste

Fortbildungen

Assessments

[www.pflegegruppe.at](http://www.pflegegruppe.at)



Mit einem guten Partner  
effizient in die Zukunft