

# **Master Thesis**

**Alternative bzw. komplementäre Pflegemethoden  
Überblick und rechtliche Rahmenbedingungen im GuKG  
für den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege**

**Gabriele Latour**

**Matr. Nr.: 9409627**

**3. Universitätslehrgang Nursing Science (3. PGNS)**

zur Erlangung des akademischen Grades  
Master of Science (Pflegepädagogik)  
an der Donau-Universität Krems  
Zentrum für Management und Qualität im Gesundheitswesen

**Begutachter:           Mag. Dr. Christian Gepar**

Hainfeld, im Mai 2006

Gabriele Latour

Kontakt: Gölsenstraße 24/5 , 3170 Hainfeld

e-mail: gabi@milinovsky.at, Gabriele.Latour@stpoelten.lknoe.at

## **Kurzfassung**

Als alternative bzw. komplementäre Pflegemethoden gelten jene Methoden, die wahlweise oder ergänzend zu anderen bisher angewendeten Methoden eingesetzt werden. Eine Vielzahl an Methoden zählt zu diesen Überbegriffen.

Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege trägt im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich des GuKG die Anordnungs- und Durchführungsverantwortung und im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich die Durchführungsverantwortung. Die Pflegeperson übernimmt im betreffenden Bereich die straf- und zivilrechtliche Haftung für die Anwendung der alternativen bzw. komplementären Pflegemethode. Grundvoraussetzung für die Anwendung einer alternativen bzw. komplementären Pflegemaßnahme ist eine entsprechende Ausbildung. Die Durchführung einer Maßnahme im Rahmen der Gesundheits- und Krankenpflege setzt die Einwilligung des betroffenen Menschen oder seines gesetzlichen Vertreters nach entsprechend verständlicher Aufklärung voraus. Im Rahmen der Berufspflichten wird von Pflegepersonen gewissenhaftes Arbeiten, beruhend auf fachlichen und wissenschaftlichen Erkenntnissen und Erfahrungen verlangt.

Weiterführende systematische Untersuchungen im Rahmen der Pflegeforschung sind nötig, um den gesetzlichen Vorgaben nachzukommen und um eigenverantwortlich korrekt agieren zu können.

## **Danksagung**

Es ist mir ein Anliegen hier all jenen zu danken, die diese Arbeit ermöglicht haben.

Bedanken möchte ich mich bei Herrn Dr. Christian Gepar für die Übernahme der Betreuung der Master Thesis und dafür, dass er mir seine Dissertation zur Verfügung gestellt hat, die eine wertvolle Grundlage für die Bearbeitung dieses Themas darstellte.

Ein herzliches Dankeschön geht an meine Kolleginnen Mag. Petra Ganaus und Rosina Richter, Schule für Gesundheits- und Krankenpflege am Landeskrankenhaus St. Pölten, die mir in fachlichen und formellen Fragen zur Seite standen.

Mein Dank gilt auch Frau Regina Weiss, Schule für psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege Ybbs, für ihre Unterstützung bei der Literaturrecherche.

Danken möchte ich ebenfalls Frau Eva Kürzl, von der Pflegeaufsicht der NÖ Landesregierung, für ein interessantes Fachgespräch.

Danke an meine Schwester Marianne, die mich bei den Übersetzungen unterstützt und das Korrekturlesen übernommen hat.

Meiner gesamten Familie gilt ein ganz besonderes Dankeschön, besonders meinem Mann Stefan, meinen Schwiegereltern und Eltern für ihre Unterstützung und Betreuung meiner Tochter Sofia während meiner Arbeit.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Kurzfassung</b> .....	<b>1</b>
<b>Danksagung</b> .....	<b>2</b>
<b>Inhaltsverzeichnis</b> .....	<b>3</b>
<b>Einleitung</b> .....	<b>4</b>
<b>Teil I Überblick und Abgrenzung</b> .....	<b>6</b>
<b>1 Begriffe</b> .....	<b>6</b>
1.1    alternativ - komplementär.....	6
1.2    Die alternative bzw. komplementäre Medizin .....	7
1.3    Die alternative bzw. komplementäre Pflege.....	9
<b>2 Alternative bzw. komplementäre Methoden in der Medizin</b> .....	<b>11</b>
2.1    Alternative Heilmethoden nach Federspiel und Herbst.....	11
2.2    Naturheilverfahren.....	12
2.3    Ganzheitsmedizin.....	13
<b>3 Alternative bzw. komplementäre Methoden in der Pflege</b> .....	<b>14</b>
3.1    Literatur zum Thema.....	14
3.2    Unterschiedliche Strukturierungen.....	18
<b>4 Ausbildung und Forschung</b> .....	<b>21</b>
4.1    Ausbildung .....	21
4.2    Forschung.....	24
<b>5 Abgrenzung und Zusammenfassung</b> .....	<b>27</b>
<b>Teil II Rechtliche Rahmenbedingungen</b> .....	<b>28</b>
<b>6 Das Berufsbild</b> .....	<b>30</b>
<b>7 Die Berufspflichten</b> .....	<b>32</b>
7.1    Sorgfaltsmaßstab .....	34
7.2    Fachliche u. wissenschaftliche Erkenntnisse und Erfahrungen .....	35
7.3    Eigenmächtige Heilbehandlung .....	38
7.4    Fortbildung.....	40
<b>8 Tätigkeitsbereiche in der Gesundheits- u. Krankenpflege</b> .....	<b>43</b>
8.1    Der eigenverantwortliche Tätigkeitsbereich § 14 GuKG.....	43
8.1.1    „Originär“ pflegerische Tätigkeiten .....	46
8.1.2    Eigenverantwortlichkeit .....	47
8.2    Der mitverantwortliche Tätigkeitsbereich nach § 15 GuKG.....	49
8.2.1    Anordnungsverantwortung - Durchführungsverantwortung .....	51
8.2.2    Abgrenzung ärztliche Tätigkeit – pflegerische Tätigkeit .....	53
8.3    Der interdisziplinäre Tätigkeitsbereich nach § 16 GuKG .....	57
<b>9 Weitere rechtliche Bestimmungen</b> .....	<b>59</b>
9.1    Krankenanstalten, Krankenkassen.....	59
9.2    Einlassungs- und Übernahmefahrlässigkeit.....	60
9.3    Haftung.....	60
<b>10 Rechtliche Bestimmungen im Kontext mit alternativen bzw. komplementären Methoden</b> .....	<b>62</b>
<b>11 Schlusswort</b> .....	<b>65</b>
<b>Anhang</b> .....	<b>67</b>
Abkürzungsverzeichnis .....	67
Literaturverzeichnis.....	68
Exkurs: auszugsweise Beschreibung von Pflegemethoden .....	74

## Einleitung

In den letzten Jahren ist in der Gesellschaft ein starker Trend zu alternativen und komplementären Behandlungsmethoden zu beobachten. Auch die Pflege zeigt zunehmendes Interesse, alternative und komplementäre Pflegemethoden im Pflegealltag zu integrieren. Speziell im Langzeitpflegebereich wird damit besonders geworben. Beim genaueren Recherchieren der Literatur bemerkt man, dass eine Unzahl an Methoden unter den Überbegriffen „alternativ“ und „komplementär“ geführt werden. Einen Überblick und eine Orientierung zu finden ist hier nicht einfach. Im eigenverantwortlichen, mitverantwortlichen und interdisziplinären Tätigkeitsbereich des GuKG sind die Verantwortungsgebiete des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege klar definiert. Doch bei den oben genannten Pflegemethoden sind die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Anwender<sup>1</sup> nicht immer klar: was Pflegepersonen, wann, unter welchen Voraussetzungen, mit welchen Konsequenzen durchführen dürfen. Es stellt sich die Frage ob den diplomierten Pflegepersonen die Tragweite und die Konsequenzen ihrer „Eigenverantwortlichkeit“ bewusst sind.

Aus diesem Sachverhalt ergeben sich folgende Fragen: Was wird unter alternativen bzw. komplementären Pflegemethoden verstanden? Bestehen Möglichkeiten sich einen Überblick zu verschaffen oder eine Systematik zu finden? Können diese speziellen Pflegemethoden vom üblichen Pflegehandeln abgegrenzt werden? Wann dürfen Pflegepersonen alternative bzw. komplementäre Pflegemethoden anwenden? Brauchen sie dazu eine spezielle Ausbildung? Welche Verantwortung trägt der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege bei der Anwendung dieser Methoden?

Zur Bearbeitung des Themas wurde vor allem Literatur aus dem deutschen Sprachraum verwendet, da diese auch eher den gesetzlichen Vorgaben in Österreich entspricht. In der englischen oder amerikanischen Literatur werden

---

<sup>1</sup> Bei allen personenbezogenen Bezeichnungen in dieser Arbeit, gilt die gewählte Form für beide Geschlechter

sehr viele alternative Methoden vorgestellt, jedoch muss beachtet werden, dass in diesen Ländern eine andere Gesetzeslage besteht.

Die vorliegende Master Thesis teilt sich inhaltlich in zwei Teile. Im ersten Teil „Überblick und Abgrenzung“ werden vorerst die Begrifflichkeiten beschrieben. Wie weit alternative bzw. komplementäre Methoden in Ausbildungen und Fortbildungen behandelt werden, wird hier vorgestellt.

Der zweite Teil der Arbeit „Rechtliche Rahmenbedingungen“ fasst die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Anwendung alternativer bzw. komplementärer Methoden zusammen. Das Berufsbild, die Berufspflichten und die Beschreibung der Tätigkeitsbereiche im GuKG geben für den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege bereits relativ klare Vorgaben für die Anwendung „anderer“ Pflegemethoden. Die betroffenen Gesetzestexte werden angeführt und die Bedeutung für die Anwendung alternativer bzw. komplementärer Pflegemethoden erläutert.

Das Ziel dieser Arbeit ist es, einen Überblick zum Themenbereich alternative bzw. komplementäre Methoden zu schaffen und diese Methoden im Kontext mit der österreichischen Gesetzeslage zu betrachten.

## **TEIL I ÜBERBLICK UND ABGRENZUNG**

In diesem Abschnitt werden die Bezeichnungen alternativ und komplementär dargelegt. In der Medizin und in der Pflege stecken verschiedenste Inhalte hinter diesen Begriffen. Um eine Ordnung in die Vielfalt an Methoden zu bringen, werden unterschiedliche Einteilungen herangezogen. Die Grundlage für die Anwendung von alternativen bzw. komplementären Methoden ist die fachgerechte Anwendung, die auf entsprechender Ausbildung basiert.

### **1 Begriffe**

Seit einigen Jahren kann man in der Fachliteratur beobachten, dass immer neue Pflegemethoden unter den Überbegriffen „alternativ“ oder „komplementär“ vorgestellt werden. Die Bezeichnungen, unter denen diese Methoden geführt werden, sind nicht klar und schwer einzureihen. Außerdem werden noch eine Vielzahl anderer Begriffe in diesem Zusammenhang verwendet, die eine Orientierung erschweren. Die Bedeutung der Wörter in ihrem Ursprung, wird im folgenden dargestellt.

#### **1.1 alternativ - komplementär**

Der Begriff alternativ kommt aus der lateinischen und französischen Sprache und wird im Duden als „wahlweise, zwischen zwei Möglichkeiten die Wahl lassend“ erklärt. Auch der Brockhaus beschreibt die Alternative als „eine von zwei Möglichkeiten“.<sup>2</sup>

Komplementär hat den selben Sprachursprung und bedeutet „sich gegenseitig ergänzend“.<sup>3</sup>

Diese beiden Begriffe haben eine grundlegend unterschiedliche Bedeutung, denn ob eine Methode wahlweise, anstelle einer anderen verwendet wird oder ergänzend zu einer anderen Behandlung gesehen wird, macht einen großen Unterschied aus. Dementsprechend wird von den Autoren der neueren Fachliteratur der Begriff komplementär bevorzugt.

---

<sup>2</sup> Duden 1990, S 51, Der Brockhaus, 2004, S 79

<sup>3</sup> Duden, 1990, S 415

So betont auch Paesler in „Pflege zum Einwickeln“, dass Pflegemaßnahmen wie Wickel nicht als Alternative gesehen werden sollen, sondern ein Zusatz und eine Ergänzung zum ganzheitlichen Pflegen sein sollen.<sup>4</sup> Federspiel und Herbst behaupten dazu in „Die andere Medizin. Alternative Heilmethoden für Sie bewertet“, dass zur Vorbeugung und Selbstbehandlung bei leichten Gesundheitsstörungen anstelle der konventionellen Behandlung häufig „andere“ Methoden alternativ eingesetzt werden, jedoch bei ärztlich verordneten Therapien diese üblicherweise ergänzend, d.h. komplementär verwendet werden.<sup>5</sup>

### 1.2 Die alternative bzw. komplementäre Medizin

Im Brockhaus werden die Begriffe alternative Medizin und komplementäre Medizin nebeneinandergestellt und als Richtung der Medizin, die naturgemäße, auch historisch überlieferte Heilmethoden einsetzt, beschrieben.<sup>6</sup> Der Begriff alternative Therapien ist erst in den späten 70er Jahren aufgetaucht, die WHO hat sie 1983 als jene Therapien definiert, die normalerweise außerhalb des offiziellen Gesundheitssystems liegen.<sup>7</sup>

Heilegger definiert alternative Behandlungs- und Betreuungsmethoden, als jene Methoden denen gemein ist, dass sie nicht an den medizinischen Fakultäten der Universitäten gelehrt und nicht dem Wissenschaftsanspruch der Schulmedizin genügen.<sup>8</sup>

In der Medizin sind genauso wie in der Pflege noch weitere verschiedenste Begriffe zu diesen „anderen“ Behandlungsformen in Verwendung: traditionelle Medizin, naturgemäße Heilweisen, Naturheilverfahren, Ganzheitsmedizin, unkonventionelle Heilweisen, Erfahrungsmedizin, usw. Die Einreihung der einzelnen Behandlungen zu einer bestimmten Gruppe ist nicht immer klar. Methoden die bei uns unter alternativ laufen, sind in anderen Kulturen ein Teil des Behandlungsrepertoires. Jütte stellt auch fest, dass „Alternative Medizin kein neuer Trend, sondern eine Erscheinungsform, die immer wieder in anderen Anwendungen auftritt, ist“.<sup>9</sup>

---

<sup>4</sup> Vgl. Paesler, 1998, S 2

<sup>5</sup> Vgl. Federspiel/Herbst, 2005, S 10

<sup>6</sup> Der Brockhaus, 2004, S 79

<sup>7</sup> Vgl. Cole/Shanley, 1998, S 1171-1176 mwN.

<sup>8</sup> Vgl. Gepar, 2003, S 258 mwN.

<sup>9</sup> Jütte, 1996, Vorwort, S 11-19



Der Bevölkerung Österreichs wird eine ausgeprägte Neigung zu alternativen Heilverfahren und Naturheilmitteln nachgesagt. In Österreich werden etwa 80 verschiedene alternative Heilmethoden angeboten.<sup>10</sup> Diese werden meist in Konkurrenz zur Schulmedizin gesehen. Woher der allgemein bekannte Begriff Schulmedizin stammt und wie er entstanden ist zeigen Beschreibungen zur Geschichte der Medizin. Der Begriff Schulmedizin ist laut Schott erst in der 2. Hälfte des 19. Jahrhunderts im Zuge der Auseinandersetzung zwischen Universitätsmedizin und Homöopathie aufgetreten. Unter Schulmedizin wird heute die naturwissenschaftlich begründete Medizin verstanden. Sie wird auch als Universitätsmedizin bezeichnet, darunter versteht man jene Behandlungen und Therapien, die auf den Universitäten gelehrt werden. Unter Alternativmedizin versteht Schott einen Sammelbegriff, in den sehr unterschiedliche Heilmethoden und –konzepte einfließen.<sup>11</sup>

Die Behandlungsformen in der schulmedizinischen Richtung und im alternativen Bereich haben meist ganz unterschiedliche Zugänge. In der Ganzheitsmedizin wird der Mensch nicht nur in seiner isolierten Organ- oder Geistesfunktion gesehen, sondern im Zusammenhang mit seinem körperlichen, geistigen und seelischen Befinden und der psychosozialen Umwelt. Der Schulmedizin wird oft nachgesagt, dass sie nur das kranke Organ des Menschen wahrnimmt.

Es findet sich auch eine gegensätzliche Auffassung von Krankheit im Allgemeinen. Während die Schulmedizin von Symptomen ausgeht und versucht, diese zu bekämpfen, verstehen sich komplementärmedizinische Verfahren mehr im Bereich der Mobilisierung körpereigener Abwehrstrategien (Regulationstherapien).

Die komplementäre Medizin beruht auf Erfahrung, wie auch ursprünglich die konventionelle Medizin. „Soweit die Wirksamkeit der naturheilkundlichen Verfahren nicht mit den heute gültigen wissenschaftlichen Methoden bewiesen wurde, werden diese als erfahrungsheilkundliche Verfahren bezeichnet“, schreibt Augustin im Praxisleitfaden Naturheilkunde.<sup>12</sup> Es wird

---

<sup>10</sup> Vgl. *Blumencron/Zellhofer*, 2003, S 14

<sup>11</sup> Vgl. *Schott in Jütte*, 1996, S 31-35

<sup>12</sup> *Augustin*, 1999, S 2

der komplementären Medizin von den Kritikern angekreidet, dass das Erfahrungswissen noch zu wenig wissenschaftlich überprüft wurde. Auch ist das Thema Ausbildung oft ein undurchsichtiger Bereich der komplementären Behandlungsmethoden. Bei der ärztlichen Behandlung kann man darauf vertrauen, dass der Therapeut eine festgelegte Ausbildung durchlaufen hat, er hat sich auch verpflichtet bestimmte Behandlungsstandards einzuhalten. Diese Sicherheit gibt es im komplementärmedizinischen Bereich nicht immer.<sup>13</sup>

Man kann feststellen, dass es keine allgemein-verbindliche Definition für Alternativmedizin gibt. Daher werden eine Vielzahl unterschiedlichster Methoden mit unterschiedlichen Ansätzen dazugezählt.<sup>14</sup>

### **1.3 Die alternative bzw. komplementäre Pflege**

In der Pflegeliteratur aus den 1990iger Jahren findet man noch vorwiegend den Begriff der alternativen Pflegemethoden. In den letzten Jahren ist er meist durch komplementäre Pflegemethoden ersetzt worden. Aber auch andere Begriffe wie sanfte oder unkonventionelle Methoden werden verwendet. Juchli hat den Begriff der ganzheitlichen Pflege geprägt: „Eine ganzheitliche Anschauung von Pflege bedeutet zu erkennen, dass sie integraler Bestandteil umfassender Systeme ist, ...“<sup>15</sup> Arets et al. verwenden in dem Lehrbuch „Professionelle Pflege“ den Überbegriff „pflegetherapeutische Anwendungen“.<sup>16</sup> Eine interessante Überlegung ist die Bezeichnung „integrative Pflege“, die von Ulmer et al. in ihrer Studie „Der Einsatz von interaktionsintensiven pflegetherapeutischen Maßnahmen und von Hausmitteln in der Pflege“ in Anlehnung an Meleis vorgeschlagen wird. Sie verstehen darunter die Vielzahl der aus Naturheilkunde, Volksmedizin und Laienmedizin stammenden Verfahren.<sup>17</sup>

Auch in der Pflege ist der Trend, wie in der Medizin, zu alternativen Methoden nichts Neues. Wickel und Auflagen waren bis in die 70er Jahre noch ein fester Bestandteil des Pflegewissens. Sie sind dann im Zuge einer

---

<sup>13</sup> Vgl. *Federspiel/Herbst*, 2005, S 12

<sup>14</sup> Vgl. *Heilegger*, 1999, S 136 mwN.

<sup>15</sup> *Juchli*, 1991, S 8 f

<sup>16</sup> *Arets et al.*, 1999, S 998-999

<sup>17</sup> *Ulmer et al.*, 2001, S 191-205 mwN.

Orientierung an der modernen, technischen und pharmakologischen Medizin verschwunden und waren dann eine Zeitlang sogar verpönt. Mitte der Achtziger Jahre sind sie gemäß dem allgemeinen Trend zu alternativen Methoden wieder „neu“ in den Pflegealltag eingezogen.<sup>18</sup> Auch Rankin-Box erklärt im „Handbuch für alternative erweiterte Pflegepraxis“, dass Kräuter, Öle, Handauflegen oder die Behandlung der Energiefelder seit Tausenden von Jahren eingesetzt werden. Sie sieht die Akzeptanz dieser Methoden zeitlich beeinflusst. Manche Behandlungen wurden eine Zeitlang sogar verboten oder verspottet.<sup>19</sup>

---

<sup>18</sup> Vgl. *Sonn*, 1998, Vorwort

<sup>19</sup> Vgl. *Rankin-Box*, 1997, S 3

## 2 Alternative bzw. komplementäre Methoden in der Medizin

Im folgenden Kapitel wird in Kurzform auf mögliche Systematiken alternativer bzw. komplementärer Heilmethoden, die in der Medizin bekannt sind, eingegangen. Die Pflege hat sich lange Jahre aus der Medizin bzw. parallel mit der Medizin entwickelt, auch die Naturwissenschaft ist eine Basiswissenschaft beider Disziplinen. Überbegriffe und Einteilungen, die in der Medizin verwendet werden könnten deshalb auch für Methoden in der Pflege adaptiert werden.

Welche Heil- bzw. Behandlungsmethoden zu welchen Überbegriffen oder Behandlungsrichtungen zählen ist in der Literatur nicht klar strukturiert. Es werden von den Fachleuten verschiedene Einteilungen getroffen. Die angeführten Gliederungen sollen nur als Beispiele für einige von mehreren Möglichkeiten stehen.

Wie vorher schon erwähnt, ist laut Schott der Begriff Alternativmedizin ein Sammelbegriff in dem verschiedene Heilmethoden, Heilkonzepte und auch Teile der Naturheilkunde einfließen.<sup>20</sup>

### 2.1 Alternative Heilmethoden nach Federspiel und Herbst

Federspiel und Herbst gliedern im „Konsument extra: Die Andere Medizin. Alternative Heilmethoden für Sie bewertet“ diese nach folgenden Überbegriffen:

- Reiz- und Regulationstherapien: Sie bauen darauf auf, dass die Natur vieles selbst reguliert. Reizmittel können Wärme, Kälte, Wasser, Licht, Luft, Bewegung, Fasten oder Ernährungsumstellung sein. Manchmal wird auch die Homöopathie zu diesem Behandlungsprinzip gezählt.
- Therapien zur Immunmodulation: Jene Naturheilverfahren, die das Immunsystem anregen, wie Entspannungsübungen, Yoga, Kneippen oder Sauna sind darunter zu verstehen.

---

<sup>20</sup> Vgl. Schott in Jütte, 1996, S 31-35

- Wärme- und Kältetherapien: Dazu gehören Bäder, Auflagen, Wickel, Packungen, auch die Kneipptherapie und Saunabesuche.
- Pflanzenheilkunde: Es werden zwei Richtungen dieser Heilkunde beschrieben. Die Klostertherapie (z.B. Therapien nach Hildegard von Bingen), die sich auf Überlieferungen stützt und die Phytotherapie, die bemüht ist die Pflanzenmittel wissenschaftlich zu erforschen.
- Ordnungstherapie: Alle therapeutischen Maßnahmen gehören zu dieser Gruppe. Sie sollen zu einem ausgeglicheneren und gesünderen Leben verhelfen, dazu zählen auch Entspannungstechniken, Atemtherapie, Meditation und Bewegungsprogramme.
- Ethnomedizin: Zu dieser Gruppe reihen die Autoren alle Methoden, die außerhalb Europas entstanden sind, also aus anderen Kulturkreisen stammen, wie die Traditionelle Chinesische Medizin (TCM), Ayurveda oder die tibetische Medizin.<sup>21</sup>

## 2.2 Naturheilverfahren

Naturheilverfahren werden in den Beschreibungen immer wieder als eine Gruppe der alternativen Methoden genannt. Da sie auch zu den ältesten alternativen Methoden zählen und grundsätzlich sehr gut von der Schulmedizin akzeptiert werden, wird hier noch in Kurzform darauf eingegangen. Man versteht unter Naturheilverfahren und Naturheilmittel die Behandlung mit natürlichen Stoffen aus unserer Umwelt und mit natürlichen Vorgängen, die wir der Natur nachahmen. Unter methodischen Gesichtspunkten bestehen Überschneidungen mit Therapieangeboten der physikalischen Medizin. Nach der Systematik des Kneipp'schen Systems werden fünf klassische Säulen beschrieben:

- Hydrotherapie: z.B. die Behandlung mit Warm- und Kältereizen, Balneotherapie (die Behandlung mit natürlichen Heilquellen), Klimabehandlung
- Bewegungstherapie: z.B. unspezifische körperliche Aktivität, Krankengymnastik, Massage, manuelle Medizin

---

<sup>21</sup> Vgl. Federspiel/Herbst, 2005, S 34-49

- Ernährungstherapie: z.B. das Vollwertprinzip, Diäten, therapeutisches Fasten
- Phytotherapie: z.B. Elemente der Volks- und Erfahrungsmedizin
- Ordnungstherapie: z.B. die psychische Wirkung von Naturheilverfahren, körperorientierte Psychotherapie (Atemtherapie, künstlerische Therapie)<sup>22</sup>

Im Praxisleitfaden Naturheilkunde werden von Augustin und Schmiedel Naturheilverfahren als medizinische Heilmethoden zur Vorbeugung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, gesehen. Sie sollen die selbstregulativen Kräfte des Organismus ansprechen und sind teilweise natürlichen Ursprungs.<sup>23</sup>

### **2.3 Ganzheitsmedizin**

Ein weiterer Begriff der häufig im Zusammenhang mit alternativer und komplementärer Medizin genannt wird ist die ganzheitliche Behandlung. Connert erklärt den ganzheitlichen Krankheitsbegriff wie im folgenden beschrieben: Krankheit existiert nie losgelöst vom lebenden Individuum. Krankheit ist immer eine Störung des Gesamtorganismus. An der Entstehung einer Krankheit sind immer mehrere Faktoren beteiligt. Krankheitssymptome sind Ausdruck eines ineffizienten Selbstheilungsversuches. Keine komplementärmedizinische Methode ist für sich alleine Ganzheitsmedizin.<sup>24</sup>

---

<sup>22</sup> Vgl. *Bühning*, 1993, S 1-4

<sup>23</sup> Vgl. *Augustin/Schmiedel*, 1999, S 2

<sup>24</sup> Vgl. *Connert in Stossier*, 2003, S 15

### **3 Alternative bzw. komplementäre Methoden in der Pflege**

In der Literatur im deutschen Sprachraum findet man eine beträchtliche Anzahl an Artikeln bzw. Aufsätzen in Fachjournalen. Jedoch geben nur drei Sammelbände einen Überblick zum Thema. In den Lehrbüchern werden die Methoden oft nur marginal beschrieben. Außerhalb des deutschsprachigen Raums findet man eine größere Menge an Artikeln zu alternativen bzw. komplementären Pflegemethoden und Untersuchungen. Bevor man eine entsprechende Pflegemethode in Österreich in der Pflegepraxis einführen möchte, sollten die vorliegenden rechtlichen Rahmenbedingungen beachtet werden.

Eine Einteilung der alternativen bzw. komplementären Pflegemethoden in Gruppen bzw. die Vornahme einer Strukturierung ist deshalb nicht einfach. Im zweiten Abschnitt dieses Kapitels werden die verschiedenen Strukturierungsmöglichkeiten dargestellt.

Ein kleiner Überblick zu den häufig unter alternativ bzw. komplementär angeführten Pflegemethoden ist im Anhang zu finden (siehe Anhang - Exkurs: auszugsweise Beschreibung von Pflegemethoden).

#### **3.1 Literatur zum Thema**

Im deutschen Sprachraum sind drei Sammelwerke, die allerdings schon älteren Datums sind, bekannt. 1997 ist die deutsche Ausgabe des „Handbuchs alternativer erweiterter Pflegepraxis“ von Denise Rankin-Box erschienen. In diesem Buch wird das Spektrum der alternativen Behandlungsmethoden ähnlich wie bei Federspiel und Herbst von naturheilkundlichen Verfahren (wie Phytotherapie) über psychotherapeutische (wie Gesprächsführung, Beratung oder therapeutischer Humor) und autoregulative Verfahren (z.B. autogenes Training) bis hin zu fernöstlichen Methoden (Akupunktur oder Shiatsu) gesehen. Es werden Behandlungsmethoden beschrieben, die Pflegepersonen in den USA, Großbritannien, Kanada, Israel und Australien anwenden. Der deutsche Herausgeber Georg Jürgen vermerkt, dass Methoden aus dem deutschsprachigen Raum, wie Basale Stimulation, Kinästhetik, Feldenkrais,

Wickel und Auflagen, die in diesem Werk nicht vorkommen, ebenfalls zu den alternativen Behandlungsmethoden zählen.<sup>25</sup>

Christa Aßmann hat den Pflegeleitfaden „Alternative und komplementäre Methoden“ im Jahr 1999 herausgegeben. Sie versteht alternative Methoden nicht als eigenständige Therapie, sondern als komplementäre Möglichkeit. Sie stellt als Handlungsalternativen für die pflegerische Tätigkeit die Basale Stimulation, Kinästhetik in der Pflege, Wickel und Auflagen, Aromatologie, Ganzkörperwaschungen in der Pflege, die Feldenkraismethode in der Pflege, Reflexzonenmassage am Fuß, Shiatsu Massage, Muskelentspannung nach Jakobson und Autogenes Training vor.<sup>26</sup>

Das Büchlein „Alternative Pflegemaßnahmen“ aus der Reihe Pflege kompakt stammt von Friedhelm Henke. Er sieht die angeführten Pflegemaßnahmen als Alternativen im eigenverantwortlichen Bereich. Er bemerkt auch, dass die alternativen Maßnahmen nicht immer klar von der Schulmedizin abzugrenzen sind und versteht darunter auch Hausmittel, die unterstützend wirken und Methoden, welche die Selbstheilungskräfte aktivieren. Zu folgenden Pflegemaßnahmen gibt es in diesem Buch kurze Ausführungen: Waschungen, Bäder, Hautpflege, Mund- und Zahnpflege, Einreibungen, Wickel und Auflagen, Massagen, Alternativen zur Ernährung des Kranken.<sup>27</sup>

In den gängigen Lehrbüchern, die in der Grundausbildung verwendet werden, wird unterschiedlich auf das Thema alternative bzw. komplementäre Pflegemethoden eingegangen. So gibt es in der „Pflege heute“ kein eigenes Kapitel zum Thema. Die Lehrinhalte Basale Stimulation oder Wickel und Auflagen sind in andere Kapitel integriert.<sup>28</sup> „Thiemes Pflege“ widmet dem Thema ein eigenes Kapitel mit dem Namen pflegetherapeutische Ansätze, hier werden die Methoden Basale Stimulation, das Bobath-Konzept und Kinästhetik beschrieben.<sup>29</sup> In dem Fachbuch „Professionelle Pflege“ werden in dem Kapitel Komplementäre Pflegemethoden Anwendungen, die ergänzend verwendet werden, beschrieben. Die Autoren betonen, dass

---

<sup>25</sup> Vgl. Rankin-Box, 1997, Geleitw. z. dt. Ausg.

<sup>26</sup> Vgl. Aßmann, 1999

<sup>27</sup> Vgl. Henke, 1999

<sup>28</sup> Vgl. Schäffler et al., 2001

<sup>29</sup> Kellnhauser et al., 2000, S 170-179



manche Jahrtausende alte Tradition haben, andere neuerer Entwicklung sind. Beschrieben werden essentielle Öle, Basale Stimulation, therapeutische Waschungen, Massagen, Entspannungstechniken und Reflexiologie.<sup>30</sup>

Interessant ist die Untersuchung von Ulmer et al. aus dem Jahr 1998 mit dem Titel „Der Einsatz von interaktionsintensiven pflegetherapeutischen Maßnahmen und von Hausmitteln in der Pflege“. Hier wird das Spektrum der Methoden dargestellt, die Pflegenden in unterschiedlichen Berufsfeldern einsetzen.<sup>31</sup>

In der Untersuchung von Disse et al. mit dem Titel „Naturheilkundliche Pflegehandlungen in der Pflege“ wird versucht, den Begriff der naturheilkundlichen Pflegehandlung zu definieren bzw. herauszufinden, welche Pflegemethoden Pflegepersonen selbst dazu zählen.<sup>32</sup>

Cole und Shanley schreiben in ihrer Arbeit darüber, dass komplementäre Therapien durch die Übernahme von mehr Verantwortung und Kompetenz eine Möglichkeit zur Weiterentwicklung der professionellen Pflege sein können.<sup>33</sup>

Sonst findet man in den verschiedenen Fachzeitschriften einzelne Artikel zu den unterschiedlichsten Methoden. Zum größeren Teil werden Erfahrungsberichte aus der praktischen Anwendung beschrieben. Beckendorf, Esser und Wallrabenstein beschreiben anhand von drei Fallbeispielen die Anwendung von „Therapeutic Touch - Energiearbeit durch Handauflegen“.<sup>34</sup> Heide Enrico stellt in einem Artikel in „Die Schwester – Der Pfleger“ fest, dass keine Untersuchung gefunden wurde, die die Wirksamkeit ätherischer Öle belegt. Er versucht deshalb ein Projekt zu initiieren, wo mit Hilfe von Skalen die Reaktionen belegt werden sollen.<sup>35</sup> Schmidt, Thiele und Höfler beschreiben in ihrem Erfahrungsbericht zum Thema „Alternative Pflegemethoden bei Orientierungsstörungen“ den Einsatz der Basalen

---

<sup>30</sup> Vgl. Arets et al., 1999, 998-999

<sup>31</sup> Vgl. Ulmer et al., 2001, S 191-205

<sup>32</sup> Vgl. Disse et al., 1997, S 24-25

<sup>33</sup> Vgl. Cole/Shanley, 1998, S 1171-1176

<sup>34</sup> Beckendorf/Esser/Wallrabenstein, 2005, S 334-338

<sup>35</sup> Heide, 2003, S 362-366

Stimulation und der Validation bei sturzgefährdeten Patienten und stellen deren Reaktion dar.<sup>36</sup>

Wissenschaftlich untersuchte Pflegemethoden sind in der deutschsprachigen Literatur weniger zu finden. Klaus-Dieter Neander hat Kamillentees für die Mundpflege mit Hilfe des Deutschen Instituts für Pflegeforschung geprüft.<sup>37</sup> Conrad belegt 2004, dass die atemstimulierende Einreibung Entspannung und subjektives Wohlbefinden fördert.<sup>38</sup>

Ginella hat im Rahmen der HÖFA-II Ausbildung nach Studien recherchiert, die eine Schmerzlinderung durch komplementäre Methoden im Rahmen einer Operation beschreiben.<sup>39</sup>

Die angeführten Untersuchungen sollen als Beispiele für wissenschaftliche Forschungsarbeiten im deutschsprachigen Raum dienen.

Bei einem Blick außerhalb des deutschsprachigen Raums, findet man eine größere Anzahl an Untersuchungen, die diese Themenbereiche betreffen. Bei der Durchforstung der Ausgaben der letzten 15 Jahre des Journal of Advanced Nursing stößt man auf einige Forschungsarbeiten, die komplementäre Pflegemethoden behandeln. Die folgenden Beispiele sollen veranschaulichen was weltweit an Arbeit zu diesem Thema geleistet wird.

Smith et al. belegen eine signifikante Abnahme von Schmerz und Stresssymptomen bei einer bestimmten Art der therapeutischen Massage.<sup>40</sup>

Choi, Moon und Song haben die Wirkung von bestimmten Tai Chi Übungen auf die körperliche Fitness und die Sturzprävention untersucht und auch eine Senkung der Sturzhäufigkeit belegt.<sup>41</sup> In der taiwanesischen Untersuchung von Ming et al. wird die Wirksamkeit von Akupressur bei Übelkeit und Erbrechen bei postoperativen Patienten als Vorbeugemaßnahme beschrieben. Die Effektivität der Massage von zwei Akupunkturpunkten aus der Traditionellen Chinesischen Medizin wird bestätigt.<sup>42</sup> Hatten, King und

---

<sup>36</sup> Schmidt/Thiele/Höfler, 2003, S 254-256

<sup>37</sup> Neander, 2004, S 250-251

<sup>38</sup> Vgl. Conrad, 2004, S 104-107

<sup>39</sup> Ginella, 2005, S 22-24

<sup>40</sup> Vgl. Smith et al., 2002, S 257-262

<sup>41</sup> Vgl. Choi et al., 2005, S 150-157

<sup>42</sup> Vgl. Ming et al., 2002, S 343-351

Griffiths haben die Wirkung von Fußmassage und angeleiteter Entspannung bei herzchirurgischen Patienten untersucht.<sup>43</sup> Delaney et al. haben die Wirkung einer bestimmten Massage im Kopf-Nacken-Schulter-Bereich auf das Kreislaufsystem belegt. Die Massage bewirkte eine signifikante Verminderung des Pulses, des Blutdruckes und der parasympathischen Aktivität, Muskelentspannung und emotionale Entspannung.<sup>44</sup> International liegt bereits ein umfangreicheres Repertoire an wissenschaftlichen Untersuchungen vor, mit Hilfe von Pflegewissenschaftlern kann dieses Wissen in die Praxis gebracht werden.

### 3.2 Unterschiedliche Strukturierungen

Da die Überbegriffe alternative und komplementäre Methoden auch nach eingehender Literaturrecherche keine bestimmten Behandlungsrichtungen einschließen und die Behandlungen, die darunter verstanden werden einer zeitlichen und kulturellen Dynamik unterliegen, gibt es zum heutigen Zeitpunkt verschiedene Einteilungen und Gliederungsmöglichkeiten, um sich einen strukturierten Überblick zu diesen Pflegemethoden zu verschaffen. Die Methoden kann man natürlich nach unterschiedlichen Gesichtspunkten zusammenfassen.

Eine Möglichkeit ist die Einteilung nach Federspiel und Herbst, die eher aus dem medizinischen Bereich stammt, für die Pflegemethoden zu übernehmen (siehe Kapitel 2.1). Demnach würden folgende unter alternativ oder komplementär geführten Pflegemethoden zu den entsprechenden Überbegriffen zählen:

- Reiz- und Regulationstherapien: z.B. Ernährung, Wickel und Auflagen, Bäder oder Waschungen
- Anwendungen zur Immunmodulation: z.B. verschiedene Entspannungsübungen, wie Entspannung nach Jacobson oder Autogenes Training
- Wärme- und Kältetherapien: Wickel und Auflagen oder Bäder
- Pflanzenheilkunde: Tees, aber auch Aromöle

---

<sup>43</sup> Vgl. *Hatten/King/Griffiths*, 2002, S 199-207

<sup>44</sup> Vgl. *Delaney et al.*, 2002, S 364-371

- Ordnungstherapie: Gesprächsführung, Beratung oder therapeutischer Humor
- Ethnomedizin: Shiatsu Massage, Tai Chi, Akupressur, Therapeutic Touch oder Reiki

Interessant ist auch die Einteilung der komplementären Behandlungen nach Trevelyan und Booth (1994) bezogen auf die Anwendung von Pflegepersonen:

- Zur ersten Gruppe zählen jene Therapien, die Pflegepersonen direkt in die Praxis eingliedern können, z.B. Massagen, Shiatsu, Aromapflege, Reflexzonentherapie oder Therapeutic Touch.
- Die zweite Gruppe sind die Therapien, die zu einem gewissen Ausmaß in die pflegerische Arbeit eingegliedert werden können, wie Homöopathie, Kräuterkunde oder Ernährungstherapien.
- Der dritten Gruppe gehören all jene Therapien an, die nicht einfach in die Pflegepraxis eingegliedert werden können, aber Pflegepersonen können hier Beratung und Vermittlung übernehmen, z.B. bei Akupunktur oder Osteopathie.<sup>45</sup>

Alternative bzw. komplementäre Pflegemethoden können sicher auch nach anderen Gesichtspunkten zusammengefasst werden. In der aktuellen Literatur werden vor allem Entspannungstechniken (z.B. Jacobson, Entspannung bei Schmerz, Autogenes Training), Massagen (z.B. Atemstimulierende Einreibung, Akupressur, Fußreflexzonenmassage) und Methoden aus anderen Kulturen (z.B. Shiatsu, Tai Chi) genannt.

Auch jene Methoden, die aus anderen Therapierichtungen für die Pflege übernommen wurden (wie z.B. Phytotherapie, Ernährung, Massagen, Reflexzonentherapie, Aromapflege) könnten zusammengefasst werden.

Eine besondere Gruppe stellen alternativen Pflegemethoden, die sich aus der Pflege selbst entwickelt haben oder die für die Pflege adaptiert wurden, dar. Dazu kann man die Basale Stimulation, die Kinästhetik, Feldenkrais in der Pflege, die Validation oder auch Wickel und Auflagen zählen.

---

<sup>45</sup> Vgl. Cole/Shanley, 1998, S 1173 mwN.

Eine andere Möglichkeit, alternative bzw. komplementäre Pflegemethoden einer Einteilung zu unterziehen, wäre sie dem Ausbildungsgrad entsprechend einzuordnen. Einige Methoden werden bereits in der Grundausbildung unterrichtet (z.B. Wickel und Auflagen, Grundbegriffe der Basalen Stimulation und der Kinästhetik), andere schließen mit einer umfangreicheren Ausbildung oder einer Weiterbildung ab (z.B. Wickelfachfrau, Basale Stimulation, Kinästhetik). Darauf soll im folgenden Kapitel genauer eingegangen werden.

## 4 Ausbildung und Forschung

Voraussetzung um eine alternative bzw. komplementäre Pflegemethode anzuwenden, ist eine Ausbildung, Fortbildung oder Weiterbildung. Im GuKG wird bereits im § 4 Abs 2 in den Berufspflichten (siehe auch Kapitel 7.4 Fortbildung) zur Erfüllung des Sorgfaltsmaßstabes die Verpflichtung zur Fortbildung für alle im GuKG betroffenen Berufsgruppen (Diplomiertes Pflegepersonal, Pflegehelfer) beschrieben. Im § 63 GuKG wird die laufende Fortbildung nach aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen dezidiert für diplomierte Pflegepersonen verlangt: „Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sind verpflichtet, zur Information über die neuesten Entwicklungen und Erkenntnisse der Pflegewissenschaft, sowie der medizinischen Wissenschaft oder Vertiefung der in der Ausbildung erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten innerhalb von fünf Jahren, Fortbildungen in der Dauer von mindestens 40 Stunden zu besuchen.“<sup>46</sup>

### 4.1 Ausbildung

In der Grundausbildung ist lt. Curriculum bereits, der eine oder andere Inhalt einer alternativen bzw. komplementären Methode vorgesehen. Dazu bemerkt Allmer in einem Rechtsgutachten zur Einführung von Aromapflege in einer Krankenanstalt: „dass die „neue“ dreijährigen Ausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege, im Gegenstand „Gesundheits- und Krankenpflege“ in ihrem lebensaktivitätenorientierten Lehrstoff einen kontinuierlicher Bezug zu den alternativen und komplementären Pflegemethoden herstellt, was bedeutet, dass die Absolventen der „neuen“ Ausbildung bereits Grundkenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten in der „Aromapflege“, mitbringen werden.“<sup>47</sup>

Im „Offenen Curriculum für die Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege“ findet man im Praxiskatalog folgende Anforderungen an die Schüler: wendet Basisfertigkeiten der Basalen Stimulation in der Pflege, Validation und ähnlicher Konzepte an; führt atemstimulierende Einreibungen durch; wendet Wickel und Auflagen an.

---

<sup>46</sup> *Flemmich/Nöstlinger*, 2004, S467-468

<sup>47</sup> *Allmer*, 2004 mwN.

Im Unterrichtsfach Gesundheits- und Krankenpflege ist im 1.Ausbildungsjahr die Anwendung von Wickel, im 2.Ausbildungsjahr die Grundzüge der Konzepte Bobath, Kinästhetik, Feldenkrais und Basale Stimulation, im 3.Ausbildungsjahr die Grundzüge des Konzepts Therapeutic Touch und das Konzept Basale Stimulation inklusive Ausführung vorgesehen. In der „Pflege von alten Menschen“ ist im 2.Ausbildungsjahr die Prinzipien der Validation Unterrichtsinhalt und in der Palliativpflege im 2.Ausbildungsjahr die Möglichkeiten und Grenzen komplementärer Therapieangebote (wie z.B. Entspannungstechniken, Farb- und Maltherapie) im Lehrplan. Im Fach Pathologie ist im 1.Ausbildungsjahr das Thema Komplementärmedizin vorgesehen, beispielhaft sind im Curriculum die Traditionelle Chinesische Medizin, die Homöopathie und Naturheilverfahren angeführt. Im Unterrichtsfach Berufsspezifische Ergonomie und Körperarbeit sollen im 1.Ausbildungsjahr Entspannungstechniken gelehrt werden.<sup>48</sup>

Der Kompetenz- und Qualifikationsnachweis des Wiener Krankenanstaltenverbundes für die praktische Ausbildung sieht folgende Kompetenzen im Bereich komplementärer Methoden vor: Basale Stimulation, Bobath, Kinästhetik in der Pflege, Komplementärmethoden, Therapeutic Touch, Validation.<sup>49</sup>

Die angeführten Methoden sind sowohl im Curriculum als auch im Kompetenz- und Qualifikationsnachweis nur beispielhaft angeführt, und jederzeit erweiterbar.

Demnach erhalten derzeit ausgebildete Gesundheits- und Krankenpflegepersonen bereits einen Grundstock an Wissen und Fertigkeiten zu alternativen bzw. komplementären Methoden.

Jene Pflegepersonen, deren Grundausbildung schon länger zurück liegt, haben die Möglichkeit aus der großen Anzahl der Fort- und Weiterbildungsangebote spezifische Seminare auszuwählen. In den Katalogen der Anbieter von Fortbildungen werden die verschiedenen Methoden komplementärer Richtungen in unterschiedlicher Intensität angeboten. Ein Beispiel dafür ist das Bildungsprogramm 2006 des

---

<sup>48</sup> Vgl. Offenes Curriculum, 2003

<sup>49</sup> Vgl. Kompetenz- und Qualifikationsnachweis, 2002

Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbands (ÖGKV), wo Fortbildungen zu Kinesiologie im Pflegealltag, Basale Stimulation, Aromapflege, Kinästhetik, Pflege nach dem Bobath-Konzept oder Therapeutische Berührung angeboten werden. Diese Fortbildungen dauern meist 1 bis 3 Tage und es gibt sowohl Grund- als auch Aufbaukurse.

Interessant ist dazu, dass in Deutschland bereits 1996 ein Kongress zum Thema Alternative Heil- und Pflegemethoden stattgefunden hat. Die einzelnen Workshops befassten sich mit den Haftungsrechtlichen Grenzen, Wickel, Einreibungen, Shiatsu und Feldenkrais.<sup>50</sup>

Weiterbildungen gemäß § 64 GuKG dienen der Erweiterung der Kenntnisse und Fertigkeiten, die grundsätzlich bereits in der Grundausbildung vermittelt wurden. Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sind berechtigt, Weiterbildungen zur Erweiterung der in der Ausbildung erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten zu absolvieren. Eine Weiterbildung hat mindestens vier Wochen zu umfassen und ist vom Landeshauptmann zu bewilligen. Nach Abschluss einer Weiterbildung ist eine Prüfung abzunehmen. Das GuKG legt selbst nicht fest, für welche Bereiche die Abhaltung von Weiterbildungen vorgesehen ist. Eine noch zu erlassende Weiterbildungsverordnung (GuKG-WV) wird sicher auch eine Weiterbildung in Komplementärer Pflege vorsehen. Im Gespräch sind unter anderen die Fachbereiche Komplementäre Pflege, Basale Stimulation in der Pflege und Validierende Pflege.<sup>51</sup>

Die Weiterbildung zur Fachkraft für Komplementärpflege wird vom Tiroler Landesverband erstmals 2006 mit einem Stundenumfang von 270 Theoriestunden und 70 Praxisstunden angeboten und beinhaltet Lehrinhalte, wie Wickel und Kompressen, Aromapflege, Heilpflanzen, Klangtherapie, Therapeutic Touch oder Rhythmische Einreibung.<sup>52</sup>

In Deutschland gibt es schon einige Jahre eine ähnliche Ausbildung. An der Klinik Blankenstein findet eine Modellausbildung Weiterbildung Naturheilkundlicher Pflege statt. Hier werden die klassischen,

---

<sup>50</sup> Bokeloh, 1996, S 366-375

<sup>51</sup> vgl. *Gepart* 2003, S 178-179 mwN. und Gespräch v. 10.5.06

<sup>52</sup> ÖGKV, 2006



wissenschaftlich belegten Naturheilverfahren vermittelt. Die Leiter der Ausbildung Fritz und Beer haben auch Leitlinien zur Weiterbildung Naturheilkundlicher Pflege entwickelt.<sup>53</sup>

An den angeführten Beispielen ist ersichtlich, dass es für Pflegepersonen eine große Anzahl an Möglichkeiten gibt, sich im Bereich alternativer bzw. komplementärer Methoden weiterzubilden.

Beim Thema Ausbildung bzw. Weiterbildung wird auch auf die Folgen fehlender Ausbildung, die „Einlassungs- oder Übernahmefahrlässigkeit“ (siehe Kapitel 9.2) verwiesen. Demnach handelt eine diplomierte Pflegeperson fahrlässig, wenn sie Tätigkeiten übernimmt, von denen sie weiß oder wissen müsste, dass sie diese Tätigkeiten nicht entsprechend der im Einzelfall gebotenen Sorgfalt durchführen kann, z.B. aufgrund mangelnder Fähigkeiten und Fertigkeiten oder fehlender Ausbildung. Der Berufsangehörige hat hier nach gesunder Selbsteinschätzung zu prüfen ob er diese Tätigkeit unterlassen oder verweigern soll. Dies bedeutet, dass eine Pflegeperson eine Pfl egetätigkeit nur ausführen darf, wenn sie ausreichende Kenntnisse und Fertigkeiten dazu hat. Fahrlässiges Handeln kann der Pflegeperson vorgeworfen werden, wenn Patienten Schaden durch eine Pfl egetätigkeit erleiden.

### **4.2 Forschung**

Im Bereich der alternativen bzw. komplementären Pflegemethoden gibt es noch ein reges Betätigungsfeld für die Forschung. Viele dieser Behandlungsmethoden beruhen auf Erfahrung und deren Anwendung ist deshalb für professionell arbeitende Pflegepersonen unter der aktuellen Rechtslage nur begrenzt vertretbar. Es muss eine wissenschaftliche Beurteilung der einzelnen Methoden angestrebt werden. Auch Sohn und Loveland Cook kommen in ihrer Untersuchung „Nurse practitioner knowledge of complementary alternative health care: foundation for practice“ aus den USA, über den Wissensstand von Pflegepraktikern über komplementäre Therapien zum Ergebnis: Pflegepersonen befürworten in der Praxis die Anwendung von komplementären alternativen Therapien, aber ihr Wissen

---

<sup>53</sup> Fritz/Beer, 2002, 2005

darüber stammt nicht von professionellen Bildungsquellen. Deshalb sehen sie die Notwendigkeit, dass Pflegepersonen wissenschaftlich basierte Informationen brauchen.<sup>54</sup>

Um die Wirksamkeit einer Methode zu belegen, werden vor allem randomisiert-kontrollierte Studien gefordert.<sup>55</sup> Es wird dabei untersucht, wie weit ein bestimmter Faktor (eine Variable) eine Situation, einen Zustand oder ein Verhalten beeinflusst. Kennzeichen dieser Studien sind: Randomisierung (Zufallsverteilung), Manipulation (eine oder mehrere Variablen werden verändert), Kontrolle (alle Variablen die möglichen Einfluss auf das Ergebnis haben werden kontrolliert), Messung der Auswirkungen (die Auswirkung der Manipulation wird anhand einer oder mehrerer Variablen gemessen), Überprüfung der Störvariablen (Variablen, die im Vorfeld nicht überprüft werden konnten, werden soweit dies möglich ist überprüft).<sup>56</sup> Das Problem liegt allerdings darin, dass dieser quantitative Forschungsansatz<sup>57</sup> für alternative bzw. komplementäre Pflegemethoden schwierig durchzuführen oder für die Fragestellungen häufig nicht sinnvoll ist. Komplementäre Methoden sind oft nicht für solche klinischen Untersuchungen zugänglich, da es meist um emotionale, soziale oder spirituelle Aspekte geht, die man nicht einfach auf Messungen reduzieren kann.<sup>58</sup>

Der qualitative Forschungsansatz<sup>59</sup> ist dahingehend meist angebrachter. Hier treffen, wie auch in anderen Sozialwissenschaften, die zwei Welten der Forschungsrichtungen, die noch oft in Konkurrenz gesehen werden, aufeinander: der qualitative und der quantitative Ansatz. Wobei aber beide Ansätze je nach Fragestellung in der Pflegeforschung benötigt werden, „um

---

<sup>54</sup> Vgl. *Sohn/Loveland Cook*, 2002, S 9

<sup>55</sup> Vgl. *Federspiel/Herbst*, 2005, S 19; vgl. *Richardson*, 2000, S 398-406

<sup>56</sup> Vgl. *Mayer*, 2002, S 90-94

<sup>57</sup> *Mayer*, 2002, S 70: „Quantitative Forschung ist theoriegeleitet. Ihr Ziel ist es, kausale Beziehungen zwischen Phänomenen festzustellen, indem sie Hypothesen aufstellt und diese mit möglichst objektiven (von den Forscherinnen unabhängigen) Methoden überprüft. Sie bedient sich standardisierter Erhebungsmethoden und verwendet statistische Techniken, um Daten auszuwerten. Letztes Ziel ist immer, allgemein gültige Aussagen (Gesetzmäßigkeiten) aus den Ergebnissen abzuleiten.

<sup>58</sup> Vgl. *Cole/Shanley*, 1998, 1171-1176

<sup>59</sup> *Mayer*, 2002, S 73: „Mit qualitativer Forschung will man Phänomene des menschlichen Erlebens möglichst ganzheitlich und von innen heraus („subjektiv“) erfahren und verstehen. Man bedient sich dabei offener, nicht standardisierter Erhebungsverfahren und wertet die Daten mithilfe interpretativer Methoden aus. Auf diese Weise erhält man keine numerischen Daten, sondern Beschreibungen. Eine Verallgemeinerung der Daten wird nicht angestrebt. Ziel ist es Theorien zu entwickeln.

die vielfältigen Fragen und Probleme, die sich aus der Pflegepraxis ergeben, angemessen bearbeiten zu können,“ stellt auch Mayer fest.<sup>60</sup>

Cole und Shanley unterstellen den Gesundheitsdiensten und geldgebenden Organisationen eine Zurückhaltung bei Forschungen zu Behandlungen, die ohne „double blind, randomized, clinical trials“ durchgeführt werden. Das kann auch ein Grund sein, warum Forschungsarbeit in diesem Bereich langsam vor sich geht.<sup>61</sup>

Zusammenfassend kann man sagen, dass auch hier, wie allgemein in der Pflege, noch viel Forschungsarbeit zu leisten ist. Welcher Forschungsansatz von den Fachleuten zu wählen ist, hängt von der zugrundeliegenden Problemstellung ab.

---

<sup>60</sup> Mayer, 2002, S 87

<sup>61</sup> Vgl. Cole/Shanley, 1998, S 1171-1176

## 5 Abgrenzung und Zusammenfassung

Die Begriffe alternativ und komplementär haben eine unterschiedliche Bedeutung. Alternativ steht für wahlweise und komplementär für ergänzend. In der neueren Literatur wird vorzugsweise die Bezeichnung komplementär verwendet, da dies eher der Intention der Anwendung entspricht. Zum Überbegriff Alternativmedizin zählen eine Vielzahl unterschiedlichster Methoden mit unterschiedlichen Ansätzen. Es gibt aber keine allgemeinverbindliche Definition dafür. Oftmals werden naturgemäße Heilmethoden damit in Verbindung gesehen.

Man kann die Mehrheit der komplementären bzw. alternativen Methoden als nicht orthodoxe Therapien bezeichnen. Das heißt, sie entsprechen nicht der herkömmlichen Anschauung oder sind nicht gemäß der strengen Lehrmeinung. Häufig sind es Methoden, die außerhalb des offiziellen Gesundheitssystems liegen.

Alternative bzw. komplementäre Methoden werden entweder wahlweise oder ergänzend, zu den bisher eingesetzten Pflegemaßnahmen verwendet. Einige Fachleute betonen, dass alternative Methoden einzusetzen kein neuer Trend, sondern eine Erscheinungsform ist, die immer wieder auftritt. Unterschiedlich ist jedoch die Akzeptanz dieser in der Gesellschaft. Die gleiche Methode kann vor 30 Jahren verpönt gewesen sein (z.B. Wickelanwendungen) und wird jetzt als die neueste Errungenschaft dargestellt. Von der geschichtlichen Entwicklung her gesehen, war auch jede der aktuell üblichen Pflegemethoden einmal eine Alternative oder eine Ergänzung zu dem bis dato bekannten Wissen. Jede Methode hat sich erst etablieren und bewähren müssen. Der heutige Weg um eine Behandlungsrichtung zu legitimieren sind wissenschaftlich durchgeführte Studien. Hier ist sowohl im Bereich der alternativen Therapien als auch im Bereich der Pflege im Speziellen noch ein großes Betätigungsfeld vorhanden.

## **TEIL II RECHTLICHE RAHMENBEDINGUNGEN**

In diesem Teil der Arbeit werden die Gesetzestexte, die die Anwendung von alternativen bzw. komplementären Pflegemaßnahmen regeln, beschrieben. Weiters wird die Bedeutung der gesetzlichen Rahmenbedingungen für alternative bzw. komplementäre Pflegemethoden erarbeitet. Dazu wurden die betroffenen Gesetzestexte, beschrieben und kommentiert von Flemmich und Nöstlinger (ÖGB-Verlag), Schwamberger (Verlag Österreich) und Weiss-Fassbinder und Lust (Manz Verlag), herangezogen. Es wird ein Überblick über die gesetzlichen Rahmenbedingungen gegeben. Dazu konnte die Dissertation von Gepart mit dem Thema „Berufsrechtlicher Pflichtenkreis und Handlungsrahmen in der Gesundheits- und Krankenpflege“ eine wertvolle Unterstützung geben. Das ÄrzteG und dessen Kommentare bieten durch die langjährige gemeinsame Geschichte und die Verwandtschaft der beiden Gesundheitsberufe die Möglichkeit Interpretationen abzuleiten.

Folgende Definitionen für Berufsrecht, Organisationsrecht und Dienstrecht sind der Arbeit von Gepart entnommen:

Das Berufsrecht der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe ist das GuKG, das mit 1. September 1997 in Kraft getreten ist. Darüber hinaus sind auf Grundlage des GuKG die erlassenen Verordnungen zu berücksichtigen. Dieses Gesetz löste die bis dahin geltenden Bestimmungen des KrPflG ab.<sup>62</sup>

Mit Hilfe des Organisationsrechtes werden institutionelle und strukturelle Rahmenbedingungen für die Ausübung des Gesundheits- und Krankenpflegeberufes festgelegt. Im Tätigkeitsbereich einer Krankenanstalt werden diese im Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG) geregelt. Die Kompetenz zur Gestaltung der organisationsrechtlichen Rahmenbedingungen für die Pflege und Betreuung in teilstationären und stationären Einrichtungen ist den Ländern vorbehalten. Bestimmungen über Leistungen ambulanter Dienste sind in einschlägigen landesrechtlichen Gesetzen und Verordnungen zu finden.<sup>63</sup>

---

<sup>62</sup> Gepart, 2003, S 35 mwN.

<sup>63</sup> Gepart, 2003, S 51-54 mwN.

Der Begriff des Dienstrechtes im allgemeinen Sinn leitet sich ursprünglich von der Grundkonzeption des zivilrechtlichen Dienstvertrages ab. Häufig wird unter diesem die Gesamtheit jener Rechtsvorschriften zusammengefasst, welche die Rechtsbeziehungen zwischen einem Dienstgeber z.B. der öffentlichen Hand und deren jeweiligen Dienstnehmern festlegt.<sup>64</sup>

---

<sup>64</sup> *Gepart*, 2003, S 64-65 mwN.

## 6 Das Berufsbild

Im Berufsbild § 11 GuKG wird in sehr allgemeiner Form der Aufgabenbereich des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege beschrieben. Gepart schreibt zum Begriff Berufsbild: „Der Berufsbildbegriff ist nicht statisch zu sehen, sondern unterliegt laufender dynamischer Veränderung.“<sup>65</sup>

- (1) *„Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege ist der pflegerische Teil der gesundheitsfördernden, präventiven, diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten.“*
- (2) *„Er umfasst die Pflege und Betreuung von Menschen aller Altersstufen bei körperlichen und psychischen Erkrankungen, die Pflege und Betreuung behinderter Menschen, Schwerverkrankter und Sterbender sowie die pflegerische Mitwirkung an der Rehabilitation, der primären Gesundheitsversorgung, der Förderung der Gesundheit und der Verhütung von Krankheiten im intra- und extramuralen Bereich.“*
- (3) *„Die in Abs 2 angeführten Tätigkeiten beinhalten auch die Mitarbeit bei diagnostischen und therapeutischen Verrichtungen auf ärztliche Anordnung.“*

In den erläuternden Bemerkungen zur Regierungsvorlage zu § 11 GuKG wird dazu ausgeführt: Das Berufsbild umfasst alle Tätigkeiten, die auf pflegerisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhen (die Forderung zur Wissenschaftlichkeit wird im § 4 GuKG den Berufspflichten noch genauer ausgeführt, siehe auch Kapitel 1 Berufspflichten). Die Pflege wirkt im Rahmen der Gesundheitsmaßnahmen bei der Förderung der Gesundheit, der Verhinderung von Krankheiten, der Pflege bei körperlichen und mentalen Erkrankungen, der Betreuung behinderter Personen und bei der Rehabilitation mit. Qualifizierte Pflege unterstützt die Patienten oder Klienten bei der Wiedererlangung oder Stabilisierung ihrer Gesundheit. Im Gesamtrahmen aller gesundheitsbezogenen Maßnahmen arbeiten Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege mit anderen Gesundheitsberufen und –diensten zusammen. Es wird hier

---

<sup>65</sup> Gepart, 2003, S 85

allgemein auf den interdisziplinären und mitverantwortlichen Bereich eingegangen.

Die gesetzliche Verankerung von Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation im Berufsbild der Pflege ist notwendig geworden, weil in einem modernen Gesundheitswesen diesen Bereichen der gleiche Stellenwert wie dem kurativen Bereich zukommen sollte.<sup>66</sup>

Flemmich und Nöstlinger kommentieren, dass diese nicht unbeträchtliche Ausdehnung des Aufgabenbereiches einen erhöhten Verantwortungsbereich im Vergleich zum KrPflG bedeutet.<sup>67</sup> Schwamberger stellt in seinem Kommentar fest, dass sich aus der Umschreibung des Berufsbildes das weite Spektrum der Einsatzmöglichkeiten von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen sowohl im intramuralen Bereich (wie Krankenhäusern, Pflegeheimen und Kuranstalten), als auch im extramuralen Bereich (wie Hauskrankenpflege, Gesundheits- und Sozialstellen und Beratungsstellen) ergibt.<sup>68</sup> Die genauere Beschreibung der einzelnen Tätigkeitsbereiche erfolgt im GuKG unter §§ 14, 14a, 15, 16, 17ff.

Die Betonung bei der Beschreibung der Aufgabenbereiche im Berufsbild liegt auf dem pflegerischen Teil, der Pflege und Betreuung und pflegerischen Mitwirkung, aber auch für den mitverantwortlichen Bereich wird im Abs 3 die Grundlage geschaffen. In dieser Beschreibung des beruflichen Rahmens ist die Möglichkeiten alternative bzw. komplementäre Pflegemethoden anzuwenden grundsätzlich gegeben. Besonders im Bereich der gesundheitsfördernden, präventiven und rehabilitativen Maßnahmen ergibt sich ein großes Betätigungsfeld.

---

<sup>66</sup> Vgl. *Flemmich/Nöstlinger*, 2004, GuKG EB-§ 11, S 200

<sup>67</sup> Vgl. *Flemmich/Nöstlinger*, 2004, GuKG Komm. zu § 11, S 201

<sup>68</sup> Vgl. *Schwamberger*, 2004, GuKG<sup>3</sup> Anm. 3, S 39



## 7 Die Berufspflichten

Die allgemeinen Berufspflichten werden im § 4 GuKG formuliert.

- (1) *„Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe haben ihren Beruf ohne Unterschied der Person gewissenhaft auszuüben. Sie haben das Wohl und die Gesundheit der Patienten, Klienten und pflegebedürftigen Menschen unter Einhaltung der hiefür geltenden Vorschriften und nach Maßgabe der fachlichen und wissenschaftlichen Erkenntnisse und Erfahrungen zu wahren. Jede eigenmächtige Heilbehandlung ist zu unterlassen.*
- (2) *Sie haben sich über die neuesten Entwicklungen und Erkenntnisse der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der medizinischen und anderer berufsrelevanter Wissenschaften regelmäßig fortzubilden.*

...“

Hinweis: Auf die wesentlichen Begriffe in diesem Gesetzestext, wie „gewissenhaft“, „fachliche und wissenschaftliche Erkenntnisse und Erfahrungen“, „eigenmächtige Heilbehandlung“ und „Fortbildung“, wird im Rahmen dieses Kapitels im Anschluss an die allgemein erläuternden Bemerkungen und Kommentare gesondert eingegangen.

In den erläuternden Bemerkungen zur Regierungsvorlage zu § 4 GuKG wird zu diesem Gesetzestext ausgeführt: Die im Abs 1 normierten allgemeinen Berufspflichten basieren auf der Berufsethik aller Gesundheitsberufe. Das Verbot der eigenmächtigen Heilbehandlung korrespondiert mit dem § 110 StGB. Eine ausdrückliche Normierung auch im Verwaltungsgesetz ist auf Grund der Besonderheit der beruflichen Tätigkeiten in der Gesundheits- und Krankenpflege erforderlich.

Aus Abs 2 ergibt sich bereits explizit die Verpflichtung aller Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, sich durch ständige Fort- und Weiterbildung Kenntnisse über den jeweiligen Stand der berufsrelevanten Wissenschaften anzueignen. Diese Bestimmung ist im Zusammenhang mit der in § 63 GuKG (siehe auch Kapitel 4.1 Ausbildung) verankerten Fortbildungsverpflichtung zu sehen. Im übrigen ist auch auf die

Sorgfaltspflichten zu verweisen, die sich aus § 6 StGB (Erklärung dazu siehe unten) und § 1299 ABGB (dazu Kapitel 7.1 Sorgfaltsmaßstab) ergeben.<sup>69</sup>

Flemmich und Nöstlinger kommentieren den § 4 GuKG folgendermaßen: Auf der Basis der Berufsethik aller Gesundheitsberufe wird eine erhöhte Verantwortung für die Patienten formuliert. Dies verlangt ein Vorgehen nach bestem Wissen und Gewissen, die Beachtung des Fortschritts der fachlichen Kenntnisse, das Verbot der eigenmächtigen Heilbehandlung und die Dokumentationspflicht über die gesetzten therapeutischen Maßnahmen.

§ 4 Abs 1 GuKG verpflichtet die zur Ausübung der Gesundheits- und Krankenpflege berechtigten Personen, ihren Beruf ohne Unterschied der Person gewissenhaft auszuüben. In diesem Zusammenhang sind auch das Wohl und die Gesundheit der Patienten unter Einhaltung der hierfür geltenden Vorschriften und nach Maßgabe der fachlichen und wissenschaftlichen Erkenntnisse und Erfahrungen zu wahren.

Obwohl § 64 Abs 1 GuKG eine Berechtigung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege zur Weiterbildung normiert, indiziert die strafrechtliche Verantwortlichkeit allenfalls auch eine Verpflichtung zur Weiterbildung. Diesbezüglich ist Abs 2 ein Indikator für die strafrechtliche Verantwortung. Bei Verletzung dieser normierten Berufspflichten können zivil- und strafrechtliche Bestimmungen zur Anwendung gelangen, wie z.B. § 6 StGB, der die Fahrlässigkeit regelt. Demzufolge gilt als fahrlässiges Handeln, wenn jemand die Sorgfalt außer Acht lässt, zu der er nach den Umständen verpflichtet, nach seinen geistigen und körperlichen Verhältnissen befähigt und die ihm zuzumuten ist.<sup>70</sup>

Die Durchführung alternativer bzw. komplementärer Pflegemethoden setzt wie andere berufliche Tätigkeiten in der Gesundheits- und Krankenpflege die gewissenhafte Ausführung voraus. Es wird vom Gesetzgeber gefordert sich über die neuesten Entwicklungen in der Gesundheits- und Krankenpflege fortzubilden, unter diesen neuen Entwicklungen werden auch alternative bzw. komplementäre Methoden verstanden. Ein Problem stellt allerdings der

---

<sup>69</sup> Vgl. *Flemmich/Nöstlinger*, 2004, GuKG EB-§ 4, S 163

<sup>70</sup> Vgl. *Flemmich/Nöstlinger*, 2004, GuKG Komm. zu § 4, S 164-165

Anspruch auf Wissenschaftlichkeit dar. Eine Vielzahl der unter alternativ bzw. komplementär geführten Methoden kann noch keinen wissenschaftlichen Nachweis bringen.

### 7.1 Sorgfaltsmaßstab

Vom Gesetzgeber wird die gewissenhafte Ausübung des Berufes verlangt. Dieser erhöhte Sorgfaltsmaßstab begründet sich aus § 1299 ABGB, der als allgemeine Norm für alle Berufsgruppen steht. Daraus ist für Gesundheits- und Krankenpflegepersonen folgende Rechtsbestimmung abzuleiten: Gesundheits- und Krankenpflegepersonen sind haftbar, wenn sie das Wohl und die Gesundheit der Patienten und Klienten oder pflegebedürftigen Menschen gefährden oder die fachlichen und wissenschaftlichen Erkenntnisse und Erfahrungen nicht zur Anwendung bringen.<sup>71</sup> Im § 4 Abs 1 GuKG wird diese allgemeine Norm konkretisiert.

Die gewissenhafte Berufsausübung durch Gesundheits- und Krankenpflegepersonen besteht demnach darin, dass diese nicht nur die geltenden Vorschriften einzuhalten, sondern auch ihre Tätigkeiten nach dem Stand der relevanten Wissenschaften zu orientieren haben. Sofern eine Gesundheits- und Krankenpflegeperson eine Pflege- oder Betreuungsmaßnahme nicht nach diesen anerkannten „Regeln der Pflegekunst“ durchführt oder überhaupt unterlassen hat, ist das Vorliegen eines sogenannten Pflegefehlers zu bejahen. Die Regeln der Kunst in der Pflege sind nach jenen Grundsätzen zu erheben, wie sie auch in den medizinischen Wissenschaften Gültigkeit erlangt haben. Die Rechtsprechung sieht darin, die nach dem Stand der Wissenschaft zu fordernden sichersten Maßnahmen zur möglichen Ausschaltung oder Einschränkung bekannter Gefahren bzw. einen in Fachkreisen von gewissenhaften und aufmerksamen Ärzten oder Fachärzten vorausgesetzten anerkannten Standard. Entsprechend der für die Haftung von Ärzten entwickelten Richtlinien, wonach von einem Facharzt ein höheres Maß an Fachwissen zu verlangen ist als von einem Arzt für Allgemeinmedizin, ist zu ergänzen, dass für Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege, die eine Weiterbildung gemäß § 64 GuKG bzw. eine Sonderausbildung gemäß § 65

---

<sup>71</sup> Vgl. *Flemmich/Nöstlinger*, 2004, GuKG Komm. zu § 4, S 166

GuKG absolviert haben, ein weitergehendes Fachwissen im Gegensatz zu jenen Personen, welche bloß über die Grundausbildung verfügen, erwartet werden darf.

Auf die Ausübung der Gesundheits- und Krankenpflege übertragen bedeutet dies, dass somit der im jeweiligen Fachbereich unter Berücksichtigung sämtlicher wissenschaftlicher Forschungsergebnisse aktuell gültige Erkenntnis- und Erfahrungsstand die Leitlinie des pflegerischen Handelns darstellt. Die Regeln der Kunst sind in der Pflege somit wesentlich davon abhängig, in welchen fachlichen Bereichen die Pflegemaßnahmen gesetzt und welche Funktionen dabei ausgeübt werden. Um Inhalt und Umfang dieses jeweiligen Maßstabes im Detail erheben zu können, gilt es, eine Vielzahl von Regelungen (zu Aus-, Fort- Sonder- und Weiterbildungen), Normen, Richtlinien (z.B. der Berufsverbände), Standards, Inhalte der jeweiligen fachspezifischen Literatur und sonstiger Wissenschaftsdokumentation zu berücksichtigen.<sup>72</sup>

Es wird hier eindeutig darauf hingewiesen, dass Pflegepersonen für ihr Tun haften, wenn sie ihre Arbeit nicht gewissenhaft ausführen und der Patient Schaden erleidet. Das wäre der Fall, wenn eine Pflegeperson beispielsweise eine alternative Pflegemethode anwendet, die nicht dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse und Erfahrungen entspricht oder wenn der Patient über die Maßnahme nicht aufgeklärt wurde oder der Maßnahme nicht zugestimmt hat oder wenn die Pflegeperson eine Pflegehandlung mangels Wissen und Fertigkeiten unkorrekt ausführt. Die Anwendung einer alternativen Pflegemaßnahme erfordert also die fachliche Qualifikation der Pflegeperson und die Maßnahme und deren Anwendung muss dem aktuellen Fachwissen entsprechen. In weitere Folge muss der Patient aufgeklärt werden und seine Zustimmung zur Pflegehandlung geben.

### **7.2 Fachliche u. wissenschaftliche Erkenntnisse und Erfahrungen**

In den Gesetzestexten, Erläuterungen und Kommentaren wird von den Gesundheits- und Krankenpflegepersonen gefordert, dass sie ihre beruflichen Tätigkeiten nach fachlichen und wissenschaftlichen Erkenntnissen und

---

<sup>72</sup> Vgl. *Gepart*, 2003, S 106-109 mwN.

Erfahrungen, auf pflegerisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhend und entsprechend relevanter Wissenschaften oder wissenschaftlicher Forschungsergebnisse durchführen. Diese Forderungen sind ein wesentlicher Faktor bei der Anwendung von alternativen bzw. komplementären Pflegemethoden. Die Bezeichnung „relevante“ Wissenschaften erfordert die Überlegung welche Wissenschaften für die Pflege relevant sind. Dazu zählen in erster Linie die Pflegeforschung, weiters medizinisch-wissenschaftliche Erkenntnisse und auch Erkenntnisse aus der Psychologie, Soziologie oder Pädagogik. Aufgabe der Pflegewissenschaft ist es die relevanten Erkenntnisse für die Praxis aufzuarbeiten (siehe auch Kapitel 4.2 Forschung).

Um den Begriff wissenschaftliche Erkenntnisse für die Pflege noch genauer zu erläutern, werden Ausführungen zum Begriff medizinisch-wissenschaftliche Erkenntnisse im Rahmen des ÄrzteG herangezogen. Bei grundlegenden Definitionen innerhalb der Gesundheitsberufe wird auf das Ärztegesetz zurückgegriffen und es werden davon Ableitungen herbeigeführt. Auch im § 2 ÄrzteG ist festgehalten, dass „die Ausübung des ärztlichen Berufes jede auf medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen begründete Tätigkeit, die unmittelbar am Menschen oder mittelbar für den Menschen ausgeführt wird, umfasst.“ Unter medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen werden, die durch die Erfahrungen der ärztlichen Kunst gefestigten Ergebnisse der medizinischen Wissenschaft verstanden. Der Begriff ist allerdings nicht gleichzusetzen mit dem der Schulmedizin. Denn wissenschaftlich fundiert können auch Methoden sein, die (noch) nicht Eingang in die Schulmedizin gefunden haben, wie die Homöopathie oder die Akupunktur.<sup>73</sup> Die Österreichische Ärztekammer bzw. die Ärzteakademie bietet für folgende Methoden Diplombildungen in Komplementärer Medizin an: Akupunktur, chinesische Diagnostik und Arzneitherapie, Diagnose und Therapie nach Dr. F.X.Mayr, Homöopathie, Kneipptherapie, Manuelle Medizin oder Neuraltherapie.<sup>74</sup> Man kann davon ausgehen, dass diese Methoden entsprechend wissenschaftlich überprüft wurden.

---

<sup>73</sup> Vgl. Heilegger, 1999, S 135-140 mwN.

<sup>74</sup> [http://www.arztakademie.at/oak\\_diplome\\_zertifikate/oak\\_spezialdiplome/index.html](http://www.arztakademie.at/oak_diplome_zertifikate/oak_spezialdiplome/index.html) vom 30.3.2006

Daraus eröffnet sich ein nicht unbeträchtlicher Raum für die Anwendung so genannter alternativer oder komplementärerer Behandlungsmethoden im Rahmen der ärztlichen Berufsausübung.<sup>75</sup>

Es bietet sich an, zur Beurteilung der Wissenschaftlichkeit die Gutachten des Obersten Sanitätsrates heranzuziehen. Dieser prüft, ob die Methode als wissenschaftlich anerkannt anzusehen ist. Dabei wird nach folgenden Kriterien vorgegangen: ob die Zusammenhänge zwischen der Methode und dem beabsichtigten Effekt nach dem heutigen Wissensstand plausibel sind, die Wirkung der Methode nach wissenschaftlich anerkannten Kriterien objektivierbar ist, die Ergebnisse reproduzierbar sind, die Indikationsstellung eindeutig ist, die möglichen Nebenwirkungen ethisch vertretbar sind.

Unter den genannten Kriterien wird nur verhältnismäßig wenigen alternativen Methoden die Qualifikation „als wissenschaftlich anerkannt“ zuteil, ein Großteil der Alternativmedizin ist demnach nicht, als auf medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen begründet anzusehen. Ein absolutes Mindestmaß an Wissenschaftlichkeit ist jedoch erforderlich. So leitet Heilegger aus dieser Forderung ab: „Nicht mehr auf „medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen begründet“ sind jedenfalls Methoden, wo der rationale Bezug in der personalen, auf Heilen angelegten Interaktion völlig verloren geht, wo irgendeine therapeutische Sinnhaftigkeit des Vorgehens intersubjektiv nicht nachvollziehbar ist. Jedenfalls erfüllen Methoden wie das „Gesundbeten“, „Reiki“ oder ähnliche „Geistheil-Methoden“ dieses erforderliche Mindestrationalitätskriterium nicht.“ Die Autorin betont jedoch, keine wertenden Aussagen über eine potentielle, wenn auch irrationale Wirksamkeit solcher Verfahren treffen zu wollen.<sup>76</sup>

Um den Berufspflichten und dem darin geforderten Sorgfaltsmaßstab (siehe Kapitel 7.1 Sorgfaltsmaßstab) nachzukommen, ist es erforderlich bei der Anwendung von alternativen bzw. komplementären Pflegemethoden den notwendigen Wissenschaftsnachweis zu erbringen. Wie schon oben bemerkt gelten nur wenige, der unter alternativ oder komplementär genannten Methoden als wissenschaftlich anerkannt. Das ist, möchte man den

---

<sup>75</sup> Vgl. *Emberger/Wallner*, 2004, ÄrzteG Erl. zu § 2, S 11

<sup>76</sup> Vgl. *Heilegger*, 1999, S 138-139 mwN.

gesetzlichen Anforderungen korrekt nachkommen, das größte Problem bei der Einführung einer alternativen Methode. Eine Möglichkeit den Wissenschaftsnachweis zu erbringen, ist die Vorlage einer randomisiert-kontrollierten Studie (siehe auch Kapitel 4.2 Forschung). Die offizielle Legitimation für eine alternative Methode im Gesundheitssystem ist die Anerkennung durch den Obersten Sanitätsrat.

Da aber bis dato nur ein kleiner Teil des Pflegewissens wissenschaftlich untersucht und belegt ist, kann nur in wenigen Fällen auf evidenzbasiertes Wissen zurückgegriffen werden. In den anderen Fällen muss auf Expertenwissen, Lehrwissen oder Alltagswissen zurückgegriffen werden.<sup>77</sup>

### **7.3 Eigenmächtige Heilbehandlung**

Normzweck dieser Forderung zur Unterlassung der eigenmächtigen Heilbehandlung im GuKG § 4 Abs 1 ist, den betreuten Menschen vor von ihm unerwünschten Handlungen zu schützen. Grundsätzlich werden unter dem Begriff Heilbehandlung sämtliche Eingriffe und sonstige Behandlungen verstanden, die auf Grund einer medizinischen Indikation vorgenommen werden, um Krankheiten, Leiden, Körperschäden, körperliche Beschwerden oder seelische Störungen zu erkennen, zu heilen, zu lindern oder zu verhüten. Darüber hinaus werden auch sämtliche gesundheits- und krankenpflegerische Maßnahmen, die zu diagnostischen, therapeutischen, prophylaktischen oder schmerzlindernden Zwecken praktiziert werden, als Heilbehandlung verstanden. Zu diesem weiten Heilbehandlungsbegriff zählen in der Pflege daher nicht nur die einzelnen medizinischen Maßnahmen des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereiches gemäß § 15 GuKG, sondern grundsätzlich alle Handlungen, die im Rahmen des Pflegeprozesses gesetzt werden.<sup>78</sup>

Die Betonung dieser Gesetzespassage liegt eindeutig auf dem Wort eigenmächtig und fordert vor der Durchführung einer Heilbehandlung die Patientenzustimmung und Aufklärung.

---

<sup>77</sup> Interview mit Fr. Eva Kürzl, Pflegeaufsicht, Amt der NÖ Landesregierung, 11.4.2006

<sup>78</sup> Vgl. *Gepart*, 2003, S 125-127 mwN.

Gepart führt dazu genauer aus: Die Durchführung von Heilbehandlungen, somit auch von Maßnahmen im Rahmen der Gesundheits- und Krankenpflege, setzt bekanntlich die Einwilligung des betroffenen Menschen bzw. seines gesetzlichen Vertreters voraus. Die Einwilligung muss frei, ernstlich, bestimmt und verständlich erklärt werden. Sie muss frei von Irrtum, Täuschung oder Zwang durch Gewalt oder Drohung sein. Damit jedoch diese Einwilligung in eine pflegerische oder therapeutische Handlung rechtsgültig erklärt werden kann, ist es unabdingbar, dass der betroffene einsichts- und urteilsfähige Mensch über die entsprechende Maßnahme und deren – erwünschten Erfolg aufgeklärt wurde. Liegt eine solche Einwilligung nicht vor, so stellt die betreffende Maßnahme einen rechtswidrigen Eingriff dar.

Die Grundsätze hinsichtlich der Verpflichtung zur Aufklärung über geplante therapeutische, pflegerische, prophylaktische Maßnahmen im Gesundheitsbereich wurden vorwiegend zur Aufklärungspflicht des Arztes entwickelt. Die Aufklärung soll demnach den einwilligenden Patienten, daher auch den pflegebedürftigen Menschen, in die Lage versetzen, die Tragweite seiner Einwilligung zu überschauen. Er kann nur dann wirksam seine Einwilligung abgeben, wenn er über die Bedeutung des vorgesehenen Eingriffes und seine möglichen Folgen hinreichend aufgeklärt wurde. Für die nachteiligen Folgen einer ohne Einwilligung oder ausreichender Aufklärung vorgenommener Behandlung des Patienten haftet der Arzt, wenn der Patient nicht in die Behandlung eingewilligt hätte, selbst dann, wenn dem Arzt bei der Behandlung kein Kunstfehler unterlaufen ist. Der OGH hat auch ausgesprochen, dass die rein formularmäßige Einholung der Zustimmung etwa zu einer Operation im bürokratischen Wege nicht ausreichend ist. Ebenso wenig kann eine nur in einem Formular gegebene Aufklärung ohne ein ärztliches Aufklärungsgespräch als ausreichend erachtet werden.

Zweifelloos lassen sich diese Grundsätze auf die Aufklärungsverpflichtung der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe im Hinblick auf deren eigenverantwortliches Handeln übertragen. Die Aufklärung durch diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen wird dabei überwiegend Maßnahmen des sogenannten eigenverantwortlichen sowie des interdisziplinären Tätigkeitsbereiches umfassen.



Die Aufklärung des Patienten, Klienten oder pflegebedürftigen Menschen durch Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege hat demnach die Aufklärung über die Pflegediagnose als den festgestellten Pflegebedürfnissen, die geplanten Pflegeinterventionen sowie über potentielle Pflegerisiken zu umfassen. Der Inhalt der durchgeführten Aufklärung ist durch entsprechende Aufzeichnungen festzuhalten. Die Aufklärung über medizinische Maßnahmen die vom Pflegepersonal eigenverantwortlich durchgeführt werden, hat vom anordnenden Arzt zu erfolgen.<sup>79</sup>

Daraus empfiehlt sich, vor der Anwendung von alternativen bzw. komplementären Pflegemethoden die Aufklärung, wie von Gepar<sup>79</sup> beschrieben, besonders sorgfältig durchzuführen, schriftlich zu vermerken und sich auch die Patientenzustimmung mit der Unterschrift des Patienten oder seines gesetzlichen Vertreters bestätigen zu lassen. Andernfalls könnte der Pflegeperson ein sorgfaltswidriges Handeln angelastet werden.

### **7.4 Fortbildung**

Der durch § 4 Abs 1 GuKG allen Gesundheits- und Krankenpflegepersonen (DGKS/DGKP, Pflegehelfer) auferlegte erhöhte Sorgfaltsmaßstab kann nur dann erreicht werden, wenn der Verpflichtung zur Fort- und Weiterbildung gemäß § 4 Abs 2 GuKG Folge geleistet wurde. Das Mindestmaß an gebotener Fort- und Weiterbildung ist unter dem Blickwinkel einer haftungsrechtlichen Betrachtungsweise zu sehen. Nur eine Behandlung und Betreuung, welche den neuesten Entwicklungen und Erkenntnissen der Gesundheits- und Krankenpflege entspricht, kann eine Haftung für eine fehlgeschlagene Behandlung, die mit einer Verletzung der körperlichen Integrität verbunden ist, vermeiden. Durch laufende Fort- und Weiterbildung sind daher jene Fähigkeiten und Kenntnisse zu erwerben, welche eine Gesundheits- und Krankenpflegeperson in einem spezifischen Betreuungsbzw. Tätigkeitsbereich benötigt, um ihren Beruf gewissenhaft, das heißt nach den Regeln der Kunst (siehe Kapitel 7.1 Sorgfaltsmaßstab), ausüben zu können. Das im Einzelfall aus alleiniger Verantwortung der Gesundheits- und

---

<sup>79</sup> Vgl. Gepar, 2003, S 151-154 mwN.

Krankenpflegeperson konkret zu absolvierende Ausmaß an Fortbildung ist somit einerseits vom Fortgang der Entwicklungen und Erkenntnisse der Pflegewissenschaften sowie der medizinischen und anderer berufsrelevanten Wissenschaften, andererseits von den individuellen Fähigkeiten und Kenntnissen der Gesundheits- und Krankenpflegeperson abhängig.

Über die Regelung des § 63 GuKG (siehe Kapitel 4 Ausbildung und Forschung) für den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege hinaus, welche sämtliche sowohl von Bildungsanbietern als auch von Dienstgebern institutionalisierte inner- und außerbetriebliche Bildungsveranstaltungen umfasst, legt das GuKG jedoch nicht fest, in welcher Art und Weise der allgemeinen Bildungsverpflichtung gemäß § 4 Abs 2 GuKG zu entsprechen ist. Diese Regelung gewährt somit den Gesundheits- und Krankenpflegepersonen freie Wahl hinsichtlich der Methoden und Bildungsmaßnahmen. Ebenso ist festzuhalten, dass Gesundheits- und Krankenpflegepersonen aus der ihnen obliegenden Bildungsverpflichtung grundsätzlich (außer es wurden gesonderte Vereinbarungen getroffen), keinen Rechtsanspruch auf Gewährung von Bildungsmaßnahmen gegenüber Dienstgebern und Dritten ableiten können. Im § 11 d KAKuG ist allerdings vorgesehen, dass die Träger von Krankenanstalten eine regelmäßige Fortbildung der Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe sicherzustellen haben. Die Anstaltsträger können auch den Besuch externer Veranstaltungen ermöglichen. Auch Rechtsträger von stationären Einrichtungen der Langzeitpflege sind durch landesgesetzliche Vorschriften verpflichtet für die Ausbildung, Fort- und Weiterbildung Sorge zu tragen.

Es sind zwar keine gesetzlichen Sanktionen bei Unterlassen der Bildungspflicht vorgesehen, aber die Unterlassung von Fortbildung kann dazu führen, dass eine Gesundheits- und Krankenpflegeperson eine Betreuungsmaßnahme nicht vorschriftsmäßig durchführt und dadurch die gepflegte Person Schaden erleidet.

Der Verstoß gegen die Bildungspflicht kann auch arbeitsvertragsrechtliche Konsequenzen haben. Ist eine Gesundheits- und Krankenpflegeperson auf Grund von nicht oder nur in unzureichendem Ausmaß durchgeführter Fortbildung nicht mehr im Stande, ihre Arbeitsleistung dem Sorgfaltsmaßstab entsprechend „gewissenhaft ... unter Einhaltung der hierfür geltenden

Vorschriften und nach Maßgabe der fachlichen und wissenschaftlichen Erkenntnisse und Erfahrungen“ zu erbringen, so können bei einer massiven Dienstverletzung oder bei einer Häufung von Vorkommnissen, die Entlassungsgründe der Dienstunfähigkeit oder der beharrlichen Dienstverweigerung zum Tragen kommen.<sup>80</sup>

Entsprechend der oben angeführten Darstellung, würde das folgendes heißen: Erleidet ein Patient aufgrund einer alternativen Pflegemaßnahme Schaden und wurde diese Pflegehandlung nicht vorschriftsmäßig nach den Regeln der Kunst durchgeführt, wird die Pflegeperson nach dem Strafrecht und Zivilrecht zur Verantwortung gezogen. Da ihr angelastet werden kann, nicht nach dem Sorgfaltsmaßstab gewissenhaft gehandelt zu haben, kann dies auch bei massiven Fehlleistungen als Entlassungsgrund geltend gemacht werden.

Da im GuKG nicht festgelegt wird in welcher Art und Weise der Fortbildungsverpflichtung nachzukommen ist, besteht für die diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen die freie Wahl der Methoden und Bildungsmaßnahmen. Es steht ihnen demnach auch offen Fortbildungen zu alternativen bzw. komplementären Methoden zu besuchen und den Nachweis dieser für das geforderte Mindestausmaß von 40 Stunden in 5 Jahren lt. § 63 GuKG vorzulegen. Allerdings hat die Gesundheits- und Krankenpflegeperson keinen Anspruch auf Rückerstattung der Kosten der Ausbildung. Es empfiehlt sich die Finanzierung und auch Dienstfreistellung, immer im Vorfeld mit dem Dienstgeber abzuklären und beim Träger einer Krankenanstalt auf seine Verpflichtung zur Sicherstellung regelmäßiger Fortbildung hinzuweisen.

---

<sup>80</sup> Vgl. *Gepart*, 2003 S 113-117 mwN.

## 8 Tätigkeitsbereiche in der Gesundheits- und Krankenpflege

Die Aufgabengebiete für den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege sind im GuKG nach Verantwortlichkeiten unterteilt.

Vom Gesetzgeber wurden beim GuKG nicht mehr die bisherigen Bezeichnungen, welche im KrpflG als „Grundpflege“ (für die Summe der originär pflegerischen Tätigkeiten) und als „Behandlungspflege“ (für delegierte medizinische Maßnahmen) bezeichnet waren, eingesetzt. Im Vergleich dazu werden im deutschen Pflegerecht weiterhin diese Begriffe verwendet. Nach dem GuKG sind die Tätigkeitsbereiche des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege als eigenverantwortlich, mitverantwortlich und interdisziplinär bezeichnet.

Die Aufgliederung bedingt für die diplomierte Pflegeperson nicht nur verschiedene Kompetenzen, sondern auch verschiedene Verantwortungsbereiche. Es handelt sich dabei einerseits um Maßnahmen, welche „originäre“ - schon immer der Gesundheits- und Krankenpflege vorbehalten - Handlungsweisen betreffen, andererseits zu einem nicht unbeträchtlichen Teil medizinische Tätigkeiten. Der medizinische bzw. mitverantwortliche Handlungsbereich muss im Regelfall von der Medizin „abgeleitet“ werden.<sup>81</sup>

### 8.1 Der eigenverantwortliche Tätigkeitsbereich § 14 GuKG

Die originär pflegerischen Maßnahmen werden unter § 14 GuKG geregelt.

*(1) „Die Ausübung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege umfasst die eigenverantwortliche Diagnostik, Planung, Organisation, Durchführung und Kontrolle aller pflegerischen Maßnahmen im intra- und extramuralen Bereich, die Gesundheitsförderung und –beratung im Rahmen der Pflege, die Pflegeforschung sowie die Durchführung administrativer Aufgaben im Rahmen der Pflege.“*

---

<sup>81</sup> Vgl. *Gepart*, 2003, S 205-207 mwN.

(2) *Der eigenverantwortliche Tätigkeitsbereich umfasst insbesondere:*

- *die Pflegeanamnese: Erhebung der Pflegebedürfnisse und des Grades der Pflegeabhängigkeit sowie Feststellung und Beurteilung der zur Deckung dieser Bedürfnisse zur Verfügung stehenden Ressourcen,*
- *die Pflegediagnose: Feststellung der Pflegebedürfnisse,*
- *die Pflegeplanung: Planung der Pflege, Festlegung der Ziele und Entscheidung über zu treffende pflegerische Maßnahmen,*
- *die Durchführung der Pflegemaßnahmen,*
- *die Pflegeevaluation: Auswertung der Resultate der Pflegemaßnahmen,*
- *Information über Krankheitsvorbeugung und Anwendung von gesundheitsfördernden Maßnahmen,*
- *die psychosoziale Betreuung,*
- *die Dokumentation des Pflegeprozesses,*
- *die Organisation der Pflege,*
- *die Anleitung und Überwachung des Hilfspersonals,*
- *die Anleitung und Begleitung der Schüler im Rahmen der Ausbildung und*
- *die Mitwirkung an der Pflegeforschung.“*

In den erläuternden Bemerkungen zur Regierungsvorlage zu § 14 GuKG wird beschrieben, dass der eigenverantwortliche Bereich Maßnahmen umfasst, die Patienten bei der Ausübung ihrer Lebensaktivitäten unterstützen bzw. für diese übernommen werden, wenn sie wegen Krankheit, Alter, geistiger oder körperlicher Behinderung oder sozialer Umstände dazu selbst nicht in der Lage sind.<sup>82</sup>

Flemmich und Nöstlinger kommentieren diesen Gesetzestext folgendermaßen: § 14 Abs 1 GuKG stellt im wesentlichen die Diagnose, Planung, Organisation, Durchführung und Kontrolle des gesamten Pflegeprozesses in den eigenverantwortlichen Bereich des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege, während Abs 2 einige eigenverantwortliche Tätigkeitsbereiche im Pflegeprozess demonstrativ

---

<sup>82</sup> Vgl. *Flemmich/Nöstlinger*, 2004, GuKG EB-§ 14, S 206

aufzählt. Der Gesetzgeber hat hier jenen Bereich des Pflegedienstes genannt, der eigenverantwortlich durchgeführt werden soll. Das heißt, das Ob und Wie der individuellen Pflegemaßnahme bestimmt der Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege selbst im Rahmen seiner Eigenverantwortung. Dem diplomierten Pflegedienst werden im Kernbereich seiner Tätigkeit, der eigentlichen Pflege, infolge seiner Qualifikation auch die Folgen seiner Handlungen und Unterlassungen übertragen.<sup>83</sup>

Wenn eine alternative bzw. komplementäre Pflegemethode im Bereich des eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereichs ausgeführt wird, muss dies im Rahmen des Pflegeprozesses in der Pflegedokumentation nachvollziehbar sein. Es muss die Tätigkeit im eigenverantwortlichen Bereich dem pflegerischen Aufgabengebiet zuzuordnen sein. Entsprechend dem Gesetzestext soll dies eine Maßnahme sein, die den Patienten bei der Ausübung seiner Lebensaktivitäten unterstützt, das heißt die diplomierte Pflegeperson stellt ein Pflegebedürfnis bzw. ein Pflegeproblem fest und leitet den Pflegeprozess ein. Aber nicht nur im Rahmen des Pflegeprozesses bei der Kompensation von Defiziten besteht die Möglichkeit alternative Methoden einzusetzen, sondern auch im Bereich der Gesundheitsförderung und -beratung eröffnet sich ein breites Handlungsfeld alternative bzw. komplementäre Pflegemethoden anzuwenden.

Ein Beispiel für den Einsatz einer alternativen Methode im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich könnte so vor sich gehen:

Bei der Aufnahme erzählt Herr XY, dass er immer im Krankenhaus und jetzt besonders vor der Operation unter Einschlafstörungen leidet. „Er macht sich Gedanken und Sorgen, wie es ihm nachher gehen wird.“ Die DGKS nimmt dies in die Pflegeanamnese auf, erstellt eine Pflegediagnose „Gestörte Schlafgewohnheiten aufgrund von Sorge wegen der Operation und veränderter Schlafsituation im Krankenhaus gekennzeichnet durch die Äußerung des Patienten“ und ordnet in der Pflegeplanung nach entsprechender Aufklärung und schriftlicher Einwilligung eine

---

<sup>83</sup> Vgl. *Flemmich/Nöstlinger*, 2004, GuKG, Komm. zu § 14, S 206-209

aromatherapeutische Maßnahme an: 1 Stunde vor der gewohnten Schlafenszeit des Patienten 3 Tropfen Lavendelöl auf dem Aromastone (Alternative zu Duftlampe, elektrisch betriebene Wärmeplatte zur kerzenlosen Raumbeduftung)<sup>84</sup> verdampfen lassen. Die Anwendung von ätherischen Ölen zur Raumbeduftung im Rahmen der Pflege wurde grundsätzlich mit der Anstaltsleitung abgesprochen. Die Pflegepersonen der Abteilung haben entsprechende Zusatzausbildungen in Aromapflege absolviert.

### 8.1.1 „Originär“ pflegerische Tätigkeiten

Gepart verwendet den Begriff originär pflegerische Tätigkeiten für jene Handlungsweisen, die schon immer der Gesundheits- und Krankenpflege vorbehalten waren. Er vertritt die Annahme, dass sich die Gesundheits- und Krankenpflege spätestens seit dem Inkrafttreten des GuKG in dem originär pflegerischen Teilbereich, auch hinsichtlich der rechtlichen Rahmenbedingungen von der Medizin entkoppelt. „Soweit gesundheits- und krankenpflegerisches Handeln auf die Unterstützung bei der Ausübung der Lebensaktivitäten ausgerichtet ist und kein medizinisch-therapeutisches Wirken dabei im Vordergrund steht, liegen originäre pflegerische Tätigkeiten vor,“ stellt Gepart fest.<sup>85</sup>

Eine ständige Abgrenzung auch von anderen Gesundheitsberufen ist aber nicht immer möglich, da es Überschneidungen in den Tätigkeitsbereichen gibt. Man darf nicht vergessen, dass einige der pflegerischen Maßnahmen auch von Angehörigen anderer Gesundheitsberufe, Sozialberufe oder pflegeähnlicher Berufe durchgeführt werden dürfen. Das grundlegende Ziel des Pflegeberufes liegt darin, die Bedürfnisse oder Defizite von pflegebedürftigen Menschen durch aktives Handeln oder Motivation zu befriedigen oder auszugleichen. Dieses Ziel kann in der Praxis durch vielfältige Maßnahmen erreicht werden.<sup>86</sup> Für Gepart ergeben sich daraus nicht unwesentliche Fragen: Welche dieser originär pflegerischen Maßnahmen können in fachlicher Eigenständigkeit und damit Eigenverantwortung von Angehörigen der Gesundheits- und

---

<sup>84</sup> [http://www.naturgarten.com/de/dept\\_171.html](http://www.naturgarten.com/de/dept_171.html) am 6.4.2006

<sup>85</sup> Gepart, 2003, S 224

<sup>86</sup> Vgl. Gepart, 2003, S 218-219 mwN.

Krankenpflegeberufe ergriffen werden? Gibt es dementsprechend pflegerische Vorbehaltstätigkeiten? Er beantwortet sie dahingehend, indem er zur Definition des Begriffes der pflegerischen Vorbehaltstätigkeit dasselbe Prüfschema wie zur Entwicklung des Begriffs der ärztlichen Vorbehaltstätigkeiten heranzieht.

„Sofern Pflegemaßnahmen diesen Zielen dienen und auf wissenschaftlich-theoretischen, ausschließlich im Rahmen einer Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege vermittelnden Erkenntnissen beruhen, sind sie als den Pflegeberufen vorbehaltene Tätigkeiten zu qualifizieren.“<sup>87</sup>

Einige der unter alternativ angeführten Pflegemethoden, können sicher zu diesen originär pflegerischen Tätigkeiten gezählt werden. So wird z.B. bei Wickel und Auflagen oft beschrieben, dass diese schon früher pflegerische Tätigkeiten waren, aber eine Zeitlang aus der Mode gekommen sind. Ebenfalls waren auch Waschungen und Bäder schon immer eine für die Pflege spezifische Tätigkeit.

### **8.1.2 Eigenverantwortlichkeit**

Der Begriff der Eigenverantwortung ist im GuKG im § 13 beschrieben, unter § 14 wird er genauer ausgeführt. Aber auch im § 15 GuKG, dem mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich, tritt unter dem Begriff der Durchführungsverantwortung (siehe Kapitel 8.2.1 Anordnungsverantwortung – Durchführungsverantwortung), die eigenverantwortliche Durchführung von ärztlich angeordneten Maßnahmen auf. Zum richtigen Verständnis des Begriffes Eigenverantwortlichkeit ist klarzustellen, dass die Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege bei der Ausübung der Tätigkeiten, die ihr Berufsbild umfasst, eigenverantwortlich handeln. Der rechtliche Begriff der Eigenverantwortlichkeit bedeutet die fachliche Weisungsfreiheit im Rahmen des Berufsbildes, unbeschadet allfälliger grundlegender Anordnungen im Rahmen der Organisation des Pflegedienstes. Die grundsätzliche fachliche Weisungsfreiheit bei der Ausübung der Gesundheits- und Krankenpflege in einem Dienstverhältnis

---

<sup>87</sup> *Gepart, 2003, S 211*



kann durch die Befugnis des Dienstgebers eingeschränkt werden. Denn im Rahmen der Weisungsbefugnis können auch fachlich-inhaltliche Weisungen erteilt werden.<sup>88</sup>

Der Begriff eigenverantwortlich bedeutet auch, dass Angehörige der Berufsgruppe für den Schaden, den sie infolge nicht fachgemäßer Behandlung verursacht haben, selbst haften.<sup>89</sup> Sie haften für den „Erfolg“ im strafrechtlichen Sinn bzw. den Schaden im zivilrechtlichen Sinn, der im ursächlichen Zusammenhang mit dem sorgfaltswidrigen Handeln in der Gesundheits- und Krankenpflege steht. „Eingelebte Verkehrssitten, ein verbreitetes stationäres „Brauchtum“ rechtfertigen ein sorgfaltswidriges Handeln im Einzelfall nicht,“ bemerkt Allmer.<sup>90</sup>

Nach dem Grundsatz der Einlassungs- und Übernahmefahrlässigkeit (siehe auch Kapitel 9.2) muss jede Person, die eine Tätigkeit übernimmt, erkennen, ob sie die dafür erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten besitzt, und danach handeln. Die Eigenverantwortlichkeit ist nicht als verzichtbares Recht, sondern als eine unverzichtbare Pflicht bei der Berufsausübung zu sehen.<sup>91</sup>

Eine DGKS übernimmt im Rahmen des eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereichs von der Anordnung bis zur Durchführung einer alternativen bzw. komplementären Maßnahme die Verantwortung und Haftung. Dieselben Verantwortlichkeiten gelten für die korrekte Durchführung einer vom Arzt angeordneten Maßnahme im Rahmen des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichs. Der Dienstgeber bzw. die Pflegedienstleitung könne diese Weisungsfreiheit einschränken. Dementsprechend kann der Einsatz einer alternativen bzw. komplementären Pflegemethode, trotz wissenschaftlicher Legitimation und fachlicher Qualifikation der Pflegepersonen untersagt oder die Anwendung eingeschränkt werden.

---

<sup>88</sup> Vgl. *Gepart*, 2003, S 219-221 mwN.

<sup>89</sup> Vgl. *Gepart*, 2003, S 219-220 mwN.

<sup>90</sup> Vgl. *Allmer*, 2004

<sup>91</sup> Vgl. *Gepart*, 2003, S 219-221 mwN.

## 8.2 Der mitverantwortliche Tätigkeitsbereich nach § 15 GuKG

Vom Arzt delegierte medizinische Maßnahmen werden im § 15 GuKG festgelegt.

(1) *„Der mitverantwortliche Tätigkeitsbereich umfasst die Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen nach ärztlicher Anordnung.*

(2) *Der anordnende Arzt trägt die Anordnungsverantwortung, der Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege die Durchführungsverantwortung.*

...

(5) *Der mitverantwortliche Tätigkeitsbereich umfasst insbesondere:*

- *die Verabreichung von Arzneimitteln,*
- *die Vorbereitung und Verabreichung von subkutanen, intramuskulären und intravenösen Injektionen,*
- *die Vorbereitung und Anschluss von Infusionen bei liegendem Gefäßzugang, ausgenommen Transfusionen,*
- *die Blutentnahme aus der Vene und aus den Kapillaren,*
- *das Setzen von transurethralen Blasenkathetern zur Harnableitung, Instillation und Spülung,*
- *die Durchführung von Darmeinläufen und*
- *das Legen von Magensonden.*

...“

Erläuternde Bemerkungen zur Regierungsvorlage zu § 15 GuKG: Das Verabreichen von Arzneimitteln ist grundsätzlich eine ärztliche Tätigkeit, die im Rahmen des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereiches an diplomiertes Pflegepersonal delegiert werden kann. Die Verwendung pflegender Substanzen, beispielsweise zur Verhinderung des Wundliegens, fällt jedoch in den eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege.<sup>92</sup>

Dieser Handlungsbereich war bereits im Krankenpflegegesetz vorhanden. Der Gesetzgeber wollte allerdings beim GuKG umfassend klarstellen, ob und unter welchen Voraussetzungen gewisse ärztliche Tätigkeiten an diplomierte Pflegepersonen delegiert werden dürfen. Auch bei der Festlegung des

---

<sup>92</sup> Vgl. *Flemmich/Nöstlinger*, 2004, GuKG EB-§ 15, S 214

Handlungsbereiches vermeidet das GuKG eine eindeutige inhaltliche Zuordnung als medizinische Maßnahmen. Der mitverantwortliche Tätigkeitsbereich umfasst die Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen. Der Arzt übernimmt die Anordnungsverantwortung, die Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege die Durchführungsverantwortung. Dies bedeutet, dass das Pflegepersonal für den technisch korrekten Ablauf verantwortlich ist, aber keine Verantwortung dafür trägt, ob die Maßnahme auch medizinisch indiziert ist.

Der Umstand, dass keine abschließende Festlegung von Maßnahmen getroffen werden sollte, entspricht den Erfordernissen der Praxis und ist durchaus sachgerecht. „Das Gesetz verwendet eine demonstrative Aufzählung, um den Entwicklungen des medizin-technischen Bereiches nicht vorzugreifen,“ lautet der Kommentar von Flemmich und Nöstlinger.<sup>93</sup> In diesem Sinne wäre der Maßnahmenkatalog nach den gleichen sachlichen Kriterien zu erweitern, welche auf die im GuKG beschriebenen Maßnahmen zutreffen, z.B. chirurgischer Verbandwechsel. „Dies bedeutet, dass die Durchführung medizinischer, vom GuKG in der beispielhaften Aufzählung gem. § 15 Abs 5 nicht erwähnter Tätigkeiten einerseits jenes medizinische Wissen, andererseits auch jenes praktische Geschick erfordern muss, das im Rahmen der Ausbildung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege nach den geltenden Lehrplänen vermittelt wird.“<sup>94</sup> Die fachliche Kompetenz soll auch die Fähigkeit, Komplikationen und Nebenwirkungen rechtzeitig zu erkennen und darauf zum Wohle des Patienten adäquat zu reagieren, beinhalten.<sup>95</sup>

Soll beispielsweise ein Aromaöl zur Wundheilungsförderung bei oberflächlichen Hautdefekten bei einem Patienten angewendet werden, so hat die Anordnung durch einen Arzt zu erfolgen, die DGKS ist für die korrekte Durchführung verantwortlich.

---

<sup>93</sup> *Flemmich/Nöstlinger*, 2004, GuKG Komm. zu § 15, S 216

<sup>94</sup> *Gepart* 2003, S 236

<sup>95</sup> Vgl. *Gepart*, 2003, S 235-236 mwN.

### 8.2.1 Anordnungsverantwortung - Durchführungsverantwortung

§ 15 Abs 2 GuKG normiert die Anordnungsverantwortung des Arztes und die Durchführungsverantwortung der Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege. Im Zusammenhang mit der Erlassung des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes wurde auch § 49 ÄrzteG novelliert, wonach der Arzt im Einzelfall ärztliche Tätigkeiten an Angehörige anderer Gesundheitsberufe übertragen kann, sofern diese vom Tätigkeitsbereich des entsprechenden Gesundheitsberufes umfasst sind.<sup>96</sup> In den erläuternden Bemerkungen zur Regierungsvorlage zu § 15 GuKG wird zur „ärztlichen Anordnung“ klargestellt, dass darunter keine generelle Delegation durch den behandelnden Arzt zu verstehen ist, vielmehr hat die Vornahme der diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen nach eingehender Untersuchung und Beurteilung des Zustandes des Patienten zu erfolgen.

Jede ärztliche Anordnung hat schriftlich vor Durchführung der entsprechenden Maßnahme zu erfolgen.<sup>97</sup> Die schriftliche Anordnung muss umfassend sein, das heißt es muss vermerkt sein was, wann, wem, wie zu verabreichen ist.<sup>98</sup>

Der dienstrechtlich zu einer Anordnung befugte Arzt muss sich im Zusammenhang mit einer Anordnung auch vergewissern, ob seine Anordnung überhaupt ausgeführt werden kann (besonders bei personellen Engpässen) und er hat sich auch zu vergewissern, ob die entsprechende Person die erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten besitzt.

Eine Festlegung welche Ärzte ärztliche Anordnungen erteilen dürfen, enthält das GuKG nicht. Es spricht in der Novellierung nur vom Arzt und nicht wie vorher beim KrpflG vom zur selbständigen Berufsausübung berechtigten Arzt. Diese Anordnungsbefugnis könnte daher auch Turnusärzten zukommen, sofern sie bereits der Ausbildungszustand dazu befähigt und Umstände des Einzelfalls nicht ein ärztliches Tätigwerden durch den erfahrenen Facharzt gebiete. Im letzteren Fall würde man von einer abgeleiteten Anordnung sprechen.<sup>99</sup> Die Gesundheits- und Krankenpflegeperson ist jedoch nicht

---

<sup>96</sup> Vgl. *Flemmich/Nöstlinger*, 2004, GuKG Komm. zu § 15, S 216

<sup>97</sup> Vgl. *Flemmich/Nöstlinger*, 2004, GuKG EB-§ 15, S 213

<sup>98</sup> Vgl. *Gepart*, 2003, S 244 mwN.

<sup>99</sup> Vgl. *Flemmich/Nöstlinger*, 2004, GuKG Komm. zu § 15, S 216-220

grundsätzlich verpflichtet, die persönliche Anordnungscompetenz des anordnenden Arztes zu hinterfragen bzw. zu überprüfen.<sup>100</sup>

Der Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege hat auf Grund der Diagnose des Arztes die angeordnete Maßnahme eigenverantwortlich durchzuführen. Dies bedeutet, dass bei Auftreten von Fragestellungen, die den Wissens- bzw. Ausbildungsstand des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege überschreiten, umgehend der anordnende Arzt zu befragen ist.<sup>101</sup>

Das Pflegepersonal darf berufsrechtlich jeder formell richtigen Anordnung des Arztes nachkommen und hat die erfolgte Durchführung durch Unterschrift zu bestätigen. Grundsätzlich ist schriftlichen ärztlichen Anordnungen Folge zu leisten, weil es sich dabei um keine berufsrechtliche, sondern eine dienstrechtliche bzw. organisationsrechtliche Frage handelt.<sup>102</sup> Wenn der Arzt auf der erforderlichen schriftlichen Anordnung keinen Namen eines Ausführenden vermerkt, wird davon ausgegangen, dass er mit der Durchführung durch jeden Angehörigen des diplomierten Pflegepersonals einverstanden ist. Problematisch dabei ist, dass er sich in einem solchen Fall nicht davon überzeugen kann, ob die Pflegeperson die nötigen Kenntnisse und Fähigkeiten für die Tätigkeiten hat. Er kann sich dabei nur darauf verlassen, dass die nötigen Kenntnisse und Fähigkeiten generell vorliegen.

Andererseits darf das Pflegepersonal wiederum nur Tätigkeiten ausführen, für die es qualifiziert ist und wenn die Rahmenbedingungen für die Erbringung der Tätigkeit vorhanden sind. Andernfalls hat es sich dieser Tätigkeiten zu enthalten, um sich nicht einer Haftungsgefahr auszusetzen. (siehe auch Kapitel 7.1 Sorgfaltsmaßstab) Der betreffende Angehörige des Pflegepersonals hat daher einer allfälligen Weisung entgegenzuhalten, dass er die gewünschte Tätigkeit nicht beherrscht und diese daher berufsrechtlich nicht durchführen darf.<sup>103</sup>

---

<sup>100</sup> Vgl. *Gepart*, 2003, S 241

<sup>101</sup> Vgl. *Flemmich/Nöstlinger*, 2004, GuKG EB-§ 15, S 213

<sup>102</sup> Vgl. *Flemmich/Nöstlinger*, 2004, GuKG, Komm. zu § 15, S 218

<sup>103</sup> Vgl. *Flemmich/Nöstlinger*, 2004, GuKG Komm. zu § 15, S 218-219 mwN.

Der in der Novelle 2003 eingefügte § 15 Abs 6 GuKG besagt, dass Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege auch berechtigt sind, Tätigkeiten, die in den mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich fallen, Pflegehelfern (auch in Ausbildung), sowie Gesundheits- und Krankenpflegeschülern und Auszubildenden nach dem Sanitätsgesetz im Rahmen der praktischen Ausbildung anzuordnen und bei der Durchführung dieser Tätigkeiten die Aufsicht wahrzunehmen.<sup>104</sup>

Der Handlungsablauf im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich um beispielsweise eine alternative Methode, wie Akupressur einzusetzen, könnte folgendermaßen aussehen: Der Arzt stellt nach eingehender Untersuchung bzw. Beurteilung des Gesundheitszustandes einer Schwangeren fest, dass sie unter Schwangerschaftserbrechen leidet. Er ordnet schriftlich alle 2 Stunden die Akupressur der spezifischen Punkte nach der Traditionellen Chinesischen Medizin für 5 Minuten an.<sup>105</sup> Er vergewissert sich, dass die ausführenden Pflegepersonen eine Zusatzausbildung in Akupressur absolviert haben und diese Maßnahme beherrschen. Er berücksichtigt auch das Vorhandensein der personellen Ressourcen. Eine der diensthabenden Pflegepersonen, die diese Methode noch nicht in ihrer Ausbildung gelernt hat und auch keine entsprechende Weiterbildung absolviert hat, darf die angeordnete Maßnahme nicht durchführen, da sie die erforderliche Qualifikation nicht nachweisen kann.

### **8.2.2 Abgrenzung ärztliche Tätigkeit – pflegerische Tätigkeit**

Aus den vorangegangenen Kapiteln zum eigenverantwortlichen und mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich stellt sich die Frage, wann eine alternative Methode eine medizinische Maßnahme oder eine rein pflegerische Tätigkeit darstellt. Diese Zuordnung ist wesentlich um den rechtlichen Voraussetzungen nachkommen zu können. Sie erweist sich aber in der Praxis nicht immer als einfach und eindeutig.

---

<sup>104</sup> Vgl. *Flemmich/Nöstlinger*, 2004, GuKG-Novelle 2003 EB zu § 15 Abs 6, S 215

<sup>105</sup> Vgl. *Ming et. al*, 2002, S 343-351

Ausgangspunkt der Überlegungen ist die ärztrechtliche Definition des Berufes des Arztes gemäß § 2 Abs 2 ÄrzteG:

(1) „...“

(2) *Die Ausübung des ärztlichen Berufes umfasst jede auf medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen begründete Tätigkeit, die unmittelbar am Menschen oder mittelbar für den Menschen ausgeführt wird, insbesondere*

- *die Untersuchung auf das Vorliegen oder Nichtvorliegen von körperlichen und psychischen Krankheiten oder Störungen, von Behinderungen oder Missbildungen und Anomalien, die krankhafter Natur sind,*
- *die Beurteilung der genannten Zustände bei Verwendung medizinisch-diagnostischer Hilfsmittel,*
- *die Behandlung solcher Zustände,*
- *die Vornahme operativer Eingriffe einschließlich der Entnahme oder Infusion von Blut,*
- *die Vorbeugung von Erkrankungen,*
- *die Geburtshilfe sowie die Anwendung von Maßnahmen der medizinischen Fortpflanzungshilfe,*
- *die Verordnung von Heilmitteln, Heilbehelfen und medizinisch-diagnostischen Hilfsmitteln und*
- *die Vornahme von Leichenöffnungen.*

...“

Zu den ärztlichen Handlungen zählen also grundsätzlich alle jene auf medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhenden Tätigkeiten, die nur von Ärzten zur Diagnosestellung und der Durchführung einer darauf basierenden Behandlung von Krankheiten, durchgeführt werden. Dieser Begriff von Medizin ist sehr umfassend, da auch Maßnahmen wie Fiebermessen, Blutdruckmessen oder Zubereiten von Tees die genannten Kriterien erfüllen, aber trotzdem von Nichtärzten und Privatpersonen durchgeführt werden. Die als Beispiele angeführten Maßnahmen erfordern jedoch nicht unbedingt die höchstpersönliche Verrichtung durch den Arzt selbst.

Aus allen ärztlichen Handlungen sind die ärztlichen Vorbehaltstätigkeiten gesondert zu definieren. Als ärztliche Vorbehaltstätigkeit gilt eine Maßnahme nur dann, wenn zu deren Ausübung umfassende, medizinisch-

wissenschaftliche Erkenntnisse erforderlich sind, die üblicherweise nur im Rahmen des universitären Medizinstudiums vermittelt werden. Deshalb kann eine weitere Eingrenzung der Ärzten vorbehaltenen Tätigkeiten vorgenommen werden, wenn die Ausbildungsfächer der universitären medizinischen Ausbildung herangezogen werden. Es bleiben aber trotzdem viele Überschneidungen zwischen den explizit Ärzten vorbehaltenen und den auch Nichtärzten zugänglichen medizinischen Tätigkeiten. Das in Lehre und Rechtsprechung herangezogene Abgrenzungskriterium ist nicht der Umstand, ob die angewendete Methode im Medizinstudium gelehrt wird, sondern ob zur Durchführung der Methode umfassende, durch das Medizinstudium vermittelte Kenntnisse erforderlich sind.<sup>106</sup>

Demnach kann zwischen ärztlichen Tätigkeiten unterschieden werden, die nur unmittelbar vom Arzt ausgeführt werden dürfen und solchen die delegierbar sind. Letztere sind für die Anwendung von alternativen Therapien relevant, da diese der Arzt im Rahmen des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichs an diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen delegieren kann.

Diesen Begriffsbestimmungen zu den ärztlichen Tätigkeiten werden nun Definitionen zu den pflegerischen Tätigkeiten gegenübergestellt. Pflegerische Tätigkeiten im Rahmen des eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereichs sind Maßnahmen, bei denen Patienten bei der Ausübung ihrer Lebensaktivitäten unterstützt werden sollen (siehe Kapitel 8.1 Der eigenverantwortliche Tätigkeitsbereich § 14 GuKG). Ob eine Pflegemaßnahme durchgeführt wird und wie diese erfolgen soll, bestimmt der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege im Rahmen seines Berufsbildes.

Das Ziel der Pflege ist es, abhängig von Methode oder pflegeberuflicher Geisteshaltung, die Bedürfnisse oder Defizite durch aktives Handeln zu befriedigen oder auszugleichen. Sofern Pflegemaßnahmen diesen Zielen dienen und auf wissenschaftlich-theoretischen, ausschließlich im Rahmen einer Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege zu vermittelnden

---

<sup>106</sup> Vgl. *Gepart*, 2003, S 207-211 mwN.



Erkenntnissen beruhen, sind sie als den Pflegeberufen vorbehaltene Tätigkeiten zu qualifizieren.<sup>107</sup>

Es muss in diesem Zusammenhang, vor allem im Hinblick auf die Abgrenzung eigenverantwortlicher Tätigkeiten zu ärztlichen Tätigkeiten, auch auf das Vergehen der Kurpfuscherei gemäß § 184 StGB hingewiesen werden. Solch ein Vergehen liegt vor, wenn jemand ohne die zur Ausübung des ärztlichen Berufes erforderliche Ausbildung erhalten zu haben, eine Tätigkeit, die Ärzten vorbehalten ist, in bezug auf eine größere Zahl von Menschen gewerbsmäßig ausübt.<sup>108</sup> Als Beispiele für entsprechende Tätigkeiten werden folgende angeführt: wenn Personen auf das Vorliegen körperlicher, psychischer Krankheiten oder Störungen untersucht werden, diese behandelt oder an ihnen kosmetische Eingriffe vorgenommen werden, Handlungen der Krankheitsvorbeugung gesetzt bzw. Heilmittel verordnet werden.<sup>109</sup>

Eine Tätigkeit als Heilpraktiker ist in Österreich nur Ärzten erlaubt.<sup>110</sup> Sowohl strafrechtlich als auch zivilrechtlich sind alternativ- und komplementärmedizinisch diagnostische und therapeutische Methoden den Ärzten vorbehalten. Eine gewerbsmäßige Ausübung dieser Methoden zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken durch Nichtärzte würde daher der Kurpfuscherei gleichkommen.<sup>111</sup>

Die Abgrenzung zwischen medizinischer Behandlung als diagnostisch-therapeutisches Wirken und der eigentlichen Pflege ist in der Praxis nicht so einfach durchzuführen. Oft kann diese nur im Einzelfall anhand konkreter Sachverhalte getroffen werden. Das Ziel der Medizin ist es zu diagnostizieren und zu therapieren, demnach sind sämtliche Tätigkeiten, die diesem Zweck dienen ärztlichen Tätigkeiten zuzuordnen. Pflege dagegen möchte pflegen und/oder Defizite ausgleichen.

---

<sup>107</sup> Vgl. *Gepart*, 2003, S 211 mwN.

<sup>108</sup> Vgl. *Gepart*, 2003, S 72 mwN.

<sup>109</sup> Vgl. *Schwartz*, 1999, S 17

<sup>110</sup> Vgl. *Emberger/Wallner*, 2004, ÄrzteG Erl. zu § 2, S 13

<sup>111</sup> Vgl. *Emberger/Wallner*, 2004, ÄrzteG Erl. zu § 2, S 12 mwN.

Erfolgt nun die Anwendung einer alternativen Methode aufgrund einer ärztlichen Diagnose, so erfolgt die Durchführung durch eine diplomierte Pflegeperson im Rahmen des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichs. Wird die alternative Maßnahme, z.B. im Rahmen einer Prophylaxe oder einer reinen Pflegetätigkeit durchgeführt, dann trägt die diplomierte Pflegeperson, sowohl für die Durchführung, als auch für die Anordnung die Verantwortung. Aus rechtlicher Sicht stellt sich also grundsätzlich die Frage, ob man mit einer alternativen Maßnahme heilen bzw. therapieren oder pflegen möchte.

### **8.3 Der interdisziplinäre Tätigkeitsbereich nach § 16 GuKG**

Im § 16 GuKG - dem interdisziplinären Tätigkeitsbereich ist die Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team geregelt.

- (1) *„Der interdisziplinäre Tätigkeitsbereich umfasst jene Bereiche, die sowohl die Gesundheits- und Krankenpflege als auch andere Berufe des Gesundheitswesens betreffen.*
  - (2) *Im interdisziplinären Tätigkeitsbereich haben Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege das Vorschlags- und Mitentscheidungsrecht. Sie tragen die Durchführungsverantwortung für alle von ihnen in diesen Bereichen gesetzten pflegerischen Maßnahmen.*
  - (3) *Der interdisziplinäre Tätigkeitsbereich umfasst insbesondere*
    - *Die Mitwirkung bei Maßnahmen zur Verhütung von Krankheiten und Unfällen sowie zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit,*
    - *die Vorbereitung ... auf die Entlassung ...,*
    - *die Gesundheitsberatung.*
- ...“

Erläuternde Bemerkungen zur Regierungsvorlage zu § 16 GuKG: In diesem Tätigkeitsbereich sind die Gesundheits- und Krankenpflegepersonen gleichberechtigte Teammitglieder. Die „Schnittstellen“ in der gesundheitlichen Betreuung sind von besonderer Bedeutung, es ist daher wichtig, dass Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege die notwendige Koordination und Beratung etwa bei der Entlassung leisten.

Die Gesundheitsberatung erhält im Rahmen der Gesundheitsförderung eine immer wichtigere Rolle. Die Pflegepersonen sollen mit ihren Erfahrungen und ihrem Wissen aus der Pflege dazu beitragen, Informationen über positive und

negative Auswirkungen von Verhaltensweisen sowie über Möglichkeiten der Betreuung zu erteilen.<sup>112</sup>

Diplomierte Pflegepersonen können die Möglichkeit des Vorschlagsrechts nutzen und eine alternative bzw. komplementäre Behandlung in den Therapieplan einbringen. Sie tragen die Verantwortung für die korrekte Durchführung der Maßnahme. Im Rahmen des Entlassungsmanagements können sie Empfehlungen für entsprechende alternative Maßnahmen geben. „Im Rahmen des Entlassungsmanagement ist die DGKS verpflichtet dem Arztbrief bei Bedarf auch Angaben zu Maßnahmen im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich anzufügen“, stellt Allmer in einem Rechtsgutachten fest.<sup>113</sup>

---

<sup>112</sup> Vgl. *Flemmich/Nöstlinger*, 2004, GuKG EB § 16, S 224-225

<sup>113</sup> *Allmer*, 2004

## 9 Weitere rechtliche Bestimmungen

Einige weitere gesetzliche Bestimmungen müssen bei der Anwendung alternativer bzw. komplementärer Pflegemethoden beachtet werden.

### 9.1 Krankenanstalten, Krankenkassen

Im § 8 Abs 2 Bundesgesetz über Krankenanstalten- und Kuranstalten ist das Patientenrecht geregelt, nachdem Patienten in einer Krankenanstalt nur nach den Grundsätzen und den anerkannten Methoden der medizinischen Wissenschaft ärztlich behandelt werden dürfen. Dem Obersten Sanitätsrat steht die Aufgabe zu, Methoden wissenschaftlich anzuerkennen. Der Rechtsträger kann z.B. eine Methode, wie die Aromapflege mit dienstrechtlicher bzw. organisationsrechtlicher Weisung mit sofortiger Wirkung einstellen lassen, wenn diese nicht dem medizinisch-wissenschaftlich anerkannten Stand entspricht.<sup>114</sup>

Frau Kürzl von der Pflegeaufsicht der NÖ Landesregierung bemerkt jedoch, dass sie es als nicht sinnvoll erachtet, Einschränkungen bezogen auf neue Methoden vorzugeben, da ihrer Meinung nach jede Einschränkung wichtiges Wachstum hemmt. Die Pflegeaufsicht des Landes NÖ achtet darauf, dass die Pflegepersonen entsprechende Ausbildungen nachweisen und die Anwendung einer neuen Maßnahme wie vorgeschrieben beobachtet und dokumentiert wird. Aus ethischer Sicht ist es sogar nicht vertretbar eine Maßnahme, die bekanntlich das Wohlbefinden fördert, dem Patienten, Klienten oder Bewohner nicht zukommen zu lassen.<sup>115</sup>

Eine weitere Einschränkung von anzuwendenden Methoden kann auch die Krankenkasse vornehmen. Die OÖ GKK hat als einzige Krankenkasse Österreichs eine Liste von ihrer Meinung nach erwiesenermaßen wirkungslosen oder patientengefährdenden Therapien zusammengestellt und ihren Vertragsärzten untersagt sie mit der Kasse oder den Patienten privat zu verrechnen. 20 Verfahren werden dabei angeführt: Aromatherapie, Auraheilung, Bachblütentherapie, Baunscheidtieren (ausleitendes Verfahren, ähnlich wie Schröpfen oder Aderlass), biologische Terrain-Analyse,

---

<sup>114</sup> Vgl. *Allmer*, 2004

<sup>115</sup> Interview mit Frau Eva Kürzl, Pflegeaufsicht, Amt der NÖ Landesregierung, am 11.4.06

Bioresonanztherapie, Edelsteinmedizin, Eigenurintherapie, Haaranalyse, Honigtherapie, Irisdiagnostik, Klangmassage, Kolonhydrotherapie, magische Heilmethoden, Magnettherapie, Pendeln, Reiki, Schamanismus, Wünschelrute und Zelltherapie.<sup>116</sup>

### 9.2 Einlassungs- und Übernahmefahrlässigkeit

Die Rechtssituation der „Einlassungs- oder Übernahmefahrlässigkeit“ liegt vor, wenn die Pflegeperson Tätigkeiten übernimmt, von denen sie weiß oder wissen müsste, dass sie diese Tätigkeiten nicht entsprechend der im Einzelfall gebotenen Sorgfalt durchführen kann, eine Begründung wäre mangelnde Fähigkeiten und Fertigkeiten, eine fehlende Ausbildung oder ein situativer physischer oder psychischer Ausnahmezustand. In all diesen Fällen hat der Berufsangehörige die Durchführung zu unterlassen (im eigenverantwortlichen Bereich) oder zu verweigern (im mitverantwortlichen Bereich).<sup>117</sup>

Nach diesem Grundsatz muss jede Pflegeperson, die eine Tätigkeit übernimmt, erkennen, ob sie die dafür erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten besitzt, und danach handeln.<sup>118</sup>

### 9.3 Haftung

Zivilrecht: Bei schädigendem Verhalten von Pflegepersonen und die dadurch bedingte Ersatzpflicht gelten die allgemeinen schadenersatzrechtlichen Grundsätze und Bestimmungen. Für Gesundheits- und Krankenpflegepersonen gilt ein verschärfter Sorgfaltsmaßstab gemäß § 4 GuKG und § 1299 ABGB (siehe Kapitel 7.1 Sorgfaltsmaßstab).<sup>119</sup>

Strafrecht: Für Gesundheits- und Krankenpflegepersonen ist das Strafrecht nicht nur von grundsätzlicher Relevanz, indem es durch Einwirkung auf menschliches Verhalten Rechtsgüterschutz erzeugen soll, sondern es dient auch der Konkretisierung der durch das GuKG den Pflegepersonen

---

<sup>116</sup> Vgl. *Federspiel/Herbst*, 2005, S 33

<sup>117</sup> Vgl. *Allmer*, 2004

<sup>118</sup> Vgl. *Gepart*, 2003, S 220 mwN.

<sup>119</sup> Vgl. *Gepart*, 2003, S 69 mwN.

auferlegten Anzeige- und Meldepflichten bei Verdacht des Vorliegens bestimmter gerichtlich strafbarer Handlungen.<sup>120</sup>

Jeder ärztliche und/oder pflegerische Eingriff führt zur „Verletzung“ der körperlichen Integrität. Körperliche Eingriffe, die den Gesundheitszustand verschlechtern, sind nach überwiegender Ansicht Körperverletzungen. Voraussetzung für einen Schadenersatzrechtlichen Anspruch besteht allerdings „nur“ bei rechtswidrigem und schuldhaftem Handeln der Pflegeperson. Schuldhaft handelt diese, wenn der Eingriff durch die Behandlung nicht im Sinne des entsprechenden pflegerischen Sorgfaltsmaßstabes durchgeführt wird. Eine Pflegehandlung, die vorschriftsmäßig durchgeführt wird kann daher trotzdem einen Pflegefehler darstellen, wenn die Wahl der Pflegeform fehlerhaft ist. Als Fehlerquellen werden falsche Pflegediagnosen, falsche Maßnahmen, die Unterlassung notwendiger Maßnahmen, mangelnde Anweisung des Patienten und die Übertragung pflegerischer Handlungen an nicht pflegequalifizierte Mitarbeiter gesehen.

Die Beurteilung erfolgt nach dem letzten Stand der Pflegewissenschaft. Die Anwendung alternativer Methoden ist gerechtfertigt, wenn konventionelle Methoden versagen. Experimente fallen unter einen besonders strengen Maßstab, was die Sorgfalt der Durchführung anlangt.<sup>121</sup>

---

<sup>120</sup> Vgl. *Gepart*, 2003, 70 mwN.

<sup>121</sup> Vgl. *Flemmich/Nöstlinger*, 2004, GuKG Komm. zu § 5, S 170

## **10 Rechtliche Bestimmungen im Kontext mit alternativen bzw. komplementären Methoden**

Der Gesetzgeber gibt für den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege im Umgang mit alternativen bzw. komplementären Methoden relativ klare Rahmenbedingungen vor.

Im Rahmen des Berufsbildes ist die Möglichkeit alternative bzw. komplementäre Pflegemethoden anzuwenden, grundsätzlich gegeben. Besonders im Bereich der gesundheitsfördernden, präventiven und rehabilitativen Maßnahmen ergibt sich ein großes Betätigungsfeld. Als eine der Berufspflichten wird von den Pflegepersonen gewissenhaftes Arbeiten, beruhend auf fachlichen und wissenschaftlichen Erkenntnissen und Erfahrungen verlangt. Außerdem wird jede eigenmächtige Heilbehandlung entschieden untersagt. Die Durchführung alternativer bzw. komplementärer Pflegemethoden setzt wie andere berufliche Tätigkeiten in der Gesundheits- und Krankenpflege die gewissenhafte Ausführung voraus. Die gewissenhafte Berufsausübung durch Gesundheits- und Krankenpflegepersonen besteht demnach darin, dass diese nicht nur die geltenden Vorschriften einzuhalten, sondern auch nach dem Stand der relevanten Wissenschaften zu orientieren haben. Es wird im Rahmen des Gesetzes eindeutig darauf hingewiesen, dass Pflegepersonen haften, wenn sie ihre Arbeit nicht gewissenhaft ausführen und der Patient Schaden erleidet. Vom Gesetzgeber wird von den Gesundheits- und Krankenpflegepersonen gefordert, dass sie ihre beruflichen Tätigkeiten nach fachlichen und wissenschaftlichen Erkenntnissen und Erfahrungen, auf pflegerisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhend und entsprechend relevanter Wissenschaften oder wissenschaftlicher Forschungsergebnisse durchführen. Diesen Anspruch können allerdings nur wenige alternative bzw. komplementäre Methoden erfüllen.

Der Wissenschaftsnachweis kann durch wissenschaftliche Untersuchungen erbracht werden oder die Wissenschaftlichkeit wird vom Obersten Sanitätsrat geprüft und anerkannt. Dessen Kriterien sind allerdings sehr streng und es wurden bislang nur verhältnismäßig wenigen alternativen Methoden das Prädikat „wissenschaftlich anerkannt“ zugesprochen.

Die Durchführung einer Maßnahme im Rahmen der Gesundheits- und Krankenpflege setzt die Einwilligung des betroffenen Menschen oder seines gesetzlichen Vertreters nach entsprechend verständlicher Aufklärung voraus. Es empfiehlt sich dieses Gespräch schriftlich in der Pflegedokumentation zu vermerken und die Zustimmung durch die Unterschrift bestätigen zu lassen.

Im Rahmen der Berufspflichten besteht für den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege die Verpflichtung zur Fort- und Weiterbildung. Um eine alternative bzw. komplementäre Pflegemethode einzusetzen ist eine entsprechende Ausbildung erforderlich.

„Unter der Voraussetzung, dass die jeweilige diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester/-pfleger ihre Kenntnisse und Fertigkeiten in der alternativen und komplementären Pflege in einer einschlägigen Weiterbildung „Komplementäre Pflege“ entsprechend vertieft hat, ist sie zur pflegeindizierten Anordnung und Durchführung von komplementären Pflegemethoden, im Rahmen ihres eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereiches berufsrechtlich legitimiert“, kommentiert Allmer.<sup>122</sup>

Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen tragen innerhalb des eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereichs, für die pflegerischen Tätigkeiten im Rahmen des Pflegeprozesses und der Gesundheitsförderung und -beratung die Eigenverantwortung, es besteht eine fachliche Weisungsfreiheit. Sie übernehmen die Verantwortung und Haftung beginnend bei der Anordnung bis zur Durchführung der alternativen bzw. komplementären Maßnahme. Dieser Tätigkeitsbereich erfordert keine ärztliche Anordnung.

---

<sup>122</sup> Allmer, 2000, S 8 mwN.



Alternativmedizinische Maßnahmen können von Ärzten im Rahmen der ärztlichen Tätigkeit nach entsprechender Diagnosestellung und daraus erfolgter Therapie angeordnet werden. Der Arzt hat die Möglichkeit die Maßnahme an den gehobenen Dienst zu delegieren, sofern diese eine Tätigkeit ist, die das Berufsbild beinhaltet. Die Pflegeperson ist für die korrekte Durchführung verantwortlich, der Arzt für die Anordnung. Diesbezüglich ist aber zu beachten, dass in Krankenanstalten nur nach den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen Wissenschaft ärztlich behandelt werden darf.

Die Grenzziehung zwischen medizinischer Behandlung als diagnostisch-therapeutischem Wirken und eigentlicher Pflege ist nicht so einfach durchzuführen. Das Ziel der Medizin ist es zu diagnostizieren und zu therapieren, demnach sind sämtliche Tätigkeiten, die diesem Zweck dienen, ärztlichen Tätigkeiten zuzuordnen. Pflege dagegen möchte pflegen und/oder Defizite ausgleichen. Alle alternativen bzw. komplementären Maßnahmen, die im Rahmen der Pflege, z.B. als Prophylaxe ausgeführt werden, betreffen den eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich der Pflege und sind als solche zu handhaben.

## 11 Schlusswort

Als alternative bzw. komplementäre Pflegemethoden gelten jene Methoden die wahlweise oder ergänzend zu anderen bisher angewendeten Methoden eingesetzt werden. Unter den genannten Überbegriffen werden beispielsweise in der Fachliteratur folgende Pflegemethoden genannt: Basale Stimulation, Validation, Therapeutic Touch, Reiki, Wickel, Aromapflege usw. Es gibt derzeit keine allgemein-verbindliche Definition für alternativ- bzw. komplementärmedizinische Methoden. Deshalb wird eine Vielzahl an Methoden mit unterschiedlichsten Ansätzen zu den alternativen bzw. komplementären Behandlungsmethoden gezählt. Einige Fachleute haben versucht, die Methoden nach verschiedenen Gesichtspunkten zu ordnen.

Alternative bzw. komplementäre Pflegemethoden sind meist neue oder wieder entdeckte Methoden, die häufig nicht der herkömmlichen Anschauung und Lehrmeinung entsprechen. Sie müssen nicht nur hinsichtlich der Akzeptanz unter den Anwendern etabliert werden, sondern auch wissenschaftlichen Überprüfungen unterzogen werden um legal angewandt werden zu können. Da noch sehr wenige alternative bzw. komplementäre Methoden wissenschaftlich überprüft wurden ist dahingehend noch viel Forschungsarbeit zu leisten. Das Ziel ist, dass ausgebildete Wissenschaftler aus der Berufsgruppe der Pflege diese Aufgaben übernehmen.

Folgende gesetzliche Rahmenbedingungen sind bei der Anwendung alternativer bzw. komplementärer Pflegemethoden zu berücksichtigen:

Die gewissenhafte Ausführung wird wie bei anderen beruflichen Tätigkeiten in der Gesundheits- und Krankenpflege vorausgesetzt. Im Rahmen des Sorgfaltsmaßstabes wird von den Gesundheits- und Krankenpflegepersonen gefordert, dass sie ihre beruflichen Tätigkeiten nach fachlichen und wissenschaftlichen Erkenntnissen und Erfahrungen, durchführen. Eine Einschränkung innerhalb der beruflichen Tätigkeiten kann durch den Dienstgeber im Rahmen der dienstrechtlichen oder organisationsrechtlichen Weisungsbefugnis erfolgen.

Die zu pflegenden Personen sind über die geplante alternative bzw. komplementäre Maßnahme aufzuklären und sollten schriftlich ihre Zustimmung geben.

Eine weitere Voraussetzung zur Anwendung solcher Methoden ist, dass die diplomierte Pflegeperson ihre Kenntnisse und Fertigkeiten im Bereich der anzuwendenden Pflegemethode entsprechend vertieft hat.

Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege trägt je nach Anwendung die Anordnungs- und Durchführungsverantwortung oder nur die Durchführungsverantwortung, das heißt die Pflegeperson übernimmt die straf- und zivilrechtliche Haftung.

Diese Ausführungen sollen Pflegepersonen nicht von ihrer Aufgeschlossenheit gegenüber Neuem abschrecken. Jedoch erfordert die Einführung einer alternativen bzw. komplementären Pflegemethode im Sinne der Professionalität eine gut durchdachte Planung. Einige wesentliche Aspekte sind dahingehend zu beachten: Berücksichtigung der rechtlichen Bestimmungen, Schulung der Pflegepersonen, ev. eine Literaturrecherche nach wissenschaftlichen Untersuchungen, Abklärung mit dem Dienstgeber und dessen Einverständnis, Entwicklung von Standards usw.

Außerdem zeigt die vorliegende Arbeit auf, dass es erforderlich ist, weiterführende wissenschaftliche Untersuchungen durchzuführen. Es ist notwendig die Definitionen und Gliederungen zu klären, weiters müssen die einzelnen Methoden systematisch untersucht werden. Der Einsatz der Pflegeforschung ist mehr denn je gefragt. Aber nicht nur mit den fachlichen Inhalten müssen sich Pflegepersonen beschäftigen, sondern auch mit den gesetzlichen Vorgaben um im Rahmen der Eigenverantwortlichkeit entsprechend korrekt agieren zu können.

## Anhang

### Abkürzungsverzeichnis

ABGB	Allgemeines Bürgerliches Gesetzbuch
Abs	Absatz
ÄrzteG	Ärztegesetz - Bundesgesetz über die Ausübung des ärztlichen Berufes und die Standesvertretung der Ärzte BGBl I 1998/169
BGBl	Bundesgesetzblatt
DGKS	Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester
DGKP	Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger
et al.	und andere
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe BGBl I 1997/108
iS	im Sinne
Jg.	Jahrgang
KrpfliG	Krankenpflegegesetz
OGH	Oberster Gerichtshof
HÖFA	Höhere Fachausbildung in Pflege (Schweiz)
mwN.	mit weiteren Nachweisen
NÖ	Niederösterreich
Nr.	Nummer
OÖ GKK	Oberösterreichische Gebietskrankenkasse
StGB	Strafgesetzbuch
u.a.	unter anderem
vgl.	vergleiche
usw.	und so weiter
WHO	Weltgesundheitsorganisation
z.B.	zum Beispiel

## Literaturverzeichnis

- ACE, Derek*: Teaching alternative therapies to diploma nursing students,  
in: Nursing Times Vol. 92, No 40, October 2, 1996, S. 40-41, Emap  
Communication, London
- ALLMER, Gertrude* (2004): Alternative und komplementäre  
Pfleagemethoden – die Einführung eines „Phyto-  
Aromapflegekonzeptes“ auf einer psychosomatischen Station einer  
Krankenanstalt, Rechtsgutachten, Oberwart, in:  
[http://new.oegkv.at/uploads/media/2004-07\\_Phyto-Aromapflege.pdf](http://new.oegkv.at/uploads/media/2004-07_Phyto-Aromapflege.pdf)  
am 19.9.2005
- ALLMER, Gertrude*: Berufsrechtliche Aspekte im interdisziplinären  
Wundmanagement, in: Österreichische Pflegezeitschrift 59. Jg., Nr.  
02, Feb 06, S 21-30, ÖGKV, Wien
- ALLMER, Gertrude* (2000): Alternative und komplementäre  
Pfleagemethoden – die “Aromapflege”, als Bestandteil des  
eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereiches des gehobenen Dienstes für  
Gesundheits- und Krankenpflege, Oberwart
- ARBEITHUBER, Claudia*: Konzept zur Einführung der Aromapflege.  
Pflege-Oscar 2004, Arbeitsgemeinschaft der Pflegedirektorinnen –  
Direktoren und Pflegedienstleiter von Oberösterreich
- AUGUSTIN, Matthias / SCHMIEDEL, Volker* (1999): Praxisleitfaden  
Naturheilkunde, 3. Auflage, Gustav Fischer, Ulm/Stuttgart/Jena/Lübeck
- ASSMANN, Christa* (1999) : Pflegeleitfaden. Alternative und  
komplementäre Methoden, Urban & Fischer, München/Jena
- ARETS, Jos et al.* (1997): Professionelle Pflege 1. Theoretische und  
praktische Grundlagen, 2. Auflage, Eicanos Verlag, Bocholt
- ARETS, Jos et al.* (1999): Professionelle Pflege 2. Fähigkeiten und  
Fertigkeiten, Hans Huber, Bern
- BECKENDORF, Rita / ESSER, Martina / WALLRABENSTEIN, Renate*:  
Energiearbeit durch Handauflegen. Therapeutic Touch. Der Einsatz  
der Therapeutischen Berührung in der Krankenpflege, Altenpflege und

Psychiatrie, in: Die Schwester - Der Pfleger, 44.Jg., 5/05, S. 338-343,  
Bibliomed, Melsungen

*BLUMENCRON, Britta / ZELLHOFER, Klaus (2003):* Handbuch der  
Sanften Medizin. Alternative Wege zu Gesundheit und Wohlbefinden,  
Facultas, Wien

*BOKELOH, Claudia / GERSTER, Eyke:* 1000 Teilnehmer schöpfen  
Hoffnung auf eine sanfte Medizin. Kongreß „Alternative Heil- und  
Pfleagemethoden“ in Stuttgart, in: Pflegezeitschrift, 49.Jg., Heft 6, Juni  
1996, S. 366-375, Kohlhammer, Stuttgart

*BÜHRING, Malte:* Naturheilmittel, Naturheilverfahren, Naturheilkunde –  
eine Einführung, in: *BÜHRING, Malte* (Hrsg.) (1993):  
Naturheilverfahren und unkonventionelle medizinische Richtungen,  
Springer Verlag, Berlin, S. 1-12

*BÜHRING, Malte* (Hrsg.) (1993): Naturheilverfahren und unkonventionelle  
medizinische Richtungen, Springer Verlag, Berlin

*CHOI, Jung Hyun et al.:* Effects of sun-style Tai chi exercise on physical  
fitness and fall prevention in fall-prone older adults, in: Journal of  
Advanced Nursing, Vol. 51, No. 2, July 2005, S. 150-157, Blackwell  
Publishing Ltd, Oxford

*CONNERT, Peter Klaus:* Komplementärmedizin in Österreich, in: *STOSSIER,  
Harald* (Hrsg.) (2003): Ganzheitlich behandeln,  
Komplementärmedizinische Methoden und ihre Indikationen.  
Verlagshaus der Ärzte, Wien, S. 13-21

*CONRAD, Joachim:* Atemstimulierende Einreibung fördert Entspannung  
und subjektives Wohlbefinden, in: Die Schwester - Der Pfleger, 43.Jg.,  
2/04, S. 104-107, Bibliomed, Melsungen

*COLE, Alison / SHANLEY, Eamon:* complementary therapies as a means  
of developing the scope of professional nursing practice, in: Journal of  
Advanced Nursing, Vol. 27, No 6, June 1998, S. 1171-1176, Blackwell  
Science Ltd, Oxford

*DELANEY, Joseph P.A. et al.:* The short-term effects of myofascial trigger  
point massage therapy on cardiac autonomic tone in healthy subjects,  
in: Journal of Advanced Nursing, Vol. 37, No 4, February 2002, S. 364-  
371, Blackwell Science Ltd, Oxford

- DER BROCKHAUS*. In drei Bänden (2004), 3. Auflage, F.A. Brockhaus, Leipzig/Mannheim
- DISSE, Anja et al.*: Die Integration naturheilkundlicher Pflegehandlungen in der Pflege. Folge 2. Praxiserfahrungen und ihre Überprüfung durch Forschung, Hochschulforum Pflege 2, 1997, 24-25, in: <http://www.schmittel.de/hopf/pdf/2hopf.pdf> vom 7.10.2005
- DUDEN*. Das Fremdwörterbuch (1990), 5. Auflage, Dudenverlag, Mannheim/ Wien/Zürich
- FEDERSPIEL, Christa / HERBST, Vera* (2005): Die Andere Medizin. „Alternative“ Heilmethoden für Sie bewertet, Konsument extra, 5. Auflage, Stiftung Warentest, Berlin
- EMBERGER, Herbert / WALLNER, Felix* (Hrsg.) (2004): Ärztegesetz 1998 mit Kommentaren, 1. Auflage, Verlagshaus der Ärzte, Wien
- FLEMMICH, Günter / NÖSTLINGER, Walter* (2004): Gesundheits- und Krankenpflegegesetz. Gesetze und Kommentare, Nr.180, Verlag des ÖGB, Wien
- FRITZ, Christof / BEER, André-Michael*: Leitlinien zur Weiterbildung „Naturheilkundliche Pflege“, in: Festschrift zum 5-jährigen Bestehen der Modellabteilung für Naturheilkunde der Klinik Blankenstein, Hattingen 1997-2002.
- FRITZ, Christof / BEER, André-Michael*: Weiterbildung Naturheilkundliche Pflege. Ganzheitliche Pflege. Modellausbildung an der Klinik Blankenstein, in: Die Schwester - Der Pfleger; 44.Jg., 5/05, S. 348-350, Bibliomed, Melsungen
- GEORG, Jürgen / FROWEIN, Michael* (Hrsg.) (2001): Pflegelexikon, 2. Auflage, Verlag Hans Huber, Bern
- GEPART, Christian* (2003): Berufsrechtlicher Pflichtenkreis und Handlungsrahmen in der Gesundheits- und Krankenpflege, Universität Wien, Dissertation an der Rechtswissenschaftlichen Fakultät
- GINELLA, Jolanda*: Entspannungen und Massagen gegen den Schmerz, in: Krankenpflege/ Soins infirmiers, 98.Jg., 1/2005, S. 22-24, SBK-ASI, Bern
- HABER, Roland / HILLE, Raphaela*: Pflegestandard Aromapflege.

- Alternative Pflegemethoden, in: Die Schwester - Der Pfleger, 7/00, S. 590-596, Bibliomed, Melsungen
- HATTEN, Jennifer et al.*: The impact of foot massage and guided relaxation following cardiac surgery. a randomized controlled trial, in: Journal of Advanced Nursing, Vol. 37, No. 2, January 2002, S. 199-207, Blackwell Science Ltd, Oxford
- HEIDE, Enrico*: Ätherische Öle. Wirksame Hilfe oder fauler Zauber? in: Die Schwester - Der Pfleger, 42. Jg., 5/03, S. 362-366, Bibliomed, Melsungen
- HEILEGGER, Gerda*: Ärztlicher Vorbehaltsbereich und Alternativmedizin. Versuch einer Abgrenzung, in: RdM 1999, S 135 –140, Manz'sche Universitätsbuchhandlung, Wien
- HENKE, Friedhelm* (1999): Alternative Pflegemaßnahmen. Pflege kompakt, Kohlhammer, Stuttgart/Berlin/Köln
- JUCHLI, Liliane* (1991): Krankenpflege, 6. Auflage, Thieme Verlag, Stuttgart/New York
- JÜTTE, Robert* (1996): Wege der Alternativen Medizin, Verlag C.H. Beck, München
- KELLNHAUSER, Edith et al.* (2000): Thiemes Pflege, 9.Auflage, Thieme, Stuttgart/New York
- KLUGE, Heide* (1999): Das große Hildegard von Bingen Buch. Ihre wichtigsten Lehren zu Ernährung, Gesundheit und Schönheit, Moewig, Rastatt
- KOMPETENZ –UND QUALIFIKATIONSNACHWEIS* (2002), KAV, Magistrat der Stadt Wien
- LÖDING, Claudia* (2004): Snoezelen, Urban&Fischer, München
- MAYER, Hanna* (2002): Einführung in die Pflegeforschung, Facultas, Wien
- MING, Jin-Lain et al.*: The efficacy of acupressure to prevent nausea and vomiting in post-operative patients, in: Journal of Advanced Nursing, Vol. 39, No. 4, August 2002, S. 343-351, Blackwell Science Ltd, Oxford
- NEANDER, Klaus-Dieter*: Kamillentees in der (Mund-) Pflege, in: Pflege aktuell, 58. Jhg., Juni 2004, S.350-351, DBfK-Verlag, Berlin
- OFFENES CURRICULUM* für die Ausbildung in Allgemeiner Gesundheits-



und Krankenpflege (2003), Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG), Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen, Wien

ÖSTERREICHISCHER GESUNDHEITS- UND

KRANKENPFLEGEVERBAND: Bildungsprogramm Frühjahr 2006

*PAESLER, Ursula* (1998): Pflege zum Einwickeln. Rezepte und

Anleitungen für Wickel und Auflagen, 2. Auflage, Gustav Fischer, Lübeck/Stuttgart/Jena/Ulm

*RANKIN-BOX, Denise* ( (Deutscher Hrsg. *GEORG, Jürgen*) (1997):

Handbuch alternative, erweiterte Pflegepraxis, Ullstein Mosby, Berlin/Wiesbaden

*RICHARDSON, Janet*: The use of randomized control trials in

complementary therapies: exploring the issues, in: Journal of Advanced Nursing, Vol. 32, No. 2, August 2000, S. 398-406, Blackwell Science Ltd, Oxford

*SCHÄFFLER, Arne et al.* (2001): Pflege Heute, 2.Auflage, Urban &

Fischer, München/Jena

*SCHMIDT, Ralf / THIELE, Heike / HÖFLER, Kathleen*: Kreativität statt

pflegerisches Einerlei. Alternative Pflegemethoden bei Orientierungsstörungen, in: Pflegezeitschrift, 56.Jg., Heft 4, April 2003, S. 254-256, Kohlhammer, Stuttgart.

*SCHOTT, Heinz*: War alles schon einmal da? in *JÜTTE, Robert* (1996):

Wege der Alternativen Medizin. Verlag C.H. Beck, München, S 31-35

*SCHWAMBERGER, Helmut* (2004): GuKG, Gesundheits- und

Krankenpflegegesetz, Textausgabe mit Anmerkungen. 3.Auflage, Verlag Österreich, Wien

*SCHWARTZ, Walter*: Von Exorzisten und Heilpraktikern: Geistheilung

rechtlich betrachtet, in: RdM 1999, S 13-19, Manz`sche Universitätsbuchhandlung, Wien

*SMITH, Marlaine C. / Kemp Janet / Hemphill, Linnea / Vojir, Carol P.:*

Outcomes of Therapeutic Massage for Hospitalized Cancer Patients, in: Journal of nursing scholarship, 2002, 34:3, S 257–262, Sigma Theta Tau International

- SOHN, Patricia M. / LOVELAND COOK Cynthia A.*: Nurse practitioner knowledge of complementary health care: foundation for practice, in: Journal of Advanced Nursing, Vol. 39, No. 1, July 2002, S. 9-16, Blackwell Science Ltd, Oxford
- STOSSIER, Harald* (Hrsg.) (2003): Ganzheitlich behandeln, Komplementärmedizinische Methoden und ihre Indikationen. Verlagshaus der Ärzte, Wien
- THÜLER, Maya* (1995): Wickel und Auflagen, 7. Auflage, Maya Thüler Verlag, Worb
- ULMER, Eva-Maria et. al.*: Der Einsatz von interaktionsintensiven pflegetherapeutischen Maßnahmen und von „Hausmitteln“ in der Pflege. Eine explorative Studie als Plädoyer für eine integrierte Pflegepraxis, in: Pflege 2001, 14, S.191-205, Verlag Hans Huber, Bern
- WEISS-FASSBINDER, Susanne / LUST, Alexandra* (2004): GuKG, Gesundheits- und KrankenpflegeG, Manzsche Gesetzesausgaben, Sonderausgabe Nr. 95. 4.Auflage, Manz`sche Verlag- und Universitätsbuchhandlung, Wien
- WILDHABER, Werni*: Wirksam bei Schmerz, Stress und Angst. Reiki und Therapeutic Touch, in: Krankenpflege/Soins infirmiers, 97.Jg., 11/2004, S. 32, SBK-ASI, Bern

### **Exkurs: auszugsweise Beschreibung von Pflegemethoden**

Einige in dieser Arbeit angeführten alternativen bzw. komplementären Pflegemethoden werden zur besseren Verständlichkeit in Kurzform beschrieben. Hier sind beispielhaft einige der häufiger genannten Methoden ausgewählt, die auch aufgrund der österreichischen Rechtslage im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich (siehe auch 8.1 - Der eigenverantwortliche Tätigkeitsbereich § 14 GuKG) von diplomierten Pflegepersonen angewandt werden können.

Akupressur: Die Akupressur ist ein Verfahren das auf den Akupunkturlehren beruht. Die Akupunktur stellt wiederum ein Teilgebiet der Traditionellen Chinesischen Medizin dar. Der Behandler presst dabei die Akupunkturpunkte mit Fingerspitzen, um so den hypothetischen Energieumlauf im Körper zu beeinflussen. Eine spezielle Form der Anwendung ist die Fußsohlenakupressur. Man geht davon aus, dass an der Fußsohle die einzelnen Organe des Menschen ihre Repräsentationsstellen haben.<sup>123</sup>

Aromapflege bzw. Aromatherapie: Die Aromapflege ist die therapeutische Verwendung von natürlichen Duftstoffen, entsprechend den Prinzipien der Naturheilverfahren.<sup>124</sup> Ätherische Öle werden im Rahmen dieser Pflegemaßnahme vor allem durch Verdunstung (Inhalation über feuchte Wachlappen in Bettnähe oder durch Aromalampen) und perkutan (durch Umschläge, Einreibungen, Waschungen und Bäder) verabreicht. Die orale Applikation von Aromaölen ist in Österreich in der Pflege aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen nur nach ärztlicher Anordnung möglich.<sup>125</sup> Mit den frei werdenden Duftstoffen werden je nach Öl verschiedene Wirkungen erzielt, z.B. Lavendel zur Beruhigung und Entspannung, Pfefferminze zur Fiebersenkung oder Sandelholz zur Vertiefung der Atmung.<sup>126</sup>

---

<sup>123</sup> Vgl. *Georg/Frowein*, 2001, S 21

<sup>124</sup> Vgl. *Aßmann*, 2001, S 153

<sup>125</sup> Vgl. *Allmer*, 2004

<sup>126</sup> Vgl. *Haber/Hille*, 2000, S 590 ff

Autogenes Training: Autogenes Training ist die Bezeichnung für eine Entspannungstechnik. Mit Hilfe von Selbstsuggestion versuchen die Klienten – zunächst unter Anleitung eines Trainers, später ohne Unterstützung – angenehm-beruhigende Empfindungen in einzelnen Gliedmaßen und anschließend im ganzen Körper auszulösen. Nach der Übung werden die erzeugten Gefühle bewusst und kontrolliert zurückgenommen.<sup>127</sup>

Basale Stimulation: Dies ist ein Konzept welches Professor Andreas Fröhlich 1975 zur Förderung und Persönlichkeitsentwicklung körperlich und geistig behinderter Kinder entwickelte. Christel Bienstein übertrug dieses Konzept in den 80er Jahren in die Pflege. Bei Menschen mit Wahrnehmungs- und Bewusstseinsstörungen wird dadurch die Wahrnehmung gefördert und ihre Fähigkeit sich der Umwelt mitzuteilen verbessert.<sup>128</sup>

Eine Anwendung dieses Konzepts ist die atemstimulierende Einreibung (kurz ASE). Dies ist eine rhythmische Einreibung mit unterschiedlichem Händedruck zur Atemtherapie. Sie hat das Ziel, dem Patienten Sicherheit, Entspannung und Atemrhythmus zu vermitteln, sowie die Atmung zu vertiefen. Die ASE wird überwiegend auf dem Rücken ausgeführt, kann jedoch auch im Brustbereich angewandt werden.<sup>129</sup>

Biofeedback: Biofeedback ist in der Psychologie eine Sammelbezeichnung für psychotherapeutische Verfahren, bei denen den Klienten Informationen über Vorgänge in ihrem Körper und deren Veränderungen vermittelt werden, z. B. Pulsschlag oder EKG-Daten. Damit wird der Zusammenhang zwischen bestimmten Reizen und ihren Auswirkungen auf das autonome Nervensystem verdeutlicht. Der Zweck dieser Behandlung ist die Beeinflussung und Steuerung vegetativer Antworten auf belastende Umweltreize. Als Pflegehilfsmittel ist Biofeedback eine Methode der Elektrotherapie. Beispielsweise kann ein tragbares Gerät zur Behandlung der motorischen Drang-Inkontinenz eingesetzt werden. Blasenkontraktionen werden über Druckmesswandler und Verstärker in optische und akustische Signale umgewandelt..<sup>130</sup>

---

<sup>127</sup> Vgl. Georg/Frowein, 2001, S 870

<sup>128</sup> Vgl. Georg/Frowein, 2001, S 825

<sup>129</sup> Vgl. Georg/Frowein, 2001, S 226

<sup>130</sup> Vgl. Georg/Frowein, 2001, S 118

Bobath-Methode: Diese entwicklungsphysiologisch begründete krankengymnastische Methode wurde von Berta und Karel Bobath zur Behandlung von Bewegungsstörungen bei Kindern mit frühkindlichen Hirnschäden entwickelt. Später wurde sie auch bei Erwachsenen mit Hemiplegie eingesetzt. Die Bobath-Methode geht von neurophysiologischen Grundlagen aus und berücksichtigt in umfassender Weise sensorische, motorische und psychologische Gesetzmäßigkeiten.<sup>131</sup>

Feldenkrais in der Pflege: Die Feldenkrais-Arbeit ist eine auf den israelischen Kernphysiker Moshe Feldenkrais zurückgehende Form des Bewegungstrainings zum Zwecke der Selbsterziehung und Erhöhung der geistigen Autonomie. Als Ausgangspunkt dient die Annahme, die subjektive Form der Bewegungsweise entspreche einer inneren Geisteshaltung. Eine Veränderung hemmender Bewegungsmuster kann somit mentale Entfaltungsprozesse auslösen und unterstützen. Diese Ansicht ist umstritten, besitzt jedoch Parallelen zu gewissen Formen der Verhaltenstherapie. Die Methode versteht sich nicht explizit als medizinische oder psychotherapeutische Intervention, erweist sich jedoch bei der Rehabilitation nach Schlaganfällen oder behinderungsverursachenden Verletzungen als nützlich.<sup>132</sup>

Hildegard-„Medizin“: Die Nonne Hildegard von Bingen war eine mittelalterliche Mystikerin. Mystik ist u.a. gekennzeichnet durch das Bestreben, in einem höheren Wesen (Gott, Jesus) aufzugehen. In vielen Büchern beschrieb Hildegard ihre mystischen Erweckungserlebnisse und Visionen. Sie machte aber auch eine schriftliche Sammlung von allem, was in damaliger Zeit als medizinisch wirksam galt und setzte sich im Rahmen ihrer Möglichkeiten kritisch damit auseinander. Außerdem formulierte sie einige Gedanken zu den Begriffen Gesundheit und Krankheit. Krankheit ist demnach Ausdruck eines gestörten Gleichgewichts zwischen Körper und Seele.<sup>133</sup> Der wichtigste Ansatz für Hildegard von Bingen war die Untrennbarkeit von Körper und Seele. Sie galt als große Naturärztin (Kräuterbehandlungen), sie

---

<sup>131</sup> Vgl. *Georg/Frowein*, 2001, S 133

<sup>132</sup> Vgl. *Georg/Frowein*, 2001, S 286

<sup>133</sup> Vgl. *Georg/Frowein*, 2001, S 387

beschäftigte sich mit Ernährungslehre und der Wirkung von Edelsteinen.<sup>134</sup> Dieses Wissen findet heute noch Verwendung.

Kinästhetik: Der Begriff Kinästhetik setzt sich aus Kinästhesie und Ästhetik zusammen. Die Kinästhesie ist die Lehre von der Bewegungswahrnehmung und Ästhetik ist die Wissenschaft vom Schönen. Eine mögliche Übersetzung wäre demnach die Lehre von der angenehmen und schönen Bewegung. Das Konzept wurde vom Verhaltenskybernetiker und Tänzer Frank Hatch und der amerikanischen Psychologin Lennie Maietta entwickelt. Die Übertragung der kinästhetischen Grundgedanken auf die Krankenpflege wurde durch die Schweizer Krankenschwester Suzanne Schmidt und der Krankenschwester und Dipl. Pädagogin Christel Bienstein geleistet. Es gibt Pflegenden eine Handlungsorientierung für die sehr vielfältigen Alltagssituationen mit Patienten. Wesentliche Aspekte sind die rückschonende Arbeitsweise und die Nutzung der Ressourcen des Patienten.<sup>135</sup>

Kinesiologie: Kinesiologie ist die Lehre von der Bewegung des Menschen im weitesten Sinn. Der Begriff setzt sich aus den griechischen Wörtern kinesis (Bewegung) und lögia (Lehre) zusammen und meint alle Aktivitäten wie Sport, Kommunikation, Tanz, Lernen, Spiel und Arbeit. Angewandte Kinesiologie befasst sich somit mit Muskeln und stellt eine Verbindung zum energetischen System der chinesischen Akupunkturlehre dar.<sup>136</sup>

Kneipp-Kur: Dieses Kurheilverfahren ist eine nach Pfarrer Sebastian Kneipp entwickelte ganzheitlichen Beeinflussung des Organismus zur Anregung der inneren Ordnungskräfte. Die Kneipp-Kur basiert auf den fünf Säulen Wasser, Bewegung, Ernährung, Phyto- und Ordnungstherapie. Sie wird bei Herz- und Kreislauferkrankungen, Atemwegserkrankungen, Rekonvaleszenz und Stoffwechselstörungen angewandt.<sup>137</sup>

Muskelentspannung nach Jacobson: Diese Entspannungsmethode wird auch als progressive Relaxation bezeichnet und wurde von Edmund

---

<sup>134</sup> Vgl. Kluge, 1999, S 11 - 23,

<sup>135</sup> Vgl. Assmann, 1999, S 46-72; Georg/Frowein, 2001, S 459

<sup>136</sup> Vgl.

[http://www.gesund.co.at/framgen.asp?url=/gesund/Alternativmedizin/Alternativmedizin\\_Kinesiologie.htm](http://www.gesund.co.at/framgen.asp?url=/gesund/Alternativmedizin/Alternativmedizin_Kinesiologie.htm) vom 23.2.2006)

<sup>137</sup> Vgl. Georg/Frowein, 2001, S 463

Jacobson entwickelt. In sechs Schritten werden die verschiedenen Muskelgruppen (vom Kopf bis zu den Füßen) jeweils angespannt und bewusst tiefer entspannt.<sup>138</sup>

Phytotherapie: Die Phytotherapie behandelt Erkrankungen mit Pflanzen oder Pflanzenteilen (sog. Drogen) oder daraus hergestellten Präparaten auch in Form von Teemischungen).<sup>139</sup>

Reiki: Reiki gilt als natürliche Heilmethode und dient zur Harmonisierung des Energiefelds des Patienten mit Hilfe von Handauflegen.<sup>140</sup>

Reflexzonenmassage: Dazu zählen Massagetechniken mit reflektorischer Wirkung auf segmental zugehörige Organe.<sup>141</sup> Am bekanntesten ist die Fußreflexzonenmassage.

Snoezelen: Diese Methode stammt aus der Behindertenbetreuung. In der Pflege wird sie besonders für die Altenpflege und auch psychiatrische Pflege zur Entspannung und Förderung der Wahrnehmung eingesetzt.<sup>142</sup> Snoezelen ist ein Konzept für eine vorwiegend in Innenräumen gestaltete Umgebung, in der durch steuerbare Reize Wohlbefinden ausgelöst wird. In den speziell dafür eingerichteten Räumen wird eine Vielfalt sensorischer Anregungen geboten. Der Benutzer kann auf eine Entdeckungsreise durch die Welt der Sinne gehen, indem er die Einzelwirkung bzw. einzigartige Kombinationen von Musik, Tönen, Klängen, Lichteffekten, taktiler Stimulation und Düften erlebt. Snoezelen ist eine Form der Tiefenentspannung, allerdings unter besonderen äußeren Bedingungen.<sup>143</sup>

Therapeutic Touch: Die therapeutische Berührung ist eine Pflegeintervention aus den USA. Es wird das menschliche Energiefeld mit den Händen erspürt und harmonisiert. Dies dient der Tiefenentspannung und Stärkung des Immunsystems.<sup>144</sup>

Validation: Validation ist eine Methode, um mit desorientierten, sehr alten Menschen zu kommunizieren und wurde von Naomi Feil entwickelt.

---

<sup>138</sup> Vgl. *Georg/Frowein*, 2001, S 745

<sup>139</sup> Vgl. *Georg/Frowein*, 2001, S 693

<sup>140</sup> Vgl. *Wildhaber*, 2004, S 32

<sup>141</sup> Vgl. *Georg/Frowein*, 2001, S 738

<sup>142</sup> Vgl. *Löding*, 2004

<sup>143</sup> Vgl. <http://www.snoezelen-online.de/findex.html> vom 9.3.2006

<sup>144</sup> Vgl. *Beckendorf et al.*, 2005, S 338-343

Validation basiert auf einem empathischen Ansatz und einer ganzheitlichen Erfassung des Individuums. Indem man "in die Schuhe" eines anderen Menschen schlüpft und "mit seinen Augen sieht", kann man in die Welt der sehr alten, desorientierten Menschen vordringen und die Gründe für ihr manchmal seltsames Verhalten enträtseln.<sup>145</sup>

Wickel: Wickel und Auflagen sind Teil der Wasserheilverfahren, sowie der Kräuterheilkunde. Wickel sind zirkuläre Einhüllungen eines Körperteils. Dahingegen werden die Bezeichnungen Umschläge, Kompressen oder Auflagen verwendet, wenn das Tuch nicht rund um den Körperteil gewickelt, sondern nur auf die betreffende Körperstelle gelegt wird.<sup>146</sup>

---

<sup>145</sup> Vgl. <http://www.validation-eva.com/de/20val.html> vom 9.3.2006

<sup>146</sup> Vgl. *Thüler*, 1995, S 13