NOVIZIN-THESIS

Leistungstransparenz in der komplementären Gesundheitspflege

3. Universitätslehrgang für Komplementäre Gesundheitspflege

(KGP03)

eingereicht von

Romana Fabian

(Matrikelnummer: 1264093)

Department für Gesundheitswissenschaften und Biomedizin

an der Donau-Universität Krems

Betreuerin: Mag. Claudia Kastner-Roth

Betreuerin: Mag. Martina Kuttig

Leoben, 23.09.2014

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich, Romana Fabian, geboren am 12.05.1974 in Graz erkläre,

1. dass ich meine Novizin-Thesis bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.

2. dass ich, falls die Novizin-Thesis mein Unternehmen oder einen externen Kooperationspartner betrifft, meinen Arbeitgeber über Titel Form und Inhalt der Novizin-Thesis unterrichtet und sein Einverständnis eingeholt habe.

23.09.2013 Romana Fabian

Kurzfassung

Die Arbeit beschreibt die Voraussetzungen, um Komplementäre Leistungen der Bevölkerung in Bezug auf Angebot und Finanzierung transparent und zugänglich zu machen. Im Fokus der Betrachtung stehen Komplementäre Leistungen der Aromapflege, CranioSacrale Intervention, Therapeutic Touch und Tuina.

Der Wissenserwerb sollte auf professioneller (akademischer) Ebene stattfinden.

Die Kompetenz der Pflegepraxis hängt ab von der Art und dem Umfang der pflegewissenschaftlichen Kenntnisse der Praktiker und davon, wie dieses Wissen durch phantasiereiches und kritisches Handeln in Dienst am Menschen zum Tragen kommt. (Vgl. Rogers, 1997, in Neumann-Ponesch, 2011, S.147)

In dieser Arbeit wird beschrieben welche gesetzlichen Voraussetzungen es braucht um komplementäre Pflege im extramuralen Bereich in Form von freiberuflichen Praxen ausüben zu können. Welche Aus-, Fort- und Weiterbildungen es derzeit gibt, und wie es in naher Zukunft zu einer Finanzierung durch Sozialversicherungen kommen könnte. Es folgt eine Darstellung komplementäre Pflege im Pflegeprozess in der freiberuflichen Praxis.

Inhaltsverzeichnis

Kurzfassung 2
1 Einleitung 5
1.1 Zielsetzung 7
1.2 Fragestellung 8
1.3 Methodik 8
2 Komplementäre Pflege 9
2.1 Definition von Komplementärer Pflege 9
2.2 Aus-, Fort- und Weiterbildungen in Zusammenhang mit komplementären Pflegemethoden 10
2.2.1 Ausbildung: 10
2.2.2 Fortbildung 11
2.2.3 Weiterbildung 11
2.2.4 Universitätslehrgang für Komplementäre Gesundheitpflege 11
3 Gesetzliche Grundlagen 12
3.1 Allgemeines Berufsbild 12
3.2 Tätigkeitsbereich für den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege 14
3.2.1 Eigenverantwortlicher Tätigkeitsbereich 14
3.2.2 Mitverantwortlicher Tätigkeitsbereich 15
3.2.3 Interdisziplinärer Tätigkeitsbereich 15
3.3 Freiberufliche Ausübung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege 16
3.4 Verrechnung der Leistungen 17
3.4.1 § 135 Ärztliche Hilfe oder der ärztlichen gleichgestellte Hilfe 17
3.4.2 Verrechnung über Zusatzversicherungen 18
4 Warum komplementäre Gesundheitspflege? 18
4.1 Das Modell der Salutogenese, der Entstehung von Gesundheit nach Aaron Antonovsky 18
4.1.1 Gesundheits-Krankheits-Kontinuum 19
4.1.2 Kohärenzgefühl/Kohärenzempfinden (Sence of coherence -SOC) 20
4.2 Die Bedeutung der Salutogenese in der komplementären Pflege 21
4.3 Gesundheitsförderung und Prävention 22

5 Komplementäre Gesundheitspflege in einer freiberuflichen Praxis 25
5.1 Voraussetzungen für die freiberufliche Ausübung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege 26
5.2 Die einzelnen Schritte im Rahmen des Pflegeprozesses 27
5.2.1 Pflegeanamnese (pflegerisches Assessment) 27
5.2.2 Pflegediagnose 29
5.2.3 Pflegeplanung..... 29
5.2.4 Durchführung der Pflegemaßnahmen/Interventionen..... 30
5.2.5 Pflegevaluation/Re-Assessment..... 30
5.2.6 Pflegedokumentation..... 30
5.2.7 Abrechnung der Leistungen 31
6 Fazit..... 32
7 Literaturverzeichnis..... 34
8 Abkürzungsverzeichnis 36
9 Anhang 37
Aufklärungsbogen 37
Allgemeines Wohlbefinden (General Well-Being) Skala..... 40

1 Einleitung

Diese Novizinthesis widmet sich dem Thema, wie komplementäre Gesundheitspflege im Rahmen der Salutogenese zur Prävention und Gesundheitsförderung im extramuralen Bereich für die Bevölkerung sichtbar und leistbar gemacht werden kann.

„Gesundheit ist ein hohes Gut“ so schreibt Petzold in einem Geleitwort, „vielleicht das höchste. Wenn ein weit gefasstes Gesundheitskonzept die Basis ist, so ist Gesundheit mehr als nur die Abwesenheit von Krankheit, sie wird als komplexe Qualität menschlichen Lebens definiert“. Gesundheitsberufe erhalten dadurch Argumente für eine moderne medizinische Perspektive, die betont, dass Gesundheit sich nicht nur auf das Körperliche und ein störungsfreies Funktionieren des Körpers begrenzt, sondern die Sicht auf den „ganzen Menschen“ fordert. (Vgl. Petzold in Lorenz, 2005, S.8)

Das Modell der Salutogenese nach Aaron Antonovsky sieht den Menschen auf einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum. Dazu hat er das Konzept des Kohärenzgefühls entwickelt, das von drei Faktoren beeinflusst wird: Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit. (Vgl. Antonovsky, 1997, S.34)

Durch komplementäre und ganzheitliche Pflege ist es möglich das Kohärenzgefühl zu stärken. Bei einem starken Kohärenzgefühl werden eigene Ressourcen herangezogen, um den Stressoren besser begegnen zu können und Spannungen leichter zu regulieren. (Vgl. Lorenz, 2005 S.63ff) Das Kohärenzgefühl spielt auch eine entscheidende Rolle, ob wir bei körperlichen und seelischen Belastungen gesund bleiben, beziehungsweise im Erkrankungsfall wieder schnell genesen oder nicht. (Vgl. Schiffer, 2009, S.11)

Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation ist im GuKG BGBI 108/1997 § 11 für den Gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege gesetzlich verankert. http://www.jusline.at/11_Berufsbild_GuKG.html# (eingesehen am 8.8.2014) In einem modernen Gesundheitswesen muss den Bereichen Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation der gleiche Stellenwert gegeben werden wie dem kurativen Bereich. (Vgl. Allmer, 2013, S.29)

Gesundheitsförderung und Prävention stehen für ganz unterschiedliche gesundheitspolitische Konzepte. Die Idee der Gesundheitsförderung ist noch jung und wurde durch die WHO und durch den Soziologen Antonovsky zur Diskussion gebracht. Gesundheitsförderung zielt darauf ab, jedem Menschen ein größeres

Maß an Selbstbestimmung zu ermöglichen und ihn damit zur Stärkung seiner Gesundheit zu befähigen (Ottawa Charta 1986). Gesundheitsförderung will den Menschen auf dem Gesundsein/Kranksein-Kontinuum in Richtung Gesundsein bewegen. Das Modell der Salutogenese ist hier die Basis. Der Begriff der Prävention stammt aus der sozialhygienischen Diskussion des 19. Jahrhunderts, wo große soziale Probleme durch die industrielle Revolution gegeben waren, die Möglichkeiten zur Behandlung von Krankheiten noch limitiert waren und die Übertragungswege von Infektionskrankheiten zu erkennen und zu durchbrechen waren. (Vgl. Blättner, 2011, S.201ff)

Die Prävention lässt sich in die primäre (Krankheitsvermeidung), sekundäre (Krankheitsfrüherkennung) und tertiäre (Verhütung des Rückfalls oder Rehabilitation) Prävention einteilen. (Vgl. Blättner, 2011, S.240,241)

Gesundheitsförderung braucht ein stabiles theoretisches Fundament, sonst sind Interventionen purer Aktionismus und die mögliche Wirkung wird dem Zufall überlassen. Solange unklar ist ob und wie die Position am Gesundsein/Kranksein-Kontinuum verändert werden kann, können die bestgemeinten Interventionen ein kontraproduktives Ergebnis bewirken.

An dem Konzept der Salutogenese orientiert, scheinen die besten Interventionen die zu sein, die eine positive Veränderung des SOCs (sense of coherence) bewirken. Folgende Anforderungen an die Interventionen sind wesentlich:

- Die Interventionen müssen eine nachhaltige Veränderung möglich machen, wiederholbar sein und zur Verstehbarkeit beitragen. Dies fordert die Transparenz dem Klienten/der Klientin gegenüber.
- Die Interventionen müssen dem Klienten/der Klientin ermöglichen, selbst zu erfahren, dass er/sie über Ressourcen verfügt und er/sie dadurch selbst mitgestalten kann.
- Es sollten nur evidenzbasierte Maßnahmen gesetzt werden. (Vgl. Blättner, 2011, S.264 ff)

Die evidenzbasierte Medizin lässt sich nicht auf die Evidenzbasierung der Gesundheitsförderung übertragen, qualitative Studien haben ein anderes Outcome und andere Absichten als quantitative Studien. Mangelhafte Evidenz aufgrund fehlender Studien ist nicht gleichzusetzen mit nachgewiesener Unwirksamkeit durch zur Verfügung stehende Studien.(Vgl. Blättner, 2011 S.266)

Ein Beweis für den Bedarf an komplementärer Pflege, sowohl aus der Sicht der in Pflegeberufen Tätigen als auch aus der Warte der Patient/inn/en ist das Ergebnis der Bedarfsanalyse: “ Weiterbildung für Pflegende in komplementärer Pflege“, Lukas Klinik, Schweiz, 2009. (Vgl. Neuhaus, 2009, S.1)

Leistungen in fünf Methoden der Komplementärmedizin werden in der Schweiz unter bestimmten Bedingungen während sechs Jahren (2012-2017) provisorisch im Rahmen der Krankenversicherung vergütet. Die fünf Methoden sind die anthroposophische Medizin, die Homöopathie, die Neuraltherapie, die Phytotherapie und die TCM. Es wird parallel die Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit untersucht.[1]

Da Gesundheitsförderung und Prävention die wesentlichen Punkte in der Komplementären Gesundheitspflege sind und in den niedergelassenen Praxen die Behandlungen nur für eine Minderheit durch Selbstzahlung oder mit Kostenrückerstattung durch eine Zusatzversicherung erreichbar sind, ist es erforderlich, die Bevölkerung im Sinne der Prävention und Gesundheitsförderung flächendeckend mit Informationen einerseits und mit dem Angebot an diesen Leistungen andererseits zu versorgen. Dies ist nur unter Beteiligung des Sozialversicherungssystems möglich. Die Direktabrechnung unserer Leistungen ist aufgrund der Bestimmungen des ASVG derzeit jedoch nicht möglich. Die Tätigkeit in freiberufliche Praxen ist im GuKG BGBI 108/1997 § 36 geregelt.

Komplementäre Pflege ist zurzeit über Zusatzversicherungen abrechenbar, hier werden die Kosten mit 80% rückerstattet. (z.B. UNIQA Versicherungsschutz für ambulante Behandlung einschließlich Komplementärmedizin)

1.1 Zielsetzung

Die Arbeit beschreibt Voraussetzungen, um Komplementäre Leistungen der Bevölkerung in Bezug auf Angebot und Finanzierung transparent und zugänglich zu machen. Im Focus der Betrachtung stehen Komplementäre Leistungen der Aromapflege, CranioSacrale Intervention, Therapeutic Touch und Tuina.

[1] http://www.bag.admin.ch/aktuell/00718/01220/index.html?lang=de&msg-id=37173 (eingesehen am 9. 8. 2014)

1.2 Fragestellung

Wie kann Komplementäre und Ganzheitliche Pflege (Aromapflege, CranioSacrale Intervention, Therapeutic Touch, Tuina) im extramuralen Bereich der Bevölkerung allgemein transparent gemacht und durch Sozialversicherungen finanziert werden?

1.3 Methodik

Um die Frage beantworten zu können, erfolgte eine systematische Literaturanalyse nach Behrens und Langer. Die Suche nach aussagekräftiger Literatur fand im Zeitraum von Jänner bis August 2014 statt. Recherchiert wurde in PubMed, DigiBib, Google Scholar und Medizinischer Fachliteratur mit den Suchbegriffen: complementary care, freelance, extramural, Komplementärmedizin und komplementäre Pflegemethoden. 2 Studien wurden als relevant gesehen. Für die Gesetzeslage in der Schweiz wurde im Bundesamt für Gesundheit recherchiert. Für die österreichische Gesetzeslage wurde im ASVG und im GuKG gesucht.

Eine weitere Eingrenzung der Literatur erfolgte durch das Limit der Aktualität. Beiträge die älter als 5 Jahre waren, wurden nicht zur Verwendung gebracht.

2 Komplementäre Pflege

Für Komplementärmedizin gibt es kein einheitliches (juristisches) Begriffsverständnis: Alternativmedizin, Ganzheitsmedizin, CAM (Complementary und Alternative Medicine), paramedizinische Therapien, biologische Medizin, Regulationsmedizin, Integrativmedizin, sanfte Methoden, traditionelle Heilweisen (UNESCO) Komplementärmedizin im Sinne von „ergänzender Medizin“. (Vgl. Weiss, 2011, o.S)

2.1 Definition von Komplementärer Pflege

Es gibt keine einheitliche Nomenklatur, keine durchgehende Klassifikation, die Einteilung ist eine teilweise Übernahme von der Komplementärmedizin, einige Methoden wurden von der Pflege entwickelt, Naturverfahren und Methoden aus anderen Kulturen zählen ebenso dazu. (Vgl. Gepart, 2013, S.3)

Auf der Homepage der Donau Universität Krems wird komplementär Pflegen und Handeln so beschrieben: Mit Hilfe verschiedener wissenschaftlicher und ganzheitlicher Methoden, auf Basis einer Evidence Based Care, soll ein Zustand der Harmonisierung von Körper, Geist, Seele und Emotionen erreicht werden. Complementary Health Care beinhaltet ein umfassendes Gebiet an Beratung, Unterstützung, Hilfe und Interventionen zur Förderung der Selbstheilung der Klienten und Prävention zunehmender Zivilisationskrankheiten.[2]

Auch für komplementäre Pflege müssen die Kriterien gelten wie sie für professionelle Pflege beschrieben sind:

„*Inhaltlich geht es um das Fördern und Erhalten von Gesundheit, das Vorbeugen von gesundheitlichen Schäden und das Unterstützen von Menschen in der Behandlung und im Umgang mit Auswirkungen von Krankheiten und deren*

[2] http://www.donau-uni.ac.at/de/studium/complementaryhealthcare/index.php

Therapien. Ziel sind bestmögliche Behandlungs- und Betreuungsergebnisse sowie eine bestmögliche Lebensqualität in allen Phasen des Lebens bis zum Tod[3] (Vgl. Spichiger, et al., 2006, S.45)

Im folgenden Kapitel sollen die diversen Möglichkeiten an Aus-, Fort- und Weiterbildung dargestellt werden.

2.2 Aus-, Fort- und Weiterbildungen in Zusammenhang mit komplementären Pflegemethoden

Für alle Gesundheitsberufe besteht die Verpflichtung zur berufsspezifischen und der Wissenschaft entsprechenden Aus-, Fort- und Weiterbildung. (Vgl. Andreaus, 2013, S.59)

2.2.1 Ausbildung:

Unter Ausbildung wird das Erlernen der grundlegenden, für die Ausübung des Berufes notwendigen Berufskenntnisse verstanden. Nach einer erfolgreichen Absolvierung einer solchen Berufsausbildung, sowie einer Abschlussprüfung dürfen geregelte Berufe ausgeübt werden. In vielen Berufen sind Zusatzausbildungen vorgesehen, die auf den „Grundberuf" aufbauen und zu einer erweiterten Berufsausübung und zur Erlangung spezifischer Kompetenzen führen. (Vgl. Andreaus, 2013, S.59)

Es gibt in der Ausbildung für Gesundheits- und Krankenpflege offene Curricula, in deren Rahmen Komplementäre Methoden behandelt werden. So sind im Unterrichtsfach Gesundheits- und Krankenpflege im 3. Ausbildungsjahr 4 Unterrichtseinheiten für das Pflegekonzept Therapeutic Touch vorgesehen, die das Pflegekonzept beschreiben und die Pflegerelevanz argumentieren. (Vgl.ÖBIG, 2003, S.267)

[3] http://resources.metapress.com/pdf-preview.axd?code=a175026886260458&size=largest

2.2.2 Fortbildung

Eine Fortbildung hat das Ziel, den Wissenstand der Ausbildung zu vertiefen bzw. auf den jeweils aktuellen Stand der Wissenschaft zu heben. Fortbildungen sind auch so angelegt, Kenntnisse in Fächern, die für die Ausübung des Berufes wichtig sind, zu geben, die jedoch nicht zum Kernbereich des eigentlichen Berufs gehören, zu vermitteln. (Vgl. Andreaus, 2013, S.60)

Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sind verpflichtet, sich über die neuesten Entwicklungen und Erkenntnisse der Pflegewissenschaft und medizinischen Wissenschaft zu informieren und müssen zur Vertiefung der in der Ausbildung erworbenen Kenntnisse innerhalb von fünf Jahren Fortbildungen von mindestens 40 Stunden zu besuchen. (Vgl. Allmer, 2013, S.89)

2.2.3 Weiterbildung

Als Weiterbildung wird eine weiterführende Ausbildung, die auf den bereits erlernten Beruf aufbaut, verstanden. (Vgl. Andreaus, 2013, S.60)

Weiterbildungen nach §64 des GuKG BGBI 108/1997 für Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege dienen zur Erweiterung der in der Ausbildung erwobenen Kenntnisse und Fertigkeiten. Um eine Mindestqualifikation zu erreichen, müssen Weiterbildungen mindesten vier Wochen dauern und werden mit der Abnahme einer Prüfung und Ausstellung eines Zeugnisses abgeschlossen. Absolvent/en/innen haben die Möglichkeit die absolvierte Fachrichtung als Zusatzbezeichnung anzugeben. (Vgl. Allmer, 2013, S.90)

Weiterbildungen nach §64 des GuKG 97 für Angehörige der gehobenen Gesundheits- und Krankenflege gibt es derzeit in Aromapflege, Ayurveda, Kindertuina, Therapeutic Touch und komplementäre Pflege.

2.2.4 Universitätslehrgang für Komplementäre Gesundheitpflege

Die Absolvent/inn/en dieses Studiums können sich als Akademische/r Expert/in/e für Komplementäre Gesundheitspflege bezeichnen. Diese umfasst komplementäre Methoden wie Aromapflege, CranioSacrale Intervention, Therapeutic Touch, fünf Elemente Ernährung und Tuina. Mit dieser Ausbildung erwerben Studierende Kompetenzen, sich selbst und ihre Umwelt bewusst wahrzunehmen, Klient/inn/en ganzheitlich zu erfassen und zu beraten, sowie in Reflexion mit dem Erlernten

eine neue Basis für komplementäre Handlungsfelder in der Gesundheitsförderung, Prävention und Krankenpflege zu schaffen.[4]

Im nächsten Kapitel werden die gesetzlichen Grundlagen beschrieben, die notwendig sind um komplementäre Pflege im extramuralen Bereich anwenden zu können.

3 Gesetzliche Grundlagen

Zuerst werden die Aufgaben des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege beschrieben.

3.1 Allgemeines Berufsbild

Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege ist der pflegerische Teil des Gesundheitssystems, dieser beinhaltet folgende Punkte,

- gesundheitsfördernde
- präventive,
- diagnostische,
- therapeutische und
- rehabilitative Maßnahmen

[4]http://www.donau-uni.ac.at/de/studium/complementaryhealthcare/index.php

zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten. Diese Maßnahmen werden eigenverantwortlich durchgeführt.

Dies umfasst die Pflege und Betreuung von Menschen aller Altersstufen bei körperlichen und psychischen Erkrankungen, die Pflege und Betreuung behinderter Menschen, Schwerkranker und Sterbender sowie pflegerische Mitwirkung an der Rehabilitation sowie der primären Gesundheitsversorgung, der Förderung der Gesundheit und der Verhütung von Krankheiten im intra- und extramuralen Bereich.

Diese Tätigkeiten beinhalten auch die Mitarbeit bei diagnostischen und therapeutischen Verrichtungen auf ärztliche Anordnung. (GuKG BGBI 108/1997 §11)[5]

Die gesetzliche Verankerung von Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation im Berufsbild der Pflege ist in einem modernen Gesundheitswesen notwendig geworden, diesen Bereichen sollte der gleiche Stellenwert wie dem kurativen Bereich gegeben werden.

Im Vorfeld und in der Nachsorge von pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen hat die Pflege eine wichtige Rolle einzunehmen. Dies wird auch von der WHO (Weltgesundheitsorganisation) für alle Mitgliedsstaaten empfohlen. Im Rahmen des gesundheitspolitischen Programms der WHO „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ wird die Bedeutung personeller Ressourcen für die Gestaltung eines bedarfsgerechten Gesundheitswesens mit besonderer Wichtigkeit der primären Gesundheitsversorgung betont. (GuKG BGBI 108/1997 §11)[6]

---

[5] http://scholar.google.at/scholar?hl=de&q=www.+medizinrecht-pflegerecht.com&btnG=&lr=

[6] http://scholar.google.at/scholar?hl=de&q=www.+medizinrecht-pflegerecht.com&btnG=&lr=

3.2 Tätigkeitsbereich für den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege

Das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz unterscheidet zwischen einem eigenverantwortlichen, einem mitverantwortlichen und einem interdisziplinären Tätigkeitsbereich.

3.2.1 Eigenverantwortlicher Tätigkeitsbereich

Im § 14 des GuKG BGBI 108/1997 wird die eigenverantwortliche Tätigkeit folgendermaßen beschrieben.

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 (Pflegeprozess), die Gesundheitsförderung und -beratung im Rahmen der Pflege, die Pflegeforschung sowie die Durchführung administrativer Aufgaben im Rahmen der Pflege.

Das Gesetz nennt folgende Aufgaben:

- Erhebung der Pflegebedürfnisse und des Grades der Pflegeabhängigkeit des Patienten oder Klienten sowie die Feststellung und die Beurteilung der zur Deckung dieser Bedürfnisse zur Verfügung stehenden Ressourcen (Pflegeanamnese),
- Feststellung der Pflegebedürfnisse (Pflegediagnose),
- Planung der Pflege, Festlegung von pflegerischen Zielen und Entscheidung über die zu treffenden pflegerischen Maßnahmen (Pflegeplanung),
- Durchführung der Pflegemaßnahmen,
- Auswertung der Resultate der Pflegemaßnahmen (Pflegeevaluation),
- Information über Krankheitsvorbeugung und Anwendung von gesundheitsfördernden Maßnahmen,
- psychosoziale Betreuung,
- Dokumentation des Pflegeprozesses,
- Organisation der Pflege,
- Anleitung und Überwachung des Hilfspersonals,

- Anleitung und Begleitung der Schüler im Rahmen der Ausbildung und Mitwirkung an der Pflegeforschung sowie
- lebensrettende Sofortmaßnahmen. (§ 14 GuKG BGBI 108/1997)[7]

3.2.2 Mitverantwortlicher Tätigkeitsbereich

Im § 14 des GuKG BGBI 108/1997 wird der mitverantwortliche Tätigkeitsbereich beschrieben.

Dieser umfasst die Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen nach ärztlicher Anordnung. Der anordnende Arzt trägt für die Richtigkeit

der Anordnung die Verantwortung (Anordnungsverantwortung), der Angehörige des gehobenen Dienstes trägt die Verantwortung für die ordnungsgemäße Durchführung der angeordneten Tätigkeit (Durchführungsverantwortung).

Die Anordnung hat vor der Durchführung schriftlich zu erfolgen und die erfolgte Durchführung durch den Angehörigen des gehobenen Dienstes durch eine Unterschrift zu bestätigen.

Der Arzt kann sich beim Übertragen von Aufgaben (z.B. Verabreichung von Medikamenten) auf die Kenntnisse des gehobenen Dienstes verlassen. Passiert diesem bei der Durchführung ein Fehler, so haftet der Pflegedienst dafür. (Vgl. Andreaus, 2013, S. 115)

3.2.3 Interdisziplinärer Tätigkeitsbereich

Im § 16 des GuKG BGBI 108/1997 wird der Interdisziplinäre Tätigkeitsbereich folgendermaßen beschrieben:

der Interdisziplinäre Tätigkeitsbereich umfasst jene Bereiche, die sowohl die Gesundheits- und Krankenpflege als auch andere Berufsgruppen des Gesundheitswesens betreffen. Angehörige des gehobenen Dienstes haben ein Vorschlags- und Mitentscheidungsrecht. Sie tragen die Durchführungsverantwortung für alle von ihnen in diesen Bereichen gesetzten pflegerischen Maßnahmen. Folgende Aufgaben nennt das Gesetz:

---

[7] http://scholar.google.at/scholar?hl=de&q=www.+medizinrecht-pflegerecht.com&btnG=&lr=

- Mitwirkung bei Maßnahmen zur Verhütung von Krankheiten und Unfällen sowie zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit,
- Vorbereitung der Patienten oder pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen auf die Entlassung aus einer Krankenanstalt oder Einrichtung, die der Betreuung pflegebedürftiger Menschen dient, und Hilfestellung bei der Weiterbetreuung (Entlassungsmanagement),
- Gesundheitsberatung
- Beratung und Sorge für die Betreuung während und nach einer physischen oder psychischen Erkrankung. (Vgl. Andreaus, 2013, S.115 ff)

3.3 Freiberufliche Ausübung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege

Die freiberufliche Ausübung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege ist im GuKG BGBI 108/1997 § 36 geregelt.

Diese umfasst folgende Tätigkeit: Im Rahmen der freiberuflichen Berufsausübung haben Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege die zur Betreuung und Pflege übernommenen Menschen oder die zu ihrer gesetzlichen oder bevollmächtigten Vertretung befugten Personen insbesondere über

- die Pflegediagnose,
- den geplanten Ablauf der Betreuung und Pflege,
- die Kosten der Betreuung und Pflege und
- den beruflichen Versicherungsschutz

zu informieren. Bei der Aufklärung über die Kosten der Betreuung und Pflege ist insbesondere darüber zu informieren, welche Betreuungskosten von entsprechenden inländischen Trägern der Sozialversicherung, der Krankenfürsorge oder einem sonstigen Kostenträger voraussichtlich übernommen werden und welche von den betroffenen Patienten oder Klienten zu tragen sind. Dabei ist sicherzustellen, dass in jedem Fall die der betreuten Person in Rechnung gestellten Kosten nach objektiven, nichtdiskriminierenden Kriterien berechnet werden.

Nach erbrachter Leistung hat der/die Angehörige des gehobenen Dienstes, sofern die Leistung nicht direkt mit einem inländischen Träger der Sozialversicherung,

der Krankenfürsorge oder mit einem sonstigen Kostenträger verrechnet wird, eine klare Rechnung über diese auszustellen, die den Anforderungen für eine steuerliche Geltendmachung und Erstattung genügt. (Vgl. Allmer, 2013, S.64)[8]

3.4 Verrechnung der Leistungen

Die Direktverrechnung der Leistungen des gehobenen Dienstes der Gesundheits- und Krankenpflege, Trägern der Sozialversicherung ist aufgrund der Bestimmungen des ASVG derzeit jedoch nicht möglich. Diese Bestimmung regelt, durch wen ärztliche Hilfe bzw. dieser gleichgestellte Leistungen für die Sozialversicherung erbracht werden kann.

3.4.1 § 135 Ärztliche Hilfe oder der ärztlichen gleichgestellte Hilfe

Die ärztliche Hilfe wird durch Vertragsärztinnen, Vertragsärzte und Vertrags-Gruppenpraxen, Wahlärztinnen, Wahlärzte und Wahl-Gruppenpraxen sowie durch Ärztinnen und Ärzte in eigenen Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) der Versicherungsträger gewährt. Im Rahmen der Krankenbehandlung ist der ärztlichen Hilfe gleichgestellt (§ 133 Abs. 2), eine auf Grund ärztlicher Verschreibung erforderliche

- physiotherapeutische,
- logopädisch-phoniatrisch-audiologische oder
- ergotherapeutische

Behandlung durch Personen , die gemäß § 7 des Bundesgesetzes über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste zur freiberuflichen Ausübung des physiotherapeutischen Dienstes, des logopädisch-phoniatrischaudiologischen Dienstes bzw. des ergotherapeutischen Dienstes berechtigt sind.[9]

---

[8] http://scholar.google.at/scholar?hl=de&q=www.+medizinrecht-pflegerecht.com&btnG=&lr=

[9] http://www.jusline.at/135_%C3%84rztliche_Hilfe_ASVG.html

3.4.2 Verrechnung über Zusatzversicherungen

Komplementäre Pflege ist derzeit über Zusatzversicherungen abrechenbar, hier werden Kosten mit 80% rückerstattet. (zum Beispiel bei der UNIQA Versicherung mit dem Versicherungsschutz für ambulante Behandlung einschließlich Komplementärmedizin). Hierfür notwendig ist eine Zuweisung vom Hausarzt. (Vgl. UNIQA, 2013 Tarifbestimmungen)

4 Warum komplementäre Gesundheitspflege?

„Gesundheit ist ein hohes Gut“ so schreibt Petzold in einem Geleitwort, *„vielleicht das höchste, wenn ein weit gefasstes Gesundheitskonzept die Basis ist, so ist Gesundheit mehr als nur die Abwesenheit von Krankheit, sie wird als komplexe Qualität menschlichen Lebens definiert“.* (Vgl. Petzold in Lorenz, 2005, S.8)

Gesundheitsberufe erhalten dadurch Argumente für eine moderne medizinische Perspektive, die betont, dass Gesundheit sich nicht nur auf das Körperliche und störungsfreie Funktionieren des Körpers begrenzt, sondern die Sicht auf den „ganzen Menschen“ fordert. (Vgl. Petzold in Lorenz, 2005, S.8)

4.1 Das Modell der Salutogenese, der Entstehung von Gesundheit nach Aaron Antonovsky

Der amerikanisch-israelische Medizinsoziologe Aaron Antonovsky (1923-1994) entwickelte 1979 das Konzept der Salutogenese, mit der dazugehörigen Frage: *“Wie und wodurch entsteht Gesundheit?“*

Das Wort Salutogenese setzt sich aus dem lateinischen „salus“ - Gesundheit, Wohlbefinden und dem griechischen „genesis“ - Entstehung, Ursprung zusammen.

Der Hintergrund für die Entstehung dieses Wortes, war eine Studie zur Gesundheit von Frauen in den Wechseljahren. Die Erkenntnis aus dieser Studie war, dass sich 29 Prozent der befragten Frauen, die ca. 30 Jahre davor den unvorstellbaren Horror eines Konzentrationslagers erlebt hatten, trotzdem sich einer guten körperlichen und seelischen Gesundheit erfreuten. Einige Frauen gaben an, dass sie sogar gestärkt aus dieser Erfahrung herausgekommen seien. (Vgl. Petzold, 2013, S.4ff)

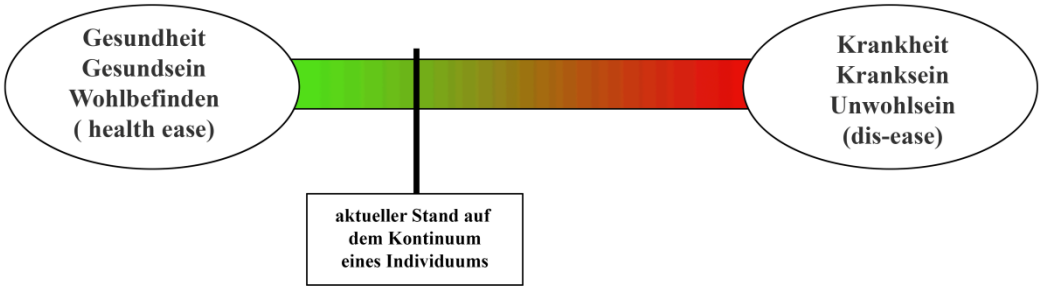
4.1.1 Gesundheits-Krankheits-Kontinuum

Antonovsky spricht nicht von einer Dichotomie von Gesundheit und Krankheit wie die traditionelle krankheitsorientierte Denkrichtung der Schulmedizin. Den Fokus auf die Gesundheit gerichtet zu haben heißt, die Aufmerksamkeit auf die Ressourcen zu richten, den Menschen gesund zu erhalten und ihn vor Krankheit zu bewahren.

Wenn die Blickrichtung auf Krankheit gerichtet ist, konzentriert sich die Tätigkeit auf die Behandlung der Kranken.

Antonovskys Grundannahme geht von einem sogenannten Gesundheits-Krankheits- Kontinuum aus. Wir sind alle sterblich, wir haben aber auch solange wir leben ein gewisses Ausmaß an Gesundheit. Der salutogenetische Ansatz sieht vor, daß wir die Position zu jedem Zeitpunkt im Leben in Richtung Gesundheitspol verändern können. (Vgl. Antonovsky, 1997, S.23)

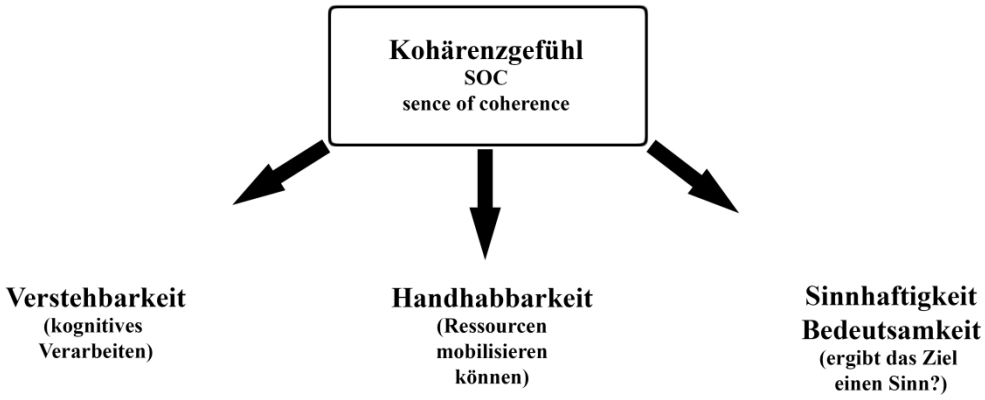
Gesundheit kann nicht als der Normalzustand des Lebens eines Menschen gesehen werden, denn dann wäre jede Abweichung vom Normalzustand Krankheit, erklärungsbedürftig. Antonovsky geht von der Omnipräsenz von Stressoren aus und von der grundsätzlichen Annahme von Heterostase, Unordnung und ständigem Druck in Richtung auf zunehmende Entropie. (Vgl.Antonovsky, 1997, S.16ff)



1. Abbildung des Gesundheits/Krankheitskontinuum

4.1.2 Kohärenzgefühl/Kohärenzempfinden (Sence of coherence -SOC)

Antonovsky entwickelte das Konzept des „sense of coherence“ (SOC), welches mit dem Begriff Kohärenzgefühl oder Kohärenzempfinden zu übersetzen ist. Das Kohärenzgefühl ist der Schutzfaktor, der negative Auswirkungen der Stressoren verhindert, und besteht aus drei Komponenten.



2. Beeinflussende Komponenten des Kohärenzgefühl.

„Das SOC (Kohärenzgefühl) ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass 1. Die Stimuli, die sich im Verlauf

des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind; 2. einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen; 3. diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen.“ (Vgl. Antonovsky, 1997, S.36)

Das Kohärenzgefühl stellt keine Coping-Strategie dar, sondern ist eine generelle Lebenseinstellung mit drei Komponenten:

- Verstehbarkeit (comprehensibility), dieser Aspekt hat seine Bedeutung darin, die Lebensprobleme und die mit ihnen verbundenen Stressoren in ihrer Ausprägung zu erfassen und zu definieren.
- Handhabbarkeit (manageability), diese beschäftigt sich der Frage der Bewältigung oder Lösbarkeit des Problems. Sie ist davon abhängig, ob Ressourcen mobilisiert und eingesetzt werden können.
- Sinnhaftigkeit, Bedeutsamkeit (meaningfulness), dieser Aspekt beschreibt das Ausmaß, in dem jemand fühlt, dass das Leben einen emotionalen Sinn hat, dass es sich lohnt Energie zu investieren und das Problem als willkommene Herausforderungen gesehen werden kann anstatt es als Last zu empfinden. (Vgl. Lorenz, 2005, S.37ff)

4.2 Die Bedeutung der Salutogenese in der komplementären Pflege

Im Sinne des salutogenetischen Modells ist es wesentlich, wo sich ein Klient/eine Klientin auf dem Gesundheits-Krankheitskontinuum befindet und durch welche pflegerische Intervention eine Bewegung in Richtung Gesundheit gefördert werden kann. Von zentraler Bedeutung in der Salutogenese ist das Kohärenzgefühl, das durch verschiedene Situationen im Leben erschüttert werden, aber ebenso durch kleine Veränderungen der Situation, durch Zuwendung, durch interaktives und professionelles Handeln auch wieder stabilisiert werden kann. (Vgl. Brieskorn-Zinke, 2010, S.173ff)

Antonosvsky bietet einen theoriegeleiteten Rahmen, der den Fokus hin zu Lebensbewältigung durch Maßnahmen zur Gesundheitsförderung lenkt, und nicht am klassischen Krankheitsmodell festhält. (Vgl. Lorenz, 2005, S.103)

Komplementäre Methoden erfassen die Ganzheitlichkeit des Klienten/der Klientin und nicht nur die Symptome eines Krankheitsbildes. So wird im Sinne der Salutogenese mit komplementärer Pflege (z. B. Therapeutic Touch) das Kohärenzgefühl gestärkt, infolgedessen können Anforderungen und Belastungen besser bewältigt werden. (Vgl.Ploner-Grißmann, 2012, o.S.)

Das Kohärenzgefühl spielt eine entscheidende Rolle, ob wir bei körperlichen und/oder seelischen Belastungen gesund bleiben, beziehungsweise im Erkrankungsfall wieder schnell genesen. (Vgl. Schiffer, 2009, S.11)

4.3 Gesundheitsförderung und Prävention

Eine Erklärung der WHO-Ministerkonferenz zum Pflege-und Hebammenwesen in Europa macht deutlich, dass die Pflegenden eine starke Berufsgruppe sind und dass im Rahmen von Public Health Kompetenzerweiterung und Verantwortungsübernahme durch eine Professionalisierungsentwicklung wichtig sind. (Vgl. Brieskorn-Zinke, 2007, S.10)

„Die Teilnehmer der WHO-Ministerkonferenz Pflege- und Hebammenwesen in Europa befassen sich mit der einzigartigen Rolle, die die sechs Millionen Pflegenden und Hebammen in der gesundheitlichen Entwicklung und der Erbringung gesundheitlicher Leistungen spielen, und mit dem einzigartig wichtigen Beitrag, den sie dazu leisten. Wir sind der Überzeugung, dass den Pflegenden und Hebammen im Rahmen der gesellschaftlichen Bemühungen um eine Bewältigung der Public Health - Herausforderungen unserer Zeit sowie die Sicherstellung einer hochwertigen, allen zugänglichen Gesundheitsversorgung eine Schlüsselrolle zufällt, die zudem immer wichtiger wird“ (Vgl. WHO 2000 in Brieskorn-Zinke, S.10)

Damit sind hier zwei Aufgabenbereiche angesprochen, die für die Pflege und Gesundheitsförderung relevant sind:

1. *„System- bzw. Versorgungsgestaltung, wenn es um die Sicherstellung einer hochwertigen, allen zugänglichen Gesundheitsversorgung geht;*

2. *Gesundheitsförderung und Prävention, wenn es um die Herausforderungen zur Erhaltung der Gesundheit der Bevölkerung geht.* (Vgl.Brieskorn-Zinke, 2004, S.331)

In einem modernen Gesundheitswesen muss den Bereichen Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation der gleiche Stellenwert gegeben werden wie dem kurativen Bereich. (Vgl. Allmer, 2013, S.29)

Gesundheitsförderung und Prävention stehen für ganz unterschiedliche gesundheitspolitische Konzepte:

Die Idee der Gesundheitsförderung ist noch jung und wurde durch die WHO und durch den Soziologen Antonovsky zur Diskussion gebracht. Gesundheitsförderung zielt darauf ab, jedem Menschen ein größeres Maß an Selbstbestimmung zu ermöglichen und ihn damit zur Stärkung seiner Gesundheit zu befähigen (Vgl. Ottawa Charta 1986, WHO 1986 in Blättner, 2011, S.201). Gesundheitsförderung will den Menschen auf dem Gesundsein/Kranksein-Kontinuum in Richtung Gesundsein bewegen. Das Modell der Salutogenese ist hier die Basis.

Der Begriff der Prävention stammt aus der sozialhygienischen Diskussion des 19. Jahrhunderts, wo große soziale Probleme durch die industrielle Revolution gegeben waren, die Möglichkeiten zur Behandlung von Krankheiten noch limitiert waren und die Übertragungswege von Infektionskrankheiten zu erkennen und zu durchbrechen waren. (Vgl. Blättner, 2011, S.201ff)

Die Prävention lässt sich in die primäre (Krankheitsvermeidung), sekundäre (Krankheitsfrüherkennung) und tertiäre (Verhütung des Rückfalls oder Rehabilitation) Prävention einteilen. (Vgl. Blättner, 2011, S.240,241)

Gesundheitsförderung braucht ein stabiles theoretisches Fundament, sonst sind Interventionen purer Aktionismus und die mögliche Wirkung wird dem Zufall überlassen. Solange unklar ist ob und wie die Position am Gesundsein/Kranksein-Kontinuum verändert werden kann, können die bestgemeinten Interventionen ein kontraproduktives Ergebnis bewirken.

An dem Konzept der Salutogenese orientiert, scheinen die besten Interventionen die zu sein, die eine positive Veränderung des SOCs (sense of coherense) bewirken. Folgende Anforderungen an die Interventionen sind wesentlich:

- Die Interventionen müssen eine nachhaltige Veränderung möglich machen, wiederholbar sein und zur Verstehbarkeit beitragen. Dies fordert die Transparenz dem Klienten/der Klientin gegenüber.
- Die Interventionen müssen dem Klienten/der Klientin ermöglichen, selbst zu erfahren, dass er/sie über Ressourcen verfügt und er/sie dadurch selbst mitgestalten kann.
- Es sollten nur evidenzbasierte Maßnahmen gesetzt werden. (Vgl. Blättner, 2011, S.264ff)

Die evidenzbasierte Medizin lässt sich nicht auf die Evidenzbasierung der Gesundheitsförderung übertragen, qualitative Studien haben ein anderes Outcome und andere Absichten als quantitative Studien. Mangelhafte Evidenz aufgrund fehlender Studien ist nicht gleichzusetzen mit durch zur Verfügung stehende Studien nachgewiesener Unwirksamkeit. (Vgl. Blättner, 2011 S.266)

Komplementäre Methoden wie Aromapflege, CranioSacrale Interventionen, Therapeutic Touch und Tuina sind evidenzbasierte komplementäre Methoden, die im Rahmen der Salutogenese angwandt werden können.

Ein Beweis für den Bedarf an komplementärer Pflege, sowohl aus der Sicht der in Pflegeberufen Tätigen als auch aus der Warte der Patient/inn/en ist das Ergebnis der Bedarfsanalyse: " Weiterbildung für Pflegende in komplementärer Pflege", Lukas Klinik, Schweiz, 2009. (Vgl. Neuhaus, 2009, S.1)

Die Studie zur Bedarfsanalyse „Komplementärmedizin" hatte zum Ziel, den Bedarf an einer Weiterbildung für Pflegende in komplementärmedizinischer Pflege in der deutschen Schweiz einzuschätzen. Mit einem Fragebogen wurden Pflegedienstleitungen aus Kliniken, Heimen und spitalexternen Krankenpflegeorganisationen angefragt, den Bedarf an einer möglichen Weiterbildung einzuschätzen. Drei Themenbereiche umfasste der Fragebogen: Das Interesse von Patientinnen und Patienten an komplementärmedizinischer Pflege, den Bedarf des Pflegepersonals an Weiterbildung in komplementäremedizinischer Pflege und die Einschätzung der Befragten zum Nutzen komplementärmedizinischer Therapien. Das Ergebniss : 41% der Befragten haben das Interesse an komplementärmedizinischen Therapien der Patientinnen und Patienten zwischen mittel und hoch eingeschätzt, in verschiedenen Bereichen wurde das Interesse unterschiedlich eingeschätzt. In den Bereichen Onkologie, Geburt/Wochenbett und Kinderheilkunde wurde das Interesse mit „hoch" eingeschätzt und der Bedarf an Pflegepersonal mit komplementärmedizinischer Weiterbildung als „hoch" eingeschätzt. Eine

Weiterbildung als Lehrgang in komplementärmedizinischer Pflege wird von der Mehrheit der Befragten befürwortetn. Der Nutzen wurde von 55% der Befragten als „nützlich“ bis „sehr nützlich“ eingeschätzt. Die Schlussfolgerung daraus ist, dass fast jede vierte Patientin und jeder vierte Patient Interesse an komplementärmedizinischen Therapien hat. Um die Pflegequalität auch auf diesem Gebiet zukünftig zu gewährleisten, sollte das Angebot an Weiterbildung in komplementärmedizinischer Pflege ausreichend sein. (Vgl. Neuhaus, 2009, S.2)

Die explorative Studie „Anwendung komplementärer Pflegemethoden in der Praxis“ kam zu folgendem Ergebnis: 92,1% der befragten Pflegekräfte gaben an, naturheilkundliche und andere komplementäre Maßnahmen in den Pflegeprozess zu integrieren. Etwa drei Viertel der Befragten Pflegekräfte fanden, dass komplementären Methoden eine große Bedeutung zukommt. Ebenso wurde die Akzeptanz der Patient/innen/en gegenüber komplementären Pflegemethoden aus der Sicht der befragten Pflegekräfte auf einer Rating-Skala (0 = sehr gering bis 10 = sehr groß) mit 6,83 bewertet.

Gründe hierfür sehen die Befragten in denVorteilen, die sich für sie, aber auch für die Patienten im Pflegeprozess ergeben. Die Vorteile betreffen zumeist die positiven Auswirkungen, die sie bei ihren Patienten beobachten, die sich wiederum positiv auf die Interaktion zwischen Pflegekräften und Patienten auswirkt. Dadurch verbessert sich das allgemeine, subjektive Wohlbefinden der Patienten und das Vertrauen, da sie im Rahmen der Anwendung komplementärer Maßnahmen mehr Zuwendung erfahren. Hier kommt der ganzheitliche Ansatz komplementärer Pflegemethoden, der gerade im Rahmen einer professionell durchgeführten Pflege berücksichtigt werden sollte, zum Ausdruck. (Vgl. Stellhorn, 2009, S.87)

5 Komplementäre Gesundheitspflege in einer freiberuflichen Praxis

Komplementäre Gesundheitspflege in der freiberuflichen Praxis beinhaltet Gesundheitsförderung, Prävention, Rehabilitation, Begleitung bei chronischen Erkrankungen auch im sekundär- und tertiär präventiven Bereich ergänzend zu schulmedizinischen Therapien.

5.1 Voraussetzungen für die freiberufliche Ausübung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege

Im § 36 (1) GuKG BGBI 108/1997 ist die beabsichtigte freiberufliche Ausübung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege der zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde zu melden und folgende Unterlagen vorzulegen:

- ein Qualifikationsnachweis (Diplom),
- eine Strafregisterbescheinigung,
- ein ärztliches Zeugnis über die gesundheitliche Eignung, das nicht älter als drei Monate ist

Die freiberufliche Tätigkeit ist der Sozialversicherung der gewerblichen Wirtschaft und dem Finanzamt zu melden.

Empfohlen werden auch eine Berufshaftpflicht- und eine Berufsrechtschutzversicherung.

Im § 37 (1) GuKG BGBI 108/1997 ist geregelt, dass der Berufssitz der Ort ist, an dem oder von dem eine freiberufliche Tätigkeit regelmäßig ausgeübt wird.

(2) Jeder freiberuflich tätige Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege hat einen oder höchsten zwei Berufssitze in Österreich zu bestimmen.

(4) Die freiberufliche Ausübung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege ist ohne bestimmten Berufssitz verboten.

Ist der Berufssitz auch gleichseitig der Wohnsitz soll es eine eindeutige Trennung dieser Bereiche geben.

Wenn die Verständigung vom Magistrat oder der Bezirkshauptmannschaft, dass die freiberufliche Tätigkeit zur Kenntnis genommen wird, eingelangt ist darf die freiberufliche Tätigkeit aufgenommen werden. (§ 36 (3 a) GuKG BGBI 108/1997)

Im Rahmen der freiberuflichen Berufsausübung haben Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege die zu ihrer gesetzlichen oder bevollmächtigten Vertretung befugten Personen insbesondere über die Pflegediagnose, den geplanten Ablauf der Betreuung und Pflege, die Kosten der Betreuung und Pflege und den beruflichen Versicherungsschutz zu informieren.

Exemplarisch für eine Therapeutic Touch Behandlung befindet sich im Anhang ein Informationsblatt. Ist die Klientin/der Klient informiert und wurden seine

Fragen beantwortet wird ihm eine schriftliche Einverständniserklärung zur Unterschrift vorgelegt. (siehe Anhang)

5.2 Die einzelnen Schritte im Rahmen des Pflegeprozesses

Hier werden die einzelnen Schritte des eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereiches genauer erörtert. (§ 14 GuKG BGBI 108/1997)

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 (Pflegeprozess), die Gesundheitsförderung und -beratung im Rahmen der Pflege, die Pflegeforschung, sowie die Durchführung administrativer Aufgaben im Rahmen der Pflege. (1)

5.2.1 Pflegeanamnese (pflegerisches Assessment)

Die Pflegeanamnese ist die Sammlung von Informationen über die Klientin/den Klienten, die als Grundlage für die Pflegeplanung dient. Diese umfasst die Personalien, Diagnosen und Therapien sowie die entsprechenden Verordnungen, den körperlichen Zustand, individuelle Bedürfnisse der Klientin/des Klienten und ihrer/seiner Angehörigen, das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit und die Fähigkeit zur Mitarbeit. (Vgl. Allmer, 2013, S.33)

Die Pflegeanamnese findet im Rahmen des Erstgesprächs statt. Die Pflegeanamnese zeichnet sich durch ihre ganzheitliche Betrachtungsweise der Reaktion des Menschen auf Einschränkungen, Ressourcen, Verletzungen, Kranksein/Gesundsein, belastende Lebensereignisse und Bedürfnisse aus. Das Erheben der Pflegeanamnese zielt darauf ab, die gesundheitliche Versorgung und Pflege zu planen, einzuschätzen wie sich Krankheit/Kranksein auf die Klientin/den Klienten auswirkt, den Lernbedarf eines Klienten zu bewerten und einzuschätzen welche Information, Schulung, Anleitung und Beratung der Patient benötigt. Das pflegerische Assessment ist die Grundlage jeder Pflegediagnose. (Vgl. Kürzl, 2014, S.24ff)

Für die Erstkonsultation sollten zwei Stunden veranschlagt werden, da die meisten Interessenten viele Fragen zur Methode und zu Hintergründen haben. Eine Tasse Tee oder ein Glas Wasser kann eventuell zur Entspannung beitragen.

Für die Befragung der Klientin/des Klienten kann eine Karteikarte mit vorgedruckten Fragen und Stichworten hilfreich sein. Darauf kann auch der gesamte Pflegeprozess dokumentiert werden. (Vgl. Zimmermann, 2011, S.286ff)

Die pflegerische Datenerfassung soll folgende Komponenten beeinhalten:

- biografische Informationen,
- Hauptbeschwerden, Grund für die Inanspruchnahme von Pflege/komplementären Interventionen/Beratung,
- normaler Gesundheitszustand, Entwicklung der Krankheit und Auswirkungen der Krankheit auf den Alltag der Klientin/des Klienten,
- Krankengeschichte
- Subjektive Informationen über die verschiedenen Organsysteme in Zusammenhang mit Schwierigkeiten bei alltätlichen Verrichtungen wie Körperpflege, Kleiden, Essen und Ausscheiden, Mobilität usw.,
- Soziale und familiäre Informationen, wie Familienbeziehungen, Freundeskreis, ethnische Zugehörigkeit, berufliche und finanzielle Situation,
- Lebensstil einschließlich Gewohnheiten, wie z. B. Ernährungsgewohnheiten, Alkohol- und Tabakkonsum, Schlaf- und Ruhemuster, körperliche Betätigung usw.,
- Spiritualität - Kraftquellen,
- Wahrnehmung, die die Klientin/der Klient von seiner Krankheit hat: hat sie/er die Bedeutung und Auswirkungen Ihrer/seiner Krankheit erfasst,
- Erwartungen der Klientin/des Klienten an die Gesundheits- oder Pflegeeinrichtung bzw. an die Pflegeperson. (Vgl. Wilkinson, 2012, S.121 in Kürzl, 2014, S.27)

Folgende Informationsquellen könne zur Datensammlung genutzt werden:

- Gespräch mit der Klientin/den Klienten
- Gespräch mit Angehörige
- Eigene Beobachtungen
- Befunde, Krankengeschichte (Vgl. Kürzl, 2014, S.25)

5.2.2 Pflegediagnose

Die Pflegediagnose ist die Feststellung und Einschätzung der patientenbezogenen Probleme und pflegerischen Bedürfnisse insbesondere auf die Problemursachen. Sie liefert die Grundlage zur Auswahl von Pflegehandlungen und zum Erreichen erwarteter Pflegeziele und schafft die Rahmenbedingungen zur Anwendung der Pflegeplanung. (Vgl. Allmer, 2013, S.33)

In der Pflegediagnostik soll ermittelt werden welche pflegerische Maßnahmen, komplementäre Methoden und/oder komplementäre Interventionen ergriffen werden können, um realistische Ziele zu erreichen. Eine Pflegediagnose beinhaltet zumindest eine Problembeschreibung, mögliche Ursachen sowie Ressourcen. Jede Diagnose muss aus einem Titel und Symptomen beziehungsweise Risikofaktoren bestehen.

Beispiele aus der freiberuflichen Praxis für Pflegediagnosen im Rahmen von TT (Therapeutic Touch) in der Palliative Care, gibt es im Falle der NANDA-Klassifikation folgende Möglichkeiten: Energiefeldstörung 00050, Chronischer Schmerz 00133, Fatique 00093, Übelkeit 00134, Angst 00146, Schlafstörung 00095, Beeinträchtigtes Wohlbefinden 00214 (Vgl. Ploner-Grißmann, 2013, S.14)

Bei Health Care können folgende NANDA-I-Pflegediagnosen verwendet werden: Bereitschaft für ein verbessertes Wohlbefinden 00183, Beeinträchtigtes Wohlbefinden 00214, Energiefeldstörung 00050, Stressüberlastung 00177, Bereitschaft für eine verbesserte Selbstfürsorge 00182, Bereitschaft für ein verbessertes Management der eigenen Gesundheit 00162. (Vgl. Ploner-Grißmann, 2013, S.27)

Sehr hilfreich in der Praxis können Stempel mit den häufigsten Diagnosen sein wenn keine elektronische Dokumentation stattfindet.

5.2.3 Pflegeplanung

Die Pflegeplanung beinhaltet die generelle und die individuelle Problemstellung, die Festlegung der Pflegeziele und die Ausarbeitung der Pflegemaßnahmen.

Zur Durchführung der Pflegemaßnahmen gehört auch die Beschaffung und Verwendung von Verbandsmaterial/Ölen und anderen pflegerischen Hilfsmitteln. Klarzustellen ist allerdings, dass der Verkauf und Vertrieb derartiger Hilfsmitteln an die gewerberechtlichen Normen gebunden ist. (Vgl. Allmer, 2013, S.33)

Ziele sind realistische, planbare Ist-Zustände in der Zukunft bzw. nach der Intervention und dienen gleichzeitig der Überprüfung der Wirksamkeit der gesetzten Pflegeintervention. Geplante Ziele sollen sich an den Wünschen des

Betreuten und an den pflegerischen Möglichkeiten orientieren. Das Ziel soll messbar, nachvollziehbar und erreichbar sein. (Vgl. Drexler, 2014, S.16) Für TT gibt es eine Well-Being Scale (siehe Anhang) damit wird vor und nach der Intervention der Ist-Zustand erhoben.

5.2.4 Durchführung der Pflegemaßnahmen/Interventionen

Im Falle einer TT-Intervention wird eine höhenverstellbare Massageliege verwendet. Zum Schutz der Liege können Spannleintücher verwendet werden, es gibt auch waschbare Vliese. Handtücher, Decken, Pölster, Rollen, Halbrollen (unter die Knie) sollten vorhanden sein. Falls sich die Heizung nicht schnell regeln lässt (zum Beispiel eine Fußbodenheizung), ist ein Heizlüfter hilfreich.

Ist die Klientin/der Klient gut positioniert kann die Intervention beginnen.

Der Durchführungsnachweis ist eine personenbezogene Dokumentation aller direkten beziehungsweise unmittelbar erbrachten, geplanten Pflegeinterventionen. Der Durchführungsnachweis zeigt allen Beteiligten nachvollziehbar auf, welche Interventionen an welchem Tag zu welcher Uhrzeit gesetzt wurden. (Vgl. Drexler, 2014, S.17)

5.2.5 Pflegevaluation/Re-Assessment

Die Pflegeevaluation ist die Bewertung der geleisteten Pflege sowie der erreichten Fortschritte im Hinblick auf die angestrebten Ziele. Durch kontinuierliche Pflegeevaluation wird es der Pflegeperson ermöglicht, die Effektivität der gesetzten pflegerischen Maßnahmen/komplementären Interventionen in Bezug auf die Bedürfnisse der Klientin/des Klienten zu steuern. (Vgl. Allmer, 2013, S.33)

Die Pflegeevaluation kann zu folgenden Konsequenzen führen: Die Pflegediagnose wird abgesetzt und hat keine Gültigkeit mehr, die Pflegediagnose wird adaptiert oder die Pflegediagnose kann bestehen bleiben.

Vor einer Änderung müssen die Ursachen des Nicht-Erreichen des Pflegeziels ausfindig gemacht und analysiert werden. (Vgl. Drexler, 2014, S.17)

5.2.6 Pflegedokumentation

Die Pflegedokumentation ist die Niederschrift aller Stufen des Pflegeprozesses.

§5 des GuKG BGBI 108/1997 beschreibt die Dokumentationspflicht für Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe. Auf Verlangen ist dem Klienten oder deren gesetzlichen Vertretern oder Personen, die von den betroffenen Klienten bevollmächtigt wurden, die Einsicht in die Pflegedokumentation zu gewähren und gegen Kostenersatz die Herstellung von Kopien zu ermöglichen. Im Absatz 4 ist geregelt, dass die Pflegedokumentation bei freiberuflicher Ausübung mindestens zehn Jahre aufzubewahren ist.

5.2.7 Abrechnung der Leistungen

Die angefallenen Kosten der Beratung, Pflege oder Interventionen werden unmittelbar nach Beendigung der Leistung verrechnet.

Da Gesundheitsförderung und Prävention die wesentlichen Punkte in der Komplementären Gesundheitspflege sind und in den niedergelassenen Praxen die Behandlungen nur für eine Minderheit durch Selbstzahlung oder mit Kostenrückerstattung durch eine Zusatzversicherung erreichbar sind, ist es erforderlich, die Bevölkerung im Sinne der Prävention und Gesundheitsförderung flächendeckend mit Informationen einerseits und mit dem Angebot an diesen Leistungen andererseits zu versorgen. Dies ist nur unter Beteiligung des Sozialversicherungssystems möglich. Die Direktabrechnung unserer Leistungen ist aufgrund der Bestimmungen des ASVG derzeit jedoch nicht möglich. Die Tätigkeit in freiberufliche Praxen ist im GuKG BGBI 108/1997 § 36 geregelt.

Das Angebot, auch telefonisch um Rat fragen zu dürfen, falls Unklarheiten auftreten oder eine Veränderung des Wohlbefinden auftritt, gibt den Interessierten Sicherheit im Umgang mit dieser für die meisten Menschen sicherlich neuartigen Behandlungsform.

6 Fazit

Die WHO erklärt und bekräftigt nachdrücklich Gesundheit als ein grundlegendes Menschenrecht und betonte die Zielsetzung, soziale Ungleichheit im Gesundheitswesen soweit wie möglich zu reduzieren. Dazu sollte die Basisgesundheitsversorgung vor Ort soweit wie möglich ausgebaut werden und einkommensunabhängig allgemein erreichbar sein.

Die Krankenpflege hat sich aus dem Hilfsberuf im Dienste der Medizin durch eine akademisch fundierte Ausbildung zu einem eigenständigen Berufsprofil verändert. (Vgl. Brieskorn-Zinke, 2007, S.23)

Deswegen ist es Zeit, die Rahmenbedingungen für die Pflege so zu verändern, dass Leistungen im extramuralen Bereich direkt mit Sozialversicherungen abgerechnet werden können. Voraussetzung dafür ist, dass wir Akademische Experten für komplementäre Pflege als Punkt (d) in den § 135 aufgenommen werden.

Leistungen in fünf Methoden der Komplementärmedizin werden in der Schweiz unter bestimmten Bedingungen während sechs Jahren (2012-2017) provisorisch im Rahmen der Krankenversicherung vergütet. Die fünf Methoden sind die anthroposophische Medizin, die Homöopathie, die Neuraltherapie, die Phytotherapie und die TCM. Es wird parallel die Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit untersucht.[10]

So ein Pilotprojekt für die Komplementäre Gesundheitspflege ist in Österreich ebenfalls wünschenswert.

Es gibt immer mehr freiberufliche Praxen in Österreich, die vom gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege geführt werden und die komplementäre Methoden anbieten. Um unqualifiziertes und gefährliches Vorgehen beim Anwenden von komplementären Methoden zu verhindern, braucht es eine fundierte Ausbildung und entsprechende Qualitätskriterien. Dies ist einer der Gründe warum die ÖGKOP (Österreichische Gesellschaft für

[10] http://www.bag.admin.ch/aktuell/00718/01220/index.html?lang=de&msg-id=37173 (eingesehen am 9. 8. 2014)

Komplementäre und Ganzheitliche Pflege) gegründet wurde. Da die ÖGKOP-Mitgliedschaft an Fachkompetenzen gebunden ist, die in den Statuten des Vereines, die auch die Aufnahme regeln definiert sind, stellt die ÖGKOP-Mitgliedschaft ein Gütesiegel dar. Als ordentliche Mitglieder anerkannt sind: Akademische ExpertInnen für Komplementäre Gesundheitspflege, Personen des gehobenen Dienstes der Gesundheits- und Krankenpflege sowie Angehörige eines Gesundheitsberufes mit einem universitären Abschluss und einer Ausbildung in einer vom Verein angeführten komplementären Methode (Aromapflege, CranioSacrale Intervention, Therapeutic Touch, Tuina). Dafür gibt es auch eine vorgesehene Mindestanzahl an Unterrichtseinheiten und didaktischen Methoden.

Die an der Homepage nachzulesenden Statuten des Vereins sind ein Wegweiser zu qualifizierten freiberuflichen Praxen in Österreich.

7 Literaturverzeichnis

AG, UNIQA Österreich Versicherungen. 2013. *Tarifbestimmungen, Privatarzt, Versicherungsschutz für ambulante Behandlung.* Wien : UNIQA, 2013.

Allmer, . Gertrude. 2013. www.medizinrecht-pflegerecht.com. *Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenberufe.* [Online] 2013.

Andreaus, Felix Kretzl,Claudia. 2013. *Rechtsgrundlagen für Gesundheitsberufe.* Wien : Facultas Verlags- und Buchhandels AG, 2013.

Antonovsky, Aaron. 1997. *Salutogenese, Zur Entmystifizierung der Gesundheit.* [Übers.] Franke Alexa. Tübingen : dgvt-Verlag, 1997.

Blättner, Beate Waller, Heiko. 2011. *Gesundheitswissenschaft.* Stuttgart : Kohlhammer GmbH, 2011.

Brieskorn-Zinke, M. 2010. *Salutogenese in der Pflege - zur Integration des Konzepts in pflegerische Handlungsfelden.* [Hrsg.] H./Kolop, P./Abel, T Wydler. Weinheim und München : Juventa, 2010.

Brieskorn-Zinke, Marianne. 2007. *Public Health Nursing.* Stuttgart : Kohlhammer GmbH Stuttgart, 2007.

Drexler, Dominik. 2014. Die richtige Dokumentation, Tipps/Checkliste. *Österreichische Pflegezeitschrift.* 2014.

Felix Andreaus, Claudia Kretzl. 2013. *Rechtsgrundlagen für Gesundheitsberufe.* Wien : Faczltas Verlags- und Buchhandels AG, 2013.

Gepart, Christian. www.viennalegal.at/Rechtliche Aspekte der komplementären Pflege - Professionalität auf neuen Wegen. *Rechtliche Aspekte der komplementären Pflege.* [Online]

Krems, Donau Universität. http://www.donau-uni.ac.at/de/studium/complementaryhealthcare/index.php. *Komplementäre Gesundheitspflege.* [Online] [Zitat vom: 23.. August 2014.]

Kürzl, Eva. 2014. Das pflegerische Assessment, Grundlage für die Pflegediagnostik und erster Schritt des Pflegeprozesses. *Österreichische Pflegezeitschrift.* 2014.

Lorenz, Rüdiger. 2005. *Salutogenese, grundwissen für Psychologen, Mediziner, Gesundheits- und Pflegewissenschaftler.* München : Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, 2005.

Neuhaus, Ursa. 2009. www.apis-saes.ch/uploads/media/Artikel_kom_bedarf_Pflegekorr.pdf. *apis/saes-Verein Anthroposophische Pflege in der Schweiz.* [Online] April 2009. [Zitat vom: 14.. März 2014.]

ÖBIG, (Bundesintitut für Gesundheitswesen). 2003. ÖBIG: Offenes Curriculum für Gesundheits- und Krankenpflege.267. [Online] 2003.

Petzold, Theodor Dierk. 2013. *Gesundheit ist ansteckend, Praxisbuch Salutogenese.* München : Irisiana Verlag, 2013.

Ploner-Grißmann, Heidi Maria. 2013. Best Practice Guide I-Therapeutic Touch, Health Care, Palliative Care. 2013.

Ploner-Grißmann, Heidi. 2012. *Therapeutic Touch Skriptum, 3. ULG Komplementäre Gesundheitspflege.* Donau-Universität Krems : unveröffentlichtes Manuskript, 2012.

Schiffer, Eckhard. 2009. *Wie Gesundheit entsteht, Salutogenese: Schatzsuche statt Fehlerfahndung.* Weinheim und Basel : Beltz, 2009.

Spichiger, Elisabeth Kesselring, Annemarie Spirig, Rebecca DE Geest. 2006. http://resources.metapress.com/pdf-preview.axd?code=a175026886260458&size=largest. *Professionelle Pflege - Entwicklung und Inhalte einer Definition.* [Online] Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel, 2006. [Zitat vom: 22.. August 2014.]

Spichiger, Elisabeth, et al. 2006. Professionelle Pflege - Entwicklung und Inhalte einer Defination. *Pflege.* 2006.

Stellhorn, Christian BSc. 2009. *Anwendung komplementärer Pflegemethoden in der Praxis, Berücksitigung und Integration komplementärer Behandlungs- und Pflegemethoden im Pflegeprozess - eine explorative Studie.* 2009.

Weiss, Susanne. 2011. Bundesministerum für Gesundheit Abt.II/A/3. *Aspekte der rechtlichen Situation der Berufsausübung im Bereich komplementärmedizinischer Methoden.* [Online] 6.. Dezember 2011. [Zitat vom: 30.. Juli 2014.]

Zimmermann, Eliane. 2011. *Aromatherapie für Pflege-und Heilberufe.* Stuttgart : Karl f. Haug Verlag, 2011.

8 Abkürzungsverzeichnis

ASVG: Allgemeines Sozialversicherungsgesetz

BGBI: Bundesgesetzblatt

CAM: Complementary and Alternative Medicine

GuKG: Gesundheits- und Krankenpflegegesetz

SOC: Sence of Coherence/Kohärenzgefühl

TCM: Traditionelle Chinesische Medizin

TT: Therapeutic Touch

UNESCO: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization/ Organisation der Vereinten Nationen für Bildung, Wissenschaft und Kultur

WHO: World Health Organisation/ Weltgesundheitsorganisation

z. B.: zum Beispiel

9 Anhang

Aufklärungsbogen

Information zu Therapeutic Touch

für Frau/Herrn ……

- Therapeutic Touch (TT) ist eine komplementäre pflegetherapeutische Behandlung und eine komplementärmedizinische Behandlung. Therapeutic Touch wird zur Gesundheitsförderung sowie zusätzlich und begleitend zu Ihren medizinischen Therapien eingesetzt.
- Therapeutic Touch dient der Harmonisierung der körpereigenen Energie, die durch stressreiche Lebensumstände oder Erkrankungen aus dem Gleichgewicht geraten sind.
- I-Therapeutic Touch als Spezifikation ist ein integratives Konzept zur Harmoniserung von Dysharmoniemustern, dabei erfolgt die Behandlung hauptsächlich über die Akupressurpunkte. Optional werden Phytoaromaöle und Noreia SchwingungsEssenzen eingesetzt.
- Es wird eine Pflegediagnose erstellt, z.B. PD 00177Stressüberlastung. Eine Pflegediagnose entspricht keine medizinischen Diagnose, noch ersetzt es diese!
- Eine Therapeutic Touch Behandlung ersetzt keine medizinische Behandlung. Medikamente und weitere ärztliche Anordnungen dürfen aufgrund einer Therapeutic Touch Behandlung nicht ohne Rücksprache mit dem behandelnden Arzt/der Ärztin geändert werden. Bei einer Besserung der Symptomatik nach der Therapeutic Touch Behandlung besprechen Sie eine ev. Änderung mit dem/der behandelnden Arzt/derÄrztin, der/die mit Ihnen entscheidet, ob eine Therapieänderung erforderlich ist.
- Therapeutic Touch führt zur körperlicher Entspannung, Verbesserung von subjektiven Befindlichkeitsstörungen, z.B. Schlafstörungen, Ängstlichkeit und einer Verringerung von belastenden Symptomen. Eine Steigerung der Vitalität zur Bewältigung des Alltags wird ebenso häufig erfahren.

- Vor Beginn der Therapeutic Touch Behandlung werden Sie in Bezug auf Ihre Befindlichkeit, OP-Narben, Wunden oder sensible Körperstellen gefragt. Die Behandlung erfolgt meist im Liegen, gelegentlich im Sitzen. Ihre Kleidung brauchen Sie nicht auszuziehen. Sie werden insbesondere an den Extremitäten, Regionen über Organen und Akupunkturpunkten sanft berührt, wobei die TT-Technik angewandt wird. Diese kann oft als sanftes Vibrieren, kühles oder warmes Strömen wahrgenommen werden. Bei Therapeutic Touch wird keine Gewebemanipulation angewandt. Eine Behandlung dauert ca. 30 Minuten bis maximal 1 Stunde.
- Therapeutic Touch wird seit über 40 Jahren in Kliniken, Krankenhäusern, im mobilen Pflegebereich und in Privatpraxen angewandt. In den über 800 klinischen Studien wurden keine unerwünschten Nebenwirkungen beschrieben.
- Unmittelbar nach der Therapeutic Touch Behandlung sollten Sie weder rauchen, noch Kaffee, Schwarztee oder Grüntee trinken.
- In die Therapeutic Touch Behandlung können Elemente aus den komplementären Methoden Tuina, CranioSacrale Intervention einfließen.

Informed Consent Therapeutic Touch

Frau ……..

ist professionelle Therapeutic Touch Praktizierende, entsprechend den internationalen Standards geschult und hält sich an den ethischen Codex von Therapeutic Touch.

Ich habe die schriftliche Information vor meiner Unterschriftsleistung gelesen und vollinhaltlich verstanden.

Meine Fragen wurden ausreichend beantwortet und ich stimme einer Therapeutic Touch Behandlung zu.

KlientIn/PatientIn: …….

Therapeutic Touch Practitioner…….

Ort, Datum: …….

Allgemeines Wohlbefinden (General Well-Being) Skala

☐ vorher ☐ nachher

Wie fühlen Sie sich im Moment ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Bitte markieren Sie zwischen 0 und 10, wie Sie sich fühlen:

0 = sehr schlecht 10 = sehr gut.

Datum: