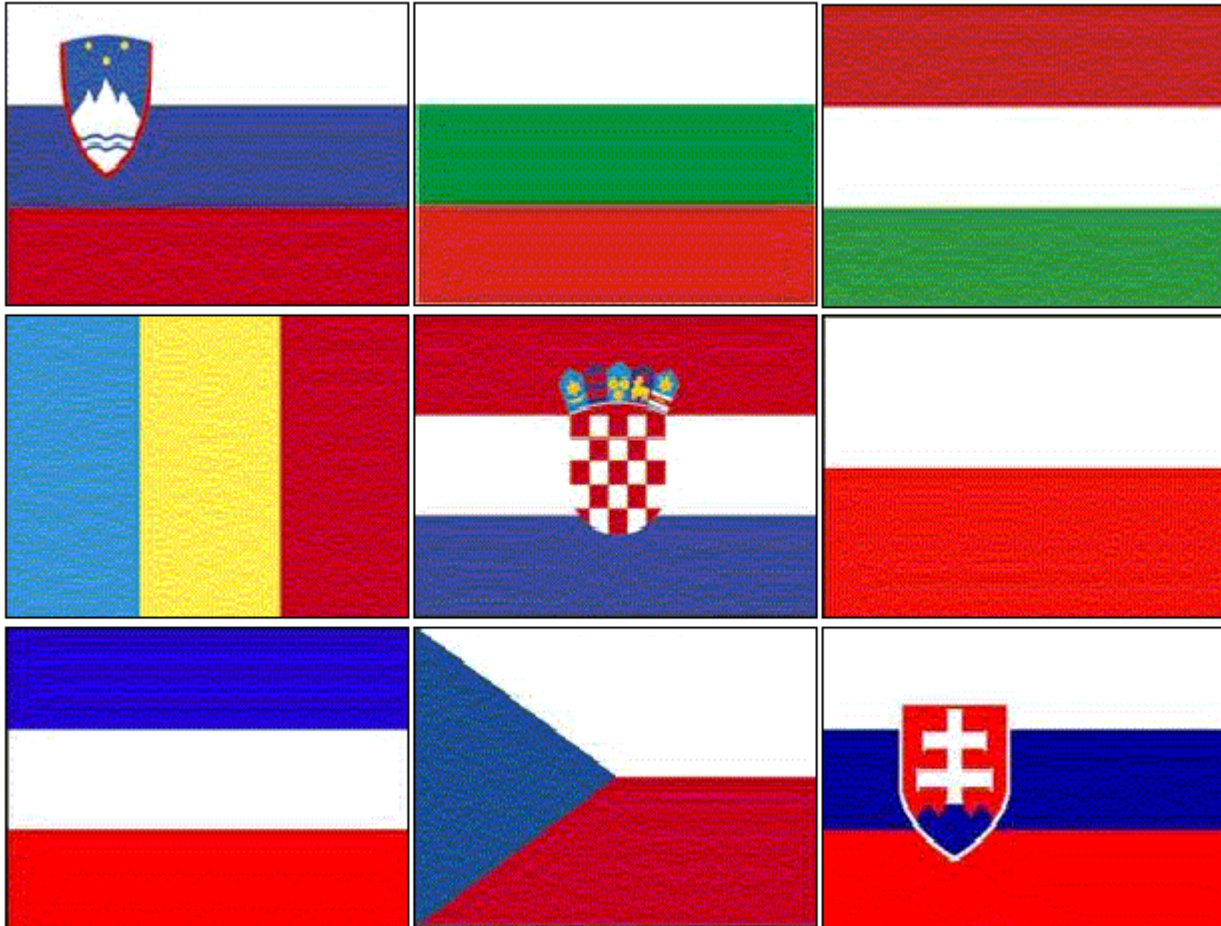


# Geronto-News

## Die Online-Fachzeitschrift für Altenpflege



## Schwerpunkt: MigrantInnen in der Pflege

### Weiters:

- **Eruiert:** Warum Frauen länger leben
- **Auskuriert:** AIDS im Alter und im Altenheim
- **Therapiert:** Der Weihnachtsmann im Fallbeispiel
- **Evaluiert:** Die Novelle zum Heimaufenthaltsgesetz
- **Diskutiert:** Kommunikation im Team – die neue Serie
- **Unkompliziert:** Nachhaltigkeit im Personalmanagement
- **Implementiert:** Die Freitags – Akademie für Gesundheitsberufe

### Liebe Leserinnen und Leser

*2011 – Leute, wie die Zeit vergeht! Bruno Kreisky würde heuer 100 Jahre alt werden, Erwin Böhm wird 70, der Luksch 50 und die Geronto-News erscheinen hiermit schon in der zehnten Ausgabe.*

*Wir hoffen, Sie hatten ein stressarmes Weihnachten, entspannende Feiertage und einen unfallfreien Winter. Nun aber hinein ins neue Jahr.*

*Wir berichten diesmal über den Grund, warum Frauen durchschnittlich länger leben als Männer, das ganz offensichtlich tatsächlich schwächere Geschlecht, weiters wie es AIDS-kranken Menschen im Altenheim ergeht und wie es dem Weihnachtsmann ergehen würde, wenn ihn endlich unser Gesundheitswesen in die Finger bekommt.*

*Wie es MitarbeiterInnen ergehen würde, wenn PersonalmanagerInnen etwas nachhaltiger mit dieser Ressource umgingen, darüber schrieb der Unternehmensberater Peter Jelinek in der Zeitschrift Lebenswelt Heim und dass dazu vor allem miteinander Reden gehört und wie das dann konkret in einem Team funktionieren sollte, behandelt unsere neue Artikelserie.*

*Den Schwerpunkt bildet wie bereits in der letzten Ausgabe angekündigt das Thema „MigrantInnen in der Altenpflege“, offensichtlich ein Stiefkind von Pflegewissenschaft und Pflegemanagement, denn bislang haben sich außer ein paar einzelnen demographischen Studien nur die Tageszeitung „Der Standard“ dafür näher interessiert.*

*Und die PflegePraxisProfis von Geronto.at haben sich endlich einen lang gehegten Traum erfüllt, ein eigenes Seminarlokal gemietet und gleich eine neue innovative Fortbildungsinitiative gestartet – Die Freitags-Akademie. Das Programm und die Geschichte dazu finden Sie ebenfalls hier.*

*Wir wünschen Ihnen eine spannende Lektüre, reichliche Erkenntnisse und nur positive Ergebnisse im neuen Jahr. Vielleicht sieht man sich ja mal in der Freitagsakademie von Geronto.at*

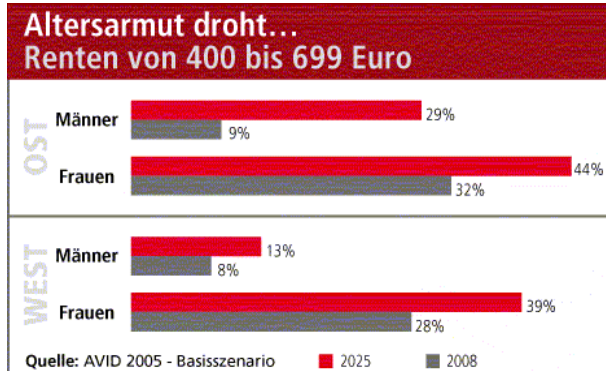
*Bis dahin: Passt auf euch auf und lasst euch nix gefallen.*

*Eure Manuela und der Luksch*

**Impressum:** Geronto-News ist ein Produkt der Gruppe Geronto.at und erscheint vier mal jährlich. Die Zusendung erfolgt per Email. Wenn Sie das nicht möchten, bestellen Sie es einfach ab. Die Ausgaben erhalten Sie als Download auch auf unserer Homepage [www.geronto.at](http://www.geronto.at). Eigentümer, Herausgeber, Chefredakteur und für den Inhalt verantwortlich ist DGKP Christian Luksch, A-1140 Wien, E-Mail: [office@geronto.at](mailto:office@geronto.at)

## Drastisch zunehmende Altersarmut in Deutschland befürchtet

**Düsseldorf:** SozialexpertInnen warnen vor einer deutlichen Zunahme der Altersarmut in Deutschland. „Die Altersarmut wird sich in den nächsten Jahren dramatisch verschlimmern“, sagte der Hauptgeschäftsführer des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes, Ulrich Schneider.



Der Anteil der über 65-Jährigen, die auf die staatliche Grundsicherung im Alter angewiesen sind, werde sich von derzeit etwa 2,5 % bis zum Jahr 2025 „auf 10% vervierfachen“.

Der Hauptgeschäftsführer des Städte- und Gemeindebunds, Gerd Landsberg, warnte, für die Kommunen entwickle sich „die Grundsicherung zum finanziellen Sprengsatz“. Von 2003 bis 2009 hätten sich die jährlichen Ausgaben der Kommunen für die Grundsicherung bereits auf 3,9 Milliarden Euro verdreifacht.

Die Zahl der EmpfängerInnen habe sich in diesem Zeitraum verdoppelt. „Wenn es heute eine rentenpolitische Aufgabe gibt, dann ist es die, eine Antwort auf diese steigenden Risiken zu finden“, sagte der frühere Chef des Sachverständigenrats der Bundesregierung, Rürup.

„GeringverdienerInnen, die ihr Leben lang gearbeitet und in die Rentenkasse eingezahlt haben, sollten eine Rente knapp oberhalb der Grundsicherung bekommen“, forderte Rürup. Die Aufstockrente habe die CDU auf ihrem letzten Bundesparteitag bereits beschlossen. „Jetzt muss sie die auch in die Tat umsetzen.“

Seit 2003 erhalten Menschen, die älter als 65 Jahre alt sind und deren eigene Mittel für den Lebensunterhalt nicht ausreichen, die von Rot-Grün eingeführte Grundsicherung im Alter. Alleinstehende bekommen 359 Euro sowie einen Miet- und Heizkostenzuschuss. Derzeit beziehen dem Bericht zufolge rund 400.000 SeniorInnen diese Form der Sozialhilfe.

Quelle: [www.aerzteblatt.de](http://www.aerzteblatt.de)

## Das größte Gesundheitsproblem in der Alten- und Krankenpflege

In Krankenhäusern und Kliniken liegen die Krankenstandszahlen über dem Durchschnitt. Verantwortlich sind in erster Linie Muskel- und Skelett-Erkrankungen. Deshalb entwickelte eine multidisziplinäre Arbeitsgruppe im Auftrag des Bundesverbandes der Unfallkassen das Programm "Rückengerechter PatientInnentransfer in der Kranken- und Altenpflege".

Das Pflegekonzept wurde unter wissenschaftlicher Begleitung der Bundesanstalt für Arbeitsschutz evaluiert. Der nun vorliegende Abschlussbericht zeigt, dass TeilnehmerInnen des Präventionsprogramms unter weniger Rückenbeschwerden leiden.

Wie viele Pflegekräfte die Ergonomie-Empfehlungen wie gut umsetzen, hängt vor allem von den betrieblichen Rahmenbedingungen ab. Besonders erfolgreich kann das Programm dann umgesetzt werden, wenn das Präventionsprogramm in den Arbeitsalltag des gesamten Teams integriert wird, hauseigene ExpertInnen ausgebildet werden und die Anwendung begleiten und betriebliche Leistungsfunktionsträger das Programm unterstützen.

Bei maximaler Anwendungshäufigkeit aller Prinzipien eines rückengerechten Transfers, Praxisbegleitung und Wiederauffrischung des Gelernten kann die Häufigkeit der Rückenbeschwerden um 20-25 % gesenkt werden. Zudem gaben 67% der Befragten eine verbesserte Rückenbefindlichkeit an, 63% empfanden die Arbeitsbelastung insgesamt als geringer. Das Ausmaß der Belastungsminderung hängt von der biomechanisch und ergonomisch fehlerfreien Umsetzung ab.

Frühere Ergebnisse belegten bereits, dass sich durch das Präventionsprogramm nicht nur die Rückengesundheit verbessert, sondern auch das Gesundheitsbewusstsein, die Arbeitsorganisation und die Zusammenarbeit im Team.

Der Abschlussbericht kommt außerdem zu dem Schluss, dass sich das Präventionsprogramm auch finanziell lohnt. Eine Analyse von Krankenkassendaten für eine der untersuchten Einrichtungen gibt Hinweise auf einen Rückgang des Anteils von Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen aufgrund von Muskel- und Skelett-Erkrankungen in den ersten drei Jahren seit Beginn der Intervention um etwa 30 %.

Quelle: [www.careum-explorer.ch](http://www.careum-explorer.ch)

### Internationaler Erwin-Böhm-Forschungspreis ausgeschrieben

Aus Anlass des 70. Geburtstages von Prof. Erwin Böhm und des 25 Jahres-Jubiläums des LAZARUS PflegeNetzWerks - Österreich stiften die ENPP-Böhm Bildungs- und Forschungs-GmbH (D) und das LAZARUS Institut (A) den "Internationalen Böhm Pflegeforschungspreis 2012" in der Höhe von 10.000,- Euro

Dieser derzeit höchst dotierte Pflegepreis im deutschsprachigen Raum wird im Rahmen des LAZARUS Pflegekongresses am 9. Mai 2012 in Bad Ischl (Oberösterreich) verliehen, über die Vergabe entscheidet eine Jury.

Einzureichen ist eine Projektarbeit, welche sich mit dem Thema:

#### **Transkulturelle / interfusionelle Pflege bei Verhaltenseigenarten im Senium**

auseinandersetzt. Bewerben können sich Institutionen, Organisationen, Teams und Einzelpersonen, welche ihre Erkenntnisse und Forschungsergebnisse zum Thema nachweislich in die Praxis der Altenpflege umsetzen.

Einreichschluss ist der 30. November 2011, die Einreichsprache ist Deutsch. Der Umfang beträgt 50 bis max. 150 Seiten. Abzugeben ist die Arbeit in gebundener Form in zweifacher Ausfertigung am Postweg - unter Beilage einer digitalen Kopie auf CD, DVD oder USB-Stick.

Die Einreichenden versichern mit ihrer eigenhändigen Unterschrift, dass sie die Arbeit selbstständig verfasst, keine Urheberrechte Dritter verletzt und alle Quellen korrekt angegeben haben. Des Weiteren erklären sie sich mit der unentgeltlichen Veröffentlichung ihrer Arbeit auf den Webseiten des „Europäischen Netzwerks für Psychobiographische Pflegeforschung nach Prof. Böhm (ENPP)“ sowie des LAZARUS Instituts (PflegeNetzWerk Austro-Care Österreich) einverstanden.

Die postalische Einreichung ist ab sofort möglich entweder bei: ENPP Böhm GmbH, Sommerdellenstrasse 104, D-44866 Bochum oder bei: LAZARUS Institut, A-3062 Kirchstetten, Doppel 29.

Verspätet eingelangte Einreichungen können nicht berücksichtigt werden.

Bochum/Kirchstetten, im November 2010

Marianne Kochanski (ENPP) und Erich M. Hofer (LAZARUS)

Mehr Infos unter: [www.lazarus.at](http://www.lazarus.at)

### Wissenschaft beweist: Dem Altern davonlaufen funktioniert!



Wer regelmäßig läuft, bekommt das Alter später zu spüren. Was schon länger vermutet wurde, haben WissenschaftlerInnen der Stanford University in den USA jetzt in einer Langzeitstudie nachgewiesen. Über 24 Jahre verglichen sie 538 JoggerInnen, die zu Beginn der Studie alle bereits 50 Jahre und älter waren, mit einer Gruppe Menschen ähnlichen Alters, die nicht regelmäßig liefen.

Am Ende der Untersuchung hatten zwar genauso viele LäuferInnen wie Nicht-LäuferInnen körperliche Beschwerden. Doch "bei den Joggern setzten die Beschwerden im Durchschnitt erst 16 Jahre später ein als bei denjenigen, die nicht regelmäßig laufen", sagt Studienleiter James Fries, Arzt an der Stanford University School of Medicine. Die JoggerInnen blieben nicht nur länger gesund, sie starben auch seltener eines frühen Todes

Nach 19 Jahren waren 15 % der JoggerInnen gestorben - von der Vergleichsgruppe der nicht regelmäßig Laufenden waren zur gleichen Zeit bereits 34 % tot

Den ForscherInnen zufolge achten die LäuferInnen generell mehr auf ihre Gesundheit, aber ähnlich Gesundheitsbewussten unter den Nicht-LäuferInnen sind sie teilweise ebenfalls überlegen. "Die positive Wirkung von Joggen auf die Gesundheit ist höher, als wir erwartet hatten", so Fries.

Durchschnittlich liefen die JoggerInnen zu Beginn der Studie im Jahr 1984 etwa vier Stunden pro Woche; am Ende, als viele der TeilnehmerInnen bereits 70 bis 80 Jahre alt waren, kamen sie noch auf 76 Minuten wöchentlich. Trotz des regelmäßigen Laufens waren die Knochen und Gelenke der JoggerInnen nicht häufiger erkrankt als beim Durchschnitt der Bevölkerung.

Quelle: [www.sueddeutsche.de](http://www.sueddeutsche.de)

### Bluthochdruck: Falsche Medikamente für die richtigen PatientInnen?

Die meisten PflegeheimbewohnerInnen mit erhöhten Blutdruck, werden mit Medikamenten behandelt. Nicht selten werden jedoch ungünstige Mittel oder sogar gefährliche Kombinationen verschrieben, wie eine Studie in der Fachzeitschrift Deutsche Medizinische Wochenschrift nun ermittelt hat.

Lange Zeit war es umstritten, ob die Behandlung des Bluthochdrucks bei hochbetagten Menschen noch sinnvoll ist, schreibt Marita Kölzsch vom Institut für Klinische Pharmakologie und Toxikologie an der Berliner Charité. Inzwischen gelte es aber als erwiesen, dass die Senkung des Blutdrucks auch über 80-Jährige noch vor Schlaganfall und anderen Herz-Kreislaufkrankungen schützen kann. Um zu prüfen, ob die überwiegend hochbetagten PflegeheimbewohnerInnen ausreichend mit Medikamenten versorgt werden, hat die Forscherin die Verordnungen von über 8500 Versicherten einer Krankenkasse ausgewertet.

Ihr Ergebnis: Den meisten BewohnerInnen im Alter von 65 bis 106 Jahren, bei denen eine Hochdruckerkrankung bekannt war, wurden Medikamente verschrieben. Unter den durchschnittlich sechs Medikamenten, die die BewohnerInnen einnahmen, stellten Antihypertensiva mit 17 % den größten Anteil.

#### Interdisziplinarität tut Not!

Viele HochdruckpatientInnen benötigen mehr als ein Antihypertensivum. Nicht alle Kombinationen sind sinnvoll. ExpertInnen raten grundsätzlich von der Verordnung zweier Mittel aus der gleichen Wirkstoffgruppe ab, da sich mit der Wirkung auch die Nebenwirkungen verstärken. Solche potenziell ungeeigneten Kombinationen ermittelte Frau Kölzsch bei 5,2 % der behandelten PflegeheimbewohnerInnen.

Die Expertin plädiert dafür, dass alle an der Versorgung der PflegeheimbewohnerInnen Beteiligten enger zusammen arbeiten. Sie zählt dazu neben den ÄrztInnen auch ApothekerInnen, die Pflegeheime mit Medikamenten direkt beliefern. Auch die Pflegenden sollten in die Zusammenarbeit zwischen ÄrztInnen und ApothekerInnen einbezogen werden. Frau Kölzsch rät zu Fallkonferenzen, in denen die Verordnungen einzelner BewohnerInnen gezielt und kritisch überprüft werden könnten.

Quelle: [www.careum-explorer.ch](http://www.careum-explorer.ch)

### Altenpflegemesse und Fachkongress in Nürnberg vom 12 – 14. April 2011



## ALTENPFLEGE 2011 PFLEGE-KONGRESS

12. – 14. April 2011

CCN Ost – Messegelände Nürnberg

Die Redaktion der Fachzeitschrift Altenpflege ruft wieder einmal zum Pflege-Kongress auf der Leitmesse „Altenpflege 2011“ auf, die vom 12. bis 14. April 2011 in Nürnberg stattfindet. Und hat dabei bewusst Schwerpunkte gesetzt.

Das Programm orientiert sich einerseits an den fachlichen Informationsbedürfnissen der Pflegedienst- und der Wohnbereichsleitung, andererseits bietet es wesentliche Impulse zu pflegerischen Top-Themen wie „Ernährung“, „Lebensqualität bei Demenz“, oder „Herausforderndes Verhalten“.

Der Kongress ist in Form von Halbtagestickets buchbar (Preis: 89,- € pro Halbtage), die Messe mit über 700 AusstellerInnen kann allerdings auch ohne Teilnahme am Kongress gebucht werden (Tickets zwischen 11,- und 18,- € im Vorverkauf bis zu 23,- € an der Tageskasse).

Aber auch Österreichs Pflegeszene wird sich auf dieser Messe heuer in Szene setzen, wozu sich die VeranstalterInnen sogar die Mühe einer Vor-Informationsveranstaltung in Wien im Jänner machten.

Wir laden daher auch unsere StudentInnen, AbsolventInnen und FreundInnen aus Österreich ein, gemeinsam mit uns zu dieser (i. Ü. wirklich tollen) Messe zu reisen. Bei Bedarf sorgen wir für ermäßigte Bahn und Messetickets sowie um eine angemessene Unterkunft.

Wer also Interesse hat uns zu begleiten, möge sich mit uns ([office@geronto.at](mailto:office@geronto.at)) bis 28. 2. in Verbindung setzen!

- Geplant ist auch ein Treffen der AbsolventInnen der Ausbildungen zur Gerontopsychiatrischen Pflegefachkraft in Marktbreit/Franken, die bei Christian Luksch und Manuela Steinmetz abgeschlossen haben. (Bitte rechtzeitig bei Manuela melden!)

Mehr Infos über die Altenpflegemesse finden Sie auf [www.altenpflege-messe.de](http://www.altenpflege-messe.de), über den Kongress auf [www.altenpflege.vincentz.net](http://www.altenpflege.vincentz.net).

### Gender Aging: Warum Frauen länger leben

Rund fünfeinhalb Jahre leben die Österreicherinnen heute länger als ihre männlichen Landsleute. Ein ForscherInnenteam untersuchte nun die Ursachen und Veränderungen der "Geschlechterschere" in der Lebenserwartung und stieß auf interessante Ergebnisse.

Dass Frauen eine höhere Lebenserwartung haben, weiß man, seit es entsprechende statistische Aufzeichnungen gibt: So wurden sie im 17. und 18. Jahrhundert durchschnittlich etwa 1,5 Jahre älter, Anfang der 1980er-Jahre sogar um sieben Jahre. "Ab diesem Zeitpunkt jedoch schließt sich die Schere, da die Lebenserwartung der Männer etwas stärker ansteigt als jene der Frauen", erklärt Isabella Buber-Ennser vom Institut für Demographie der Akademie der Wissenschaften.

In einem vom Wissenschaftsfonds FWF geförderten Projekt will die Forscherin mit ihrem Team nun klären, warum sich die Geschlechterdifferenz in der Lebenserwartung seit 20 Jahren kontinuierlich verringert.

Neue Erkenntnisse erwartet man sich vor allem durch die methodische Triangulation, also den Einsatz sowohl quantitativer als auch qualitativer Methoden. "Die Idee dahinter ist, aus qualitativen Interviews neue Hypothesen und Erklärungsansätze abzuleiten, die dann mittels quantitativer Methoden in umfangreichen Datensätzen untersucht werden", schildert die Projektmitarbeiterin Priska Flandorfer.

Erste Ergebnisse liegen bereits vor: So weiß man mittlerweile, dass für das Öffnen ebenso wie für das Schließen der "Geschlechterschere" vor allem die Altersgruppe der 55- bis 80-Jährigen verantwortlich ist.

Wesentlich daran beteiligt ist aber auch der sogenannte "Unfallbuckel", der insbesondere von Männern um die 20 verursacht wird. Zwar geht die Zahl der Verkehrstoten auch in dieser Altersgruppe seit den 80er-Jahren zurück, dennoch würden sie nach wie vor zur unterschiedlichen Lebenserwartung beitragen.

Trotz eines generellen Rückgangs der männlichen "Übersterblichkeit" lässt sich innerhalb der Todesursachen seit 1970 ein Anstieg der Geschlechterdifferenz vor allem bei den Krebserkrankungen beobachten. Hier stagniere der Wert allerdings seit rund zwei Jahrzehnten bei 1,3 Jahren.

Auffällig ist auch ein deutliches West-Ost-Gefälle bei der Lebenserwartung der Männer.



So starben Wiener, Niederösterreicher und Burgenländer 2007 deutlich früher als Männer aus anderen Bundesländern. Verschlechtert hat sich die Situation vor allem für die Wiener: Sie sackten im Bundesländervergleich vom vierten auf den vorletzten Platz ab. Am kürzesten leben seit mindestens vierzig Jahren die Burgenländer.

Wie erklärt sich die Forschung die längere Lebenserwartung der Frauen? "Hier spielen viele Faktoren zusammen", weiß Projektmitarbeiter Marc Luy. "Außer Frage steht, dass biologische Ursachen - etwa das doppelte X-Chromosom, das Frauen vor bestimmten Krankheiten besser schützt - eine wesentliche Rolle spielen."

Auch ungesunde Verhaltensweisen wie Rauchen oder übermäßiger Alkoholkonsum sowie die überhöhte Unfallsterblichkeit von Männern tragen zur Geschlechterschere bei.

"In jüngster Zeit verringern sich diese Verhaltensunterschiede allerdings, was sehr wahrscheinlich für die kleiner werdende Geschlechterdifferenz mitverantwortlich ist", meint Wegner.

Insbesondere das Rauchen habe einen deutlichen Einfluss: So gehe der Anstieg der Lebenserwartung bei den Männern mit einem Rückgang der Rauchersterblichkeit einher, bei den Frauen hängt der verlangsamte Anstieg der Lebenserwartung mit der wachsenden Zahl der Raucherinnen zusammen.

### AIDS im Alter – das dicke Ende kommt zum Schluss

Derzeit leben alleine in Deutschland rund 70.000 HIV-Positive Menschen. Die Zahl der Neu-Infektionen ist merklich gewachsen, doch nun sieht man sich mit einem neuen Problem konfrontiert: der unzureichenden Pflegesituation älterer HIV-positiver Menschen.

Mit der Einführung der sogenannten Kombinationstherapie vor zwölf Jahren, hat sich die Lebenserwartung von HIV-PatientInnen deutlich verlängert. Durch diesen gleichzeitigen Einsatz mehrerer antiretroviraler Medikamente wird zwar keine Heilung erzielt, ein Ausbruch der Aids-Erkrankung jedoch deutlich verzögert, wie Ulrich Kastenbaum, Arzt in einer Münchener HIV-Schwerpunktpraxis, bestätigt: "Dank dieser Therapie kann die Lebenserwartung der Betroffenen der eines gesunden Menschen angenähert werden."

Während die Kombinationstherapie jüngeren Menschen meist ein nahezu normales Leben ermöglicht, haben ältere und bereits länger therapiert werdende PatientInnen, oft mit Begleiterkrankungen und Nebenwirkungen wie Depressionen, Gelenksbeschwerden und Lebererkrankungen zu kämpfen. Auch über ein vermehrtes Auftreten von Osteoporose und Nierenerkrankungen wird berichtet.

"Ein weiteres Problem könnten bislang unbekannte Langzeitnebenwirkungen der Therapie sein, da fehlen uns einfach noch die Erfahrungen", sagt Kastenbaum. Das ziehe auch besondere Anforderungen der Pflege nach sich, Die Therapie-Erfolge führen nun zu einer stetig wachsenden Zahl HIV-positiver Menschen mit Pflegebedarf, insb. solcher, die älter als 50 sind. Diese fielen aber häufig durchs Raster: "Derzeit müssen in Deutschland etwa zwei Millionen Menschen gepflegt werden. Etwa die Hälfte davon wird in Familien betreut, weitere 500.000 ambulant in ihren Wohnungen. Für HIV-Kranke sind diese Wege meist nicht gangbar", sagt Volker Mertens, Sprecher der Deutschen Aids-Stiftung. Oft fehle die familiäre Anbindung, sodass eine Versorgung durch das primäre Netzwerk nicht möglich sei.

Auch ambulante Pflege komme in vielen Fällen nicht infrage. Häufig könnten Betroffene wegen der Erkrankung nicht mehr arbeiten und lebten deshalb in prekären Wohnsituationen, die eine Versorgung in der eigenen Wohnung nicht möglich macht. "Viele sind sowohl gesundheitlich als auch psychosozial so bedürftig, dass sie einfach nicht mehr allein leben können", berichtet Mertens.

#### Versorgungsprobleme

Selbst die Versorgung in einem Pflegeheim sei oft schwierig: "Das sind ja Seniorenzentren. Aids-Kranke müssen zum Teil schon ab einem Alter von Mitte 40 gepflegt werden. Da gibt es massive Integrationsprobleme", sagt Mertens. "Es gibt auch immer wieder Fälle, in denen die Pflege völlig unnötigerweise mit Mundschutz und Handschuhen gemacht wird. Das verängstigt die anderen BewohnerInnen und führt zur Isolation der Betroffenen."

Um eine bedarfsgerechte Pflege zu ermöglichen, unterstützt die Deutsche Aids-Stiftung zahlreiche lokale Projekte. Eines davon ist das Berliner Wohnprojekt „Zuhause im Kiez“ (ZIK), das 1989 zur Unterstützung Aids-Kranker gegründet wurde. Die gemeinnützige GmbH pflegt nicht nur an HIV Erkrankte, sondern bietet den Betroffenen auch die Möglichkeit, sich sozial zu reintegrieren, und hilft bei der Bewältigung zahlreicher Begleiterkrankungen.

Hier hat man sich bereits vor Jahren auf die neue Situation eingestellt, sagt Martin Hilckmann, Leiter des Projekts. "Anfang der 90er Jahre war ein Schwerpunkt unserer Arbeit noch die Sterbebegleitung. Das hat sich mit Beginn der Kombinationstherapie geändert." Der Betreuungsbedarf wachse seitdem stetig.

Ein weiteres sei es, geeigneten Wohnraum zu vermitteln. Dank enger Zusammenarbeit mit einem spezialisierten Pflegeteam ist so auch eine ambulante Betreuung Erkrankter in deren Wohnungen möglich. Darüber hinaus verfügt ZIK über sogenannte Pflegeappartements, wo eine intensive psychosoziale Betreuung und pflegerische Versorgung gewährleistet ist.

Bereits heute besteht großer Bedarf an speziellen Pflegeangeboten für HIV-PatientInnen. Alles deutet jedoch darauf hin, dass sich diese Situation in den kommenden Jahren noch verschärfen wird, wie Mertens sagt: "Momentan gibt es bereits bei mehreren Tausend Betroffenen einen Pflegebedarf. In 5 - 10 Jahren wird es sich aber bereits um Zehntausende handeln, und diese Zahlen beschreiben nur die untere Grenze eines Trends."

Quelle: [www.zeit-de](http://www.zeit-de)

### „Ho Ho Ho!“ - Der Weihnachtsmann als Fallbeispiel

Stellen Sie sich folgendes Szenario vor: Auf einer belebten Strasse wird ein älterer, ganz in rot gekleideter, etwas adipöser Herr mit weißen Bart aufgegriffen, der verzweifelt einen Schlitten mit acht Rentieren sucht. Ausweis hat er keinen dabei, aber er gibt an „Klaus Santa“ zu heißen. Die Polizei bringt den offensichtlich verwirrten Mann zum Amtsarzt ...

Was sich wie ein Weihnachtsscherz anhört, ist ein interessantes Lehrbeispiel, welches das Ärztemagazin drei Fachleuten, konkret einer Ärztin für Allgemeinmedizin, einem Psychiater und einer Psychotherapeutin mit der Fragestellung „Wie helfen Sie diesem Mann?“ zur Bearbeitung aufgab. Wir wollen ihnen die Ergebnisse nicht vorenthalten.

#### Die Allgemeinmedizinerin

Fast schon reflexartig diagnostiziert die Ärztin, die nebenbei auch Fachärztin für Anästhesie und Intensivmedizin ist und ein ÖÄK-Diplom für Psychotherapeutische Medizin besitzt, eine *rezidivierende Psychose, derzeit im akuten Zustand, mit Wahnsymptomen*. Wahrscheinlich, so Frau Doktor, zeigten sich bereits in der Adventzeit die Vorzeichen: *Er vernachlässigte seine Körperpflege und entwickelte bizarre Gedankengänge, an denen er unbeirrbar festhielt. Nun kann sein Verhalten unmotiviert in Aggression umschlagen.*

Ihre Vorgangsweise sei nun folgende:

*Bei der Untersuchung des Patienten lege ich großen Wert auf die Anamnese: Liegt eine genetische Veranlagung vor, hatte also bereits ein Elternteil des Patienten eine Psychose? Hatte der Patient ein Schädel-Hirn-Trauma? Liegt eine (Alters-)Demenz vor? Ändern sich vor Weihnachten seine Verhaltensweisen (Alkohol-, Cannabis-, Drogenkonsum)? Bedeutet die Vorweihnachtszeit Stress für den Patienten? Gab es in der Vergangenheit um Weihnachten bedeutsame Ereignisse, insbesondere Traumen wie Todesfall oder Verlust?*

Ihr Therapievorschlag bezieht sich sowohl auf *ausreichende* Medikation (atypische Antipsychotika, um Wahn und Aggressivität unter Kontrolle zu bringen, sowie auf Depotpräparate, welche die Rückfallrate senken würden) aber auch auf Psychotherapie in der Remissionsphase. Besonders wichtig erscheint ihr, den Patienten *unbedingt zu motivieren, seine Medikamente regelmäßig einzunehmen, eine Weiterführung und gegebenenfalls Erhöhung der Antipsychotika sollte am besten sein behandelnder Psychiater übernehmen.*



Aber auch seine Angehörigen sind ihr ein großes Anliegen, insbesondere müsste mit diesen *über die Gefahr eines neuerlichen Auftretens der Beschwerden im Advent 2011 gesprochen werden*) wogegen eine „klare Strukturierung“ sowie *die Pflege von Sozialkontakten* in dieser stressigen Zeit helfe.

Als psychotherapeutische Maßnahmen empfiehlt sie Möglichkeiten zu suchen, den Stress der Adventzeit zu lindern. *Behutsam nähern wir uns familiären Konflikten, belastenden Lebensereignissen oder traumatischen Erfahrungen*. Wegen seiner geringen *Frustrations-Toleranz und der entwicklungsgeschichtlichen Defizite* geht sie *wenig konfrontierend und sehr stützend* vor. Insgesamt sollten diese Gespräche geprägt von *Empathie, Ehrlichkeit und Wärme sein, positive Übertragung wird gefördert*. Die Therapie soll ja stabilisieren.

Die Wahngedanken überprüfe sie nach ihrem Abklingen durch Kontrollfragen, etwa so: *„Könnte es sein, dass Sie tief im Inneren wirklich überzeugt sind, Sie seien der Weihnachtsmann, dass Sie aber fürchten, diese Überzeugung könnte von mir oder von anderen als ‚verrückt‘ interpretiert werden?“*

In der Remissionsphase sei es weiters auch wichtig, *die Botschaft des Symptoms* zu deuten: *Vielleicht habe der Weihnachtsmann ja Symbolcharakter, weil der Patient eigentlich Gutes tun will. Die Aggression könnte dann eine Reaktion auf Unverständnis oder auf die eigene Hilflosigkeit sein ...*“



## Der Psychiater

Für ihn bilde *die Basis für jedes weitere Vorgehen die Akzeptanz des Selbstbildes des Betroffenen, bei gleichzeitiger wertschätzender Klärung, dass man die Einschätzung nicht teilt. Damit ist oft auch die Grundlage für eine beginnende Beziehung gelegt. Sie ist Voraussetzung, um in einem chronischen Prozess Veränderung zu bewirken. In einem Gespräch über die Mühen des Daseins als Weihnachtsmann lassen sich dann mehrere Dinge klären.*

In diesem Gespräch lasse sich dann auch *die Stimmung entsprechend einstufen und der affektive Anteil klären. Neben diesen Einschätzungen sei es auch notwendig, „die treibende Problemstellung im Hintergrund zu erkennen. Warum exazerbiert die Psychose jedes Mal zu Weihnachten, was triggert die Spannung?“*

Vermutlich bestehe *das ganze Jahr die Sicherheit, der Weihnachtsmann zu sein, aber was kommt hinzu: z.B. Unsicherheit, nicht zu wissen, wie er seine Aufgaben als Weihnachtsmann erfüllen soll; das Gefühl, die Belastung, die viele Arbeit in nächster Zeit nicht zu schaffen; in dieser Zeit redet man in der Umgebung dauernd über ihn...*

Therapeutisch nachhaltige Erfolge seien nur unter folgenden Bedingungen zu erwarten: *Es gelingt ein guter Kontakt und eine vertrauensvolle Beziehung über längere Zeit. Das bedeutet Akzeptanz des Geschehens durch den /die BetreuerIn/ BehandlerIn, um ehrliche Informationen über die innere Sicht der Dinge und deren Hintergründe zu erfahren.*

Auf dieser Basis sei dann weitere folgende Unterstützung möglich, wie etwa *eine auf die Symptomatik abgestimmte Medikation. Ziel sei dabei nicht die völlige Freiheit vom Wahn, sondern die Fähigkeit zur Wiederherstellung der sozialen Integration. Dazu sei ein Aktivitätsniveau notwendig, mit dem der Patient seinen Lebensalltag gut bewältigen könne.*

Weiters empfiehlt der Psychiater eine begleitend stützende Psychotherapie, um Entlastung zu schaffen, sowie, wie bereits seine allgemeinmedizinische Kollegin, Unterstützung für die Angehörigen. Diese beginne *bei guter Information im psychoedukativen Sinn und führe zur Reflexion des eigenen Umgangs und der eigenen Erwartungen. Dabei sollte gemeinsam mit dem Patienten am gegenseitigen Kommunikationsstil gearbeitet werden.*

## Die Psychotherapeutin

Die erwartete eigentlich *das Christkind – und „Ho, ho, ho“ erscheint der Weihnachtsmann. Es ist nicht nur der Geruch von Rudolph, dem Rentier, der mir hier entgegenweht, sondern auch die Verzweiflung der Familie, die sich im Raum breit macht. Na sowas aber auch.*

Dem Arztbrief entnimmt sie, dass der Mann seit Jahren an wiederkehrenden Symptomen leide: *Unruhe, Gespanntheit, Angst, optische und akustische Halluzinationen, verbunden mit dem Gefühl, von allen missverstanden und abgelehnt zu werden.* Die Diagnose lasse die Familie befürchten, dass Weihnachten auch diesmal kein Fest des Friedens wird. *In den Krisen der letzten Jahre war die Psychiatrie Zufluchtsort des unverständenen Santa Claus.*

Selbstverständlich sei es unumgänglich, den Patienten in seiner Symptomatik anzunehmen. Gleichzeitig müsse jedoch vermieden werden, ihn in seinem wahnhaften Geschehen zu unterstützen. Idealerweise sollten örtliche und personelle Veränderungen vermieden werden. Allerdings bedinge dies, vorrangige Probleme klar einzuschätzen und zu lösen. Das empathische Auftreten der Familienmitglieder schaffe das unbedingt notwendige Vertrauen, könne aber die Medikamente nicht ersetzen.

Zusätzlich sei es ratsam, sozialtherapeutische Angebote in Anspruch zu nehmen wie sozialpsychiatrische Nachbetreuungen und Tageszentren die neben psychotherapeutischen Interventionen Tagesstruktur und praktische Hilfestellungen ermöglichen. Für die Psychotherapeutin steht fest, *dass der Weihnachtsmann den heiligen Abend im Kreise seiner Familie verbringen wird. Voraussetzung dafür ist ein Besuch bei seiner Fachärztin.*

Womit für sie aber ein Problem offen bleibt: *die mangelnde Körperhygiene - eine ausgeprägte Negativsymptomatik!* Hier stünden dann verhaltensmodulierende Interventionen im Vordergrund. *Dem Weihnachtsmann muss der Wert der Körperhygiene im Zusammenhang mit der Familienintegration nähergebracht werden.* Ein schwieriges Unterfangen, aber nur so würde er zu einem regelmäßigen Bad zu motivieren sein. Das Ziel sei aber nicht die Körperhygiene, sondern *der Erwerb von gesellschaftlicher Akzeptanz.*

Danke schön.

Quelle: [www.aerztemagazin.at](http://www.aerztemagazin.at)

### Novelle zum Heimaufenthaltsgesetz – Die ersten Erfahrungen

Immer dann, wenn freiheitsbeschränkende Maßnahmen nötig erscheinen, deren Anwendung nicht durch das Unterbringungsgesetz (UbG) geregelt ist – etwa bei Dementen in Pflegeheimen oder deliranten PatientInnen im Spital, genauso wie an heilpädagogischen Einrichtungen –, tritt das Heimaufenthaltsgesetz (HeimAufG) in Kraft.

„Einer der Gründe für die Novellierung war die Erweiterung Anordnungsbefugnis von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen“, sagt dazu Dr. Peter Barth, Richter im Justizministerium, Wien. „Bislang waren ausschließlich ÄrztInnen anordnungsbefugt – selbst dann, wenn es sich um rein pflegerische Maßnahmen handelte.“

Mit der Novelle des 2005 erstmals in Kraft getretenen HeimAufG erhalten nun auch diplomierte Pflegekräfte die Anordnungsbefugnis, wenn es sich z.B. um Maßnahmen wie Sensormatten handelt, die DemenzpatientInnen am Verlassen eines Bereiches hindern, oder um das Anbringen von Seitenteilen eines Bettes. Bei medizinischen Maßnahmen gilt weiterhin die ärztliche Anordnungsbefugnis.

Nach wie vor muss die freiheitsbeschränkende Maßnahme jedoch auf einem ärztlichen Dokument basieren: Dies kann ein Gutachten oder auch die aktuelle Dokumentation in der Krankengeschichte sein. Schließlich könne nur ein Arzt oder eine Ärztin beurteilen, ob ein Mensch psychisch krank oder geistig behindert ist und ob daraus eine ernstliche und erhebliche Selbst- oder Fremdgefährdung resultiere.

#### BewohnerInnenvertretung

Weiterhin gilt ebenfalls, dass jede freiheitsbeschränkende Maßnahme unverzüglich der Bewohnervertretung gemeldet werden muss. Diese dürfe die Einrichtung jederzeit aufsuchen – also auch dann, wenn keine Freiheitsbeschränkung gemeldet wurde, so Barth.

Der für alle Bundesländer zuständigen BewohnerInnenvertretung waren mit Ende 2009 mehr als 23.000 Beschränkungen gemeldet worden. Barth geht bei Pflegeheimen von einer hohen Bereitschaft zur Meldung aus. Dies liege auch daran, dass nach der Rechtsprechung allein das Verabsäumen der Meldung zur Unzulässigkeit der Maßnahme führe.

„Ein solcher Unzulässigkeitsbeschluss wird von den Einrichtungen schon als Makel wahrgenommen“, meint Barth. Ein strafrechtlicher Tatbestand liegt erst dann vor, wenn trotz Unzulässigkeitsbeschluss die Maßnahme nicht aufgehoben wurde.

In den Einrichtungen selbst erwarteten sich die Verantwortlichen vor allem bürokratische Erleichterungen von der Novelle, genauso aber eine Klarstellung von häufigen Diskussionspunkten, betont Martin König, Obmann der Arbeitsgemeinschaft der oberösterreichischen Alten- und Pflegeheime.



„Nach den bisherigen Erfahrungen wurden diese Erwartungen weitgehend erfüllt, die Umsetzung erfolgt klaglos.“

Offen sind für König noch Fragen bei der Medikation, etwa bei der Verordnung von Antipsychotika. „Besteht die Grundintention darin, einen Zustand zu verbessern und nicht die Mobilität einzuschränken, so muss dies nicht gemeldet werden.“ In der Praxis gibt es darüber jedoch häufig Diskussionen mit BewohnerInnenvertreterInnen. „In diesem Punkt hat die Novelle bislang keine Klarheit gebracht.“

#### Mehr Kooperation

Gegenwärtig werden in heimischen Alten- und Pflegeheimen rund 20% der PatientInnen in ihrer Freiheit beschränkt: „Diese Zahl ist zwar gegenüber den Vorjahren gesunken, im internationalen Vergleich aber immer noch hoch“, erklärte Mag. Susanne Jaquemar, Fachbereichsleiterin im VertretungsNetz, anlässlich des Inkrafttretens der Novelle im vergangenen Sommer. Laut Jaquemar gebe es allerdings Einrichtungen, die völlig ohne Freiheitsbeschränkungen auskommen, denn eine solche bedeutet nicht unbedingt mehr Sicherheit.

Nicht beschränkte PatientInnen verletzen sich nicht häufiger als solche, bei denen freiheitsbeschränkende Maßnahmen zur Sturzprävention eingesetzt werden. Zudem könnten oft Alternativen wie Niederflurbetten oder randverstärkte Matratzen eingesetzt werden.

Mag<sup>a</sup> Christina Lechner  
Geriatric-Praxis 6/2010

### Wir sind gekommen um zu bleiben! – MigrantInnen in der Pflege

Dass Österreich seit den frühen 1960er Jahren auch in der Pflege ein beliebtes Zielland von arbeitssuchenden MigrantInnen ist, dürfte niemand wirklich neu sein. Aber während noch in den 1980ern devote Asiatinnen lediglich als exotischer Aufputz von Krankenhäusern dienten, drängen nun vermehrt Menschen aus dem Balkan und Osteuropa auf diesen Arbeitsmarkt. Und bringen reichlich Aufruhr in den konservativen Hühnerstall.

Österreich hat eine lange Tradition als Zielland für MigrantInnen im Pflegeberuf. Schon in den 1960er Jahren immigrierten Pflegekräfte nach Österreich. Seit 1974 wurden mehr als 2000 Krankenschwestern alleine von Indien, Thailand und den Philippinen angeworben.

2001 waren in Österreich 6,75% aller Pflegekräfte nichtösterreichische StaatsbürgerInnen. Die Verteilung der Pflegekräfte auf die Herkunftsländer zeigte nun allerdings eine deutliche und zunehmende Konzentration auf den süd-osteuropäischen Raum: 2005 stammten 24% der ausländischen Pflegekräfte aus dem ehemaligen Jugoslawien, weitere 33% aus den EU-Staaten, die 2004 beigetreten sind, und 25% aus den EU-15-Staaten.

All diese Zahlen sagen jedoch nur wenig darüber aus, welche Entwicklung Österreich seit Jahrzehnten durchlebt, da viele Pflegekräfte heute aus unterschiedlichen Gründen bereits österreichische StaatsbürgerInnen sind und ihre Herkunft beziehungsweise ihre Ausbildungshintergründe nie erfasst wurden.

In den Ergebnissen einer 2007 durchgeführten Untersuchung der Wirtschaftsuniversität Wien zur grenzüberschreitenden Mobilität im Gesundheitswesen zeigten sich einige interessante Besonderheiten bei einem Vergleich von Krankenhäusern mit Alten- und Pflegeheimen: Während sich die Herkunftsländer im etwa gleichen Verhältnis auf Drittstaaten bzw. EU-Ländern verteilen, zeigen sich bei einzelnen Herkunftsländern signifikante Unterschiede. So stammen 24% der Pflegekräfte mit nicht-österreichischen Ausbildungen in Spitälern aus Deutschland, während es in Pflegeheimen nur rund 12% sind.

Genau gegengleich verhält es sich mit dem Herkunftsland Slowakei. In Krankenanstalten befinden sich 8% der ausländischen Pflegekräfte aus diesem Land, in Alten- und Pflegeheimen sind es rund 21%. Pflegekräfte von den Philippinen machen rund 16% aller ausländischen Pflegekräfte in Krankenanstalten und 7% in Pflegeheimen aus.



Diese, 2007 in der Zeitschrift des österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbandes publizierten Zahlen lassen einige Mutmaßungen über den ethnisch-ethischen Zustand der Republik in Form unangenehmer Fragen auftauchen, wie etwa: Sind deutsche Pflegekräfte die besseren Pflegenden (vielleicht sogar fast so gut wie österreichische)?

Wenn ja, wieso können dann slowakische und tschechische Pflegekräfte auf eine Ausbildung universitären Charakters verweisen, während die Pflegeausbildungen in Deutschland und Österreich eher an einen Lehrberuf, denn an eine therapeutische Profession gemahnen?

Sind Pflegenden aus den neuen Beitrittsstaaten nicht so gut wie deutsche? Wenn nein, wieso gelten dann für erstere de facto strengere Nostrifikationsbestimmungen? Sind PolInnen, SlowakInnen, TschechInnen, vielleicht nicht so vertrauenswürdig (Stichwort „Ostbanden“)? Oder liegt es gar an der Sprache? Und wenn, wieso werden sich kaum verständlich machen könnende Arbeitskräfte im *Sprachberuf Pflege* (Abt-Zegelin) eingesetzt, respektive in der Altenpflege, die so gut wie ausschließlich von Kommunikationsfähigkeit lebt? Wieso werden diese Menschen in ihrem Bestreben, Deutsch zu lernen, nicht mehr unterstützt – etwa durch berufsspezifische Sprachkurse?

Aber zuvorderst: Wieso gibt es in diesem Land überhaupt einen Mangel von sage & schreibe über 9000 Pflegefachkräften, bei einer gleichzeitig ständig ansteigenden Arbeitslosigkeit? Zufall, Unfall, Schicksal oder gar gottgewollt?

## Das demographische Dilemma

Seit über zehn Jahren unterrichte ich an einer Wiener Krankenpflegeschule das schöne Fach Gerontologie, Geriatrie und Gerontopsychiatrie – gut, wie man mir nachsagt, und gerne noch dazu. Doch vor nichts graut mir mehr, als den jungen KollegInnen die Grundzüge der Demographie beibringen zu müssen. Nicht wegen deren (i. Ü. ganz und gar nicht vorhandenen) Desinteresse zu diesem Inhalt, sondern weil sich die Folie mit der Alterspyramide immer mehr zu einer Folie mit Altersspitz entwickelt.

Wie soll man das den jungen KollegInnen erklären, dass nicht *Emergency Room* und *Greys Anatomy* auf sie warten, sondern Altenheim und Langzeitpflege ohne Erfolgserlebnis, dafür jedoch mit jahrelanger Bindung an die ausbildende Institution, inklusive One-Way-Ticket ins Geriatriezentrum – vor allem, für die ohnehin viel zu geringe Zahl SchülerInnen mit Migrationshintergrund? Wie soll man älteren KollegInnen in Pflegeheimen erklären, dass die 24 eben frisch Diplomierten dann lieber doch im Krankenhaus bleiben, als sich in den Waschstrassen der Langzeitpflegeheime die Bandscheiben rauszubuckeln?

Tatsächlich produzieren die, den Krankenhäusern angegliederten Pflegeschulen vorwiegend Arbeitskräfte für das eigene Haus. Dagegen ist auch nichts einzuwenden. Schlimm wird es allerdings dadurch, dass keine mehr übrig bleiben, die in die Heime gehen, abgesehen davon, dass die gesamte Pflegeausbildung – ein paar heroische EinzelkämpferInnen unter den Lehrpersonen ausgenommen – sich ohnehin (wieder) darauf spezialisiert, willfährige und gehorsame HilfsarbeiterInnen für völlig überforderte MedizinerInnen zu schaffen.

Nach wie vor ist die Ausbildung zum „gehobenen Dienst“ mehr Dressurakt als Anleitung zum selbständigen Denken und Handeln, nur halt mit etwas Pseudo-Pflege-„Wissenschaft“ garniert, die, liebe akademische KollegInnen, die Kids aber sowas von anödet und außer nichts nur mehr gar nichts nutzt. (Genutzt hätte vielleicht was die Fachmatura, aber die wollte ja dann niemand. „Lieber Herr Luksch“, wurde mir schon 1998 gesagt, „wir brauchen nicht *gut* ausgebildete Pflegekräfte, wir brauchen *schnell* ausgebildete Pflegekräfte!“)

Ja, danke, Frau „Generaloberin“! Und stolpern Sie nicht über Ihre Stöckelschuhe wenn Sie sich von der Ärztekammer voltigieren lassen!

„Ausgelöst durch die demografischen Entwicklung kommt es bei der Betreuung von alten Menschen zu gewaltigen Veränderungen“, schreibt Clara Moser in ihrer Diplomarbeit zur Migration von Pflegekräften aus den neuen EU-Mitgliedsstaaten. Vor einigen Jahren lag der Schwerpunkt noch in der Betreuung in Pflegeheimen, heute sieht das anders aus:

Durch die Einführung des Pflegegeldes 1993 werden (vor allem von der ewigen Reservearmee nicht erwerbstätiger Frauen) immer mehr pflegebedürftige Menschen zuhause gepflegt. Insbesondere in Regionen mit steigender und anhaltender Arbeitslosigkeit gilt diese finanzielle Zuwendung vielen Familien als de facto unverzichtbare Aufbesserung des Haushaltseinkommens. Erst wenn es mit dem Herrn Vater oder der Frau Schwiegermama wirklich nicht mehr zu Hause geht, diese sich also in einem Zustand allerschwerster Pflegebedürftigkeit befinden, wird an einen Heimzugang gedacht und dieser nicht selten über ein Akutkrankenhaus initiiert.

Aber: Diese sogenannte „informelle Pflege“ durch Familienangehörige geht zurück! Die Ursache liegt zum einen in der Abwanderung der Jüngeren in Ballungszentren (immer der Arbeit nach) aber auch in der zunehmenden Singularisierung der Haushalte: Die Frauen erfüllen zunehmend öfters nicht mehr die Erwartungen und verweigern sich konservativen Weltbildern, in denen die Kinderpflege direkt von der Pflege der Eltern abgelöst wird.

Der Bedarf an Pflegeplätzen wird also tatsächlich immer größer, da es auch zu einer immer größeren Anzahl an demenziell Erkrankten kommt, die eben auf eine wesentlich intensivere Pflege angewiesen sind. Während es Provinzpolitikern, vom Bürgermeister bis zum Landesfürsten, kaum Probleme macht, ein Heim nach dem anderen aus dem Boden stampfen zu lassen, ohne auch nur annähernd einen Gedanken daran zu verschwenden, wer darin, nein nicht gepflegt, da findet sich schon wer, sondern wer darin arbeiten soll, erwürgt sich die werktätige Masse der Pflegenden damit, die Auflagen der Kontrollbehörden auch nur annähernd erfüllen zu können.

Wie bitte sehr, soll das aber auch ein durchschnittliches Heim mit 120 und mehr, zum Teil hochgradig dementen BewohnerInnen aber nur 12 diplomierten Pflegekräften schaffen?

## Migration als Ausweg?

Abhilfe bietet da – welche Freude – das neue, vereinte und großzügig erweiterte Europa mit seinen migrationswilligen PflegenomadInnen. Bereits vor mehr als zehn Jahren fand in den grenznahen Gebieten Ostösterreichs ein reger – wengleich auch noch illegaler – Transit von Arbeitskräften statt: Täglich karrten ganze Busse dubioser Personalleasingfirmen mit Sitz in Bratislava und Brunn arbeitswillige Osis zu Hunderten ins Land, still und heimlich gefolgt von Tirol, Salzburg und Oberösterreich, die frisch, frech und frei bayrische Pflegekräfte von ihren Heimen abwarben (mittlerweile sind die Deutschen die zahlenstärkste Gruppe der GastarbeiterInnen in Österreich!).

Ein Vorwurf ist freilich weder den kommenden Arbeitskräften noch den sie holenden Pflegeorganisationen zu machen. Zu stark sind die Push- und Pullfaktoren im wildgewordenen, postkommunistischen Global Village: Hier die Pflegeheime ohne Personal, dort die Pflegekräfte, die sich zum Hungerlohn verkaufen müssen: 8,50 Euro beträgt der gesetzlich garantierte Mindest-Stundenlohn für examinierte Altenpflegefachkräfte, nein nicht in Rumänien, sondern in Deutschland. Im deutschen Osten gar nur 7,50 Euro. Und in der, kürzlich noch als „neues Wirtschaftswunder“ gepriesenen, Slowakei verdient eine Krankenschwester grad mal 500,- € pro Monat. Wer mag es Marikka verdenken, dass sie ihre Kinder bei den Großeltern lässt und hier fremde Menschen pflegt? Für die österreichischen Institutionen – von den Sozialversicherungen angefangen bis hin zu Berufsvertretungen und Gewerkschaft (von Sozial- und Innenministerium nicht zu reden) kommt das alles absolut überraschend und unvorhergesehen. Aber tapfer ist man gewillt die Misere auszusitzen und den Mund nur dann aufzumachen, wenn es um die eigenen Pfründe geht – fürs Laute und Grobe hält man sich den sattsam bekannten Zahnklempner in Wien, auf den kann man dann mit dem Finger zeigen und die Schuld von sich weisen.

Wie mühsam sich die Anerkennung der so dringend benötigten Arbeitskräfte hierzulande gestaltet ist am Beispiel der Legalisierung der 24-Stundenpflegekräfte nachzuvollziehen. Nur unter dem Druck der enorm starken Lobby der PensionistInnenvertretungen kam es – mit Hängen und Würgen zwar, aber dann doch – zu einer halbwegs annehmbaren Lösung.



Ein weiteres Beispiel für die österreichische Kunst der Realitätsverweigerung ist die Art und Weise, wie etwa ÖGKV und BÖGK in selten trauter Zweisamkeit die Anerkennung der deutschen examinierten AltenpflegerInnen als diplomierte Fachkräfte ignorieren. Klar ist das nicht konform mit dem derzeitigen Stand des GuKG, aber bitte, dieses Gesetz wurde in den letzten 13 Jahren vier mal novelliert, warum hat niemand an die „Nebensächlichkeit“ der internationalen Anpassung gedacht? Vielleicht zu weit weg von der Praxis?

Andere Baustelle, gleiches Chaos: Die vor gar nicht allzu langer Zeit noch heiß diskutierte Ausbildung zum/zur AltenfachbetreuerIn. Ganz offensichtlich hielten sich die, für die Kreation dieses Berufes Verantwortlichen, ganz besonders schlau, indem sie gleich eine Pflegehilfeausbildung in diese Lehrgänge integrierten (damit ja keine schiefe Optik zum GuKG entstünde). Allerdings erwies sich das als Schuss ins Knie: Bislang stellen die Arbeitgeber die FachbetreuerInnen bloß als PflegehelferInnen an – das ist billiger und wer braucht schon zusätzlich erlernte Kenntnisse?

Die TeilnehmerInnen dieser, meist vom AMS mitfinanzierten, Ausbildungen sind zu einem Großteil Menschen mit Migrationshintergrund, die als schwer vermittelbar gelten und von AMS-BetreuerInnen in diese „Maßnahme“ gesteckt werden, damit sie so nicht mehr in der Statistik aufscheinen. Pflegen kann ja schließlich jede/r und das bisschen Pulverl schlichten zu lernen kann ja wirklich kein Problem sein. Dass viele TeilnehmerInnen dieser Kurse oft kaum genug Deutsch können, um sich bei neuen ArbeitgeberInnen vorzustellen, geschweige denn mit alten Menschen zu kommunizieren, interessiert offensichtlich überhaupt niemand.

## **Kulturschock Mitteleuropa**

Das Sprachproblem ist aber nur die Spitze des Eisbergs. Viel größer ist der generelle Kulturschock für die gerufenen Arbeitskräfte. Wie sollen Ridha und Latifa aus Tunesien trotz perfektem Deutsch verstehen, dass wir hier unsere alten und kranken Eltern von fremden Menschen pflegen lassen – in der 2-Millionen-Stadt Tunis gibt es ein einziges Altenheim!

Aber nicht nur die Pflegekräfte aus dem muslimischen Teil der Welt haben ihre Probleme mit Zentraleuropa. Der permanente Overkill von Leistungs- und Konsumzwang in der schönen neuen Welt lässt auch die Menschen aus den komplett verarmten ehemaligen Ostblockstaaten in jeder Hinsicht dekompensieren und nur die Abschottung in Parallelkulturen scheint (eine trügerische) Sicherheit zu geben. Integrationsversuche scheitern zwangsweise.

„Warum sollte ich mich integrieren bei euch, wenn ihr uns ohnehin nur braucht um euren Dreck wegzuräumen?“ meint Zoran, Sohn von Ex-Jugoslawen. Sein Vater arbeitet am Bau, seine Mutter putzt in einer Fastfoodkette. Er hat sich vier mal in Krankenpflegeschulen beworben und wurde jedes Mal wegen einer vier in Mathe nicht mal zur Aufnahmeprüfung zugelassen. „Schlechte Lehrer schlechte Noten“ analysiert er lakonisch und bolzt eine leere Dose an das Gitter des Fußballkäfigs.

Bei Lale war es der Vater, der eine Ausbildung zur Krankenschwester verhinderte. „Es war für ihn unvorstellbar, dass ich möglicherweise fremde Männer nackt sehen oder sogar angreifen sollte.“ erzählt die Siebzehnjährige, die nun am elterlichen Obststand am Meiselmarkt mithilft. Und fügt wie zur Entschuldigung hinzu: „Er kommt aus Anatolien und irgendwie lebt er noch immer dort – da herrschen eben andere Gesetze als hier.“ Spätestens in einem Jahr werde sie von zuhause ausziehen und sich dann vielleicht noch mal bewerben.

Das Gros der Zuwandernden lebte bereits in den Herkunftsländern in den unteren sozialen und damit bildungsfernen Schichten. „Leute mit guter Bildung müssen nicht emigrieren,“ sagt auch Ilkar, Tochter eines Immobilienmaklers in Istanbul, die in Wien studiert. „Sie haben auch in der Türkei oder wo sie halt herkommen gute Chancen, aber Bildung ist in unseren Ländern teuer, nicht jede Familie kann sich das leisten. Und das sind dann die, die als HilfsarbeiterInnen hierher kommen“.

## **Alienation, Isolation und Xenophobie**

„Die Situation für uns ist fast ident wie die einer/s Schizophrenen“ meint Pavel, Tscheche und psychiatrischer Pfleger. „Wir entfremden uns von unseren Wurzeln und können hier nicht heimisch werden. Wir sind isoliert und zum Teil isolieren wir uns auch selbst. Und weil wir fremd sind und auch fremd bleiben verursachen wir bei den InländerInnen Angst. Diese muss dann abgewehrt werden und ein hier sehr beliebter Mechanismus der Angstabwehr ist die Dämonisierung. Wir werden schlechter gemacht, als wir sind.“

Wie die meisten anderen Pflegekräfte meint auch er, dass die Sprache die Basis sowohl zum Verstehen ist als auch zum Verstanden werden, allerdings: „Niemand macht sich eine Vorstellung, wie schwer es ist für Menschen, die aus den slawischen oder turkmenischen Sprachräumen kommen, eine romanische oder germanische Sprache zu lernen!“

Der Deutschkurs im Rahmen der Nostrifikation sei eine Farce gewesen. „Es ging nur darum, Dienstanweisungen befolgen zu können. Von Kommunikation als Grundlage des Verstehens der Menschen hier schlechthin, kann nicht einmal die Rede sein“. Nur weil seine Freundin kein tschechisch spricht habe er „leidlich“ deutsch gelernt, aber es genüge eigentlich noch nicht wirklich, um pflegerisch oder gar therapeutisch damit zu arbeiten.

Dass manche Politiker aus der Xenophobie der ÖsterreicherInnen politisches Kalkül schlagen gibt auch Nadja, Kinderkrankenschwester aus Ungarn zu denken. „Ich bin ausgewandert, als die extreme Rechte in Budapest die Macht übernommen hat und was finde ich hier? Eine extreme Rechte, die spätestens in drei Jahren in der Regierung sitzt und sich jetzt schon eine konservative Innenministerin hält, die kleine Kinder ins Gefängnis einsperrt!“.

Zurück möchte sie trotzdem nicht, wie alle, mit denen wir zu diesem Thema sprachen. „Wir sind gekommen um zu bleiben!“ sagt sie.

Autor: Christian Luksch

### **Quellen zu diesem Artikel:**

Lenhart & Österle; Migration von Pflegekräften; Artikel in Österreichische Pflegezeitschrift 12/07

Moser: Die Migration qualifizierter Pflegekräfte aus den EU-Mitgliedstaaten; Diplomarbeit

Resch: Herausforderungen im Unterricht von MigrantInnen in der Pflegehilfeausbildung

### Warum ausländische Pflegekräfte nach Österreich kommen

Pflegekräfte aus dem Ausland wurden bisher von höherer Bezahlung und sicheren Arbeitsplätzen nach Österreich gelockt. Doch die Lohnniveaus gleichen sich langsam einander an. Ob sich die Mühe, Heimatland und Familie zu verlassen, noch "auszahlt", und warum die PflegerInnen nach Österreich kommen, erklärte August Österle, Professor für Sozialpolitik an der Wirtschaftsuniversität Wien, in einem Gespräch mit dem Standard.

**Standard:** Wäre das Gesundheitssystem in Österreich weiter aufrecht zu erhalten, wenn keine ausländischen Arbeitskräfte nach Österreich kommen würden?

**Österle:** Die Beschäftigung ausländischer Arbeitskräfte trägt wesentlich dazu bei, den Bedarf an Personal im österreichischen Gesundheitswesen zu decken. Vor allem im Bereich der Pflege wird der Bedarf in den kommenden Jahren noch deutlich ansteigen.

Gleichzeitig ist nicht sicher, ob Personal aus den angrenzenden EU-Mitgliedsländern auch in Zukunft in diesem Ausmaß in Österreich arbeiten wird. Um den Bedarf zu decken wird es dringend notwendig sein, die Attraktivität des Pflegeberufes generell zu stärken.

**Standard:** Wie hoch ist der Anteil von Pflegekräften aus dem Ausland in Österreich?

**August Österle:** Wir gehen von rund zehn Prozent aus. Was bei unseren Erhebungen aber nicht erfasst ist, ist der Bereich der Heimhilfe, oder auch der Bereich der vieldiskutierten 24-Stunden-Betreuung.

**Standard:** Was sind die typischen Herkunftsländer?

**Österle:** Der größte Anteil, nämlich ein Fünftel, kommt laut unserer Erhebung aus Deutschland. Eine Zeit lang kamen viele Pflegepersonen von den Philippinen. Allerdings gab es in den vergangenen 15 Jahren eine deutliche regionale Verschiebung bei den Herkunftsländern. Es kommen verstärkt Pflegepersonen aus den neuen EU-Mitgliedsländern, insbesondere Slowakei, Tschechien und Polen.

**Standard:** Kann man schon abschätzen, welche Auswirkungen das in den Herkunftsländern hat, Stichwort „Brain Drain“?

**Österle:** Dass viele nach der Ausbildung in andere Länder gehen, schafft tatsächlich Probleme. Einerseits auf der Ebene der Gesundheitssysteme, wo die Abwanderung teilweise dadurch ausgeglichen wird, dass es auch in diesem Raum Immigration aus noch weiter östlich liegenden Nachbarländern gibt.



Herausforderungen gibt es aber auch im privaten Bereich. Pendeln und Migrieren ist mit großen Aufwendungen verbunden. Das gilt besonders dann, wenn nur ein Teil einer Familie wandert. Wenn Frauen als Pflegepersonen in einem anderen Land tätig sind, müssen häufig Betreuungstätigkeiten in den Herkunftsfamilien, sei es für Kinder oder auch für ältere Menschen, neu organisiert werden.

**Standard:** Sind es nur finanzielle Gründe, die Menschen dazu bewegen, als Pflegekräfte in ein anderes Land zu gehen?

**Österle:** Ökonomische Gründe sind wichtig, aber nicht die einzig ausschlaggebenden. Dabei sind Lohnkosten und Lebenshaltungskosten von Bedeutung: Je geringer die Unterschiede in den Löhnen sind, umso weniger wahrscheinlich ist es, dass eine größere Zahl an Personen tatsächlich bereit ist, aus beruflichen Gründen in ein anderes Land zu gehen.

Ein wichtiger Faktor sind aber auch die beruflichen Perspektiven im Gesundheitssystem: Karrieremöglichkeiten, Aufstiegschancen, Qualifizierung. Die fehlende berufliche Sicherheit ist ein zusätzlicher Anreiz, in ein anderes Land zu gehen. Gerade in den Gesundheitssystemen mittel- und osteuropäischer Länder haben in den vergangenen Jahren Umbrüche stattgefunden.

Es wurden teilweise in Krankenanstalten massiv Betten abgebaut. Alten- und Pflegeheime sind in vielen Regionen weit weniger ausgebaut als in Österreich. So etwas schafft Verunsicherungen und fehlende Perspektiven: Dadurch hat man dann ein zweites Argument, in ein anderes Land zu gehen, wo man sich größere Stabilität erwartet.

**Standard:** Handelt es sich da um langfristige Migration, oder um ein zeitlich begrenztes Arbeiten in einem anderen Land?

**Österle:** Das muss nicht immer langfristig sein. Vor allem dort, wo Migration über kürzere Distanzen stattfindet und die sozialen Netzwerke im Heimatland bestehen bleiben, zum Beispiel in Nachbarländern wie der Slowakei oder der Tschechischen Republik, kann es sich auch um Pendeln oder um zeitlich begrenzte Migration handeln.

Wenn die Lohnunterschiede geringer werden und die Beschäftigungsperspektiven im eigenen Land attraktiver werden, ist es durchaus wahrscheinlich, dass Pflegepersonen wieder zurückkehren. Die Lohnunterschiede sind nach wie vor beträchtlich, nehmen aber bereits ab.

**Standard:** Wie einfach macht es Österreich dem Personal im Gesundheitswesen, einzuwandern? Wie sind hier die Abmachungen zur Anerkennung der Diplome?

**Österle:** Innerhalb der EU stellt die Anerkennung keine besondere Hürde mehr da. Es gibt die EU-Anforderung, dass Ausbildungen anerkannt werden müssen. Damit ist die Anstellung von Personen aus den neuen EU-Mitgliedsländern auch administrativ einfacher, als aus Ländern wie Kroatien oder Serbien.

Und obwohl Österreich gegenüber östlichen EU-Mitgliedsländern noch immer Zugangsbeschränkungen für die Arbeitsmärkte hat, ist es gerade in der Pflege auf Grund des Bedarfes eher möglich, Personen aus diesen Ländern zu beschäftigen. Die Ausbildung in den Herkunftsländern ist generell auf einem sehr hohen Niveau.

#### Zur Person:

August Österle arbeitet als Professor für Sozialpolitik an der Wirtschaftsuniversität Wien. Er forscht verstärkt zum Thema Gerechtigkeit in europäischen Gesundheitssystemen.

Quelle: [www.derstandard.at](http://www.derstandard.at)

## Der Spielfilm zum Thema: **Import Export** von Ulrich Seidl

Es ist ein extrem hartes Stück Film, das uns der österreichische Filmemacher Ulrich Seidl da zumutet, ja vielleicht eines der brutalsten, die ich je gesehen habe und sicher in einer Reihe zu nennen mit *American History X* oder *Le Haine* von Mathieu Kassovitz. Was den Streifen so schlimm macht, sind jedoch keine Actionszenen, sondern die Tatsache, dass es sich hier um nichts anderes als die nackte Realität handelt.



Der Titel lässt zunächst ein Wirtschaftsthema vermuten. Und tatsächlich geht es auch um internationale Handelsbeziehungen. Was hier behandelt wird sind allerdings keine Autos aus Korea oder Möbel aus Schweden – die Ware um die es geht, ist der Mensch selbst.

Zwei Stories erzählt der Film: eine Import- und eine Exportgeschichte. Der Export heißt Pauli, ein Junge aus der Unterschicht Wiens, der seinen Job als Wachmann verliert und nach einer kafkaesken Odyssee durch diverse AMS-„Maßnahmen“ mit seinen Stiefvater in der Ukraine alte Spielautomaten aufstellt.

Der Import heißt Olga, eine junge Mutter und Krankenschwester in der Ukraine, die ebenfalls ihren Job verliert, dann bei einer Sex – Hotline arbeiten muss und schließlich nach Österreich kommt um hier als Kindermädchen, später als Putzfrau in einem Geriatriezentrum die Segnungen des Westens zu empfangen.

Seidl drehte ausschließlich mit LaiendarstellerInnen und an Originalschauplätzen, also in der echten Ukraine, in einem echten Call-Center, in einem echten Geriatriezentrum. Und diese Echtheit garantiert auch die Echtheit seiner Wirkung und damit die o. a. Brutalität.

Gnadenlos hält die 35mm-Kamera den ganz normalen Irrsinn der schönen neuen Welt fest und erlaubt keine Passivität der Zusehenden. Es ist ein dreckiger Ausreibfetzen, der einem/ einer da ins Gesicht geschleudert wird und am Ende bleiben nur Wut und Scham.

Dennoch: Pflicht für alle, die mit Menschen aus dem Osten zusammenarbeiten!

Die DVD ist in der Standard Edition „Der österreichische Film“ (Nr. 127) erschienen.



### Was „die aus dem Osten“ kosten. Und was sie bringen.

Seit die früher als Schwarzarbeiterinnen diffamierten Pflegerinnen aus dem Osten Europas hier legale Arbeitsbedingungen vorfinden, fährt der Sozialversicherung mehr Beiträge ein. Gleichzeitig kosten sie wenig. Und generell sind alle mit dem Modell zufrieden.

Seit die 24-Stunden-Pflege gesetzlich geregelt – sprich legalisiert – worden ist, ist es still geworden um die slowakischen oder rumänischen PflegerInnen in Österreich. Doch im Hintergrund haben sich die mittlerweile fast 24.000 „PersonenbetreuerInnen“ nicht nur für die Betroffenen zu einer wichtigen Stütze entwickelt. Sie tragen auch zum Sozialsystem und zu den Einnahmen der Wirtschaftskammer bei. Dass sie die Ansprüche aus ihren Kranken- und Pensionsversicherungsbeiträgen im gleichen Maß in Anspruch nehmen, darf bezweifelt werden.

Seit der Legalisierung der zuvor meist illegal tätigen PflegerInnen 2007 gelten sie als selbständige EinpersonenernehmerInnen. Dafür brauchen sie einen Gewerbeschein, für den sie eine kleine Kammerumlage von im Schnitt 80 bis 100 € pro Jahr zahlen. Und sie müssen sich bei der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft kranken-, pensions- und unfallversichern.

Außerdem haben sie einen kleinen Beitrag zur Selbstständigenvorsorge zu zahlen. Kostenpunkt pro Jahr: rund 1730 €. Nach den ersten drei Jahren steigt der Betrag auf etwa 2400 €. Konservativ gerechnet, brachten die neuen Selbstständigen – sie machen immerhin bereits 8 - 9 % der Versicherten aus – der SVA im Vorjahr 34,6 Millionen Euro an Beiträgen.

„Sie haben eine massive Steigerung der Versicherungszahl bewirkt“, räumt Thomas Richter vom Bereich Versicherungs- und Beitragsleistungen in der SVA ein. Auch die Befürchtungen, es werde schwierig sein, die Beiträge einzutreiben, habe sich nicht bewahrheitet. Im Gegenteil: In dieser Gruppe seien die Rückstände niedriger als sonst. Wie hoch die Arzt- oder Spitalsrechnungen der PflegerInnen sind, wird laut SVA nicht gesondert erhoben.

„Natürlich sind sie NettozahlerInnen, weil das System noch so jung und noch niemand in Pension ist“, sagt Norbert Schnurrer, Sprecher von Sozialminister Rudolf Hundstorfer. Verloren sind die Zahlungen seiner Ansicht nach nicht. Da innerhalb der EU alle Beitragsjahre zusammengerechnet werden, kämen die Ansprüche aus Österreich einfach dazu.

Auch Christine Mayrhuber, Sozialexpertin des Wirtschaftsforschungsinstituts, hält die sozialrechtliche Absicherung der PflegerInnen für wichtig. Sie tritt aber für eine Entlastung ein, weil die Sozialabgaben bei geringen Einkommen besonders durchschlagen.

Generell sind Politik, aber auch Vereine wie Hilfswerk oder Caritas, die sich als hilfreiche Schaltstelle zwischen Familien und Pflegerinnen entwickelt haben, zufrieden mit dem „Saisonarbeits-Modell“ für die Altenbetreuung. Es sei eine „rechtlich hatscherte“, aber pragmatische Lösung, die handhabbar sei, sagt Walter Marschitz, Geschäftsführer des Hilfswerks, einer der größten Vermittlungsagenturen.

Und die Bezahlung sei eine Win-Win-Situation für PflegerInnen und Betroffene: Im Schnitt verdienen die PflegerInnen derzeit brutto 60 – 70 € pro Tag – bei dem in der Pflege üblichen 2-Wochen-Rhythmus rund 890 € im Monat. Deutlich mehr, als eine Krankenschwester in der Slowakei verdient, die mit einem Vollzeit-job derzeit auf 480 € im Monat kommt.

„Wer es sich leisten kann, greift gern darauf zurück“, betont auch Thomas-Peter Siegl, Bereichsleiter bei der Caritas. Auch von den Pflegekräften komme „viel Positives“ vor allem in Regionen mit hoher Arbeitslosigkeit. Und sollte es in der Heimat Probleme geben, biete die Caritas auch dort Kontakte an.

„Für mich ist es perfekt“, sagt die gelernte Krankenschwester Monika Herakova aus Mitra. Die alleinerziehende Mutter arbeitet seit 13 Jahren in Österreich als Pflegerin. Trotzdem will sie, sobald ihre 14-jährige Tochter (um die sich ihre Eltern kümmern,) die Schule beendet hat, vielleicht nach Österreich umziehen.

Zunächst will sie ihre Zeugnisse nostrifizieren lassen. Wünschen würde sie sich Deutschkurse, sowohl in Österreich als auch in der Heimat, weil sich an mangelnden Sprachkenntnissen viele Missverständnisse entzündeten. In der Wirtschaftskammer wird auch schon überlegt, ob mit bestimmten Serviceangeboten für die neuen Mitglieder Sprachbarrieren vermindert werden könnten.

Quelle: Salzburger Nachrichten

### MigrantInnen als MitarbeiterInnen in der Pflege alter Menschen

Arbeitsmigration ist auch in der Altenpflege ein bedeutendes demographisches Phänomen. Während immer mehr Pflegekräfte aus Süddeutschland nach Österreich abwandern, zieht es osteuropäische Pflegekräfte vermehrt nach Deutschland. Eine Arbeitsgruppe des norddeutschen Zentrums zur Weiterentwicklung in der Pflege untersuchte das Phänomen.

Befragt wurden Leitungskräfte ambulanter, teilstationärer und stationärer Einrichtungen der Altenhilfe in Schleswig Holstein, Bremen, Niedersachsen und Mecklenburg Vorpommern. Im Mittelpunkt standen dabei die konkreten Erfahrungen und Wünsche der Pflegepraxis mit der Arbeit in multikulturellen Teams.

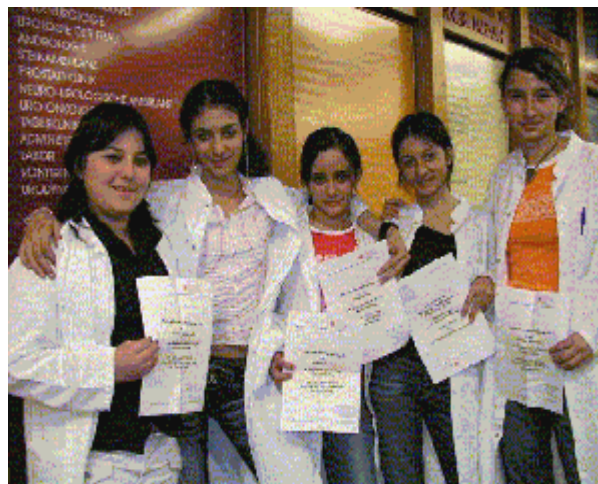
#### 1. Wie viele MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund arbeiten in der Pflege und welche Qualifikationen haben sie?

In den 121 Einrichtungen arbeiten insgesamt 3.970 Mitarbeiterinnen / Mitarbeiter. Davon sind 425 MigrantInnen. Dies entspricht einem Durchschnittswert von 10,7% MigrantInnen pro Einrichtung. Bei 44 von 121 Einrichtungen sind keine ZuwanderInnen beschäftigt. Damit arbeiten in fast 2/3 der befragten Einrichtungen MigrantInnen. In der Einrichtung mit der höchsten Zuwandererrate beträgt deren Anteil unter den MitarbeiterInnen 39%.

Von den 3.545 Deutschen arbeiten 16,6% ohne anerkannte Qualifikation, bei den MigrantInnen ist der Anteil mit 18,6% nur geringfügig höher. Abschlüsse als Pflegehilfe haben 159 Deutsche (4,48%) und 20 MigrantInnen (4,7%), Examierte AltenpflegerInnen sind 924 deutsche (26%) und 88 zugewanderte Pflegekräfte (20,7%) Bei den examinierten Krankenpflegekräften ist der Anteil der deutschen mit 649 Personen bei 18,3%, unter den MigrantInnen mit 39 Personen bei (9,17%)

#### 2. Welches sind die Herkunftsländer der zugewanderten MitarbeiterInnen?

Die meisten MigrantInnen kamen in dieser Befragung aus den ehemaligen GUS-Staaten (116) und aus Polen (115). An dritter Stelle liegen TürkInnen (22), gefolgt von KollegInnen aus Süd- und Lateinamerika (19) und aus Asien wie Philippinen, Korea, Thailand (12). Aus dem ehemaligen Jugoslawien kamen 9, aus Finnland 5 und aus Arabien und Afrika jeweils 4, Dänemark, Schweden, Portugal und Rumänien waren mit je 2 Personen vertreten, aus Italien, Griechenland, Ungarn, Bulgarien, Großbritannien und Norwegen kam jeweils eine Kollegin. 105 KollegInnen gaben ihr Herkunftsland in der Befragung nicht an.



#### 3. Welche Qualifikationen sind bei der Einstellung von MigrantInnen wichtig?

Diese Frage wurde 101mal beantwortet. An erster Stelle wird das Vorhandensein guter bis sehr guter deutscher Sprachkenntnisse erwartet (41). Ebenso häufig wird „Deutsche Sprache in Wort und Schrift“ genannt.

Eine Pflegeausbildung bzw. ein Examen erwarten 22 Leitungskräfte. Fachkenntnisse, Fachkompetenz und Professionalität werden 15mal genannt. Eine pflegerische Grundqualifikation (mindestens sechswöchiger HelferInnenkurs) erwarten 17 Einrichtungen.

Soziale und personale Kompetenzen wie wertschätzender, freundlicher Umgang, Respekt, Einfühlungsvermögen und Belastbarkeit erhielten 13 Nennungen. Auf Berufserfahrung oder allgemeine Pflegeerfahrung achten sieben Leitungskräfte. Gleiche Kriterien wie für deutsche BewerberInnen, orientiert an der jeweiligen Stellenbeschreibung, finden sechs PDLs wichtig. Die Fähigkeit zum Führen einer Pflegedokumentation wird fünf mal genannt.

Kenntnisse der deutschen Kultur, biographisches und geschichtliches Interesse und soziokulturelles Bewusstsein werden vier mal definiert, die Bereitschaft zur Integration wird von drei Personen als wichtig erachtet.

Auf das äußere Erscheinungsbild legen zwei Einrichtungen wert. Die Zugehörigkeit zu einer christlichen Kirche, PC-Kenntnisse und Führerschein wurden einmal genannt.

#### **4. Welche Erfahrungen haben Leitungskräfte mit den multikulturellen Teams?**

69 Einrichtungen haben überwiegend positive Erfahrungen mit multikulturellen Teams gemacht. Auf die offene Frage welche Erfahrungen positiv waren, kamen 50 Antworten:

Gute Integration ins Team, hohe Akzeptanz der ZuwanderInnen, keine Diskriminierung (N=17). Adjektive wie fleißig, zuverlässig, arbeitswillig, lernfähig, hoch motiviert, engagiert und freundlich finden sich für die MigrantInnen summiert in 20 Antworten.

Als Bereicherung und Anregung empfinden elf Einrichtungen die ZuwanderInnen in den Teams. Die Offenheit für andere Kulturen sei gestiegen, die Toleranz habe sich verstärkt.

Gute Fachkenntnisse bescheinigen fünf Einrichtungen den ZuwanderInnen, Achtung und Respekt vor BewohnerInnen/Bewohnern nennen fünf Leitungskräfte als positive Erfahrung mit MigrantInnen. Je einmal wurde ausgesagt, dass MigrantInnen dankbarer seien als Deutsche, und dass deren Arbeitsmoral, Zuverlässigkeit und Disziplin eher anzutreffen sei als bei deutschen MitarbeiterInnen.

Überwiegend schlechte Erfahrungen mit multikulturellen Teams machten 18 Einrichtungen. Diese wurden meist dargestellt als Kommunikationsprobleme, Ablehnung bei den KlientInnen, mangelnde Dokumentationsfähigkeit und geringer Selbstwert der MigrantInnen.

#### **5. Werden Informationsveranstaltungen oder Fortbildungen zum Thema „Arbeit im multikulturellen Team“ gewünscht?**

13 Einrichtungen beantworten diese Frage mit *Ja* und 90 mit *Nein*.

#### **6. Sind Fortbildungen für zugewanderte Mitarbeiterinnen gewünscht und wenn, welche sind das?**

44 Einrichtungen beantworten diese Frage mit *Ja* und 59 mit *Nein*; 18 Einrichtungen geben kein Votum ab. Gewünscht wurden:

- Sprachkurse zur Vermittlung von Fachsprache, Alltagssprachgebrauch in der Pflege und Rechtschreibung (26)
- Kultur und Leben in Deutschland (5)
- Weiterbildung im Pflegeberuf / Qualifizierungsmaßnahmen allgemein (5)
- Pflegeplanung und Dokumentation (5)
- Soziale Kompetenz / Kommunikation (3)

#### **7. Welche Erfahrungen in der Betreuung alter Menschen sind noch wichtig?**

Auch auf diese abschließende offene Frage, wurde überwiegend auf die sprachlichen und kulturellen Verständigungsprobleme der MigrantInnen hingewiesen. 32 Einrichtungen gaben ausführliche Antworten:

Die Sprachbarrieren von MigrantInnen haben Auswirkungen auf Teamarbeit wie Dokumentation und beeinträchtigen die allgemeine Kommunikation mit den BewohnerInnen. Es wird mehr „*Betreuung und Schulung zum Erlernen der deutschen Sprache*“ gefordert.

In einigen Fällen werden eine ablehnende Haltungen der BewohnerInnen gegenüber den MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund hervorgehoben. Vereinzelt finden sich ambivalente oder diskriminierende Äußerungen gegenüber den zugewanderten MitarbeiterInnen in den Aussagen der Leitungskräfte, die dazu beitragen, dass noch ein gutes Stück Arbeit zu leisten ist, wenn MigrantInnen als gleichwertige MitarbeiterInnen anerkannt werden.

#### **Fazit**

Diese Befragung kann nur einen kleinen Einblick in das Thema „MigrantInnen als MitarbeiterInnen in der Pflege“ vermitteln. Weitere umfassende Erhebungen sind notwendig, um Informationen über MigrantInnen als Arbeitskräfte für die Pflege zu gewinnen. Außerdem lassen einige Ergebnisse auch vermuten, dass noch viele Aktivitäten notwendig sind, um kulturelle Vielfaltigkeit und Unterschiedlichkeit auch im Arbeitsfeld anzuerkennen und auch um Platz zu schaffen um Fremdheit in unserem Arbeitsfeld als einen Aspekt des Lebens und Arbeitens zuzulassen.

Dies ist umso notwendiger als europaweit die Anzahl der älteren Menschen und damit auch der Dienstleistungen in der Altenhilfe ständig steigt. Der damit verbundene Anstieg der Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter in der Altenhilfe korrespondiert mit einem abnehmenden Angebot an zur Verfügung stehenden Personen.

Quelle und weitere Informationen:

#### **Norddeutsches Zentrum zur Weiterentwicklung in der Pflege**

Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein Adolf-Westphal-Straße 4, 24143 Kiel, [www.ndz-pflege.de](http://www.ndz-pflege.de)

### Interkulturelles Miteinander in der Pflege am Beispiel Caritas

Wenn im "Haus Josef Macho" der Caritas in Wien hochbetagte und herausgeputzte Gäste mitsamt PflegerInnen aus aller Welt eintrudeln und dabei herzlich von Begrüßungskomitee in fescher Dirndl-Montur oder im Anzug mit Krawatte empfangen werden, dann ist es wieder soweit: Die Caritas Wien lädt zum alljährlichen interkulturellen Mittagessen ein

Das interkulturelle Mittagessen wurde vor drei Jahren ins Leben gerufen, um die Buntheit und Vielfalt in der Pflege sichtbar zu machen. Interkulturelles Miteinander, das im politischen Diskurs oft als utopisch oder zu konfliktreich ausgeschlachtet wird, sei "schlichtweg Alltag in der stationären und mobilen Pflege."

Der Alltag scheint reibungslos zu funktionieren. Menschen aus über 40 Nationen sind als Pflegekräfte bei der Caritas Wien beschäftigt. Diese gelebte Diversität wird beim interkulturellen Mittagessen, dessen Speisekarte genauso bunt gemischt ist wie das Küchenteam, mit Gerichten aus Serbien, Ungarn, Indien, den Philippinen und der Türkei kulinarisch gefeiert. Auch die 85-jährige Christine Mai aus Wien-Penzing gehört zu den mehr als hundert Eingeladenen, die Essen und Beisammensein in großer Runde genießen. Mit am Tisch sitzen ihre zwei Heimhilfen, Catherine aus Nigeria und Joselyn aus den Philippinen, die sich abwechselnd im Tandem um Frau Mai kümmern. Catherine lebt seit sieben Jahren in Österreich und arbeitet seit einem Jahr als Heimhilfe. Joselyn ist vor 15 Jahren eingewandert und kann bereits mehr als zehn Jahre Erfahrung im Pflegebereich vorweisen.

"Es gibt auch welche, die am Anfang sagen, dass sie nicht von AusländerInnen betreut werden wollen. Aber nach dem Kennenlernen ist das kein Problem mehr. Für mich ist eine gute Betreuung wichtig und wenn man mit mir zufrieden ist", erzählt Joselyn.

Für ihre Kollegin Catherine sind Geduld und Toleranz für den Job als Pflegekraft sehr wichtig. Anfangs hatte die Nigerianerin noch mit Vorbehalten zu kämpfen. So wollte eine Klientin Catherine einmal aufgrund ihrer Hautfarbe keinen Einlass in die Wohnung gewähren.

"Ältere Menschen sind misstrauischer, sie haben Angst bestohlen zu werden", erklärt sich Joselyn manche Reaktionen. Aber meist legen sich die Vorurteile mit der Zeit und negative Reaktionen gehören eher zur Ausnahme als zur Regel, bekräftigen die zwei Heimhilfen.



Frau Mai schüttelt den Kopf, wenn sie davon hört, dass manche nicht von jemand mit anderer Herkunft betreut werden wollen: "Mir ist das egal, solange der Mensch Mensch ist." Mit ihren zwei Heimhelferinnen ist sie sehr zufrieden, und das ist was für sie zählt.

Fatma und Nilay sitzen am selben Tisch. Beide haben vor einem Jahr gemeinsam die Ausbildung zur Heimhelferin absolviert. Fatma, die seit 21 Jahren in Österreich lebt, ist ihrer unmittelbaren Nachbarschaft, insbesondere den älteren AnrainerInnen, als hilfsbereite Nachbarin bekannt: "Sie sind so alleine, brauchen Hilfe und jemanden zum Reden", erklärt sie ihre Hilfsbereitschaft und gleichzeitig die Motivation für den Einstieg in den Pflegeberuf.

Die Einsamkeit der Betreuten bekommen die Heimhilfen oft zu spüren. Alle am Tisch erzählen vom hohen Bedarf der allein stehenden Pflegebedürftigen, die niemanden zum Reden haben: "Oft sind wir die einzige Kontaktperson und sie freuen sich dann sehr, wenn sie jemanden zum Reden haben", berichtet Joselyn. Für Catherine ist das Reden, neben der Betreuung, überhaupt das Wichtigste im Job.

Fatma erlebte wie Catherine ebenfalls "kleine Startschwierigkeiten". Als Kopftuchträgerin wurde so manches Ressentiment direkt an sie weitergegeben. "Aber je mehr sie mich kennen lernen, desto weniger Vorurteile gibt es." Und: „Einige Muslime stellen den Islam falsch dar und sind mit schuld an dem verzerrten Bild, aber ich will zeigen, dass es anders ist".

AutorIn: Güler Alkan, Quelle: Standard.at

### Die ÖsterreicherInnen sind ein integrationsunwilliges Volk

Ayşe Büglüç ist etwas, dass es angeblich gar nicht gibt: freiberufliche Gesundheits- und Krankenschwester, alleinerziehende Mutter – und Türkin. Eigentlich Grund genug, wie sie selbst meint, unter Artenschutz gestellt zu werden. Für uns auf alle Fälle Grund genug ein Interview mit ihr zum Schwerpunkt MigrantInnen in der Pflege zu führen.

**Geronto-News:** Ayşe, du bist eine Türkin und Krankenschwester, das hat Seltenheitswert - auch in Wien. Wieso gibt es eigentlich so wenige Türkinnen in diesem Beruf?

**Ayşe:** Also eigentlich bin ich gar keine Türkin. Bloß meine Eltern sind – waren – welche bevor sie vor zwölf Jahren die österreichische Staatsbürgerschaft annahmen. Ich bin schon hier geboren, aufgewachsen, in die Schule gegangen, sozialisiert wie man so sagt. Die Türkei kenne ich bloß aus den Erzählungen meiner Eltern und von ein paar Sommerferien bei meinen Großeltern. Und zweitens glaube ich ganz und gar nicht, dass es so wenige Türkinnen gibt, die in der Pflege arbeiten – auch als Diplomierte. Man sieht sie bloß nicht, weil keiner genau hinschaut.

**Geronto-News:** Also mir kamen in zehn Jahren Unterricht grade mal ein halbes Dutzend türkische Schülerinnen unter.

**Ayşe:** Ja, im AKH. Das ist ja eine Eliteschule, fast schon wie das Rudolfinerhaus. Die haben auch wirklich strenge Aufnahmekriterien, da scheitern viele dran. Auch ÖsterreicherInnen.

**Geronto-News:** Du ja offensichtlich nicht. 2004 hast du mit Auszeichnung diplomiert, seit zwei Jahren bist du Mutter. Wie geht es dir, arbeitest du wieder und wenn ja, wo?

**Ayşe:** Na, ich bin nicht mehr im AKH. Nach dem Abschluss habe ich zwei Jahre auf einer Internen gejobbt, dann auf der Gynäkologie. Die holten mich immer zum Dolmetschen, wenn türkische Frauen da waren. Und da dachte ich, kannst du ja gleich bleiben.

Aber eigentlich wollte ich ja in die Geriatrie, weiß gar nicht wieso. Viermal habe ich mich in verschiedenen Pflegeheimen beworben und wurde immer abgelehnt. Eine Pflegedirektorin sagte mir ganz unverblümt, die BewohnerInnen wollten keine „Mohammedanerinnen“.

**Geronto-News:** Bist du Muslimin?

**Ayşe:** Vielleicht in etwa so viel wie du Christ. Gäbe es eine muslimische Entsprechung für den Ausdruck „Taufsheinkatholikin“, dann träfe das bei mir den Nagel auf den Kopf.



**Geronto-News:** Wie war die Gynäkologie?

**Ayşe:** Drama, aber voll. Solange ich nur zum Übersetzen kam, war's ganz in Ordnung, aber dann, im Alltag, als ich mitbekam, wie mies vor allem muslimische Frauen behandelt wurden, das war dann zum Kotzen, echt. Da wurde nur das Kopftuch gesehen und schon um drei Grade schlechter gearbeitet.

**Geronto-News:** Wer, die Ärzte?

**Ayşe:** Ja die auch, aber von denen ist man das ja bald gewohnt. Viel schockierender war, wie viele österreichische Kolleginnen andere Frauen behandeln, die nicht die Gnade haben, hier geboren zu sein.

**Geronto-News:** Es kam ja zu einem Eklat...

**Ayşe (lacht):** Ja, das war lustig. In der dritten Woche oder so, ich hatte die Schnauze so was von voll, kam ich mit einem Kopftuch in den Dienst. Also voll im Schwesternkleid und dann noch ein Tuch von meiner Oma um den Kopf gewickelt. Das gab ordentlich Zoff, sogar mit Aktenvermerk und so. Die Gleichbehandlungsbeauftragte wollte einen Präzedenzfall daraus machen und bis zum Arbeitsgericht gehen, das war mir dann aber etwas zu heavy. Bin dann lieber schwanger geworden! (lacht).

Und in der Schwangerschaft lernte ich dann eine ganz nette Frauenärztin kennen, die eine Praxis im zehnten Bezirk fast ausschließlich für muslimische Frauen hat und die machte mir den Vorschlag, nach der Karenzzeit bei ihr als freiberufliche Krankenschwester zu arbeiten. Was ich jetzt schon über ein Jahr mache.

**Geronto-News:** Aber nicht ausschließlich. Wie wir hörten, hast du ja noch einen Job!

**Ayşe:** Korrekt. An zwei Tagen pro Woche arbeite ich als diplomierte Pflegefachkraft für ein islamisches Kulturzentrum.

**Geronto-News:** Für ein Kulturzentrum? Wie dürfen wir uns das konkret vorstellen?

**Ayşe:** So wie eine Pfarrcaritas. Ein islamisches Kulturzentrum ist ja nicht, wie uns das der Herr Strache einreden will, ein Trainingslager für fundamentalistische Hassprediger, sondern ein Kernstück der muslimischen Community generell. Dort gibt's meist einen Kindergarten, ein Kaffeehaus für Männer und Frauen, einen Hamam (ein türkisches Dampfbad) und eben auch medizinische Beratung. Und ein paar haben auch einen Pflegedienst angeschlossen.

**Geronto-News:** So richtig mit Hauskrankenpflege und Heimhilfe und all das?

**Ayşe:** Nun, nicht ganz so dicht. Am meisten Gesundheitsberatung und Familienpflege. Die Hauskrankenpflege kommt schon auch vor, also der medizinische Teil vor allem, denn die Körperpflege, vor allem bei älteren Menschen, das macht natürlich die Familie. Das wäre undenkbar, wenn das andere machen würden, eine Schande bis in die nächste Generation.

**Geronto-News:** Gibt es viele ältere pflegebedürftige Menschen unter den TürkInnen?

**Ayşe:** Also, man muss da mal unterscheiden zwischen TürkInnen und MuslimInnen. Das eine ist nicht gleich das andere. TürkInnen sind oft viel laizistischer, also weniger religiös, als MuslimInnen aus der arabischen Welt oder aus Pakistan oder Afghanistan etwa.

Unter den TürkInnen gibt's auch viel weniger Alte, die meisten sind ja hier nicht geboren und gehen wieder zurück in die Türkei, wo noch viele Familienmitglieder sind, die sie bei Bedarf auch pflegen können und dann halt von den Kindern und Enkeln hier finanzielle Unterstützung dafür bekommen. Bei anderen, etwa bei AfghanInnen, bei IrakerInnen oder IranerInnen, die flüchten mussten, ist der Anteil der Alten höher.

**Geronto-News:** Wird es auch irgendwann einmal ein muslimisches Altenheim geben?

**Ayşe:** Glaube ich nicht. Nein. Versuche dazu gab es schon, vor allem in Deutschland, aber die sind alle gescheitert. Es ist für diese Kultur einfach unvorstellbar, seine Eltern in ein Heim zu geben. Das geht einfach nicht.

**Geronto-News:** Irgendwie hört sich das alles an, als ob hier eine Parallelgesellschaft läuft.

**Ayşe:** So ist es auch. Und es ist nicht nur eine einzige Parallelgesellschaft. Da sind TürkInnen und Ex-Yugos, Philippinen und Osis und dazwischen halt auch ein paar Schwabos (so nennen die TürkInnen die ÖsterreicherInnen).

Und ich glaub auch nicht, dass es gut ist, wenn sich da was ändert, die Folge wäre ja dann zwangsweise eine Art Rassenwahn. Sieh dir als Positivbeispiel New York an: Da leben alle Rassen zusammen und es funktioniert. Das ist die wirkliche Hauptstadt der Welt!

**Geronto-News:** Aber widerspricht das nicht allen ernsthaften Integrationsbemühungen der Behörden in Österreich?

**Ayşe:** Ach bitte, komm mir nicht, mit euren Integrationsbemühungen. Das ist politischer Firlefanz. Wenn die ÖsterreicherInnen von Integration reden, dann meinen sie doch nur Assimilation. Alle sollen so werden wie sie: Blad, blöd, egoistisch und schmähad. Darauf können wir gerne verzichten.

Integration ist ja was ganz anderes: Es heißt die Menschen so anzunehmen, wie sie sind und sie nicht erst so zu machen, wie man sie haben will. Mitsamt Kopftuch und Minarett! Aber so gesehen sind die ÖsterreicherInnen ein völlig integrationsunwilliges Volk. Und solange Asoziale wie die FPÖ-PolitikerInnen die Politik hier bestimmen, hat kein Mensch mit Migrationshintergrund auch nur annähernd Lust sich in diese Gesellschaft zu integrieren.

**Geronto-News:** Harte Worte für eine derart gut integrierte Frau wie du es bist.

**Ayşe:** Na, Blut ist immer dicker als Wasser.

**Geronto-News:** Was rätst du Menschen mit Migrationshintergrund?

**Ayşe:** Lernen lernen lernen. Die Sprache hier, und die eigene Sprache, mindestens Hauptschul-, besser noch den Mittelschulabschluss. Einen anständigen Beruf – auch und grade die Frauen. Und dass die türkischen Burschen endlich aufhören, ihr sauerverdientes Geld in diese bekackten Spielautomaten zu werfen.

**Geronto-News:** Und was erwartest du dir von den ÖsterreicherInnen?

**Ayşe (denkt lange nach):** Respekt. Einfach nur Respekt. Das wäre schon viel.

**Geronto-News:** Vielen Dank für deine ehrlichen Worte!

### Nachhaltig führen – Was ist denn das jetzt schon wieder?

Der Begriff der Nachhaltigkeit ist seit einigen Jahrzehnten eng mit der Ökologie verknüpft. Was aber hat Ökologie mit MitarbeiterInnenführung zu tun? Macht die Verknüpfung eines Begriffs aus der Umweltwissenschaft mit einem aus dem Unternehmensmanagement Sinn? Die vorweg genommene Antwort: Ja, es macht Sinn.



Zuerst ist es wichtig, Nachhaltigkeit zu definieren als die „Nutzung eines regenerierbaren Systems in einer Weise, dass dieses System in seinen wesentlichen Eigenschaften erhalten bleibt und sein Bestand auf natürliche Weise nachwachsen kann.“

Im Management ist die Nutzung eines regenerierbaren Systems die Arbeitsleistung der MitarbeiterInnen. Diese Arbeitskraft soll erhalten bleiben, das heißt langfristig einen Mehrwert für das Unternehmen erzeugen und nicht nur kurzfristig ausgebeutet werden. Die Energien der MitarbeiterInnen sollen auch nachwachsen, die Batterien sich immer wieder aufladen, sonst kommt es zu Demotivation und Burnout. Wir sehen also, dass die Definition von Nachhaltigkeit durchaus sinnvoll auf Führung anzuwenden ist.

Nach dreißig Jahren shareholder-value-Diktat und nach einer heftigen Wirtschaftskrise – deren Auswirkungen wir nicht hinter, sondern noch vor uns haben – zeigt sich auch in der Führungsphilosophie mancher Unternehmen ein Wertewandel. Sozial verträglicher Umgang mit MitarbeiterInnen und ökonomischer Erfolg scheinen kein zwingender Widerspruch mehr zu sein, im Gegenteil, sie bedingen einander sogar gegenseitig. Gerade in Branchen, deren Schwerpunkt im Umgang mit Menschen liegt wie im Pflegedienst, zeigt sich diese Wechselwirkung besonders stark.

Die Grundideen nachhaltigen Führens sind in fünf Prinzipien zusammenzufassen:

#### **1. Behandeln Sie Ihre MitarbeiterInnen so, wie Sie möchten, dass diese Ihre KundInnen behandeln sollen!**

Es ist es naiv zu glauben, man könne als Führungskraft respektlos mit den MitarbeiterInnen umgehen und die sind dann zu den KundInnen freundlich und wertschätzend.

Entsprechend dem Nachhaltigkeitsprinzip „Erhaltung des Systems in seinen wesentlichen Eigenschaften“ bauen Sie ein System des Respekts zwischen Ihnen, Ihren MitarbeiterInnen und Ihren KundInnen auf und sorgen Sie dafür, dass es erhalten bleibt. So erreichen Sie „Wertschöpfung durch Wertschätzung“!

#### **2. Sorgen Sie dafür, dass sich Ihre MitarbeiterInnen regenerieren können und nicht ausbrennen!**

Die Anzahl an Burnout-Erkrankungen ist in den letzten Jahren extrem angestiegen. Höhere Leistungsanforderung bei gleichzeitig steigender Stressbelastung ist nur kurzfristig als Ausnahmesituation bewältigbar. Wird diese Ausnahme zur Norm, folgen Überforderung – Frustration, Demotivation und Krankheit.

Das ist das genaue Gegenteil von Nachhaltigkeit. Betrachten Sie daher Klagen von MitarbeiterInnen über zu hohe Belastung nicht als Ausdruck von Faulheit, sondern als wichtige Information!

#### **3. Fördern Sie Selbstorganisation und Selbstverantwortung Ihrer MitarbeiterInnen, anstatt mit Befehlen und Kontrolle zu führen!**

Menschen, die durch Befehl und Kontrolle geführt werden, verharren in Unmündigkeit und entwickeln sich nicht weiter. Aus meiner Praxis als Führungskräfte-Coach weiß ich, wie wenig Selbstorganisation oft MitarbeiterInnen zugestanden wird und wie oft Führungskräfte gleichzeitig darüber klagen, dass sie sich um alles selbst kümmern müssen.

Nachhaltig führen heißt, die vorhandenen Ressourcen der MitarbeiterInnen wahrzunehmen und die eigenen Ressourcen als Führungskraft gezielt einzusetzen.

Das bedeutet auch, sich zu fragen, was ein/e Mitarbeiter/in braucht, um eine Aufgabe selbstständig zu übernehmen, statt immer wieder denselben Befehl zu geben und zu kontrollieren, ob er richtig ausgeführt wird.

#### **4. Machen Sie die MitarbeiterInnen zu Beteiligten am Erfolg, und sie werden sparsamen Umgang mit Ressourcen als selbstverständlich betrachten!**

Die Idee des Partizipativen Führens ist ja nicht neu, bloß in der Ausführung gibt es häufig Mängel. Betrachten Sie Ihre MitarbeiterInnen als verantwortungsbewusste und verantwortungsbereite Menschen und nehmen Sie ihre Ideen, aber auch ihre Einwände ernst, und Sie werden sich wundern, welche Potentiale da zum Vorschein kommen.

#### **5. Bauen Sie auf langfristigen Nutzen statt auf kurzfristige Einsparungen!**

Haben Sie beim Lesen der bisherigen Punkte gedacht: Der Mann hat keine Ahnung von unserer Realität, von Budgetnöten und Einsparungszwängen? Nun, mit dem nachhaltigen Führen ist es genauso wie mit der nachhaltigen Landwirtschaft.

Auf ausgemergelte Böden Massen von Kunstdünger drauf werfen und sich bei der Ernte denken „Na siehste, geht ja!“ geht solange, bis es eben nicht mehr geht. Bis die Böden komplett unfruchtbar werden und die Ernte chemisch vergiftet als Sondermüll entsorgt werden muss. Wer in zwanzig Jahren erfolgreicher dastehen wird, wird man dann sehen.

Genau so ist es mit dem nachhaltigen Führen. Es wäre interessant, eine ehrliche betriebswirtschaftliche Rechnung anzustellen, in der man die Einsparungen durch Personalreduktion und Steigerung der Anforderungen den Mehrausgaben durch höhere Fluktuation, Einschulungskosten und steigende Fehlerhäufigkeit gegenüber stellt.

Ja, nachhaltiges Führen gibt es. Viele Führungskräfte tun es auch zumindest in Teilbereichen, und es lohnt sich, über die Umsetzung in die Praxis nachzudenken. Nicht nur aus menschlichem Idealismus, sondern auch aus betriebswirtschaftlicher Rechnung.

**Autor:** Peter Jelinek Unternehmensberater und Coach [www.jelinek-akademie.at](http://www.jelinek-akademie.at)

**Quelle:** Lebenswelt Heim

### Literaturtipp Fachzeitschrift **Lebenswelt Heim**

Neben „Geronto-News“ als jüngste und „Geriatric Praxis“ als die älteste Fachzeitschrift, die sich speziell geriatrischen Themen und der professionellen Altenpflege in Österreich widmen, gibt es noch eine dritte, seit sieben Jahren existierende, marktbestimmende Fachzeitschrift, nämlich „Lebenswelt Heim“, herausgegeben vom Bundesverband der Alten- und Pflegeheime Österreichs.



Für unseren Geschmack mit Kritik etwas zu sparsam umgehend, entwickelte sich die Zeitschrift in den letzten Jahren zunehmend mehr zu einem ernstzunehmenden Fachmedium, das neben dem, wahrscheinlich unvermeidlichen, Kuschkurs mit größeren Heimkonzernen, durchwegs gut recherchierte und aktuelle Themen anschneidet.

Die Inhalte sind, neben Verbandsinterna und kurzen Features aus Heimen, in die Bereiche „Wissenschaft“, „Management und Führung“, „Innovationen“ und „Recht“ gegliedert und werden durch Interviews und brauchbare Buchtipps komplettiert.

Schade ist bloß, dass auch für AbonnentInnen nur wenige der interessanteren Fachartikel auf der Website des Verbandes abrufbar sind und die Homepage selbst, zumindest im Layout, dem Printmedium weit hinterherhinkt.

Die Zeitschrift erscheint vier mal pro Jahr, der Preis für ein Einzelabonnement ist mit 30,- € als sehr kulant zu bezeichnen, für Abos mit zwei und fünf Exemplaren gibt's sogar noch einen weiteren Preisvorteil.

**Unser Fazit:** Leicht verständliche Fachartikel mit interessanten Berichten aus den Heimen, im fairen Preis-Leistungs-Verhältnis. Bestellen!

**Abonnement:** unter 1160 Wien, Ottakringer Straße 264; Tel. +43 (0)1 5851590 oder unter [office@lebensweltheim.at](mailto:office@lebensweltheim.at)



### Kommunikation am Arbeitsplatz – 1. Teil

Gespräche sind zugleich eine Folge und eine Notwendigkeit im menschlichen Zusammenleben. Dies gilt insbesondere für die Kommunikation am Arbeitsplatz. In der folgenden Serie wollen wir uns vor allem der Gesprächsführung am Arbeitsplatz – mit KollegInnen, Vorgesetzten, MitarbeiterInnen, Angehörigen und PartnerInnen auseinandersetzen.

Dabei können wir zunächst zwei Kategorien von Gesprächen unterscheiden: 1. Gespräche, die ohne expliziten Grund geführt werden (wie der typische Smalltalk) und 2. Gespräche, die ein bestimmtes Ziel verfolgen. Je nach dem, welche Ziele verfolgt werden, lassen sich bei der letzteren Gesprächskategorie wieder verschiedene Gesprächstypen unterscheiden, etwa BewerberInnengespräche, Beurteilungsgespräche, Beratungsgespräche, Zielvereinbarungsgespräche, Teambesprechungen, usw.

#### Allgemeine Grundlagen zwischenmenschlicher Kommunikation

Natürlich gelten auch in Gesprächen mit MitarbeiterInnen, KollegInnen und Vorgesetzten allgemein gültige Regeln und Bedingungen zwischenmenschlicher Kommunikation:

Zunächst ist zu bedenken, dass wir nur zu 10 – 15% verbal kommunizieren, den Grossteil unserer Mitteilungen senden wir durch Signale unseres Körpers ab, die nur in den seltensten Fällen bewusst gesteuert sind. Stimmen non-verbale und verbale Kommunikation nicht miteinander überein haben sprechen wir auch von inkongruenter Kommunikation, die zu massiven Missverständnissen führen kann

Zweitens ist – gerade in Gesprächen die einen offiziellen Charakter haben – stets zwischen der besprochenen Sache und der Beziehung zu dem/ der GesprächspartnerIn zu unterscheiden. Vor allem bei weniger angenehmen Themen, wie Kritik und Feedback ist diese Differenzierung wichtig.

Bedenken Sie, dass Ihre Kommunikation mitunter gewaltige Barrieren zu überwinden hat, wobei eine eventuelle Sprachbarriere eher die geringere ist. Vorgefasste Meinungen über Ihre GesprächspartnerInnen beeinflussen Ihre Wahrnehmungen genauso wie etwa die soziale Gruppe, zu der sie sich zugehörig fühlen.

Und schließlich unterliegen unsere Wahrnehmungen sowie deren Interpretationen auch noch äußeren Einflüssen wie Lärm oder Hitze sowie inneren Faktoren wie Stress oder Angst. Wo immer es möglich ist, schalten sie diese Störfaktoren aus.



#### Spezielle Voraussetzungen zur effizienten Gesprächsführung

Damit Sie in einem Gespräch Ihr Ziel erreichen, ist es wichtig, sich gut darauf vorzubereiten und das wiederum bedingt, dass Sie ihr **Ziel** zunächst für sich selbst konkret formulieren, realistisch einschätzen, zeitlich abgrenzen und kontrollierbar machen. Falls sich schon im Vorhinein absehen lässt, dass das Hauptziel nicht erreicht wird, ist es anzuraten, konkrete Teilziele zu formulieren und schriftlich festzuhalten.

Insofern Sie es steuern können, sollten Sie auch auf den Ort und den Zeitpunkt des Gespräches einwirken. Schaffen Sie ein gesprächsstimulierendes Umfeld, das heißt: Schalten Sie Störfaktoren wie Unterbrechungen, klingelnde Telefone, insistierende MitarbeiterInnen oder BewohnerInnen aus.

Nicht so sehr, weil es Sie stört, wenn Sie unterbrochen werden, sondern weil es Ihre GesprächspartnerInnen stören könnte, wenn Sie sich dauernd unterbrechen lassen.

Achten Sie auf Barrieren wie Tisch oder Computer zwischen ihnen und ihrem/ihrer PartnerIn, auf die Distanz und auch auf Temperatur, Beleuchtung und Belüftung.

Ungünstige Zeitpunkte für Gespräche sind immer dann, wenn Ihr/e Gesprächspartner/in gerade etwas wichtigeres zu tun hat (etwa nach Hause zu gehen) oder ein großer Arbeitsandrang im Tagesablauf ansteht (zu Mittag, am Morgen, zur Visite). Fehleinschätzungen und Fehlentscheidungen haben oft falsche Zeitpunkte als Ursache.

Auch empfinden es Ihre GesprächspartnerInnen als unfair, wenn Sie ihn mit Gesprächen überfallen, auf die er sich nicht vorbereiten konnte. Kündigen Sie wichtige Gespräche daher wenigstens einen Tag vorher an und geben Sie bei Bedarf auch einen kurzen Abriss davon worüber Sie konkret reden wollen. Bei Gesprächen mit mehreren Themen bewährt sich auch eine Liste mit Gesprächspunkten.

Gespräche, die Entscheidungen nach sich ziehen, sollten zu Zeiten stattfinden an denen Sie und ihre GesprächspartnerInnen ein Leistungshoch haben (also meist am Vormittag) und nicht nach dem Mittagessen oder bei der Abendübergabe. Planen Sie dabei auch ausreichend Zeit für etwaige Diskussionen ein.

Benötigen Sie für das Gespräch Unterlagen sollten Sie sich diese auch vorbereitet haben, bzw. auch dem/ der Gesprächspartner/in in geeigneter Form aushändigen. Unterlagen brauchen Sie auch und vor allem dann, wenn Sie Sachverhalte darstellen müssen, die für ihre GesprächspartnerInnen mitunter etwas kompliziert sein könnten!

Wenn Sie vor einem Gespräch nervös oder gar ängstlich werden, was im übrigen auch dann passieren kann, wenn Sie es sind, die eigentlich in der besseren Ausgangsposition sind, dann entspannen sie sich einige Minuten davor gezielt, etwa durch autogenes Training. Manchen hilft es auch, wenn man sich den/die Gesprächspartnerin bei Alltagstätigkeiten, z. B. beim Essen oder beim Zähneputzen vorstellt.

## **Gesprächsphasen**

### **1. Die Eröffnung**

Hier ist es wichtig, dass sie eine positive Beziehung zur/zum Gesprächspartner/in aufbauen (grüßen, Hand geben). Ein einfacher Smalltalk über Wetter, Kinder, etc. entkrampfen die Situation. Ist der persönliche Kontakt hergestellt, nennen Sie noch einmal Grund und Ziel des Gespräches. Um ein positives Gesprächsklima herzustellen und aufrechtzuerhalten, halten Sie sich an die Rogers Kriterien.

Aspekte, die Ihre Glaubwürdigkeit herstellen und festigen sind Offenheit, Kongruenz, Kompetenz und der Einsatz von sogenannten Ich-Botschaften, das heißt, verzichten Sie auf Du-sollst- und Man-müsste-Botschaften. Diese Du- und Man-Botschaften drücken nämlich Urteile und Wertungen über den anderen aus und lassen den Eindruck entstehen, man wisse alles besser als der andere.

### **2. Die Kernphase**

Hier findet nun das eigentliche Gespräch statt. Das Gesprächsthema wird vertieft und falls möglich Einigkeit erzielt. Dabei sollten Sie das Folgende beachten:

- Geben Sie Ihrem/Ihrer Gesprächspartner/in ausreichend Gelegenheit, die eigene Sichtweise darzulegen und treten Sie dieser offen gegenüber
- Fragen Sie nach, wenn Sie etwas nicht verstanden haben und drücken Sie auch Ihre eigene Meinung aus, ohne um den heißen Brei herumzureden
- Zeigen Sie Flexibilität und ändern Sie ihre Meinung, wenn sich neue Aspekte aus dem Gespräch ergeben
- Arbeiten sie mit ihren GesprächspartnerInnen mögliche Unterschiede einzelner Sichtweisen heraus, betonen Sie aber stets mehr die Gemeinsamkeiten.
- Suchen Sie nach Lösungen, die für alle akzeptabel sind

Die Kernphase ist in ihrem Ablauf nicht so strikt festgelegt und ritualisiert wie die Eröffnungs- und Abschlussphase und lässt so großen Spielraum für individuelle Gestaltungsmöglichkeiten. Ihre Gesprächsführung wird aber durch folgende Techniken und Verhaltensweisen gefördert:

- Gezieltes Fragen
- Aktives Zuhören
- Paraphrasieren
- Gutes Argumentieren
- Vermeidung von Du- Botschaften sowie von negativ besetzten Wörtern wie z. B. schlecht, teuer, wenig, schwach, etc.

### **3. Die Abschlussphase**

Diese besteht aus der Absicherung der Gesprächsergebnisse, in dem sie diese noch einmal betonen; den Ausblick, in dem sie vorschlagen, wie es weitergehen kann/ soll/ wird und der höflichen Verabschiedung des/ Gesprächspartners/ der Gesprächspartnerin, in der Sie sich für das Gespräch bedanken.

Bei wichtigen Gesprächen ist es anzuraten, diesem einen schriftlichen Zusammenfassung folgen zu lassen – sowohl für sich als auch für den/die Partner/in. Wenn Sie bestimmte Vereinbarungen getroffen haben, halten Sie sich unbedingt und pünktlich daran.

Autor: DGKP Christian Luksch

### Die PflegePraxisProfis haben da mal eine Fr-A-Ge

Wer schon mal länger in der Gegend um Würzburg (Franken) war, kennt die bedächtig vorgebrachte Redewendung, mit der die Einheimischen dort eine Diskussion einleiten: „*Ech hab da ma ne Fraache!*“. In den sechs Jahren, die Manuela Steinmetz und Christian Luksch dort unterrichteten, hörten sie das oft. Jetzt aber haben sie selbst eine „FrAGE“.

Allerdings keine in dem Sinn, die eine Antwort erwartet, eher schon Antworten gibt. Konkret handelt es sich dabei um das Akronym für „**Freitags-Akademie für Gesundheitsberufe**“ und es ist einmal mehr ein kreativer Impuls, den die beiden in die ohnehin triste Situation der pflegerischen Fortbildungsszene setzen.

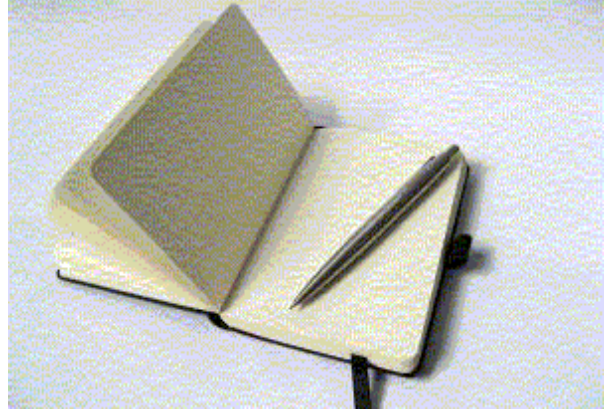
„Wir wollen mit der Freitagsakademie einen neuen Versuch unternehmen, Pflegekräften Fortbildungen anzubieten, die sie sich leisten können, die sie auch tatsächlich in ihrer Praxis brauchen und die generell anders aufgebaut sind, als bisherige Seminare, inklusive unserer eigenen!“ umreißt Christian Luksch das neue Konzept in altgewohnter Bestimmtheit.

Konkret heißt das: Ab Mitte Februar werden im eigenen Seminarraum von Luksch und Steinmetz an jeden Freitag Nachmittag Kurzseminare zu Themen der geriatrischen Pflege abgehalten. Mit einigen Besonderheiten:

Zunächst ist die TeilnehmerInnenzahl streng mit sieben begrenzt. Allerdings nach oben hin. „Wir haben die Erfahrung gemacht, dass die üblichen Seminar designs mit 12 bis 16, ja nicht selten bis zu zwanzig und mehr Leuten sowohl uns als auch den TeilnehmerInnen ein gutes Arbeiten unmöglich macht,“ so Luksch. Quantität gehe immer zu Lasten der Qualität.

„Vor allem aus gruppendynamischen Effekten ist die Kleingruppe vorzuziehen“, ergänzt die diplomierte Erwachsenenbildnerin Steinmetz. „Ab einer Größe von acht Mitgliedern, teilt sich die Gruppe ganz automatisch. Man hat dann plötzlich zwei Gruppen, mit zum Teil völlig unterschiedlichen Interessen.“

Ein weiterer Vorteil von Kleingruppen sei die Effizienz des Wissenstransfers. Inhalte, für die Gruppen von 12 und mehr TeilnehmerInnen zwei Tage bräuchten, um sie aufzunehmen, würden somit nur mehr einige Stunden in Anspruch nehmen. Was im weiteren wiederum den TeilnehmerInnen zu gute komme – zum einen, weil sie nun mehr Zeit haben, das neue Wissen zu verarbeiten, zum anderen aber auch, weil dadurch der Preis der Seminare relativ niedrig gehalten werden könne.



Eine weitere Besonderheit neben der Dauer der Seminare ist aber auch deren Zeitpunkt. „Freitag Nachmittag deshalb, weil uns das jener Zeitpunkt zu sein scheint, an dem die KollegInnen zwar nicht mehr in der Arbeit, aber auch noch nicht in der Freizeit sind“ so Luksch weiter. Gerade der angepeilten Zielgruppe – Pflegenden in führenden und entscheidenden Funktionen – käme das zugute.

Die geplanten Inhalte der Seminare scheinen zu halten, was der international erfahrene Fachdozent verspricht: Von der Mangelernährung im Alter bis zur Gebärdensprache, von der Subdelegationsproblematik bis zum Tabuthema *Inkontinenz von Pflegekräften* werden Themen angeschnitten, die in den größeren Akademien offensichtlich (noch) keine sind.

Auch der Seminarraum selbst unterscheidet sich erfrischend von herkömmlichen Lokalen dieser Art. „Die meisten Räume, in denen wir in den letzten Jahren unterrichtet haben, waren kalt, spartanisch, unbequem – keine in denen Frauen gut lernen oder gar sich wohlfühlen können!“ berichtet Frau Steinmetz.

Das neue Lokal hat sie ganz nach eigenen Entwürfen eingerichtet und gestaltet. Neben dem Seminarraum gibt es auch noch eine „Coachingzone“ für Einzeltrainings, eine umfangreiche Bibliothek und kostenlosen W-Lan-Internetzugang. Sogar eine kleine Küche steht den TeilnehmerInnen zur Verfügung.

Das Programm der Freitagsakademie finden Sie hier auf der nächste Seite. Unser Tipp: Buchen, hingehen, Fortbildung genießen!

## Fortbildung

### Die Freitags Akademie für Gesundheitsberufe Das Programm für Februar, März und April 2011:

- 18. Februar Was ist ein Geriatrisches Assessment? Und wozu braucht das die Pflege?**  
Ein Seminar zum Thema **Realistische Pflegediagnostik** mit DGKP Christian Luksch, Dozent und Sachverständiger für geriatrische Pflege
- 25. Februar Sind sich Pflegende eigentlich selbst etwas wert? Und wenn ja, wie viel?**  
Ein Seminar zum Thema **Selbstwert und Selbstfürsorge** mit DGKS Manuela Steinmetz, dipl. Erwachsenenbildnerin und dipl. Coachin für Gesundheitsberufe
- 4. März Kinder, Tiere und Garten im Altenheim – Wie geht das zusammen?**  
Ein Seminar zum Thema **Aktivierende Altenpflege** mit DGKS Ingrid Krispel-Zadak, Animationspflegefachkraft und Leiterin der Granny Kids im GZW
- 11. März Zwangsfixierung oder Oberschenkelhalsfraktur?**  
Ein Seminar zum Thema **Systematische Sturzprophylaxe** mit DGKP Christian Luksch, Sachverständiger für geriatrische Pflege
- 18. März DGKS und beruflich selbständig - geht das ohne Arzt?**  
Ein Seminar zum Thema **Chancen und Möglichkeiten in der Freiberuflichkeit** mit DGKS Roswitha Grabmayr, akademische Lehrerin für GuKP
- 25. März Management by Zuckerbrot und Peitsche? Oder war da etwa noch was?**  
Ein Seminar zum Thema **Die Führungskraft als Coach** mit DGKS Manuela Steinmetz, dipl. Erwachsenenbildnerin und dipl. Coachin für Gesundheitsberufe
- 1. April Mit der Leiter in die Badewanne - Soll das ein Aprilscherz sein?**  
Ein Seminar zum Thema **Barrierefreiheit in der Altenpflege** mit DGKS Iris Tischer, Einrichtungs- und Raumberaterin für Menschen mit besonderen Wohnbedürfnissen
- 8. April Kachexie im Alter oder Zwangsernährung?**  
Ein Seminar zum Thema **Mangelernährung alter Menschen** mit DGKP Christian Luksch, Sachverständiger für geriatrische Pflege
- 15. April Bei uns kann über alles gesprochen werden – Tatsächlich über alles?**  
Ein Seminar **nur für Frauen** zum Thema **Umgang mit der eigenen Inkontinenz** mit DGKS Karin Grössing, Kontinenz- und WechseljahrberaterIn
- 29. April Werden Mann und Frau gleich gepflegt? Pflegen Mann und Frau gleich?**  
Ein Seminar zum Thema **Genderaspekte in der Pflege** mit DGKS Manuela Steinmetz, dipl. Erwachsenenbildnerin und dipl. Coachin für Gesundheitsberufe

- Die Zeit:** Jeweils Freitag zum angegebenen Termin, von 14:00 - 18:00 Uhr (andere Termine und Zeiten sind für Gruppen ab fünf TeilnehmerInnen gerne möglich!)
- Der Ort:** 1140 Wien, Kuefsteingasse 7/8, erreichbar mit U3 (Haltestelle Hütteldorferstrasse), sowie mit den Strassenbahnlinien 49 und 10.
- Der Preis:** 72,- Euro pro Seminar (ab dem fünften gebuchten Seminar oder ab einer Buchung für fünf TeilnehmerInnen 60,- Euro), inklusive Kaffee, Getränke und Snacks
- Anmeldung:** per E-Mail unter [office@geronto.at](mailto:office@geronto.at) oder per Telefon unter den Nummern: 0699/ 1279 0778 oder 0699/ 1229 2995 - jeweils bis 14 Tage vor dem Termin!

### Ausbildung „Geriatrische Animation“ ab 4. April 2011 in Kärnten!

Kennen Sie das? Kaum sind alte Menschen in einem Pflegeheim, verschlechtert sich ihr psychischer Zustand rapid: Sie werden verwirrt, wahnhaft, aggressiv und sind zu keiner sinnvollen Aktivität mehr im Stande. Motivierungsversuche bringen nur selten etwas, der Verfall verläuft immer rascher, der Rückzug wird bald unumkehrbar

Bereits vor zehn Jahren wurde jedoch am Wiener Otto-Wagner-Spital ein Pflegekonzept entwickelt, das diesen Prozess dementieller Dekompensation nachhaltig und nachweisbar aufhalten kann: Geriatrische Animation – ein aktivierendes Pflegekonzept für verwirrte alte Menschen, das sowohl die Lebensqualität der betroffenen PatientInnen als auch die Arbeitsqualität der Pflegepersonen erhöht.

Es baut auf den Erkenntnissen der sozialen Gerontopsychiatrie sowie auf den Theorien von Erwin Böhm, Erich Grond, Naomi Feil u. a. GerontologInnen auf und wurde speziell für eine rasche und kosteneffiziente Implementierung in stationäre und ambulante Betreuungsformen entwickelt.

Neben einem umfassenden funktionellen und psychosozialen Assessment ist das Kernstück des Konzeptes der von DGKP Christian Luksch entwickelt „Dreierschritt“ von Re-Orientierung, Re-Aktivierung und Re-Integration durch leicht zu erlernende niederschwellige Techniken der Physio-, Psycho- und Soziotherapie.

Bereits in der zweijährigen Erforschungsphase konnten die positiven Wirkungen des Konzeptes nachgewiesen werden: 23% weniger Behandlungskosten und 32% weniger Psychopharmaka machen durchaus Sinn.

Doch auch für die Pflegenden ist das Konzept von Vorteil, wie ein Folgeprojekt im GZ Liesing zeigt: Dort sank nach der Implementierung der Geriatrischen Animation die Krankenstandsrate vor allem der KollegInnen im Alter 50+ rapide ab, während die Arbeitszufriedenheit massiv anstieg. 1999 erhielt das Konzept den Gesundheitspreis der Stadt Wien, 2000 den begehrten Mediscus – Award.

Neben den Wiener Geriatriezentren Liesing, Wienerwald und Baumgartner Höhe haben mittlerweile mehr als 60 Pflegeheimen in Kärnten und Südtirol, Niederösterreich, Steiermark und Vorarlberg sowie in Bayern dieses Konzept erfolgreich implementiert.



Neben den laufenden Ausbildungen in Wien findet ab April 2011 auch im BFI St. Veit in Kärnten eine entsprechende, berufsbegleitende Ausbildung zur Geriatrischen Animationsfachkraft statt. Zielgruppe der insgesamt 120 Theorie- und 40 Praxisstunden dauernden Ausbildung sind neben diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen auch PflegehelferInnen und ausgebildete SeniorenanimateurInnen mit einer mindestens zweijährigen Berufserfahrung in der Altenpflege.

Der Lehrgang besteht aus einem fünftägigen Grundkurs und drei Aufbaumodulen zu je drei Tagen sowie einer selbständig durchgeführten Fallstudie. Die Fortbildung (i.S. des § 63 GuKG) schließt mit der Präsentation der Fallstudie sowie mit einem Zertifikat ab, das auch zur Ausführung der „Geriatrischen Animation nach Luksch“ berechtigt.

Start der Ausbildung ist der 4. April 2011, der Austragungsort ist das BFI Kärntens in St. Veit / Glan, Friesacher Strasse 3a.

Die ReferentInnen sind Christian Luksch, Sachverständiger für geriatrische Pflege und DGKS Manuela Steinmetz, dipl. Erwachsenenbildnerin und dipl. Coachin.

Die Kosten für den einwöchigen Basiskurs betragen 550,- €, jene für die drei jeweils 3-tägigen Aufbaumodule je 350,- €.

Mehr Information sowie Anmeldung unter [www.bfi-kaernten.or.at](http://www.bfi-kaernten.or.at) oder unter der Tel. Nr. 05787 8-3600 (Frau Gögelburger).

## Fortbildung

### **Berufsbegleitender Lehrgang**

*„Help The Helper, Train The Nurse“*

#### **Fortbildung zur/zum Fachreferentin /en für Gesundheitsberufe**

FachreferentInnen („TrainerInnen“) sind speziell ausgebildete Personen, die für fachliche Fortbildungsmaßnahmen von im Beruf stehenden MitarbeiterInnen befähigt sind. Anders als LehrerInnen arbeiten sie nicht im Rahmen von Grundausbildungen sondern v. a. im Bereich der inner- und außerbetrieblichen Fort- und Weiterbildung.

Als erstes Fortbildungsinstitut bietet Geronto.at eine Ausbildung speziell für Menschen in Pflege- und Gesundheitsberufen an, die u. a. auch den Anforderungen des AMS an TrainerInnen entspricht und u. a. zur Anerkennung durch die Akademie für Erwachsenenbildung eingereicht werden kann.

Das Ziel des Lehrganges ist der Erwerb methodischer, didaktischer und fachlicher Kompetenzen, um die Aufgaben einer Fachreferentin bzw. eines Fachreferenten in Gesundheitsberufen erfüllen zu können

Zielgruppe sind Personen, die eine abgeschlossene und anerkannte Grundausbildung (z. B. als DGKS oder als TherapeutIn) und mindestens fünf Jahre praktische Erfahrung im erlernten Beruf haben.

Die Fortbildung (i. S. d. §63 GuKG) umfasst 140 theoretische Unterrichtseinheiten in 8 Modulen, 4 Einheiten Einzelcoaching sowie ein Praktikum in der Dauer von 20 Unterrichtseinheiten und schließt mit einer Prüfung sowie einem Zertifikat ab.

Der nächste Lehrgang beginnt am 2. Mai 2011 in Wien 14 und wird von DGKS Manuela Steinmetz, diplomierte Erwachsenenbildnerin und dipl. Coachin, geleitet

Der Preis beträgt 1800,- €, Ratenzahlungen können vereinbart werden.

Die TeilnehmerInnenanzahl ist nach oben mit sieben begrenzt, ebenso ist Einzelunterricht möglich.

Mehr Informationen finden Sie demnächst auf unserer Website [www.geronto.at](http://www.geronto.at), unter der E-Mail-Adresse [office@geronto.at](mailto:office@geronto.at) oder unter der Telefonnummer 0699/ 1279 0778.

### **Berufsbegleitender Lehrgang**

*„Selbständig im Gesundheitsberuf“*

#### **Fortbildung für eine freiberufliche Berufsausübung DGKP**

Mehr und mehr GesundheitsarbeiterInnen erkennen die Grenzen des institutionellen Arbeitens und machen sich selbständig – mit eigenen Pflegediensten, als TherapeutInnen, als BeraterInnen, als ReferentInnen. Und tatsächlich scheint die Freiberuflichkeit für viele eine große Chance zu sein, sich beruflich und privat zu verwirklichen.

Aber was heißt eigentlich „beruflich selbständig“? Wie wird man „FreiberuflerIn“? Was ist zu beachten? Welche Fallen und Stolpersteine drohen? Wie finanziert sich so was? Was sagen Familie und PartnerIn dazu? Und wie überlebt man im Dschungel der sogenannten „freien“ Marktwirtschaft?

Das Ziel des Lehrganges ist der Erwerb methodischer und fachlicher Kompetenzen, um Freiberufliche/r, bzw. Selbständige/r ein Klein- bzw. Ein-Personen-Unternehmen zu gründen und führen zu können

Zielgruppe sind Personen, die eine abgeschlossene und anerkannte Grundausbildung (z. B. als DGKS oder als TherapeutIn) und mindestens zwei Jahre praktische Erfahrung im erlernten Beruf haben.

Die Fortbildung (i. S. d. §63 GuKG) umfasst 140 theoretische Unterrichtseinheiten in 8 Modulen, 4 Einheiten Einzelcoaching sowie ein Praktikum in der Dauer von 20 Unterrichtseinheiten und schließt mit einer Prüfung sowie einem Zertifikat ab.

Der nächste Lehrgang beginnt am 5. Mai 2011 in Wien 14 und wird von DGKS Manuela Steinmetz, diplomierte Erwachsenenbildnerin und dipl. Coachin, geleitet

Der Preis beträgt 1800,- €, Ratenzahlungen können vereinbart werden.

Die TeilnehmerInnenanzahl ist nach oben mit sieben begrenzt, ebenso ist Einzelunterricht möglich.

Mehr Informationen finden Sie demnächst auf unserer Website [www.geronto.at](http://www.geronto.at), unter der E-Mail-Adresse [office@geronto.at](mailto:office@geronto.at) oder unter der Telefonnummer 0699/ 1279 0778.



#### **zum Thema „Ausländer“:**

Bei der Fußball-WM habe ich mir Österreich gegen Kamerun angeschaut.  
Auf der einen Seite Exoten, fremde Kultur, wilde Riten –  
auf der anderen Seite: Kamerun!

#### **Zur Person:**

Dieter Nuhr, geboren 1960 ist ein deutscher Kabarettist und Fernsehmoderator. 1987 hatte er seinen ersten Auftritt, seit 1994 ist er mit unterschiedlichen Soloprogrammen unterwegs. In Österreich ist er nur wenig bekannt, obwohl sein erfolgreichstes Programm „Ich bin's nuhr!“ mehr als eine halbe Million Menschen sahen. Er räumte mehrere Preise ab, darunter den bayrischen Kabarettpreis, den deutschen Kleinkunstpreis und gleich dreimal den deutschen Comedypreis. Außerdem ist er Autor mehrerer Bücher und produziert für den WDR eine wöchentliche Radioshow.

### Was ist der Mensch?

#### Seema Tamang, Teepflückerin in Indien

Seema ist 24 Jahre alt, verheiratet und hat eine fünfjährige Tochter. Sie arbeitet als Pflückerin im Teegarten Tumsong, im Nordosten Indiens, wo die Sorte Darjeeling angebaut wird. Der Betrieb gehört zum Unternehmen Chamong, das in der Region insgesamt 13 Teegärten besitzt. Auf der Plantage leben auch ihre Eltern und ihr Bruder, und sie selbst ist dort in die Dorfschule gegangen. An sechs Tagen pro Woche erntet sie an den steilen Hängen des Himalajas Tee.

#### Monatsverdienst, Grundkosten, Vorsorge:

Seema verdient 67 Rupien pro Tag, umgerechnet 1,10 Euro. Wenn sie mehr als sechs Kilo erntet, erhält sie pro zusätzliches Kilo fünf Rupien extra. Seemas Mann arbeitet als Fahrer und verdient 120 Rupien am Tag. Zusammen kommen sie auf ein Einkommen von umgerechnet rund 75 Euro im Monat. Außerdem können sie auf der Plantage gratis wohnen, erhalten kostenlose medizinische Grundversorgung und vergünstigte Lebensmittel. Sie besitzen eine Ziege und züchten ihr eigenes Gemüse. Dennoch muss die Familie ihr gesamtes Geld für Essen und Haushalt ausgeben. Über eine Altersvorsorge verfügt weder sie noch ihr Mann.

#### Was erwarten Sie von der Zukunft, und was tun Sie dafür?

"Meine Tochter geht in die erste Klasse. Sie soll eine gute Ausbildung erhalten und später eine gute Arbeit finden. Ich würde mir wünschen, dass sie eines Tages als Ärztin arbeitet. Der Schulbesuch kostet zwar nichts, aber wir haben in diesem Jahr schon 1000 Rupien für Bücher, Hefte und Stifte ausgegeben. Ich selber habe die Schule nach der 9. Klasse abgebrochen, weil in unserer Familie das Geld knapp war, und bin dann arbeiten gegangen."

#### Was ist das Wichtigste in Ihrem Leben?

"Meine Familie. Und dass sie gesund ist."

#### Was tun Sie, wenn Sie sich etwas gönnen wollen?

"Dann gehe ich mit meiner Familie ins Tal hinunter und mache dort ein Picknick am Fluss. Sonntags, nach dem Gottesdienst. Die Landschaft dort ist wunderschön."

#### Was würden Sie tun, wenn Sie sich ein Jahr lang nicht um Ihren Unterhalt kümmern müssten?

"Genug Geld, um nicht zu arbeiten? Das kann ich mir gar nicht vorstellen. Wahrscheinlich würde ich dann im Haushalt arbeiten. Ohne Arbeit geht es nicht."



### Indien

#### EinwohnerInnen:

1,2 Milliarden

#### Währung:

Rupien (61 Rupien = 1 Euro)

#### Bruttoinlandsprodukt pro Kopf:

882,- Euro

(Österreich 33.400,- Euro)

#### Human Development Index:

Platz 119 von 177 Nationen

(Österreich: Platz 15)

#### Aktuelle Durchschnittskosten:

1 kg Reis: 0,46 Euro

1 kg Fisch: 2,47 Euro

1,5 l Wasser: 0,33 Euro

1 Autobusfahrt: 0,66 Euro

250 g Darjeeling Tee: 4,64 Euro

Quelle: [www.brandeins.de](http://www.brandeins.de)