



Altersbilder im Wandel

Förderung und Erhalt von Gesundheit in der Pflege

DOKUMENTATION
4. Landeskonferenz
Hessen

02. Juli 2014



Redaktion

Carolin Becklas

Herausgeber

HAGE - Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung e.V.
Wildunger Straße 6/6a
60487 Frankfurt
Tel.: 069-71376780
E-Mail: info@hage.de
www.hage.de
Vereinsregisternr.: Frankfurt am Main VR 14882

Gefördert von der

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA),
eine Fachbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für
Gesundheit
Postfach 91 01 52
51071 Köln
www.bzga.de

Fachliche Auskunft

Carolin Becklas
carolin.becklas@hage.de

Satz und Layout

Siebel GmbH
Design- und Werbeagentur
Dalbergergasse 3-5
64625 Bensheim/Bergstraße
www.siebel.de

Druck

Druck- und Verlagshaus Weidenbach
Rathausstraße 1-3
45683 Dillenburg
www.weidenbach-druck.de

Bestellnummer

XXXXXXXXXXXX

Bildernachweis**Umschlagseite:**

© darrenwise – istockphoto.com

Innenteil:

HAGE e.V., Tagungsfotos

Wenn nicht anders angegeben: Abbildungen zu Fachvorträge von Referenten gestellt.

Die veröffentlichten Inhalte sind urheberrechtlich geschützt. Das Urheberrecht für die einzelnen Beiträge liegt bei den jeweiligen Autoren. Für den Inhalt der Einzelbeiträge sind die Autoren verantwortlich.

Thematische Einleitung

„Altersbilder im Wandel – Förderung und Erhalt von Gesundheit in der Pflege“ <i>Carolin Becklas</i> , Referentin für Gesundheit im Alter, HAGE e.V.	4
--	---

Eröffnung und Grußworte

<i>Dr. Wolfgang Dippel</i> , Staatssekretär des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration	6
<i>Dr. Monika Köster</i> , Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)	10
<i>Dieter Schulenberg</i> , HAGE e.V.	12

Einführung in das Thema

Gesundheitsförderung im Themenfeld Pflege	
<i>Professor Dr. Marianne Brieskorn-Zinke</i> , Evangelische Fachhochschule Darmstadt	14
„Pflegerische Angehörige und Pflegebedürftige als Zielgruppen spezifischer Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention“	
<i>Dr. Martina Wolfinger</i> , Beratung & Konzeption sowie Universität der Bundeswehr München	17
GRIPS-Pause	
<i>Heike Wieland</i> , GRIPS – Fachkoordinatorin und <i>Felicitas Becker-Kasper</i> , Leiterin des Seniorenreferates der Evangelischen Kirche in Kassel	24
Beruf und Pflege vereinbaren – die hessische Initiative stellt sich vor	
<i>Dr. Cornelia Seitz</i> , Berufsbildungswerk der Hessischen Wirtschaft e.V. Bad Nauheim	26

Gesundheitsforen

Forum 1:

Bedarfe pflegender Angehöriger mit Migrationshintergrund – Erfahrungen aus dem Besuchsdienst „Kultursensible Seniorenpatenschaften“	
<i>Dr. Astrid Sonntag</i> , Hochschule für Technik, Wirtschaft und Kultur, Leipzig	27
Vor und nach der Arbeit pflegen – und wie Unternehmen ihre Beschäftigten unterstützen können	
<i>Dr. Cornelia Seitz</i> , Berufsbildungswerk der Hessischen Wirtschaft e.V., Bad Nauheim	29

Forum 2:

Wertschätzendes Gesundheitsmanagement – Handlungsanregung für Pflegeeinrichtungen	
<i>Dr. Paul Fuchs-Frohnhofen</i> , Geschäftsführer MA&T Sell & Partner GmbH, Würselen	30

Forum 3:

Premium-Zertifizierung „Fit im Alter“	
<i>Michaela Gessner und Marika Deumert</i> , Stiftung Saarbrücker Altenwohnstift	32
Safer Care – Gewalt gegen ältere pflegebedürftige Menschen erkennen und vermeiden	
<i>Rebekka Hoher</i> , Wiss. Mitarbeiterin Hochschule Fulda	35

Forum 4:

Seniorenberatung in Wiesbaden	
<i>Iris Groß</i> , Sachgebietsleiterin und <i>Ulrike Granzin</i> , Amt für Soziales, Wiesbaden	38
pflegeBegleiter-Initiative für pflegende Angehörige/Freunde Frankfurt	
<i>Marlies Ritter</i> , Bildungszentrum des Frankfurter Verbandes	39

Gesprächsrunde	42
-----------------------	----

Maßnahmenevaluation: Resonanz der Teilnehmerinnen und Teilnehmer	54
---	----

Referentenverzeichnis	58
------------------------------	----

Thematische Einleitung

4

„Altersbilder im Wandel – Förderung und Erhalt von Gesundheit in der Pflege“

Carolin Becklas, Referentin für Gesundheit im Alter

Die Umsetzung von Gesundheitsförderung als ganzheitliches Konzept in den Bereichen der Pflege im Alter war bisher wenig in der Diskussion, bekommt jedoch immer mehr Aufmerksamkeit. Dass es in dieser Diskussion unterschiedlichste Bereiche im Themenfeld Pflege zu berücksichtigen gilt, wurde im Rahmen der 4. Landeskonferenz besonders deutlich. Nicht nur bei den Berufstätigen in der Pflege, auch bei den pflegenden Angehörigen, die überwiegend der Altersgruppe 60+ angehören, und nicht zuletzt bei den Pflegebedürftigen spielt die Gesundheitsförderung im Hinblick auf das Nationale Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ eine wichtige Rolle.

Ausgangspunkt war, dass die Anzahl der älteren Menschen, die pflegebedürftig sind, in den letzten Jahren stetig im gesamten Bundesgebiet und somit auch in Hessen angestiegen ist und mit ihnen die Anzahl der Einrichtungen von ambulanter und stationärer Altenpflege – Settings, die einen wichtigen Raum für gesundheitsförderliche Aktivitäten und Gestaltungen für ältere Menschen geben. Aber im Vergleich zum Setting Arbeitswelt ist der ganzheitliche Ansatz der Gesundheitsförderung in der Pflege für zu pflegende Menschen bisher unterrepräsentiert. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels wird dies jedoch immer wichtiger, da der Bedarf an Pflege für ältere Menschen, insbesondere von Hochaltrigen weiter zunehmen wird.



Pflegende Angehörige, die ebenfalls immer älter werden, sind eine weitere relevante Zielgruppe für Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege. Sie macht eine zentrale Gruppe in der Pflege aus, da drei Viertel der Pflegebedürftigen in Hessen zu Hause und fast ausschließlich von Angehörigen versorgt wird. Ebenfalls befinden sich die Hauptpflegepersonen in privaten Haushalten mehrheitlich in den Lebensphasen des Alters. Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige beziehen sich jedoch häufig auf die Versorgung des Pflegebedürftigen. Gleichzeitig ist die Zielgruppe schwer für Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention zu erreichen.

Mit der Landeskonferenz wurde für das Thema sensibilisiert und Grundlagen der Gesundheitsförderung für die unterschiedlichen Zielgruppen dargestellt. Hierfür wurden pflegende Angehörige und Akteurinnen und Akteure aus dem Pflegebereich zusammenbracht. Fragen waren: Was bedeutet Gesundheitsförderung im Themenfeld der Pflege und wie können einzelne Maßnahmen als Gesamtstrategie für die Beteiligten im Prozess umgesetzt werden?

In ihrem einleitenden Vortrag erläuterte Frau Prof. Dr. Brieskorn-Zinke u.a. warum die Gesundheitsförderung ein wichtiges Aufgabengebiet der Pflege ist und welche Handlungsfelder in der pflegerischen Gesundheitsförderung zentral sind. Frau Dr. Wolfinger spezifizierte das Thema, indem sie pflegende Angehörige und Pflegebedürftige als Zielgruppen spezifischer Maßnahmen von Gesundheitsförderung und Prävention in den Blick nahm. Sie fokussierte informell Pflegende im erwerbsfähigen Alter und in der Lebensphase Alter sowie Pflegebedürftige in der eigenen Häuslichkeit und im stationären Setting. Als ein Beispiel der Unterstützung für pflegende Angehörige stellte Frau Dr. Seitz die hessische Initiative „Beruf und Pflege vereinbaren“ vor.

Um die unterschiedlichen Ebenen und Beteiligten in der Pflege Älterer zu berücksichtigen und einen Austausch zwischen diesen zu ermöglichen, wurden diese thematisch nochmals in den Foren aufgegriffen. Hier fanden zum einen vertiefende Diskussionen über die Bedarfe und Bedürfnisse der pflegenden Angehörigen sowie der Pflegebedürftigen statt und wie diese beraten und begleitet werden können. Zum anderen wurden Handlungskonzepte für die betriebliche Gesundheitsmanagement in der Pflege erörtert.

Die Veranstaltung fand in Kooperation des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Rahmen des BZgA-Programms „Gesund und aktiv älter werden“ statt.

Die Beiträge der 4. Landeskonferenz werden in der vorliegenden Dokumentation nochmals zusammengefasst. Wir freuen uns, wenn Sie über das Konzept der Gesundheitsförderung Anregungen über die Bedürfnisse der am Pflegeprozess beteiligten Menschen erhalten. Die HAGE e.V. steht Ihnen gerne bei der Vernetzung, Koordination und Initiierung gesundheitsförderlicher Aktivitäten zur Verfügung.

Eröffnung

Dr. Wolfgang Dippel, Staatssekretär des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration

Dr. Monika Köster, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Dieter Schulenberg, HAGE e.V.

6

„Altersbilder im Wandel – Förderung und Erhalt von Gesundheit in der Pflege“

Dr. Wolfgang Dippel, Staatssekretär des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration

Sehr geehrte Frau Prof. Dr. Elisabeth Pott, sehr geehrter Herr Dieter Schulenberg, sehr geehrte Damen und Herren,

Pflege.

So ein kleines Wort. Nur 6 Buchstaben und trotzdem ist es riesig. Riesig da dieses Wort, dieser Begriff, diese Thematik so vielfältig, so emotional und so allgegenwärtig ist, das es jeder kennt. Trauer, Wut, Hoffnung, Problematik, Hilfe, Beruf, Zukunft, Entlastung, Tod, Familie, Nächstenliebe und tausend andere Wörter verstecken sich in diesen 6 Buchstaben.

Liebes Publikum, sehr geschätzte Zuhörerinnen und Zuhörer, heute beschäftigen wir uns mit einem Feld, das jeden etwas angeht. Die HAGE zusammen mit meinem Ministerium lädt ein zur 4. Landeskonferenz Hessen „Gesund Altern“ mit dem Thema „Altersbilder im Wandel – Förderung und Erhalt von Gesundheit in der Pflege“.

Wenn Sie nun einen Moment inne halten, erkennen Sie, dass eigentlich jeder alt werden möchte und dies möglichst gesund. Pflege ist ebenso ein Thema, das jeden betrifft, egal ob direkt oder indirekt. Wenn ich jetzt fragen würde, wer von Ihnen hier Anwesenden in irgendeiner Art und Weise

mit dem Feld Pflege zu tun hat, ich bin mir sicher, jeder würde sich melden. Das können die eigenen Eltern, die gepflegt und betreut werden müssen, sein, erste Gedanken über das was mit einem selbst im Alter geschehen wird, vielleicht ein Nachbar oder Freund der seine Frau oder Mann nun nicht mehr pflegen kann und sie in stationäre Pflege übergibt oder ganz einfach das Ausüben eines pflegerischen Berufes. Sie sehen meine Damen und Herren Pflege, betrifft uns alle in vielfältigster Weise.

In den vergangenen Jahrzehnten konnte ein kontinuierlicher Anstieg der Lebenserwartung beobachtet werden. Auch in Hessen leben heute rund 1,2 Millionen Menschen über 65 Jahre. Das entspricht 20% der Bevölkerung und der Anteil dieser Altersgruppe wächst weiter und weiter. Aktuellen Schätzungen zufolge werden es im Jahr 2060 bis zu 34% der Bevölkerung sein. Enorme Werte! Diese Erkenntnis ist umso wichtiger, wenn man bedenkt, dass die gestiegene Lebenserwartung dazu führt, dass die Lebensphase „Alter“ mittlerweile oftmals mehrere Jahrzehnte umfasst. So hat zurzeit eine in Hessen lebende 65-jährige Frau im Durchschnitt weitere 20,5 Lebensjahre vor sich und der 65-jährige



Mann 17,5 Lebensjahre. Tendenz steigend! Das Ziel ist allerdings nicht mehr allein das Erreichen eines hohen Lebensalters, sondern auch gesund älter zu werden und die zusätzlichen Lebensjahre mit möglichst hoher Lebensqualität zu genießen. Doch wodurch entsteht Lebensqualität?

Durch den demographischen Wandel entwickeln wir uns immer mehr zu einer Gesellschaft des langen Lebens. Wie auch andere europäische Länder erlebt Deutschland und somit auch Hessen einen Prozess „doppelter demografischer Alterung“, denn sowohl die absolute Zahl älterer Menschen als auch deren Anteil nimmt zu. Die absolute Zahl älterer Menschen nimmt aufgrund der steigenden Lebenserwartung zu, was durch den medizinischen Fortschritt und sich positiv entwickelnde gesellschaftlich-ökologische Rahmenbedingungen erklärt werden kann. Gleichzeitig nimmt aber auch der Anteil älterer Menschen als Folge eines Geburtenrückgangs zu. Ausgelöst wird dieser Prozess durch geburtenstarke Jahrgänge, die „Babyboomer-Generation“, die weniger Kinder zur Welt brachten als ihre Eltern, aber länger leben werden. 2012 lebten erstmals mehr Rentner als Arbeitnehmer in Europa. Passend hierzu wurde das Jahr 2012 vom EU-Parlament

zum „Europäischen Jahr für aktives Altern und die Solidarität der Generationen- Vitalität erhalten und die Würde aller achten“ ausgerufen. Die Leitidee des Europäischen Parlaments ist eine nachhaltige Kultur des Alterns zu etablieren.

Daran orientiert sich auch das Hessische Ministerium für Soziales und Integration mit verschiedenen Projekten, die ich später kurz vorstellen werde.

Ein hohes Alter in guter Gesundheit zu erreichen ist sowohl ein hohes individuelles, als auch ein gesellschaftliches Ziel. Gesundheit wird im Verlauf des Lebens von verschiedenen Faktoren, wie Lebensstil, Gesundheitsverhalten, Lebenssituation, sozialem Status, medizinische und pflegerische Versorgung, sowie gesellschaftlichen Rahmenbedingungen beeinflusst. So steht der demografischen Alterung gleichzeitig eine soziokulturelle „Verjüngung“ der älteren Menschen gegenüber. Die heutige Generation älterer Menschen weist so zum Beispiel vielfach ein „jüngeres Verhalten“ auf als frühere Generationen. Viele Aktivitäten, die früher nur jüngeren Erwachsenen zugetraut wurden, werden heute von älteren Menschen ausgeübt. Mobilität und Reiselust älterer Menschen haben stark zugenommen, es werden sogar spezielle Seniorenreisen rund um die Welt angeboten. Aber auch sportliche Aktivitäten gehören zum „erfolgreichen Altern“ dazu, denn immer mehr ältere Menschen trauen sich heute, Sport bis ins hohe Alter zu betreiben. Eine zentrale Ursache für diese Entwicklung ist die Tatsache, dass die neuen Rentnergenerationen schon seit ihrer Jugend mit einer aktiven und leistungsorientierten Kultur konfrontiert wurden. Die neuen Rentnergenerationen sind somit die ersten Generationen älterer Menschen, die erfolgreich gelernt haben, bis ins spätere Leben relativ „jugendlich“ zu bleiben. So hat sich auch die Gesundheit vieler älterer Menschen verbessert; eine Entwicklung, die eng mit der wirtschaftlichen Wohlstandsentwicklung und einer besseren sozialpolitischen Absicherung des Alters verbunden ist. Damit können mehr Frauen und Männer von einem langen gesunden Rentenalter profitieren. Dabei sind die Seniorinnen und Senioren in Hessen keine homogene Gruppe. Sie sind unterschiedlich, wie ihre zugrunde liegenden Lebensgeschichten.

Die meisten Menschen haben den Wunsch, solange wie möglich selbstständig in der

vertrauten häuslichen Umgebung leben zu können. Von den heute 100-jährigen in Deutschland lebt noch ein Drittel selbstständig zu Hause.

Andererseits ist die Anzahl der älteren Menschen, die pflegebedürftig sind, ist in den letzten Jahren stetig angestiegen. Bemerkenswert ist, dass ein überwiegender Teil der Pflegebedürftigen zu Hause von Angehörigen gepflegt wird.

Fakt ist, dass mit steigendem Alter in der Regel das Risiko wächst, pflegebedürftig zu werden. Die altersstrukturellen Veränderungen haben damit erhebliche Implikationen auf die zukünftige Nachfrage nach Pflegeleistungen und den Versorgungsbedarf bei Pflegebedürftigkeit. In Hessen ist die Anzahl der Pflegebedürftigen in den letzten zehn Jahren von 145.445 auf 186.893 gestiegen. Annähernd drei Viertel (75,8%) aller Leistungsempfänger werden zu Hause versorgt und davon die große Mehrheit (71,2%) ausschließlich durch Angehörige. Damit liegt unser Bundesland im Ländervergleich an der Spitze! Von diesen 100.067 Pflegebedürftigen waren knapp zwei Drittel (61,5%) der Pflegestufe I zugeordnet, während von den zu Hause durch Pflegedienste Versorgten mehr Fälle der Pflegestufe II oder III zugeordnet waren. Die knapp 19.000 Pflegekräfte hatten durchschnittlich 2,1 Patientinnen und Patienten zu Hause zu betreuen.

Obwohl wir immer gesünder altern, ist dennoch mit fortschreitendem Alter ein deutlicher Anstieg der Gesundheitsprobleme zu beobachten, sowohl hinsichtlich der Anzahl erkrankter Personen, als auch bezüglich der Komplexität der vorliegenden Beeinträchtigungen.

Erfreulicherweise erfährt die Prävention im Alter seit einigen Jahren größere Aufmerksamkeit, dabei findet der Wandel der Altersbilder vermehrt Beachtung. Bereits 1968 wurde festgestellt, das Altern kein Zustand ist, der schicksalsmäßig mit Leiden, Frühinvalidierung und Krankheit verbunden sein muss.

Das Alter als eigenständiger Faktor der Gefährdung verlor an Gewicht, stattdessen wurden und werden zunehmend die Differenzen zwischen dem kalendarischen und dem biologischen Alter abgewogen.

Deswegen wurden von Seiten des Hessischen Ministeriums für Soziales und

Integration in Zusammenarbeit mit verschiedenen Partnern diverse Projekte ins Leben gerufen:

Eine optimale Prävention und Gesundheitsvorsorge muss für viele Erkrankungen, die sich oft über Jahre hinweg entwickeln, weit vor Beginn des Pensionsalters ansetzen und so zur Selbstverständlichkeit für Bürgerinnen und Bürger werden.

Das Projekt „Gesund Leben- Gesund Bleiben“ im Rahmen der Nachhaltigkeitsstrategie Hessen wurde mit dem Ziel entwickelt einen integralen und nachhaltigen Gesundheitsförderungsplan für Hessen zu konstruieren. Dieser Gesundheitsförderungsplan stellt den Erhalt der Gesundheit in den Mittelpunkt seines Anliegens und versteht sich als Investition in die Gesundheit der Menschen in allen Lebensphasen und Lebenswelten.

Jeder ist so alt wie er sich fühlt. Gerade im Alter haben geistige und körperliche Fitness einen großen Einfluss auf den Erhalt an Alltagskompetenzen und damit die Lebensqualität. Eine vollwertige Ernährung und altersgemäße Bewegung spielen hierbei eine ganz entscheidende Rolle.

Aus diesem Grunde wurden mehrere Projekte initiiert, die Bewegung im Alltag auch für ältere Menschen fördern, denn Jahr für Jahr ereignen sich in Deutschland insgesamt vier bis fünf Millionen Stürze. Besonders häufig trifft es ältere Menschen: Es wird geschätzt, dass etwa ein Drittel der Menschen über 65 Jahre mindestens einmal pro Jahr hinfällt. Dramatisch, denn viele Stürze haben schlimme Folgen: Mehr als 120.000 ältere Menschen brechen sich dabei den Oberschenkel oder die Hüfte. Die Mobilität der Betroffenen ist danach deutlich eingeschränkt, die selbstständige Bewältigung des Alltags oft nur noch mit großen Einschränkungen möglich. Außerdem werden die Menschen unsicher, sie trauen sich immer weniger zu und ziehen sich sozial zurück. Experten schätzen, dass die Kosten von Stürzen bundesweit insgesamt bei etwa 1 Milliarde Euro liegen. In 80% aller Fälle ist die Sturzursache darin begründet, dass aufgrund von Bewegungsmangel die Gleichgewichtsfähigkeit und die Muskelkraft im fortgeschrittenen Alter nachlassen. Es konnte wissenschaftlich nachgewiesen werden, dass ein kombiniertes Gleichgewichts- und Krafttraining das Sturzrisiko um bis zu 50% reduziert.

Projekte die die Bewegung fördern sind zum Beispiel:

- Das Projekt „Hessen bewegt sich – 3000 Schritte extra“, welches gemeinsam mit der HAGE zusammen mit der AOK Hessen angeboten wird. Die Aktion versucht mit der Anwendung von Schrittzählern mehr Alltagsbewegung in den Tagesablauf unserer hessischen Bevölkerung zu bringen, denn schon 10.000 Schritte am Tag können das Diabetesrisiko um 27% reduzieren.
- Ein weiteres erfolgreiches und gut angenommenes Projekt des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration ist die Installation von Bewegungsparcours für Seniorinnen und Senioren. Das begann 2011 mit 2 Pilotparcours in Hanau und Darmstadt. Das Bewegungsparcours Projekt bekam 2012 einen Best Practice Award der EU im Rahmen des Europäischen Jahr für aktives Altern und die Solidarität der Generationen. Unser aktueller Stand an Bewegungsparcours in Hessen liegt bei circa 92 Anlagen, allein in Frankfurt gibt es 13 solcher Anlagen. Die Idee des Bewegungsparcours stammt aus Asien, dort sind diese weit verbreitet, fest in Parkanlagen integriert und gehören für Seniorinnen und Senioren zum „bewegten“ Alltag. Neben der Bewegungsförderung und Sturzprophylaxe geht es vor allem darum, durch die Bewegung in Gruppen die Teilhabe der Senioren am Sozialleben zu unterstützen, um der Vereinsamung und den damit verbundenen psychischen Belastungen der älteren Menschen entgegenzuwirken. Bewegungsparcours fördern Bewegung im Alltag, aber sind ebenso Treffpunkt der Senioren.

Eine Angelegenheit, die mir allerdings besonders am Herzen liegt, sind die Menschen, die leider sehr häufig im weiten Feld der Pflege zu kurz kommen und meiner Meinung nach viel zu wenig Anerkennung erfahren. Die pflegenden Angehörigen. Wie selbstlos und aufopfernd ist es, wenn man sich selbst zurückstellt, um einen anderen geliebten Menschen, sei es Mutter, Vater, Ehemann oder Ehefrau, helfen und pflegen zu können. Um für ihn oder sie da zu sein und sie in der schweren Zeit zu unterstützen, werden eigene Bedürfnisse und Wünsche oft auf der Strecke bleiben. Ja genau diese Menschen stellen die zentrale Gruppe in der Pflege, denn drei Viertel der Pflegebedürftigen in Hessen werden zu Hause und fast ausschließlich von Verwandten versorgt. Erschwerend kommt hinzu, dass diese so genannten Hauptpflegepersonen mehrheitlich ebenso in der Lebensphase des Alters sind, und nicht selten mit eigenen Beschwerden und Krankheiten zu kämpfen haben. Eine Doppelbelastung mit verschiedenen Fronten. Hin- und hergerissen zwischen Pflege von Angehörigen, Beruf, Freizeit und sozialem Leben.

Vor diesen Menschen kann ich nur meinen Hut ziehen, wir sollten ihnen helfen, denn gerade pflegende Angehörige sind extrem hohen Gesundheitsrisiken ausgesetzt, da es zu verschiedenen physischen und psychischen Belastungsfaktoren kommt. Die bisherigen Unterstützungen des Staates beziehen sich häufig nur auf die Versorgung der Pflegebedürftigen, wie z.B. Pflegegeld oder die Möglichkeit einer kleinen Pause von der Pflege durch Ersatz- und Kurzzeitpflege. Doch was ist mit der Gesundheit dieser Menschen, die zu funktionieren haben? Menschen die nicht nur die Verantwortung für ihre eigene Gesundheit tragen, sondern auch für die der Menschen die sie pflegen?

Gerade auch dann, wenn pflegende Angehörige zugleich berufstätig sind, brauchen Sie unsere volle Unterstützung. Mehr als die Hälfte der Beschäftigten mit Pflegeaufgaben bleibt erwerbstätig. Ihr Alltag gleicht oft einem kaum zu bewältigenden Kraftakt. Und sie sind gesundheitlich ganz besonders belastet.

Mit der hessischen Initiative zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege nimmt die Hessische Landesregierung deshalb diejenigen in den Blick, die sich der Herausforderung stellen und tagtäglich bemüht sind, den Spagat zwischen Pflege und Berufstätigkeit zu meistern. Die Initiative ist bundesweit einmalig und umfasst neben einer Charta als Selbstverpflichtung für Unternehmen, eine Reihe von landesweiten regionalen Informationsveranstaltungen und Kompetenztrainings für Unternehmen und ihre Beschäftigten.

Die Politik hat mit dem Familienpflegezeitgesetz und dem Pflegegesetz Rahmenbedingungen geschaffen – gefragt sind nun vor allem die Arbeitgeber. In derartigen Belastungssituationen, die sich nicht selten über Jahre hinziehen, müssen sie ihre Beschäftigten in besonderer Weise unterstützen. In Zukunft wird dies in steigendem Maße gefordert sein, auch und gerade im Hinblick auf einen sich abzeichnenden Fachkräftemangel. Viele Unternehmen und Organisationen in Hessen gehen hier erfreulicherweise bereits mit gutem Beispiel voran.

Genau hier soll aber auch die Gesundheitsförderung ansetzen. Sicherlich sind pflegende Angehörige schwer für Gesundheitsförderung zu erreichen, doch trotzdem muss sich über die fehlenden Strukturen Gedanken gemacht werden, und ihre konkrete Umsetzung in Angriff genommen werden. Wie kann man die Widerstandskraft pflegender Angehöriger stärken? Wie kann man gesundheitliche Ressourcen pflegender Angehöriger ausbauen? Sicherlich keine leichte Aufgabe, doch ich bin zuversichtlich, dass wir auch diese Herausforderung meistern werden. Begonnen wird damit heute! Hierbei stehen die Lebenswelten der Menschen im Vordergrund, denn gesundheitsförderliche Aktivitäten und Gestaltungen müssen in die Settings der Lebensphase „Alter“ wie z.B. Arbeitswelt, Kommunale Ebene, Vereine vor Ort, das eigene Zuhause und Pflegeheime.

Ebenso gehört das Nationale Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ dazu, dass wir uns gerne als Aufgabe gesetzt haben. Es ist extrem wichtig, da der Bedarf an Pflege für ältere Menschen, insbesondere der Hochaltrigen weiter zunehmen wird. Schon heute ist die Altersgruppe der zwischen 80 bis 90-jährigen Seniorinnen und Senioren in stationären hessischen Pflegeeinrichtungen am häufigsten vertreten.

Um das Thema der Gesundheitsförderung im Alter in die Köpfe der Menschen zu bringen, muss die Pflege erst einmal sensibilisiert und tabuisiert werden. An alle jungen Menschen: Nein das Leben hört nicht mit dem Renteneintritt auf, es kann auf ganz wunderbare Weise neu anfangen. An alle Menschen im Berufsleben: Nein das Leben ist nicht wertlos mit dem Eintritt ins Rentenalter, es kann neue Möglichkeiten und Perspektiven eröffnen. Und an alle Menschen im Seniorenalter: Ja, das Leben ist schön und für den Erhalt der Lebensqualität tragen sie dazu bei. Wir werden zwar immer älter, aber wir werden auch immer gesünder älter, tun Sie also etwas für ihre Gesundheit und nehmen sie an Vorsorge- und Förderungsprogrammen teil, sobald sich ihnen die Chance bietet.

Im Jahr 2030 wird fast ein Drittel der deutschen Bevölkerung 65 Jahre und älter sein- in Hessen leben schon heute 1,2 Millionen Bürgerinnen und Bürger in dieser Lebensphase. Dieses sich verändernde Bevölkerungsbild stellt sowohl an das Gemeinwesen als auch an das Gesundheitssystem neue Anforderungen. Umso wichtiger ist es, sich schon heute mit dem Thema auseinanderzusetzen und beispielsweise der Frage nachzugehen, wie ältere Menschen in Zukunft mit Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention zu erreichen sind. Mit diesen Worten verabschiede ich mich von Ihnen und wünsche eine spannende, anregende und erkenntnisreiche Veranstaltung.

Eine spannende Veranstaltung wird auch im nächsten Jahr im Juli stattfinden. Da wird die Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen den 11. Deutschen Seniorentag bei uns in Hessen hier in Frankfurt ausrichten und mit Sicherheit für Sie interessante Projekte vorstellen.

Auf Wiedersehen und Danke für Ihre Aufmerksamkeit.

Grußwort Dr. Monika Köster

Dr. Monika Köster,
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Sehr geehrter Herr Staatssekretär Dr. Dippel, sehr geehrte Frau Dr. Maulbecker-Armstrong, sehr geehrte Frau Prof. Brieskorn-Zinke, sehr geehrter Herr Schulenberg, sehr geehrte Frau Becklas, meine sehr geehrten Damen und Herren,

als Vertreterin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung freue ich mich sehr, Sie heute zur mittlerweile 4. gemeinsamen Landeskonferenz „Altersbilder im Wandel“ begrüßen zu können.

Wir arbeiten nun schon seit einigen Jahren auf dem Feld der Gesundheitsförderung sehr gut und konstruktiv zusammen. Gemeinsam kümmern wir uns um die Frage und Umsetzung einer lebenslaufbegleitenden Gesundheitsförderung: Hierbei stehen Kinder und Jugendliche, Menschen im mittleren Erwachsenenalter - sowie auch die älteren Menschen im Fokus. Am 11. Juni fand z.B. die Tagung zum Thema Depression im Erwerbsleben statt, wir hatten einen wirklich sehr guten Austausch, von dem alle Beteiligten profitieren konnten.

Heute geht es um das Thema „Förderung und Erhalt von Gesundheit in der Pflege“, ein vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung zentrales Thema.

Aus Sicht der BZgA ist es auch in diesem Themenfeld sehr wichtig, die Zusammenarbeit von Bundes- und Landesebene mit Blick auf die kommunale Ebene zu intensivieren. Hier, auf der kommunalen Ebene, spielt die Musik, hier findet die praktische Arbeit mit den Zielgruppen statt, hier gibt es Fragen, Bedarfe und auch bereits viele Erfahrungen. Insofern freue ich mich sehr, heute mit Ihnen, die Sie aus den relevanten Bereichen kommen, in den fachlichen Austausch zu kommen.

Zu Beginn möchte ich mich **bei allen Mitwirkenden bedanken**: Ein besonderer Dank geht an das Hessische Ministerium für Soziales und Integration, an Ihr Haus, Herr Staatssekretär Dr. Dippel. Wir kooperieren seit Jahren, die Zusammenarbeit funktioniert, auch der fachliche Austausch mit Frau Dr. Maulbecker-Armstrong und ihrem Team läuft sehr gut. Dann möchte ich an dieser Stelle die gute Arbeit der Hessischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung hervorheben. Die Tagung wurde wie gewohnt fachlich und organisatorisch gut vorbereitet. Ein Dank geht auch an die Referentinnen und Referenten der heutigen Veranstaltung sowie an Sie alle für Ihr Interesse.

Meine Damen und Herren, die Menschen werden älter, die Daten zur Lebenserwartung sind bekannt. Die Lebenserwartung bei Geburt liegt in Deutschland aktuell bei 77,7 Jahren für Männer und bei 82,7 Jahren für Frauen. Bis zum Jahr 2050 werden nach Prognosen des Statistischen Bundesamts ca. 23 Millionen Menschen über 65 Jahre in Deutschland leben.

Wenn wir etwas genauer hinsehen, zeigt sich folgendes Bild:

49% der über 65jährigen Frauen und 56% der über 65jährigen Männer schätzen ihre Gesundheit als gut ein. Sie sind aktiv, engagieren sich in vielen Bereichen.

Allerdings müssen wir den Blick auch auf Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen richten: Im Vordergrund des Krankheitsspektrums der älteren Menschen stehen Herz-Kreislauf-krankheiten, Krankheiten des Bewegungsapparates, Diabetes, Krebserkrankungen, psychische und dementielle Erkrankungen. Das Erkrankungsrisiko **steigt** bei fehlender sozialer Integration, bei besonderen Lebensbelastungen (z.B. Pflege und Berufstätigkeit) und einschneidenden Lebensereignissen.



68% der 65-74jährigen Männer in Deutschland und 76% der gleichaltrigen Frauen weisen mehr als zwei behandlungsbedürftige Krankheiten auf, das Thema Multimorbidität steht im Raum, ebenso das Thema der Polypharmazie: Der Anteil der älteren Menschen, die regelmäßig fünf und mehr Medikamente einnehmen, steigt mit zunehmendem Alter: In der Altersgruppe der 70-79jährigen sind dies 55% der Frauen und 45% der Männer. In diesem Zusammenhang stellt sich vor allem auch die dringende Frage nach den Neben- und vor allem den Wechselwirkungen, auch ein Thema für den Bereich der Pflege.

2011 waren in Deutschland 2,5 Millionen Menschen pflegebedürftig. Das Statistische Bundesamt prognostiziert einen Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2030 auf 3,4 Millionen Menschen und bis zum Jahr 2050 auf 4,5 Millionen Menschen.

Ein Blick auf die dementiellen Erkrankungen: Diese rücken immer mehr in den Fokus der gesundheitsbezogenen Herausforderungen einer älter werdenden Gesellschaft. In Deutschland leben ca. 1,4 Millionen Menschen mit Demenz. Und Demenzen bergen ein hohes Risiko für die Entwicklung einer Pflegebedürftigkeit. In die Betreuung und pflegerische Versorgung der an Demenz erkrankten Personen im häuslichen Setting sind durchschnittlich 2,2 Personen aus dem Familien- oder Bekanntenkreis involviert.

Es stellen sich verschiedene Fragen: Was können wir im Vorfeld tun, um Pflegebedürftigkeit möglichst hinauszuschieben? Mit dieser Frage wird sich auch die BZgA im Rahmen eines neuen Programms „Älter werden in Balance“, gefördert durch den Verband der privaten Krankenkassen, beschäftigen.

Dann: Welche Möglichkeiten der Gesundheitsförderung, welche spezifischen Maßnahmen für die Menschen, die pflegebedürftig sind, gibt es? Und – auf der anderen Seite: Wer leistet diese wichtige Arbeit der Pflege? Wie können wir die Menschen, die pflegen, unterstützen? Das sind zum einen die Menschen, die im Bereich der Pflege arbeiten. Hier geht es um deren berufliches Umfeld und die spezifischen Belastungen. Und es geht um die pflegenden Angehörigen. Etwa zwei Drittel der Pflegebedürftigen werden zu Hause versorgt. Die Pflege wird zum überwiegenden Anteil von engen Angehörigen geleistet, und hier vor allem von Frauen im Alter 60+. Diese fühlen sich belastet bzw. überbelastet, vor allem dann, wenn Berufstätigkeit und Pflege vereinbart werden müssen. Durch die Belastungen entwickeln sich vielfach Gesundheitsprobleme.

Meine Damen und Herren, „Förderung und Erhalt von Gesundheit in der Pflege“ ist ein sehr zentrales und auch komplexes Thema. Gut, dass wir uns heute hier die Zeit nehmen, uns intensiv mit dieser Thematik und auch mit einzelnen wichtigen Fachaspekten zu beschäftigen.

Ich bin sehr gespannt auf die Vorträge und auch auf die Praxisbeispiele, die in den Foren vorgestellt werden, denn es gibt einige gute und bewährte Ansätze und Initiativen hier in Hessen, die wir diskutieren können. Ich wünsche uns allen einen guten Austausch und viele Ideen und Anregungen für unsere Arbeit.

Vielen Dank!

Grüßwort Dieter Schulenberg



Dieter Schulenberg, Geschäftsführer der HAGE e.V.

*Sehr geehrter Herr Dr. Dippel,
sehr geehrte Frau Dr. Köster,
sehr geehrte Frau Prof. Brieskorn-Zinke,
liebe Gäste,*

ich freue mich, Sie auf unserer vierten Landeskonferenz zum Thema Altersbilder im Wandel begrüßen zu dürfen. Mein Dank gilt den Kolleginnen und Kollegen der HAGE, die nicht nur die Organisation in hervorragender Weise übernommen, sondern auch die inhaltlichen Schwerpunkte gesetzt haben. Mein Dank gilt auch der BZgA für die Unterstützung und für die Übernahme der Dokumentation. Nicht zuletzt möchte ich mich beim HMSI bedanken für die inhaltlichen Impulse. Neben Frau Dr. Maulbecker-Armstrong seien hier Frau Meier-Darimont, Herr Gauermann und Herr Obst genannt.

Wenn Du älter wirst, verlierst Du das Interesse an Sex, Deine Freunde sterben, Deine Kinder ignorieren Dich. Es gibt natürlich andere Vorteile, aber die genannten sind doch die größten.

Dieser fatalistischen Sichtweise von Richard Needham muss man nicht zustimmen, aber sie weist doch auf humorvolle Art und Weise auf einige Schwierigkeiten des Alters hin:

- die nachlassende körperliche Aktivität und die damit verbundenen Einschränkungen
- die Gefahr einer sozialen und familiären Isolation.

Wir wollen alle alt werden und mehr Lebensjahre sollen auch gute Jahre sein. Aber das Alter bringt auch Probleme mit sich, für den Einzelnen und für die Gesellschaft. Es braucht Mut um alt zu werden.

Ich will Ihnen von meiner Mutter berichten: 85 Jahre alt, allein lebend in einem Haus in Bremen, in dem ich aufgewachsen bin. An dem Haus ein großer Garten, den sie, seit einigen Jahren mit Unterstützung durch einen Gärtner für die groben Arbeiten, immer noch selbst bestellt. Ihre Einkäufe erledigt sie selbst, meistens mit dem Fahrrad. Trotz körperlicher Beeinträchtigungen – Bluthochdruck, Rheuma, Einschränkungen der Sehfähigkeit, Tinnitus und andere – möchte sie auf jeden Fall so lange wie möglich zu Hause bleiben. Es gibt ein freundschaftlich nachbarschaftliches Netz, das trägt bei Krankheit oder Krankenhausaufenthalt. Sie freut sich über die Besuche von Sohn, Enkelkindern mit den Urenkeln. Aber sie lebt allein und leidet manchmal unter Einsamkeit und hat Phasen in denen sie das Leben mehr als Last erlebt und sich nach dem Sinn und Wert des Lebens fragt. Wir telefonieren regelmäßig und halten so den Faden der Beziehung aufrecht. Vielleicht erleben viele von Ihnen ähnliches mit Ihren Eltern. Die Lebenserwartung der Menschen in Deutschland und auch in Hessen nimmt immer weiter zu. Die älteren fühlen sich überwiegend fit und gesund und beteiligen sich aktiv am gesellschaftlichen Leben. Und sie wollen solange wie möglich ein selbständiges und selbstbestimmtes Leben führen.

Nun werden in der Wissenschaft die Folgen der zunehmenden Langlebigkeit unter verschiedenen Szenarien diskutiert: Das erste Szenario geht von einer Pandemie von Beeinträchtigungen aus: Mehr Gebrechlichkeit, mehr Morbidität, mehr Pflege. Mit entsprechenden negativen Auswirkungen für das Gesundheitswesen. Das zweite Szenario sieht eine Zunahme von chronischen Erkrankungen. Diese sind aber weniger schwerwiegend und führen zu weniger Beeinträchtigungen, weil die

Auswirkungen durch bessere Rehabilitationsmaßnahmen reduziert werden können. Also insgesamt ist es bei dieser Annahme möglich ein in viel stärkerem Maße selbständiges Leben zu führen. Das letzte Szenario geht von einer Verdichtung der Phase der chronischen Erkrankungen und Beeinträchtigungen auf eine kurze Zeit vor dem Ende eines langen und weitgehend gesunden Lebens aus.

Welche Prognose in Zukunft wirklich zutrifft: wir müssen davon ausgehen, dass es eine Zeit gibt, in der Ältere und Hochbetagte verstärkt auf Pflege angewiesen sein werden. Dabei ist die entscheidende Frage wie in Zukunft die steigende Zahl an Pflegebedürftigen versorgt werden kann.

Das Thema Suizid im Alter möchte ich nur kurz streifen:

Neueren Berichten zufolge beträgt der Anteil der über 60 jährigen, die sich das Leben genommen haben, ca. 40 % aller Suizidenten, während ihr Anteil an der Bevölkerung nur etwa 24 % beträgt. Durchschnittlich alle 2 Stunden stirbt ein alter Mensch in Deutschland durch Suizid. Die zugehende Beratung der Sozialarbeit auszubauen, Präventionsdienste fest ins Gesundheits- und Altenhilfesystem einzubetten und zu vernetzen, auf Alte eingestellte Krisenhilfe auch in kleineren Städten einzurichten, Weiterbildungen in Suizidalitäts-Erkennung für Fachkräfte, gerontologische Kenntnisvermittlung und *Früherkennung* und Behandlung von psychischen Erkrankungen im Alter seien hier nur als Stichworte genannt. Das Gesundheitsamt Frankfurt ist gerade dabei ein entsprechendes Netzwerk für die Stadt zu knüpfen.

Die Relevanz von Prävention und Gesundheitsförderung wird hier ganz drastisch deutlich. Neben den üblichen Zugängen zu den Menschen kann die Pflege ein wichtiger Anknüpfungspunkt sein, die Menschen in ihrer Lebenswelt zu erreichen. Doch was bedeutet Gesundheitsförderung in den Bereichen der Pflege und wie sehen einzelne Maßnahmen aus?

Zunächst einmal gilt es auf die Wünsche und Bedürfnisse der älteren und alten Menschen zu hören und diese bei der Planung von Hilfsangeboten zu berücksichtigen. Dies gilt für die Wohnungs- und Verkehrsplanung ebenso wie bei der Entwicklung und Bereitstellung von Hilfen. Altersgerechte Wohnungen, Wohnungen im Stadtquartier, generationsübergreifende Wohnformen und gemeinschaftliche Wohnformen im Alter sollten selbstverständlich werden. Unpersönliche Großpflegeeinrichtungen mit Krankenhauscharakter sollte es nicht mehr geben. Ambulant vor stationär gilt auch für die Pflege. Eine Verknüpfung unterschiedlicher Pflegeformen – professionell, familiär und ehrenamtlich – machen es möglich den individuellen Bedürfnissen der alten Menschen gerecht zu werden. Die Pflege alter Menschen wird künftig noch weniger ohne Ehrenamtliche auskommen, sagt Henning Scherf ehemaliger Bürgermeister von Bremen. „Nachbarschaft ist der Humus der Gesellschaft“ ergänzt Prof. Klaus Dörner. Dazu braucht es Quartiersmanager, die in ihren Wohnvierteln die Menschen zusammenbringen. Diese Haltung ist gesundheitsförderlich und dient der Entlastung der Pflegenden und der Gepflegten. Dass dazu noch mehr konkrete Angebote nötig sind, werden wir heute hier auf unserer Landeskongress hören.

Aber um im Alter fit und gesund zu bleiben, muss sich gesundheitliche Präventionspolitik ganzheitlich und in allen Feldern entwickeln. Eine von gesunder Ernährung und körperlich bewegten Aktivitäten geprägte Lebensweise kann das Alter mit hoher Lebensqualität, längerer Mobilität, Wohlfinden und Unabhängigkeit verlängern.

Wir brauchen aber auch eine grundsätzliche Diskussion darüber was uns das Alter und die alten Menschen bedeuten. Statt Umgang im Minutentakt ist doch taktvoller Umgang nötig. Es gilt auch den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers attraktiver zu machen,

durch gesellschaftliche Anerkennung und Wertschätzung, die sich auch in besserer Bezahlung ausdrückt. Auch die Leistung der Angehörigen verdient mehr gesellschaftliche Anerkennung. Aber wie können einzelne Maßnahmen als Gesamtstrategie für die betreffende Personengruppe umgesetzt werden?

Wir brauchen – auch analog des frühen Lebensalters bis zum beruflichen Einstieg – die Entwicklung von Präventionsketten in der Altersphase. Das heißt eine Vernetzung unterschiedlicher Akteure aus den Bereichen Soziales, Pflege, Gesundheit und Ehrenamt, damit ältere Menschen und ihre Angehörigen die Unterstützung bekommen, die sie brauchen.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit und wünsche uns interessante Beiträge und Diskussionen.

Einführung in das Thema

Professor Dr. Marianne Brieskorn-Zinke, Evangelische Fachhochschule Darmstadt
 Dr. Martina Wolfinger, Beratung & Konzeption sowie Universität der Bundeswehr München
 Heike Wieland, GRIPS - Fachkoordinatorin und Felicitas Becker-Kasper,
 Leiterin des Seniorenreferates der Evangelischen Kirche in Kassel
 Dr. Cornelia Seitz, Berufsbildungswerk der Hessischen Wirtschaft e.V., Bad Nauheim

14

Gesundheitsförderung im Themenfeld Pflege

**Professor Dr. Marianne Brieskorn-Zinke,
 Evangelische Fachhochschule Darmstadt**

Mein Vortrag fokussiert Gesundheitsförderung als Aufgabengebiet der professionellen Pflege. Gesundheit und Pflege erscheinen ja auf den ersten Blick als Widerspruch: Wer gesund ist braucht keine Pflege. Und so wird die professionelle Pflege auch häufig genug als reine Krankenpflege ans Ende der Versorgungskette gestellt; vor Prävention, Kuration und Rehabilitation. So steht es auch im Sozialgesetzbuch, welches zum Erhalt von Pflegeleistungen voraussetzt „dass gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen des täglichen Lebens – Körperpflege, Ernährung, Unterstützung im Bereich der Mobilität und der hauswirtschaftlichen Versorgung – für einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten nicht selbständig durchgeführt werden können“ (SGB XI, §14).

Um diesen Widerspruch aufzulösen und aufzuzeigen, wie notwendig das Aufgabenfeld Gesundheitsförderung zum Pflegebereich gehört, werden sich meine Ausführungen mit folgenden Fragen beschäftigen:

- Warum ist die Gesundheitsförderung heute ein wichtiges Aufgabenfeld der Pflege geworden?
- Welche Handlungsfelder sind in der pflegerischen Gesundheitsförderung zentral?
- Welche Herausforderungen liegen im Themenfeld „Gesundheitsförderung im Alter“?
- Welche Ansätze der pflegerischen Gesundheitsförderung brauchen wir zur Bewältigung dieser Herausforderungen?

Warum ist die Gesundheitsförderung heute ein wichtiges Aufgabenfeld der Pflege geworden?

In den letzten 20 Jahren hat sich auch in Deutschland die professionelle Krankenpflege vom medizinischen Hilfsberuf zu einem anerkannten Gesundheitsfachberuf entwickelt. Das traditionell krankheitsorientierten Berufsprofil entwickelte sich in diesem Zeitraum hin zu einem erweiterten Berufsverständnis, welches Aufgabenstellungen aus der Prävention und Gesundheitsförderung mit einbezieht. Impulse



dazu gaben einerseits die Etablierung der pflegewissenschaftlichen Studiengänge, deren Grundlagen alle auf dem neuen Modell einer gesundheitsorientierten Pflegeauffassung aufbauen und die auch den Blick über die eigenen Grenzen hinaus eröffnet hat, und andererseits die gesellschaftliche Notwendigkeit Prävention und Gesundheitsförderung verstärkt ins Aufgabenfeld aller medizinischen und pflegerischen Berufe zu rücken. Historisch und international waren und sind Pflegenden übrigens schon immer auch mit dem Erhalt und der Förderung von Gesundheit befasst. Public Health Nurses gehören in den angloamerikanischen Gesundheitssystemen seit über hundert Jahren zum Berufsbild der Pflege. Die Pflegeberufe sind durch ihre Nähe zum Patienten und als größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen ein wichtiges und unverzichtbares Potential für Prävention und Gesundheitsförderung. So haben wir seit 2004 auch in Deutschland ein neues Krankenpflegegesetz bekommen, welches die Aufgabenfelder Prävention und Gesundheitsförderung für die Berufsgruppe festschreibt und zugleich die Namensgebung des Berufs veränderte. Seit 2004 heißt die Krankenschwester „Gesundheits- und Krankenpflegerin“.

Welche Handlungsfelder sind in der pflegerischen Gesundheitsförderung zentral geworden?

Drei zentrale Handlungsfelder möchte ich hervorheben:

1. Die Gesundheitsförderung in klassischen pflegerischen settings wie in der stationären Pflege, der ambulanten Pflege und den Altenpflegeeinrichtungen. Kompetenzförderung, aktivierende Pflege und Ressourcenorientierung sind die Schlagworte für ein gesundheitsorientiertes Pflegeverständnis, das wegführt von der Verrichtungsarbeit, hin zur Aktivierung von Patienten und Bewohnern. Die gesundheitsförderliche Angehörigenarbeit hat in diesen klassischen Pflegefeldern ebenfalls einen wichtigen Stellenwert erhalten.

2. Gesundheitsförderung aus der Pflege heraus

Dieses Handlungsfeld bezieht sich auf sozialraumorientierte Gesundheitsförderung, in der Pflegekräfte aus ihren angestammten Institutionen herausgehen und z. B. in Pflegestützpunkten und anderen Beratungsstellen tätig werden. Diese Arbeit in der kommunalen Gesund-

heitsförderung ist eine echte Erweiterung des Berufsfelds, von einer rein personenorientierten Dienstleistung hin zu einer gesundheitsförderlichen Mitgestaltung des öffentlichen Raums. M.E. ist dieses Handlungsfeld unbedingt auszubauen, vor allem wenn es um Gesundheitsförderung im Alter geht.

3. Gesundheitsförderung für die eigene Berufsgruppen

Pflegepersonal ist im Verhältnis zu anderen Berufsgruppen häufiger von Krankheiten und Stressbelastungen betroffen. Das ist ein wegweisendes Indiz dafür geworden Gesundheitsförderung für die eigene Berufsgruppen in den Vordergrund zu rücken. Ob in der Ausbildung oder in Fort- und Weiterbildungen, Qualifizierung für Gesundheit ist zu einem zentralen pflegerischen Bildungsideal geworden. Dabei gibt es Ansätze auf den verschiedenen Ebenen: Selbstpflege, Teampflege, Mitarbeiterführung und nicht zuletzt die Arbeit an der gesellschaftlichen Wertschätzung des Berufs selbst.

Welche Herausforderungen liegen im Themenfeld „Gesundheitsförderung im Alter“?

Die stete Zunahme alter und hochbetagter Menschen bringt es mit sich, dass wir über Pflege anders nachdenken müssen als bisher. Die würdevolle Unterstützung alter und hochbetagter Menschen und die bestmögliche Erhaltung ihrer Selbständigkeit kann nicht mehr alleine die Aufgabe der pflegerischen Berufsgruppen sein. Pflege wird in Zukunft noch weitaus mehr als bisher eine gesellschaftliche Aufgabe werden, der wir uns alle zu widmen haben. Besonders herausgefordert sind dabei die Kommunen.

Hier gilt es Pflege als gesellschaftliche Aufgabe zu organisieren. Einige Punkte seien hervorgehoben:

- Bedarfsgerechte Infrastruktur und bedarfsgerechter Wohnraum
- Stärkung von Mitwirkung, Eigeninitiative und gegenseitiger Hilfe
- Aufbau eines vernetzten Angebots von ehrenamtlichen und professionellen Dienstleistungen
- Erschließung neue Pflegearrangements



Quelle: Eigene Darstellung



Was könnte die professionelle Pflege zur Bewältigung dieser Herausforderungen leisten?

Die professionelle Pflege ist zur Bewältigung dieser Herausforderungen besonders gefragt. Im Zentrum ihres professionellen Selbstverständnisses steht ja nicht die Krankheit oder die Gesundheit - wie in der Medizin -, sondern das Kranksein bzw. das Gesundsein. Nicht den Befunden, sondern der Befindlichkeit der älteren Menschen gilt ihre professionelle Aufmerksamkeit. Und zu dieser Befindlichkeit gehört die Bewältigung des Alltags und das soziale Aufgehobensein gerade auch unter den Bedingungen von Alter und Einschränkung. Um hier Hilfestellungen zu leisten, muss die professionelle Pflege ihr Berufsfeld erweitern. Sie muss aus der personenbezogenen Dienstleitung heraustreten und sich auch der gesellschaftlichen Organisation von Pflege widmen. Das ist klassische Gesundheitsförderung; Gesundheitsförderung im Sinne der WHO ist ja genau auf diese drei zentralen Strategien ausgerichtet: Anwaltschaftliches Handeln,

Empowerment, Vermitteln und Vernetzen. Wo und wie sollte das geschehen? Wohnortnah, zentralisiert, niederschwellig! Das Schaubild zeigt eine Vorstellung davon, wie z.B. Altenpflegeheime umorganisiert werden könnten zu „Häusern der Gesundheit im Alter“ oder auch zu „Kompetenzzentren für Pflege“. Hier fände man wohnortnah alles unter einem Dach. Altenpflegeheime behielten dabei durchaus ihre klassische Funktion als Orte möglichst vorübergehender stationärer Aufenthalte, allerdings wären sie dann nicht mehr die letzte Anlaufstelle, sondern die erste, wenn es um Fragen der Gesundheit im Alter geht. Hier gibt es professionelle Gesundheits- und Pflegeberatung, hier passiert die Vernetzung von Ehrenamtlichen und Professionellen, hier ist der Ort zur Qualifizierung für pflegende Angehörige und hier kann man sich über klassische und neue Pflegearrangements informieren. Altenpflege könnte sich so aus einer versteckten Nische heraus entwickeln hin zu einer gesellschaftlichen Tätigkeit für alle Menschen einer Gemeinde.

„Pflegerische Angehörige und Pflegebedürftige als Zielgruppen spezifischer Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention“

Dr. Martina Wolfinger, Beratung & Konzeption sowie Universität der Bundeswehr München

1. Grundlagen

Aktuelle **Befunde zum Älterwerden sowie zur Gesundheit und Krankheit im Alter** bieten eine fundierte Grundlage für Ansätze und realistische Zielformulierungen der Gesundheitsförderung und Prävention für die heterogene Zielgruppe der Älteren. Inzwischen besteht in Forschung und Praxis eine weitreichende Übereinstimmung darüber, dass

- sich das Älterwerden und die gesundheitliche Lage der Älteren vorangegangener, gegenwärtiger und wahrscheinlich auch künftiger Generationen **unterscheidet**;
- Alterns- und Krankheitsprozesse **differenziert** zu betrachten sind;
- Alterns- und Krankheitsprozesse in gewissem Maße **plastisch** sind und damit teils revidiert, teils verlangsamt und teils gestoppt werden können;
- die Lebensphase Alter und die Lebenslage das **Resultat des geschlechtsspezifischen Lebensverlaufs sowie äußerst heterogen** ist;
- **differenzierte Altersbilder** die Realität älter werdender Frauen und Männer am ehesten widerspiegeln und weder rein kompetenz- bzw. aktivitätsorientierte noch rein defizitorientierte Begründungen ausreichen, um adäquate Maßnahmen daraus abzuleiten.

(vgl. BMFSFJ 2010; Kruse/Wahl 2010; Motel-Klingebiel/Wurm/Tesch-Römer 2010)

Das **Leitbild gesunden Alter(n)s** begegnet der Lage der Frauen und Männer in ganz unterschiedlicher körperlicher, sozialer und geistiger Verfassung. Basierend auf der grundlegenden Definition von Gesundheit nach der WHO (bspw. WHO 2005) geht es beim gesunden Älterwerden nicht ausschließlich um den vollständigen Erhalt der objektiven Gesundheit im Alter(n), sprich um die möglichst vollständige Abwesenheit jeglicher Krankheitsdiagnosen. Vielmehr wird gesundes Alter(n) definiert, als ein Prozess der Optimierung von Möglichkeiten zur Erhaltung der Gesundheit, der sozialen Teilhabe, der Sicherheit, mit dem Ziel, die Lebensqualität älterer Menschen zu fördern (BMG 2012).

Was dies konkret für die jeweilige Zielgruppe einer Maßnahme oder eines Angebots bedeutet, wo die zentralen Herausforderungen und Belastungen jeweils liegen und welches Ansatzpunkte für Gesundheitsförderung und Prävention daraus abgeleitet werden können, diese Fragen können erst auf Grundlage einer umfassenden und zielgruppenspezifischen Analyse beantwortet werden. Die nachfolgenden Stichpunkte zur Situation der informell Pflegenden und zur Lage der Pflegebedürftigen geben einen ersten Überblick:

2. Zielgruppe informell Pflegende

Rund 1,75 Millionen Pflegebedürftige (Stat. Bundesamt 2013) werden zu Hause und dabei weitgehend von informell Pflegenden versorgt und unterstützt. Dies entspricht auch weitgehend der Wunschvorstellung der Pflegebedürftigen und Pflegenden sowie der gesetzlich verankerten Bevorzugung der häuslichen Versorgung.

Zur Gruppe der informell Pflegenden gehören nicht nur die Hauptpflegepersonen nach dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) sondern auch die weiteren unterstützenden und helfenden Personen im informellen Pflegenetzwerk. Genauso gehören auch die Personen dazu, die bereits helfen und pflegen, bevor die Zugangsvoraussetzungen für eine Pflegestufe erreicht sind. Doch leider können einzig über die Gruppe der Hauptpflegepersonen weitergehende Aussagen getroffen werden. Kinder und Ehepartner stellen die beiden Hauptgruppen häuslich Pflegenden. Der Frauenanteil liegt bei 72%, wobei sich die Geschlechterverhältnisse bei der Gruppe der pflegenden Ehepartner stark annähern (BMG 2011: 27). Rund eine Million Hauptpflegepersonen (entspricht 67%) sind im erwerbsfähigen Alter, also zwischen 20 und 64 Jahren alt (Hauptanteil in der Altersgruppe 30+). Real erwerbstätig sind davon aktuell 590.000 Personen. Wobei in den vergangenen Jahren neue gesetzliche Instrumente geschaffen und neue Projekte sowie Hilfenetzwerke ins Leben gerufen wurden, um die Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf zu unterstützen (ebda.; s. bspw. das Projekt der Forschungsstelle



Bildungswerk der Hessischen Wissenschaft e.V.). **In Anbetracht dieser Entwicklungen ist innerhalb der großen Gruppe der erwerbsfähigen Pflegenden mit einer wachsenden Gruppe von „Vereinbarer/innen“ zu rechnen. Die zweite zentrale Gruppe der informell Pflegenden befindet sich selbst in der Lebensphase Alter.**

Die Übernahme von informeller Pflege wird immer wieder als Statuspassage und Krise bzw. Herausforderung beschrieben. Dies hängt in starkem Maße mit der Gestalt der Pflegesituation zusammen. Sie ist hinsichtlich ihrer Dauer und ihres Verlaufs nicht absehbar und berechenbar, sie ist zeitaufwändig, inhaltlich anspruchsvoll und psychisch, physisch, sozial und finanziell belastend (vgl. Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e.V. 2003; Pearlin et al. 1990; Zank/Schacke 2007). Vereinbarer/innen betonen zusätzlich die chronische Zeitnot und den andauernden Stress (Weiling/Schulz-Geipring 2010). Um mehr über die (gesundheitliche) Situation der informell Pflegenden zu erfahren, wird die subjektiv beschriebene gesundheitliche Lage der älter werdenden **Allgemeinbevölkerung** mit den Erkenntnissen über die spezifische Gruppe der Pflegenden kontrastiert. Die Gruppe der Personen im Alter 40+ sprechen weitgehend von einer guten bis sehr guten subjektiven Gesundheit und berichten in der Regel von keiner bzw. einer Diagnose. In den höheren Altersgruppen wächst die Krankheitslast kontinuierlich an. Knapp die Hälfte der 55 bis 69-Jährigen hat bereits zwei bis vier Diagnosen, berichten aber zu knapp 60% noch von einer (sehr) guten subjektiven Gesundheit und in der Gruppe der 70 bis 85-Jährigen steigt der Anteil der Personen mit fünf und mehr Erkrankungen auf 22% an, ebenso wie der Anteil derer mit 2 bis 4 Diagnosen wächst. (Datenbasis Deutscher Alterssurvey: Wurm et al. 2010; für Hessen siehe Hessisches Sozialministerium 2011)

Wobei in diesem Zusammenhang dem subjektiven Wohlbefinden in Bezug auf die eigene Gesundheit eine sehr hohe und mehrfache Bedeutung zukommt: Einmal im Sinne eines aussagekräftigen Prädiktors für Langlebigkeit, zum anderen auch für eine bessere funktionale Gesundheit und längere Alltagsbewältigung im Zeitverlauf (u.a. DeSalvo et al. 2006; Erlemeier 2011; Wurm/Saß 2014).

Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung weisen Pflegende mehr und ausgeprägte körperliche Beschwerden auf und zwar vor allem in den Krankheitsgruppen des Bewegungsapparates und Skelettsystems, der Stoffwechselerkrankungen und des Herz-Kreislauf-Systems. Diese drei Krankheitsgruppen gehören mit zu den häufigsten Diagnosen im Alter und begünstigen die Gefahr selbst pflegebedürftig zu werden. Verschärfend hinzukommen Befunde zu einem herabgesetzten Immunsystem und zu psychosomatischen Beschwerden (Gräbel 1998).

Das subjektive Wohlbefinden, das Erleben von Selbstwirksamkeit und das Erleben sozialer Teilhabe werden von ihnen deutlich schlechter eingeschätzt als in der Allgemeinbevölkerung. Gerade erwerbstätige Pflegen-de klagen zusätzlich über chronische Zeitnot und ein dauerndes Stressempfinden.

2.1 Bedarfslage pflegender Angehöriger

Man kann also folgern, dass die Übernahme von Angehörigenpflege die Gesundheitsgefährdungen erhöht. Informell Pflegende wünschen sich zunächst einmal größere Freiräumen und mehr Anerkennung sowie Wertschätzung. Außerdem wünschen sie sich spezifische und adäquate Informationen und mehr körperliche Aktivität. Geschlechtsspezifisch formulieren Frauen stärker den Wunsch nach emotionaler Unterstützung Männer wünschen sich lösungsorientierte Hilfen (Blüher/Dräger 2011; Wolfinger 2014)

Pflegende Angehörige haben selbst Instrumente und Handlungsstrategien entwickelt, die sie nutzen, um mit den Herausforderungen umzugehen (i.S. der Resilienz, siehe Kessler/Staudinger 2010). Ihre für wirksam erachteten Selbstinterventionen umfassen das gemeinsame Erleben „guter“ Zeiten, das Pflegen (gemeinsamer und individueller) sozialer Kontakte, das Schaffen einer positiven Motivlage (z.B. Sinnfindung und Persönlichkeitswachstum – Ziel 8.8 Nationales Gesundheitsziel), Wahren einer guten Beziehung zum/zur Pflegebedürftigen und die frühzeitige Inanspruchnahme formeller und informeller Unterstützung. (Diözesan-Caritasverband Erzbistum Köln e.V. 2003; Pearlin et al. 1990; Zank/Schacke 2007) All dies dient bereits ihrer Gesunderhaltung. Dennoch bleibt eine große Belastung und ein hoher Bedarf an Gesundheitsförderung.

2.2 Zielgruppenspezifische Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention

Im Sinne des Nationalen Gesundheitsziels „gesund älter werden“ (BMG 2012) gilt es (Ziel 8 im Handlungsfeld 2) die Interessen der Angehörigen und informellen Helferinnen und Helfer zu berücksichtigen, indem u.a.

- Kompetenzen der informell Pflegenden (8.1) und der Mitarbeitenden/Multiplikatoren gefördert werden (8.2);
- Angebote zur Betreuung und Pflege gefördert werden (8.3);
- Die Inanspruchnahme von Angeboten zur Pflegeunterstützung geförderte werden (8.5);
- Wissen und Informationen angemessen vermittelt werden (8.6, 8.8);
- Die Gesundheit sozial benachteiligter Angehöriger erhalten werden (8.9) und positive Auswirkungen der Pflege bekannter werden (8.8).

Die nachfolgende Übersicht verdeutlicht verschiedene Settings und Maßnahmen, die mehr oder weniger direkt auch Zielsetzungen der Gesundheitsförderung und Prävention für die Zielgruppe der Pflegenden verfolgen bzw. **künftig verfolgen könnten**:

Drei (sich ergänzende) zielgruppenspezifische Ansätze

Integration in vorhandene Angebote für Pflegende	Vermittlung in vorhandene Angebote der Gesundheitsf./Prävention	Schaffen spezifischer Angebote
Als Themenkomplex von - Beratung und Casemanagement - Pflegekurse - Hausbesuch (SGB XI) - Gesprächskreise - Rehabilitation - MDK Einstufung	Basis: Assessment (ARR) abgeleitete Empfehlungen zur Inanspruchnahme von allgemeinen Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention: →Fokus I: Angebote zur physischen Gesundheitsförderung (Bewegung) →Fokus II: Angebote zur psychischen Gesundheitsförderung (Stressbewältigung)	Primärprävention oder Angebot innerhalb der betrieblichen Gesundheitsförderung

Verhältnisprävention: Welche Maßnahmen können ergriffen werden, um die Gesundheitsrisiken in Verbindung mit der Angehörigenpflege strukturell zu reduzieren?

Tabelle 1: Zielgruppenspezifische Ansätze für informell Pflegende
Quelle: Eigene Darstellung

Im Setting 1 liegt im Moment der Fokus auf dem Austausch über die Situation, auf dem Erlernen effizienter Umgangsweisen sowie der (zeitweiligen) Entlastung. Damit entsprechen die Angebote weitgehend den Wünschen und formulierten Bedarfen pflegender Angehöriger (Budnick et al. 2012, Wolfinger 2014). Dennoch werden sie noch immer viel zu selten genutzt (vgl. Dosch 2012, Horstmann 2009, Schönmann-Gieck 2012; Wolfinger 2014). Und, sie können nur sehr begrenzte Erfolge im Sinne der Gesundheitsförderung und Prävention für diese Zielgruppe nachweisen (siehe ausführlicher Wolfinger 2014). Effekte sind nachgewiesen vor allem hinsichtlich der Abnahme von Depressivität und Angst.

Im Setting 2 werden informell Pflegende in allgemeine Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention integriert (Blüher/Dräger 2011; Dapp et al. 2007). Außerdem stehen den pflegenden Angehörigen prinzipiell auch Maßnahmen zur Rehabilitation (allgemein und spezifisch) offen. Mit Setting 3 werden spezifische Angebote der Primärprävention für (ältere) pflegende Angehörige oder erwerbstätige Pflegende adressiert (ausführlich: Wolfinger 2014)

Allen drei Angebotsformen ist gemeinsam, dass sie noch sehr wenig in Anspruch genommen werden. Insgesamt bestehen für die Zielgruppe also **hohe Zugangsbarrieren**: Neben moralischen Vorbehalten, sehen viele Pflegende keinen Nutzen in der Inanspruchnahme. Hinzu kommt, dass Zeitnot und fehlende Freiräume sowie Konflikte zwischen Angebotszeit, Pflegezeit (und Arbeitszeit) sowie die Anforderungen in der Versorgung des Pflegebedürftigen, eine Teilnahme verhindern. Fehlendes Wissen über entsprechende Angebote und Problemstellungen in der eigenen Mobilität erschweren ebenfalls die Teilnahme. Abgebaut werden können diese Barrieren bspw. durch bewusst gewählte Zeitpunkt(e) der Ansprache (Blüher/Dräger 2011) und eine entsprechende institutionelle Verankerung sowie durch das innovative Zusammenwirken unterschiedlicher Institutionen, Berufsgruppen und Ehrenamtlichen (systemübergreifend).

Konzeptionell kann den Vorbehalten begegnet werden, indem die eigene Gesundheit zu einem erlaubten und wichtigen Thema **innerhalb** der Pflege gemacht. Zwei Befunde belegen, wie wichtig hier ein Perspektivwechsel ist: Häufig werden gesundheitliche Gründe angegeben, wenn die häusliche Pflege nicht mehr gewährleistet werden kann und das Bewusstwerden von Belastungen (innerhalb eines Kurses) kann die Entscheidung für eine Heimaufnahme befördern (Hedtke-Becker et al. 2012; Kurz 2011). Insofern wäre es gut, den möglichen Nutzen konkreter sowie integrierter Maßnahmen realistisch zu betrachten und einzuschätzen. Außerdem wäre ein wichtiger Ansatz für alle beteiligten Berufsgruppen, beim subjektiven Nutzungsinteresse anzusetzen und dies zu fördern. Indem Angebote so gestaltet werden, dass sie subjektiv sinnvoll, nachvollziehbar und machbar erscheinen (Kohärenz i.S. der Salutogenese). Gerade in Anbetracht der spezifischen und wenig planbaren Situation pflegender Angehöriger, ist auch die Nachhaltigkeit jeder Maßnahme wesentlich.

Ergänzend zu erwähnen ist die Ebene der **Verhältnisprävention**. In Anbetracht der erhöhten Gesundheitsrisiken wäre es von großem Interesse, die Rahmenbedingungen der informellen Pflege strukturell gesundheitsförderlicher zu gestalten. Dies kann beispielsweise durch einen Pflegebedürftigkeitsbegriff geschehen, der die Bedarfe

der Pflegebedürftigen und der Pflegenden gleichermaßen berücksichtigt sowie eine veränderte **differenzierte** Thematisierung der Angehörigenpflege; durch neue Formen der Unterstützung und Versorgung, der Anerkennungskultur, wie auch durch das Schaffen neuer Formen der Arbeitsteilung und Vereinbarkeitsbalancen von Beruf, Familie, Pflege und eigenem gesunden Leben etc. (s.a. Backes/Amrhein/Wolfinger2008).

3. Zielgruppe der Pflegebedürftigen

Chronische Erkrankungen beinhalten die grundsätzliche Gefahr einer Abwärtsspirale: Funktionseinbußen führen zu einer Reduktion, zu weiteren Funktionseinbußen und dann irgendwann zum Pflegebedarf. Aber auch akute Erkrankungen können Pflegebedürftigkeit hervorrufen. In Bezug auf präventive Maßnahmen, ist dann auf den ersten Blick das „Kind bereits in den Brunnen gefallen“, und es bleibt an vielen Stellen nur noch die Kompensation. Im Sinne der Kompressionsthese, diskutieren wir unter dem Thema „gesund alter(n)“ vielfältige Maßnahmen und Konzepte der Gesundheitsförderung und Prävention, um Zeiten der Abhängigkeit von Hilfe und Pflege immer weiter zu reduzieren oder zu verhindern (im Sinne des Handlungsfeldes 3, Ziel 13 „Pflegebedürftigkeit wird vorgebeugt“; BMG 2012). Gleichzeitig ist auch bekannt, dass das Risiko von Pflegebedürftigkeit betroffen zu sein, mit dem Alter ansteigt und nach Geschlecht ungleich verteilt ist. Aber

2.2 Zielgruppenspezifische Ansätze zur Gesundheitsförderung und Prävention

Rückbindung in Kuration, Rehabilitation, Prävention	(Pflegerische) Maßnahmen mit Fokus auf Gesundheitsf. /Prävention	Fokus auf subjektive Dimensionen der Gesundheit
<ul style="list-style-type: none"> - MDK Einstufung - Haus- und fachärztliche Betreuung - Ressourcenorientierte Beratung und Case-Management 	<ul style="list-style-type: none"> - Ernährung (Mangelernährung und Flüssigkeitsdefizit) - Dekubitusprophylaxe - Schmerzerfassung - Sturzprophylaxe - Mundgesundheit - Hygienemaßnahmen, Prävention von Infektionskrankheiten und Impfungen - Gewalt, Vernachlässigung verhindern - Suchtmittelkonsum..... 	<ul style="list-style-type: none"> - Wohlbefinden und Selbstbestimmung - Selbstintervention fördern

Verhältnisprävention: adäquater, barrierefreier und sicherer Wohnraum und von bewegungsförderlichen Umgebungen; Schaffen von angemessenen und gestuften Wohn- und Versorgungsformen; differenzierte Sicht auf Pflegebedürftigkeit

Tabelle 2: Ansätze zur Gesundheitsförderung und Prävention für Pflegebedürftige
Quelle: Eigene Darstellung

selbst in der Gruppe der Frauen 90+ ist rund 1/3 nicht pflegebedürftig und bei den Männern sind dies rund 2/3 der Altersgruppe (Stat. Bundesamt 2013). Wir wissen auch, dass die Chancen der häuslichen Versorgung nach Geschlecht ungleich verteilt sind, somit Frauen eher mit stationärer Pflege im Alter rechnen müssen.

Auf paradigmatischer Ebene muss reflektiert werden, dass die aktuell dominierende Konnotation des „erfolgreichen Alterns“ (differenziert im Sinne des SOK-Modells nach Baltes/Baltes 1989), das aktuell häufig an Autonomie und Aktivität gekoppelt wird, durch Pflegebedürftigkeit herausgefordert wird. Zudem fordert Pflegebedürftigkeit laufend zu einer Reflexion über die Gesundheitsdimensionen Selbstbestimmung und Wohlbefinden heraus (Erlemeier 2011; Hedtke-Becker/Baas/Wolfinger 2014).

3.1 Zielgruppenspezifische Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention

Nachfolgende Tabelle gibt auch für diese Zielgruppe einen Überblick über mehr oder weniger etablierte Ansätze der Gesundheitsförderung und Prävention für Pflegebedürftige (in der Häuslichkeit und in der stationären Versorgung).

Maßnahmengruppe 1 und 2 fokussieren in starkem Maße auf die Verhinderung von zusätzlichen bzw. Neuerkrankungen (z.B. Oberschenkelhalsbruch durch Sturzprophylaxe, Delir durch ausreichende Flüssigkeits- und Nahrungsversorgung), auf die Verhinderung von subjektiv sowie objektiv messbaren Verschlechterungen (z.B. indem auf Basis der Schmerzskala die Medikation angepasst wird und damit das schmerzbezogene Wohlbefinden verbessert wird). Und doch wird immer wieder auch zu rechnen sein:

- Mit der Widerständigkeit, mit dem Eigensinn der Pflegebedürftigen: z.B. indem Interventionen verweigert werden (Gerade beim Verweigern der Nahrungsaufnahme oder von Flüssigkeit wird hier die Frage nach der Fürsorge vs. Selbstbestimmung äußerst virulent (vgl. Wolfinger et al. 2014; Wolfinger 2011).
- Mit begrenzten biografischen Erfahrungen mit gesundheitsförderlichem Verhalten.
- Mit dem defizitorientierten Altersbild bei den Angehörigen, den Bewohnern und den Mitarbeiter/innen. Dem am ehesten mit einem Bewusstwerdungs- und fortlaufenden Schulungsprozess
- Mit Selbstinterventionen der Pflegebedürftigen und ihrem Wunsch nach Selbstbestimmung zur Sicherung ihres Wohlbefindens. Dabei muss die Zielrichtung des subjektiven Wohlbefindens nicht unbedingt mit den objektiv für sinnvoll erachteten Zielsetzungen übereinstimmen (vgl. Hedtke-Becker et al. 2014).

Das oben kurz eingeführte Paradigma „gesunden Alter(n)s“ integriert genau diese Aspekte, indem Zielgrößen benannt werden, wie Lebensqualität/des subjektiven Wohlbefinden, Teilhabe und Sicherheit. Untersuchungen (der Psychogerontologie) belegen, dass der Umgang mit Belastungen, psychosomatischen Beschwerden und Angriffen auf das subjektive Wohlbefinden im Alter von biografischen Erfahrungen abhängt. Positive Anpassungsleistungen, wie die psychische Widerstandsfähigkeit (Resilienz), sind auch im hohen Alter und trotz Pflegebedürftigkeit gegeben und dienen dem Erhalt des subjektiven Wohlbefindens. (vgl. Erlemeier 2011) Nachfolgend wird beispielhaft und anhand eines Praxisforschungs-Projektes kurz dargestellt, was Wohlbefinden von Bewohner/innen im stationären Setting ausmacht und wie es gemeinsam gefördert werden kann.

3.2 Wohlbefinden und Selbstbestimmung fördern

Das „Modellprojekt zur Messung der Lebensqualität in Pflegeheimen“ (MoMeL) widmet sich genau diesem Themengebiet. Es wurde initiiert vom ism e.V. (Institut für Sozialpädagogische Forschung Mainz) und dem QSV (Qualitätssicherungsverbund stat. Pflegeeinrichtungen im Landkreis Heilbronn). Die Hochschule Mannheim, Fakultät für Sozialwesen, hat die wissenschaftliche Projektleitung inne. Gefördert wird das Projekt vom Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg (2011-2014).



Projektziel ist, Vorschläge zu erarbeiten, wie Lebensqualität – genauer des subjektiven Wohlbefindens – von BewohnerInnen der Mitgliedseinrichtungen des QSV, strukturiert erfasst werden kann. Darauf aufbauend sollen Möglichkeiten und Grenzen der Einflussnahme von außen genauer betrachtet werden.

In Anlehnung an Veenhoven (2000: 14) kann Wohlbefinden als individuelle Fähigkeit verstanden werden, die Lebenssituation einzuschätzen und zwar sowohl emotional (gefühlsmäßig) als auch kognitiv (geistig). Die kognitive Bewertung der eigenen Lebenssituation entsteht aus dem Vergleich des eigenen Lebens mit den Meinungen oder Bildern darüber, wie das Leben sein müsste. Diese Bewertung oder andere Auslöser, in der Person oder von außen, führen zu einer emotionalen Reaktion. Eine Person ist diesbezüglich traurig, wütend, glücklich, ängstlich, aufgeregt, voller Vorfreude etc. Im Rahmen des Forschungs- und Entwicklungsprojektes wird der Fokus auf den Ausdruck, auf das Sichtbarwerden der kognitiven Bewertung und des emotionalen Erlebens der eigenen Lebenssituation gelegt und nicht auf die weitgehende Abwesenheit von „negativen“ Emotionen bzw. kognitiven Bewertungen. Diese Grundannahme gilt auch für Menschen, die altersverwirrt sind oder aus anderen Gründen zu einer „Fehleinschätzung“ der (objektiven) Lebenssituation gelangen. Insofern kann das Wohlbefinden sowohl als biografisch begründet (siehe oben) als auch interaktional hergestellt verstanden werden. In diesem Falle also interaktional fortlaufend hergestellt innerhalb der Rahmenbedingungen der Institution Pflegeheim. Das Pflegeheim ist eine Institution, die wesentlich nach formalen (u.a. normativen) und informellen Regulierungen funktioniert (Koch-Straube 2005, Schneekloth/Wahl 2008).

Diese Bedingungen wirken wesentlich auf die alltäglichen Handlungsmöglichkeiten der Bewohner/innen ein und beeinflussen ihre Möglichkeiten und Grenzen der Selbstbestimmung wesentlich.

Genauso beeinflussen die Bilder der Angehörigen, der Pflegebedürftigen und der Mitarbeitenden der unterschiedlichen Bereiche die Möglichkeiten und Grenzen der Handlungsmöglichkeiten Pflegebedürftiger innerhalb dieser spezifischen Lebenswelt. An dieser Stelle kann nur eine kurze Zusammenfassung der zentralen Dimensionen subjektiven Wohlbefindens erfolgen. Bewohner/innen wünschen sich (in subjektiv unterschiedlicher Gewichtung und Ausgestaltung):

- Normale Beziehungen, mit Mitarbeitenden eine professionelle Beziehungsgestaltung (offene und ehrliche Kommunikation),
- Selbstbestimmung, indem Mitarbeitende Aushandeln und Wahlmöglichkeiten vorhalten; ihre Privatsphäre wahren; ermöglichen, dass sie eigene Interessen verfolgen können (auch nichtstun)
- Raum- und Körpergestaltung, entsprechend den eigenen Bedürfnissen
- Die Möglichkeit mit Veränderungen entsprechend den eigenen Ressourcen umzugehen (Resilienz)

4. Zusammenfassende Thesen

Für die Zielgruppen der informell Pflegenden und der Pflegebedürftigen (hier v.a. im stationären Setting beleuchtet) ist Gesundheitsförderung und Prävention ein ernst zu nehmendes Anliegen. Annähernd jede (Selbst-)Intervention hat zum Ziel Verschlechterungen zu verhindern bzw. im Sinne eines Lösungsversuchs zu einer Verbesserung der Situation zu gelangen. Das Paradigma „gesundes Alter(n)“ ist ein breit gefasster Orientierungsrahmen, der auch für die Zielgruppen informell Pflegenden und Pflegebedürftiger hilfreich ist. Differenzierte Altersbilder, auf Grundlage des aktuellen Kenntnisstandes, erlauben differenzierte und realistische Zielsetzungen für Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention. Darauf aufbauend gilt es auch die Maßnahmen, hinsichtlich ihrer realistischen Wirkung sowie möglicher Folgen für andere Dimensionen „gesunden Alter(n)s“ zu reflektieren. Und nicht zuletzt wird eine der großen Herausforderungen für beide Zielgruppen die sein, die eine Mitarbeiterin eines Pflegeheims aus dem MoMeL-Verbund formulierte:

„Am Ende hängt ganz davon ab, ob der Bewohner mit uns mitgeht, ob wir ihn gewinnen können. Wenn wir den Bewohner nicht ansprechen können und ihn überhaupt nicht erreichen. Dann ist die größte Herausforderung darin. Weil man will ihn ja erreichen und man will, dass es ihm gut geht. Dann ist es die größte Herausforderung, eigentlich die, dass man den Bewohner so belässt, wie er ist. Weil dann fühlt er sich ja scheinbar so auch in Ordnung.“

Quellen

B

Backes, Gertrud M.; Amrhein, Ludwig; Wolfinger, Martina (2008): Gender in der Pflege. Herausforderungen für die Politik. WISO Diskurs: Expertisen und Dokumentationen zur Wirtschafts- und Sozialpolitik, Bonn:

Baltes, Paul B.; Baltes, Margarete M. (1989): Erfolgreiches Altern: mehr Jahre und mehr Leben. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie, (2), 5-10.

Blüher, Stefan; Dräger, D (2011): Ältere Menschen als Pflegerische: Zielgruppenspezifische Gesundheitsförderung und Prävention. In: Schott, T.; Hornberg, Claudia (Hrsg.): Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft. Wiesbaden: VS Verlag, 653-667.

BMFSFJ (2010): Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. URL: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Pressestelle/Pdf-Anlagen/sechster-altenbericht,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>.

BMG (Hrsg.) (2012): Nationales Gesundheitsziel „Gesund älter werden“. Gesundheitsziele.de Kooperationsverbund zur Weiterentwicklung des nationalen Gesundheitszieleprozesses.

BMG (Hrsg.) (2011): Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“. Berlin.

D

Dapp, U.; Anders, J.; Meier-Baumgartner, H.-P.; Renteln-Kruse von, W. (2007): Geriatrische Gesundheitsförderung und Prävention für selbständig lebende Senioren - Angebote und Zielgruppen. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie (Z Gerontol Geriatr), 40 (4), 226-240.

DeSalvo, K.B.; Bloser, N.; Reynolds, K; al., et (2006): Mortality prediction with a single general self-rated health question. A meta-analysis. In: Journal of General Internal Medicine, 21 (3), 267-275.

Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e.V. (2003): Zur Lebenslage pflegender Angehöriger psychisch kranker alter Menschen. Eine empirische Untersuchung. Münster: LIT Verlag.

E

Erlemeier, Norbert (2011): Lebensqualität und Wohlbefinden unter erschwerten Bedingungen. In: Hölzle, Christina; Jansen, Irma (Hrsg.): Ressourcenorientierte Biografiearbeit. Wiesbaden: VS Verlag, 236-253.

G

Gahleitner, Silke Birgitta; Hahn, Gernot (Hrsg.): Übergänge gestalten, Lebenskrisen begleiten. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 246-260.

Gräßel, Elmar (1998): Belastung und gesundheitliche Situation der Pflegerischen. Querschnittsuntersuchung zur häuslichen Pflege bei chronischem Hilfs- und Pflegebedarf im Alter. Egelsbach u.a.: Hänsel-Hohenhausen.

H

Hedtke-Becker, Astrid; Baas, Stephan; Wolfinger, Martina (2014): Wohlbefinden und Lebensqualität - Grenzen und Möglichkeiten der Messung: Projekt MoMeL. Konferenzpapier zur Tagung Fachtag zu Möglichkeiten und Grenzen der Messung von Lebensqualität und Wohlbefinden. Heilbronn, 29.01.2014: URL: http://www.ism-mainz.de/fileadmin/Dateien/MOMEL/Vortrag_MoMeL_Prof_Dr_Astrid_Hedtke_Becker_2014.pdf.

Hedtke-Becker, Astrid; Hoevels, Rosemarie; Otto, Ulrich; Stumpp, Gabriele (2012): Selbstbestimmt bis zum Lebensende zu Hause bleiben - Strategien niederschwelliger Hilfen und psychosozialer Beratung für alte Menschen und ihr Umfeld. In:

Hessisches Sozialministerium (2011): Gesundheitsbericht Hessen. GesundLeben – GesundBleiben. URL: http://www.sozialnetz.de/global/show_document.asp?id=aaaaaaaaaafolw

K

Koch-Straube, Ursula (2005): Lebenswelt Pflegeheim. In: Schroeter, Klaus R.; Rosenthal, Thomas (Hrsg.): Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven. Weinheim, München: Juventa, 211 - 226.

Kruse, Andreas; Wahl, Hans-Werner (2010): Zukunft Altern. Individuelle und gesellschaftliche Weichenstellungen. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.

Kurz, Alexander (2011): Evaluation einer Schulungsreihe für pflegerische Angehörige: Die AENEAS-Studie. In: Dibelius, Olivia; Maier, Wolfgang (Hrsg.): Versorgungsforschung für demenziell erkrankte Menschen. Stuttgart: Kohlhammer, 113-116.

P

Pearlin, L.I.; Mullan, J.T.; Semple, S.J.; Skaff, M.M. (1990): Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. In: *Gerontologist*, 30 (5), 583-594.

S

Schneekloth, Ulrich; Wahl, Hans-Werner (Hrsg.) (2008): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV) Demenz, Angehörige und Freiwillige, Versorgungssituation sowie Beispiele für „Good Practice“, Berlin. Stat. Bundesamt (2013): Pflegestatistik - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse - 2011. URL: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse.html;jsessionid=9D2EB17D935FEA64E55C90A9E28F8328.cae3>.

V

Veenhoven, R. (2000): The four qualities of life. Ordering concepts and measures of the good life. In: *Journal of Happiness Studies*, H. 1 1-39.

W

Weiling, Christiane; Schulze-Geiping, Anika (2010): Handlungsleitfaden für Unternehmen. Vereinbarkeit von Pflege und Beruf. Ein Projekt im Rahmen der Initiative „Regionen Stärken Frauen“. URL: <http://familienfreundlicher-betrieb.de/FFBetr/Infomaterial/Datenbank/20100610.1.pdf>.

WHO (2005): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Genf.

Wolfinger, Martina (2014): Präventionskurs für erwerbstätige pflegende Angehörige. In: *Impulse*, (82), 12-13.

Wolfinger, Martina; Hedtke-Becker, Astrid; Baas, Stephan (2014): Wohlbefinden und Lebensqualität in stationären Einrichtungen - verschiedene Sichtweisen. Konferenzpapier zur Tagung Fachtagung: Möglichkeiten und Grenzen der Messung von Lebensqualität und Wohlbefinden in der stationären Pflege. Heilbronn, 29.01.2014. URL: http://www.ism-mainz.de/fileadmin/Dateien/MOMEL/Vortrag_Fachtag_Praxisberichte_Dr_Martina_Wolfinger_2014.pdf.
 Wolfinger, Martina (2011): Verkörperte Handlungsmuster als Element der Lebenslage im Alter(n): Implikationen für die angewandte Gerontologie. Dissertation am Lehrstuhl/Zentrum Altern und Gesellschaft der Universität Vechta. Vechta: Universität Vechta.

Wurm, Susanne; Saß, Anke-Christine (2014): Gesundheit im Alter. Eine Einführung. In: *Pro Alter*, 46 (1), 12-15.

Wurm, Susanne; Schöllgen, Ina; Tesch-Römer, Clemens (2010): Gesundheit. In: Motel-Klingebiel, Andreas; Wurm, Susanne; Tesch-Römer, Clemens (Hrsg.): *Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS)*. Stuttgart: Kohlhammer, 90-117.

Z

Zank, Susanne; Schacke, Claudia (2007): Projekt Längsschnittstudie zur Belastung pflegender Angehöriger von demenziell Erkrankten (Leander). Abschlussbericht Phase 2. Siegen: Universität Siegen.

GRIPS-Pause

Heike Wieland, GRIPS – Fachkoordinatorin und Felicitas Becker-Kasper, Leiterin des Seniorenreferates der Evangelischen Kirche in Kassel

Mit *GRIPS – kompetent im Alter* besteht in Kassel ein bundesweit einmaliges Angebot zur Förderung der sozialen Teilhabe im Alter. Erprobt wurde das Konzept von 2007 bis 2009 im Rahmen des EU-geförderten Projektverbundes SenEmpower (www.senempower.eu).

Seither führt die Stadt Kassel *GRIPS – kompetent im Alter* als Teil der kommunalen Altenhilfe fort. Die Zahlen der Teilnehmenden sowie die Gruppenangebote erweitern sich dabei kontinuierlich.

Projektpartner sind seit 2009 das Seniorenreferat der Evangelischen Kirche in Kassel und seit 2013 die Volkshochschule (VHS) Region Kassel.

Als stadtteilorientiertes und von bürgerschaftlichem Engagement getragenes Angebot wendet sich *GRIPS – kompetent im Alter* vor allem an Personen, die aufgrund von gesundheitlichen oder sozialen Einschränkungen eher schwer Zugang zu den gängigen Präventionskursen finden.

Der Erfolg von GRIPS beruht dabei auf dem Zusammenwirken von mehreren Faktoren: Etabliertes Trainingsprogramm SimA®

GRIPS – kompetent im Alter basiert auf dem vor gut 20 Jahren an der Universität Erlangen-Nürnberg entwickelten Trainingsprogramm SimA® (Selbständig im Alter), das Übungen von Gedächtnis und Beweglichkeit mit der Vermittlung von Wissensinhalten zur Lebensgestaltung im Alter verbindet. Gegen entsprechende Kursgebühren bildet die SimA®-Akademie (www.sima-akademie.de) seither Fachkräfte der Sozialen Arbeit und des Gesundheitswesens aus.

Bürgerschaftliches Engagement in der zweiten Lebenshälfte

Die 40 Stunden umfassende SimA®-Ausbildung wird in Kassel für Bürgerinnen und Bürger angeboten, die sich ehrenamtlich als Trainerin oder Trainer engagieren. Durch das Angebot fühlen sich vor allem Menschen in der zweiten Lebenshälfte angesprochen, die nach einer sinnstiftenden

ehrenamtlichen Tätigkeit suchen und sich gleichzeitig mit dem eigenen Älterwerden auseinander setzen möchten. In der Regel fällt es ihnen daher leicht, Zugang zu ihren Gruppenteilnehmern, den „alten Alten“ zu finden.

Vernetzung vor Ort

Die *GRIPS*-Trainerinnen und Trainer arbeiten mit Organisationen vor Ort, wie Kirchengemeinden, Wohnungsbaugesellschaften oder Vereinen zusammen, die ihnen Räumlichkeiten zur Verfügung stellen und sie – je nach Möglichkeiten und Bedarf – bei der Durchführung der Trainingsgruppen unterstützen. Für die jeweiligen Kooperationspartner stellt *GRIPS* eine gute Möglichkeit dar, sich in ihren Quartieren verstärkt für ältere Menschen zu engagieren. Dies bietet wichtige sozialräumliche Anknüpfungspunkte, da sich die Mobilitätsradien im Alter deutlich verringern.

Umsetzung

Begleitung und Finanzierung von *GRIPS – kompetent im Alter* übernimmt das Referat für Altenhilfe im Sozialamt der Stadt Kassel. Die **Koordination** der *GRIPS*-Trainer/-innen wird vom Seniorenreferat der Evangelischen Kirche in Kassel übernommen.

Die **Aufgaben der Koordination** und Begleitung umfassen:

- Öffentlichkeitsarbeit;
- die individuelle Beratung der *GRIPS*-Trainer/-innen;
- regelmäßige Treffen zu Austausch und Fortbildung der *GRIPS*-Trainer/-innen;
- Förderung der stadtteilbezogenen Vernetzungsstrukturen.

Die **Qualifizierung** der *GRIPS*-Trainer/-innen (**Fort- und Ausbildung**) übernimmt seit 2013 die VHS Region Kassel.

Dies umfasst die Durchführung der regelmäßigen SimA®-Qualifizierungen sowie die Fort- und Weiterbildung der *GRIPS*-Trainer/-innen zusammen mit der *GRIPS*-Fachkoordinatorin.



In aktuell acht Ausbildungsgängen wurden seit 2008 über 100 Personen in der SimA®-Methode geschult und – sofern erforderlich – beim Aufbau eines Gruppenangebotes unterstützt. Einige der aktiven Trainer/innen sind von Anfang an dabei.

Neues Ehrenamt und Nachberuflichkeit

GRIPS – kompetent im Alter will vor allem Menschen als Trainer/innen gewinnen, die sich in ihrer nachberuflichen Phase ehrenamtlich engagieren möchten. Für knapp zwei Drittel aller bisher in Kassel ausgebildeten SimA®-Trainer/-innen trifft dies zu: Sie sind älter als 55 Jahre und verbinden weder mit der *GRIPS*-Ausbildung noch der *GRIPS*-Tätigkeit Verdienstsichten.

Für die übrigen Trainerinnen und Trainer vermischen sich die Motive des ehrenamtlichen Engagements mit beruflichen Interessen. Sie sind jünger und etwa als Ergotherapeutinnen, Mitarbeitende in Pflegeeinrichtungen oder Stadtteil-Treffpunkten tätig bzw. streben eine berufliche Tätigkeit in diesen Bereichen an.

Von den *GRIPS*-Trainern/-innen wird ein hohes Maß an Autonomie verlangt. Sie legen Zeit und Ort ihres Angebotes fest, entscheiden wie sie ihr Gruppenangebot bekannt machen und welche Partner sie im Stadtteil gewinnen wollen.

Damit entwickelt *GRIPS* vor Ort eine starke Eigendynamik, in der die Stärke des Angebotes und für viele der Reiz des Engagements liegen.

Die Tätigkeit als *GRIPS*-Trainer/in ist damit als gelungenes Beispiel für das „neue Ehrenamt“ zu sehen, bei dem die Bürgerinnen und Bürger starken Wert auf eigene Gestaltung legen, um ihre Kompetenzen gezielt einzubringen und sich gleichzeitig persönlich weiter zu entwickeln.

Für das Projekt insgesamt bereichernd ist die zunehmend heterogene Zusammensetzung der Trainerinnen und Trainer und Verbreitung der *GRIPS*-Gruppen.

Im Dezember 2013 existierten stadtweit 37 GRIPS-Gruppen bzw. waren in konkreter Vorbereitung

Trainer	Gruppen	Standorte	Stadtteile
82	37	31	19

Durch die Kooperation mit der VHS Region Kassel entwickeln sich Ansätze, das GRIPS-Projekt zumindest punktuell in den Landkreis Kassel auszuweiten – aktuell sind fünf Gruppen in Vorbereitung.

Teilnehmende

Die GRIPS-Trainerinnen bieten häufig länger als zu Ausbildungsbeginn vereinbart ihre Gruppen an. Häufig liegt dies an dem Wunsch der Teilnehmenden die Treffen fortzuführen. Inzwischen sind manche Teilnehmende schon knapp fünf Jahre dabei. Fluktuation kommt vor allem dadurch zustande, dass Teilnehmende aus gesundheitlichen Gründen die Gruppen nicht mehr aufsuchen können. Andere wenden sich nach einiger Zeit anderen Aktivitäten zu, haben allerdings in der Regel gelernt, wie sie ihre Gesundheit optimal fördern können.

Ende 2012 gaben die Trainer/innen eine Teilnehmerzahl von 333 Personen an, dabei sind die Männer mit 11 Prozent in der Minderheit.

Mit 62 Prozent gehören die meisten Teilnehmer/innen der Altersgruppe 65 bis 80 Jahre an knapp 8 Prozent sind jünger als 65 Jahre gut 9 Prozent älter als 80 bzw. über 90 Jahre.

Seit 2010 werden in Zusammenarbeit mit Institutionen der Migrationsarbeit GRIPS-Gruppen für die älteren Zuwanderer durchgeführt, die aufgrund sprachlicher Hindernisse nur schwer Zugang zu den bestehenden Angeboten der Altenhilfe und gesundheitlichen Prävention finden.

So bieten inzwischen GRIPS-Trainerinnen unterschiedlicher kultureller Herkunft in ihren jeweiligen Muttersprachen Gruppen an. Sie passen ihr Vorgehen an den

jeweiligen Teilnehmerkreis an und ersetzen etwa das SimA®-Material durch Übungsblätter aus Schulbüchern ihrer Herkunftsländer. Derzeit gibt es GRIPS-Angebote beispielsweise in Russisch, Italienisch, Spanisch, Türkisch und Farsi.

Projektbegleitung durch die GRIPS-Fachkoordinatorin

Unerlässlich für *GRIPS-kompetent im Alter* ist die organisatorische und inhaltliche Begleitung der Trainer/innen. Dabei handelt es sich – wie bei einem so stark auf Freiwilligkeit aufgebauten Angebot wie GRIPS nicht anders zu erwarten – um eine fakultative Hilfe, die in unterschiedlichem Maße genutzt wird. Bewährt hat sich dabei:

- die individuelle Fachberatung
- administrative Unterstützung
- der gegenseitiger Austausch bei Hospitationen und Jahrestreffen
- regelmäßige Fortbildungsangebote und
- der Neujahrsempfang als zentrale Form der Anerkennung durch Stadt und Kirche.

Die Steuerung von *GRIPS – kompetent im Alter* liegt, ebenso wie die laufenden organisatorisch-administrativen Hilfen (etwa Anschreiben, Unterstützung bei der Öffentlichkeitsarbeit und Vermittlung von lokalen Kooperationspartnern), beim Referat für Altenhilfe. Für die fachliche Begleitung der GRIPS-Trainer/innen ist die Fachkoordination zuständig, deren Rolle mit der Ausweitung der Zahl der Gruppen immer wichtiger geworden ist. Sie steht den Trainer/innen als Ansprechperson zur Verfügung und stellt mit ihren Angeboten sicher, dass die Gruppen sich bei aller Gestaltungsfreiheit an der Idee und dem Qualitätsanspruch von GRIPS orientieren.

Finanzierung

GRIPS – kompetent im Alter gibt es, wie vergleichbar qualifizierte Angebote des nachhaltigen bürgerschaftlichen Engagements, nicht zum Nulltarif.

Im Jahr 2013 entstanden Kosten in Höhe von rund 25.000 € für z.B. Sachkosten Schulung / Material / Verköstigung / Honorar / etc.

Zusammenfassung

Neues Ehrenamt: Die Gewinnung von Menschen, die sich – überwiegend in der nachberuflichen Lebensphase – zu einem anspruchsvollen ehrenamtlichen Engagement bereithalten bedarf der flexiblen und qualifizierten Begleitung, um nachhaltig zu sein.

Zivilgesellschaftliche Vernetzung: Kommunale Teilhabeangebote für hochaltrige und wenig mobile Menschen müssen flexibel und wohnortnah sein. Hierzu gilt es systematisch lokales bürgerschaftliches Engagement zu wecken und mit öffentlichen und privatwirtschaftlichen Einrichtungen zu einem tragfähigen Unterstützungsnetz zu verknüpfen.

Positives Altersbild: GRIPS orientiert sich an einem positiven Altersbild, das Menschen bis ins hohe Alter die Bereitschaft und Fähigkeit zutraut, Neues zu lernen und ihre Kompetenzen zu entwickeln.

Teilhabe durch Gesunderhaltung: Gesunderhaltung ist kein Selbstzweck, sondern stärkt die Motivation und Fähigkeit zu sozialer Teilhabe, der zentralen kommunalen Aufgabe und kann als Teil der Wahrnehmung kommunaler Pflegeverantwortung gesehen werden.

Beruf und Pflege vereinbaren – die hessische Initiative stellt sich vor

Dr. Cornelia Seitz, Berufsbildungswerk der Hessischen Wirtschaft e.V. Bad Nauheim



Pflege ist eines unserer zentralen gesellschaftlichen Themen. Mehr als 76 % aller Pflegebedürftigen werden zu Hause durch Angehörige gepflegt und nahezu die Hälfte der Pflegenden bleibt im gleichen Umfang wie zuvor erwerbstätig. Aufgrund der demografischen Entwicklungen findet zunehmend eine Verschiebung der Vereinbarkeitsanforderung von der Kinderbetreuung zu Pflege statt und die steigende Anzahl von erwerbstätigen Frauen in den pflegerelevanten Altersgruppen bedeutet eine Verringerung des informellen Pflegepotenzials. Auch sind die Anforderungen von Kinderbetreuung mit denen einer Pflegesituation nicht zu vergleichen. Der Alltag von Pflegenden ist häufig von einer sorgfältigen Planung bis auf die letzte Minute und einer hohen Unsicherheit, wie sich die Pflegesituation entwickeln wird, geprägt. Aufgrund der längeren Lebenserwartung nimmt die Dauer der Pflege zu.

Im Beruf die volle Leistung zu bringen und gleichzeitig Angehörige zu pflegen, kostet viel Kraft, da Pflegenden den Verpflichtungen gegenüber dem Familienmitglied und dem Arbeitgeber gerecht werden müssen. Auf Dauer entsteht so eine erhebliche Belastung nicht nur für die Beschäftigten, sondern auch für ihre Arbeitgeber. Um hier Unterstützung und Entlastung zu bieten, haben das Hessische Ministerium für Soziales und Integration, die AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen, die berufundfamilie gGmbH – Eine Initiative der Gemeinnützigen Hertie-Stiftung und das Bildungswerk der Hessischen Wirtschaft e. V. die hessische Initiative „Beruf und Pflege vereinbaren“ mit dem Europäischen Sozialfonds ins Leben gerufen.

Ziele der Initiative sind, Unternehmen zu motivieren, ihre Beschäftigten bei der Vereinbarkeit zu unterstützen und Unternehmen konkrete Hilfestellungen bei der Umsetzung an zu bieten. Mit der Initiative werden insbesondere kleine und mittlere Unternehmen (KMU) für die zunehmende Bedeutung der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege zur Sicherung von Mitarbeiterkapazitäten sensibilisiert und

Möglichkeiten zur Enttabuisierung der Pflegeaufgaben von Beschäftigten aufgezeigt. Unternehmen erhalten Instrumente zur Verbesserung des innerbetrieblichen Informationsstandes über gesetzliche Rahmenbedingungen und vorhandene Unterstützungsleistungen sowie regional eingebettete, niederschwellige Unterstützungsangebote. Die Initiative trägt dazu bei, die Zahl von hessischen Unternehmen, die sich für die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege engagieren, zu erhöhen.

Einmalig im Bundesgebiet wurde im November 2013 die Charta zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf gemeinsam vom Hessische Ministerium für Soziales und Integration, der AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen, der berufundfamilie gGmbH – Eine Initiative der Gemeinnützigen Hertie-Stiftung, der Vereinigung der hessischen Unternehmerverbände (VhU) mit dem Bildungswerk der Hessischen Wirtschaft e. V., dem DGB und sechs hessischen Unternehmen ins Leben gerufen. Bereits im Juli 2014 werden weitere 37 Unternehmen die Charta unterzeichnen. Mit der Unterzeichnung signalisieren Unternehmen ihren Beschäftigten, dass sie sie bei der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege unterstützen wollen. Das Thema Pflege wird somit im Unternehmen präsenter und fördert einen offeneren Umgang.



Neben der Charta können Unternehmen sogenannte Kompetenztrainings ihren Mitarbeitern/-innen anbieten und einen Pflegeguide im Unternehmen etablieren. Die Kompetenztrainings vermitteln in zwei 3,5-stündigen Abendterminen grundlegende Informationen für Beschäftigte, die sich bereits in einer Betreuungs- oder

Pflegesituation befinden oder sich auf eine solche vorbereiten. Ein Pflegeguide ist die erste Ansprechperson für das Thema im Unternehmen, gibt den Anfragenden erste Orientierung über unterstützende Hilfen zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und der Pflege oder Betreuung von Angehörigen. Er/sie informiert über innerbetriebliche Regelungen und Maßnahmen und über das externe Hilfenetz im Pflegefall und verweist neutral an die zuständigen regionalen Pflege-Beratungsstellen. Um diese Aufgabe erfüllen zu können, wird ein zweitägiges Schulungsmodul angeboten und die notwendigen Infomaterialien bereitgestellt. Es ist angedacht, perspektivisch regionale Unternehmenskooperationen zur Durchführung von Kompetenztrainings und Schulungen für Pflegeguides aufzubauen. Begleitend werden Unternehmen von den Projektmitarbeitern/-innen individuell zu den Angeboten und zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf beraten.

Neben den betrieblichen Angeboten werden regionale Informationsveranstaltungen mit Kommunen, Kammern, Pflegestützpunkten, Qualifizierungsbeauftragten etc. durchgeführt. Unternehmen erhalten hier Informationen, was Sie tun können, um ihre Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zu unterstützen und es werden gelungene Firmenbeispiele vorgestellt. Eine begleitende Öffentlichkeitsarbeit rundet die Projektaktivitäten ab. Bisher wurden rund 380 Arbeitgeber erreicht.

Zukünftig ist immer weniger damit zu rechnen, dass Frauen oder Männer ihre Erwerbsarbeit aufgeben, um Angehörige zu pflegen und parallel wird die Anzahl an Pflegebedürftigen steigen. Die Vereinbarkeit Beruf und Pflege ist mit mehrfachen Herausforderungen verbunden, deren Lösungen nur im Zusammenspiel der Politik mit unterschiedlichen Akteuren wie professionellen Diensten, Beratungsangeboten, regionalen Bündnissen, Verbänden, Familien und Unternehmen gelingen kann. Die hessische Initiative übernimmt hierbei bundesweit eine Vorreiterrolle.

Forum 1: Bedarf pflegender Angehöriger

Dr. Astrid Sonntag, Hochschule für Technik, Wirtschaft und Kultur, Leipzig

Dr. Cornelia Seitz, Berufsbildungswerk der Hessischen Wirtschaft e.V., Bad Nauheim

Bedarfe pflegender Angehöriger mit Migrationshintergrund – Erfahrungen aus dem Besuchsdienst „Kultursensible Seniorenpatenschaften“

*Dr. Astrid Sonntag,
Hochschule für Technik, Wirtschaft und Kultur, Leipzig*

Die Zunahme des Anteils Pflegebedürftiger betrifft ebenso die Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund. Die größte Gruppe unter den älteren Menschen mit Migrationshintergrund stellen Menschen aus dem Gebiet der ehemaligen Sowjetunion. Seit 1950 sind rund 4,5 Millionen Auswanderer und Spätaussiedler nach Deutschland eingewandert, Hauptherkunftsländer waren vor allem Russland, Kasachstan und die Ukraine. Seit 1991 nimmt die Bundesrepublik auch jüdische Zuwanderer und ihre Familienangehörigen aus den Nachfolgestaaten der ehemaligen Sowjetunion auf. Von allen jüdischen Zuwanderern waren (Stand 2011) 26% 65 Jahre alt und älter. Damit ist der Altersdurchschnitt bei ihnen deutlich höher als bei anderen MigrantInnen. (Schimany, 2012)

In Leipzig wurde bis Juni 2014 ein Projekt zum Aufbau eines ehrenamtlich getragenen Dienstes zur Unterstützung pflegender Angehöriger gefördert: „Kultursensible Seniorenpatenschaften für pflegende Angehörige“. Hier wurden Ehrenamtliche geschult, um später pflegende Angehörige zu unterstützen, ohne dabei pflegerische Leistungen zu erbringen.

Pflegende Angehörige wünschen sich vor allem, dass die Pflegebedürftigen immer mit Würde und Respekt behandelt werden, dass die Hilfe zeitlich verfügbar ist, wenn man sie braucht, die Pflegekräfte adäquat ausgebildet sind, die Hilfe also die Lebensqualität des Pflegebedürftigen verbessert (Hutchinson, 2012). Dies scheint nicht alles ehrenamtlich ermöglicht werden zu können. Daher wurden die pflegenden Angehörigen auch dazu befragt, was sie sich von einer ehrenamtlichen Unterstützung wünschen (Sonntag, 2013). Die pflegenden Angehörigen wünschen sich mit Abstand am häufigsten Gesellschaft für die Person, welche sie pflegen. Dazu gehören Wünsche wie die pflegebedürftige Person zu beaufsichtigen, Gespräche zu führen oder zuzuhören, so dass die Angehörige Person anderen Tätigkeiten nachgehen kann. Außerdem wurde „Entlastung in der täglichen Routine“ (Unterstützung bei Einkäufen, Arztbesuchen) gewünscht. Weitere Wünsche der pflegenden Angehörigen bezogen sich auf mehr professionelle und finanzielle Unterstützung statt ehrenamtlicher Hilfe, sowie Gesellschaft für den pflegenden Angehörigen selbst. Vereinzelt benannt werden der Wunsch nach Tips zum Umgang mit der gepflegten Person, spezielle Wünsche wie Umzugshilfe und



körperliche Entlastung, die Betreuung der Kinder statt der pflegebedürftigen Person und – wieder bezogen auf die pflegebedürftige Person – die Verabreichung von Essen und Medikamenten, das Aufbringen von Verständnis sowie die Beeinflussung des Verhaltens und der Gesundheit der pflegebedürftigen Person zum Positiven.

Die meisten Wünsche der pflegenden Angehörigen beziehen sich nicht direkt auf sich selbst sondern auf den direkten Kontakt mit der gepflegten Person. Wünsche nach mehr professioneller und finanzieller Unterstützung statt ehrenamtlicher Hilfe und der Wunsch nach Entlastung in der täglichen Routine, welcher vor allem von dem Wunsch nach sprachlichen Unterstützung im Deutschen getragen ist, werden fast ausschließlich in der Gruppe der Personen mit Migrationshintergrund benannt. Außer hier finden sich keine Unterschiede in den Entlastungswünschen zwischen Personen mit und ohne Migrationshintergrund.

In der Gruppe der MigrantInnen gibt es allerdings sehr häufig Ängste und Vorbehalte bezüglich einer fehlenden kulturellen Kompetenz und fehlender Toleranz gegenüber den Ansichten der Familie.

Trotzdem würden MigrantInnen, gleich den Deutschen ohne Migrationshintergrund, ehrenamtliche Unterstützung annehmen wenn es sie gäbe.

Bei Familien mit Migrationshintergrund, mit denen letztendlich keine Seniorenpatenschaft zustande kam, standen Gründe, welche die Pflegesituation betreffen (beispielsweise, dass der Pflegebedürftige an Demenz erkrankt ist und nicht adäquat von Ehrenamtlichen betreut werden kann) und kulturelle und sprachliche Gründe gleichermaßen im Mittelpunkt der Ablehnung von Hilfe.

In der Praxis der etablierten Seniorenpatenschaften stellte sich heraus, dass besonders in der Gruppe der MigrantInnen seitens des ehrenamtlich Helfenden viel Zeit mit dem Pflegebedürftigen direkt, statt allein und direkt mit dem pflegenden Angehörigen verbracht wurde.

Ein Angebot, welches sich an pflegende Angehörige richten soll, muss sich also anfänglich und besonders bei migrantischen Zielgruppen als Angebot für Pflegebedürftige, als Gesellschaft für den Pflegebedürftigen präsentieren, um sich erfolgreich etablieren zu können. Die Unterstützung ist in der Praxis vornehmlich kulturspezifisch, d.h. von Menschen des gleichen Kulturkreises gewünscht oder aber bei schlechter Kenntnis der deutschen Sprache seitens der pflegenden Angehörigen von Deutschen. Zur Etablierung der Seniorenpatenschaften kann die Unterstützung durch muttersprachliche Sprach- und Kulturmittler von großem Nutzen sein.

Pflegende Angehörige mit Migrationshintergrund, welche die ehrenamtliche Unterstützung in Anspruch nahmen, berichteten später von einer geringeren Belastung und einer „gefühlte“ stärkeren Unterstützung,

was für die Etablierung von ehrenamtlicher Unterstützung pflegender Angehöriger spricht – auch bei MigrantInnen und auch wenn die Hilfe zunächst nicht direkt für die pflegenden Angehörigen gewünscht wird. Ehrenamtliche Hilfe für pflegende Angehörige ist in bestimmten Bereichen hilfreich – unabhängig davon, dass auch professionelle Hilfe gebraucht wird und funktioniert.

Literatur

Hutchinson, S., Ritchard, H., Wittensöldner, C., Stettler-Murri, M., Stettler-Schmid, H. (2012). Entlastungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige. In P. Perrig-Chiello & F. Höpflinger (Hrsg.) *Pflegende Angehörige älterer Menschen*. Bern: Huber, S.213-271.

Schimany, P., Rühl, S und Kohls, M. (2012), *Ältere Migrantinnen und Migranten. Entwicklungen, Lebenslagen, Perspektiven*. Forschungsbericht 18, Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.

Sonntag, A., Leistner, U. & Grande, G. (2013) *Pflegende Angehörige: Belastung und Wünsche an ehrenamtlich Helfende - Besondere Bedarfe bei Migrantinnen und Migranten?*. *Migration und Soziale Arbeit*, 4, S. 362-369

Danksagung

Die Studie wurde vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert (Förderkennzeichen 17S13X11).

Kontakt:

Dr. Astrid Sonntag

HTWK Leipzig

Forschungs- und Transferzentrum

PF 301166, 04251 Leipzig

email: sonntag@sug.htwk-leipzig.de

Vor und nach der Arbeit pflegen – und wie Unternehmen ihre Beschäftigten unterstützen können

**Dr. Cornelia Seitz, Berufsbildungswerk der
Hessischen Wirtschaft e.V., Bad Nauheim**

Unternehmen stehen vor der Notwendigkeit pflegende Arbeitnehmer/-innen zu binden zu unterstützen. Die zunehmende Bedeutung der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege ist eine Tatsache für Arbeitgeber und Beschäftigte, die im Zeichen des zunehmenden Fachkräftemangels zu weiteren Problemen und zu unkalkulierbaren Folgekosten führen kann. Die meisten Arbeitgeber/-innen wollen neben der Pflege berufstätig bleiben, weil es finanziell nicht anders möglich ist und die Arbeit auch eine Art „Entlastung“ von der Pflegesituation bedeuten kann. Da jede Pflegesituation anders ist und sich jederzeit verändern kann, liegt die große Herausforderung für Unternehmen darin, die Unterstützungsmöglichkeiten individuell und betrieblich stimmig zu kombinieren und immer wieder neu anzupassen. Information, Verständnis, Kommunikation und „Erste Hilfe“ sind die grundlegende Basis für eine gelingende Bewältigung von Vereinbarkeit von Pflege und Beruf. Je früher sich Arbeitgeber mit der Thematik beschäftigen, desto besser sind sie für die Zukunft aufgestellt.

Einige Unternehmen haben sich bereits auf den Weg gemacht und es liegen verschiedene Maßnahmen vor. Die Auswahl der vorgestellten Lösungsansätze erfolgt im Wesentlichen auf Grundlage der Erfahrungen, die Unternehmen und Institutionen in Hessen im Rahmen der Zertifizierung zum Audit berufundfamilie gemacht haben und in der hessischen Broschüre „Beruf und Pflege vereinbaren. Lösungsansätze und Praxisbeispiele in Hessen“, beschrieben sind. Die Broschüre wurde vom Hessischen Ministerium für Soziales und Integration mit der *berufundfamilie gGmbH – eine Initiative der Gemeinnützigen Hertie-Stiftung* 2012 erstellt.

Wichtige Schritte, die Unternehmen gehen können sind, Gesprächsbereitschaft und Offenheit signalisieren, Informationsmaterialien bereit halten bzw. Service / Seminare für Pflegende anbieten, Adressmaterialien mit betrieblichen und außerbetrieblichen Ansprechpartnern,

über gesetzliche Rahmenbedingungen informieren, flexible Arbeitsorganisation und Arbeitszeiten anbieten, die persönliche Auseinandersetzung mit dem Thema fördern und ihre Führungskräfte dazu schulen bzw. informieren.

Einige hessischen Unternehmen haben sich unter der Federführung der AOK-die Gesundheitskasse in Hessen- zusammengeschlossen und bieten gemeinsam ihren Mitarbeiter/-innen regionale Kompetenztrainings an. Unternehmen können ihre Kooperationsmöglichkeiten mit anderen Unternehmen und regionalen Anbietern prüfen, für ihre Beschäftigten notwendige Informationen bereit zu stellen. Pflegestützpunkte, das hessische Ministerium für Soziales und Integration oder Pflegedienste bieten Informationsmaterialien und Unterstützungen an, um betriebliche Informationsmaterialien bereitstellen zu können. Die hessische Initiative „Beruf und



Pflege vereinbaren“, die vom Hessischen Ministerium für Soziales und Integration, der AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen, der berufundfamilie gGmbH – Eine Initiative der Gemeinnützigen Hertie-Stiftung und dem Bildungswerk der Hessischen Wirtschaft e. V. mit Unterstützung durch den Europäischen Sozialfonds durchgeführt wird (www.berufunpflegehessen.de), bietet insbesondere kleinen und mittleren Unternehmen Beratung und Schulungen an. Bundesweit einmalig wurde im Rahmen der Initiative die Charta zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf auf



den Weg gebracht. Mit der Unterzeichnung signalisieren Unternehmen ihren Beschäftigten, dass sie sie, bei der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege unterstützen wollen. Das Thema Pflege wird somit im Unternehmen präsenter und fördert einen offeneren Umgang. Im Rahmen des audit berufundfamilie können Unternehmen ebenfalls Unterstützungen zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf erhalten. Welche Maßnahmen geeignet sind, ist immer von den Möglichkeiten des Unternehmens, der Situation der Pflegenden und der familiären Ausgangslage abhängig. Vereinbarkeit von Beruf und Pflege erfordert von Unternehmen sich von einem allgemeinen Standardmodell zu einer dynamisch angepassten, pflegesensiblen Personalpolitik zu bewegen. Dies heißt, statt reaktiv angebotener Einzelmaßnahmen hin zu einem aktiv angebotenen Gesamtkonzept zu kommen. Ohne Geduld und Durchhaltevermögen wird es jedoch nicht gehen!

Dr. Cornelia Seitz ist Leiterin der Forschungsstelle des Bildungswerkes der Hessischen Wirtschaft e.V. und der Geschäftsstelle der hessischen Initiative zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege

Kontakt:

Dr. Cornelia Seitz
Bildungswerk der Hessischen
Wirtschaft e.V.
Forschungsstelle
Parkstraße 17
61231 Bad Nauheim

Forum 2: In der Pflege Berufstätige

Dr. Paul Fuchs-Frohnhofen, Geschäftsführer MA&T Sell & Partner GmbH, Würselen

30

Wertschätzendes Gesundheitsmanagement – Handlungsanregung für Pflegeeinrichtungen

**Dr. Paul Fuchs-Frohnhofen, Geschäftsführer
MA&T Sell & Partner GmbH, Würselen**

Ein mitarbeiterorientiertes, wertschätzendes Gesundheitsmanagement wurde bereits in der Eingangsbefragung zum PflegeWert-Projekt als ein wirkungsvolles Mittel gesehen, um die Gesundheit und Arbeitsmotivation von Pflegekräften zu fördern und so dem Fachkräftemangel und den Folgen des demografischen Wandels entgegenzuwirken.

Die Organisationskultur ist ein Abbild der gelebten Wertschätzung und damit eine wichtige Grundlage eines wertschätzenden Gesundheitsmanagements. Zählen nur die betriebswirtschaftlichen Kennzahlen, wie die Reduzierung von Krankheitstagen oder folgt das Gesundheitsmanagement einem ganzheitlicheren Menschenbild? In der Handlungsempfehlung zum wertschätzenden Gesundheitsmanagement wird aufgezeigt wie der Einführungsprozess von Gesundheitsmanagement als beteiligungsorientiertes Projekt gestaltet werden kann, welches sowohl Aspekte von Verhältnisprävention als auch von Verhaltensprävention einbezieht. Als gute Beispiele werden in der Broschüre u.a. die Altenhilfe St. Gereon in Brachelen bei Aachen, die CBT in Köln und die Sozialholding der Stadt Mönchengladbach beschrieben. In der Gesundheitsleitlinie der Altenhilfe St. Gereon werden besonders das lebenslange Lernen durch Angebote der Fort- und Weiterbildung und lebenslange Fitness durch ein Sport- und Gesundheitsprogramm aufgezeigt.



Will man ein solches Leitbild implementieren, ist es entscheidend, dass die Mitarbeiter miteinbezogen werden und die Führungskräfte es in ihrer Vorbildrolle leben.

Wertschätzung zeigt sich auch darin, wie gesundheitsförderlich die Arbeit gestaltet ist. Durch eine Verbesserung der Arbeitsabläufe und Arbeitsbedingungen können belastende Faktoren wie Zeitmangel reduziert werden. Verbesserte und funktionellere Arbeitsmittel, wie Hebehilfen und der reflektierte und bewusste Umgang mit Vorschriften können Maßnahmen sein, welche die psychischen Belastungen und damit auch die Fehlzeiten verringern.

Wichtig ist es, unter den gegebenen wirtschaftlichen und strukturellen Rahmenbedingungen vorhandene Chancen einer mitarbeiterorientierten Arbeitsgestaltung aufzuzeigen und dann auch möglichst die entsprechenden Verbesserungsvorschläge umzusetzen, sodass erste Erfolge zeitnah sichtbar werden. Durch Beteiligungsmöglichkeiten in Verbindung mit Weiterbildungen setzt die Altenhilfe St. Gereon dies in ihrem „Konzept Mitunternehmertum“ um. Um die Mitarbeiter für eine Stärkung der persönlichen Gesundheitspotentiale zu motivieren, werden oft Angebote zu Ernährung, psychischer Unterstützung, Entspannung und Suchtprophylaxe sowie Bewegung angeboten. Dazu gehören z.B. kostenlose Zumba Kurse, Rückengymnastik, die Übernahme eines Teils der Kosten für das Fitnessstudio oder ein günstiger Salatteller in der Kantine.

Bei dem *WoGe-Konzept* der CBT werden für jede Einrichtung WoGe-Begleiterinnen ausgebildet, die Maßnahmen für **W**ohlbefinden und **G**esundheit einführen und als AnsprechpartnerIn und BeraterIn zur Stelle sind. Sehr beliebt ist beispielsweise das „WoGe-Obst“ oder die „bewegte Pause“ mit Gymnastikübungen. Jedes Jahr haben die 15 Einrichtungen der CBT dazu ein gemeinsames Motto, wie das „Jahr der gesundheitsgerechten Pause“ oder das „rauchfreie Jahr“.

Der Erfolg eines wertschätzenden Gesundheitsmanagements hängt grundlegend davon ab, ob es von den Mitarbeitern als ehrlich empfunden wird und diese an der Ausgestaltung konkreter Maßnahmen beteiligt werden. Dies sollte bei der Umsetzung eigener Ansätze unbedingt berücksichtigt werden.

Informationen: www.pflegewert.info
Paul Fuchs-Frohnhofen, Claudia Bessin (2013). Wertschätzendes Gesundheitsmanagement – Handlungsanregung für Pflegeeinrichtungen erarbeitet im Rahmen des Forschungsprojekts Pflege Wert. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe, 39 S.

Kontakt:**Paul Fuchs-Frohnhofen**

MA&T Sell & Partner GmbH

Karl-Carstens-Straße 1

52146 Würselen/Aachener Kreuz

Forum 3: Zielgruppe Pflegebedürftige

Michaela Gessner/Marika Deumert, Stiftung Saarbrücker Altenwohnstift
Rebekka Hoher, Wiss. Mitarbeiterin Hochschule Fulda

32

Premium-Zertifizierung „Fit im Alter“

Michaela Gessner und Marika Deumert,
Stiftung Saarbrücker Altenwohnstift

Wer wir sind ...

- die Stiftung Saarbrücker Altenwohnstift ist ein gemeinnütziger Träger von Senioreneinrichtungen und –diensten mit mehr als 40 jähriger Tradition
- 2 Wohnstifte in Saarbrücken und ambulante Dienste ca. 300 Bewohner und ca. 150 „Essen auf Rädern“, ca. 250 MitarbeiterInnen
- Mitglied im Paritätischen Wohlfahrtsverband
- ca. 30 MitarbeiterInnen in der Gastronomie, davon 1 Küchen-Meisterin,
- 1 Heimkoch, 1 DGE Koch, 5 Köche, 1 Diätassistentin, 1 Oecothrophologin, 1 Qualitätsmanagerin
- derzeit 3 Menus täglich, davon eine Linie zertifiziert nach DGE e.V.- Deutsche Gesellschaft für Ernährung als einzige Einrichtung im Saarland (seit 2008), zusätzlich zwei Menüs in der Schul- und Kitaverpflegung ca. 320
- 4 Qualitäts- und Verbraucherschutzsiegel davon DGE e.V. für Gastronomie

Die DGE und die Ernährungsstandards

Die DGE Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V.

- beschäftigt sich mit allen wissenschaftlichen Fragen rund um das Thema Ernährung
- betreibt Ernährungsaufklärung, -beratung und -erziehung und Qualitätssicherung und leistet so einen Beitrag zur Gesundheit der Bevölkerung
- gibt alle 4 Jahre eine Ernährungsbericht heraus
- setzt **Qualitäts-Standards** und Leitlinien, Curricula, Medien, Fortbildungen etc.

Die DGE Ernährungsstandards

- Fit Kid
- Schule + Essen = Note 1
- Job & Fit
- Station Ernährung

sowie „Fit im Alter – Gesund essen, besser leben“ für Stationäre Einrichtungen oder Essen auf Rädern



Gesund essen, besser leben.



Qualitätsstandard: Fit im Alter

Ziel des Qualitätsstandards

...ist es, die Verpflegung von älteren Menschen zu verbessern und damit die Gesundheit und Lebensqualität zu erhalten sowie Mangelernährung vorzubeugen

Fit im Alter Zertifizierung:

Stationäre Senioreneinrichtungen, die die Kriterien der drei Qualitätsbereiche **Lebensmittel** (optimale Lebensmittelauswahl & Anforderungen an den Speiseplan) **Speiseplanung &-herstellung** (Kriterien zur Planung und Herstellung der Speisen, Gestaltung des Speiseplanes bzw. Speisenbestellung)

Lebenswelt: Rahmenbedingungen (Essenszeiten, Service und Kommunikation, Kundenservice, Auslieferung) erfüllen sind berechtigt das **Zertifikat „Fit im Alter“** zu führen.

Premium-Zertifizierung Fit im Alter:

wenn eine Nährstoffoptimierung des Speiseplans für die Vollverpflegung, auf der Basis berechneter Rezepturen umgesetzt ist.

Audit Checkliste Vor Ort Audit bestanden?

Das Audit ist bestanden, wenn die fünf Einzelwerte und das Gesamtergebnis über 60% liegen

Bereich	Anzahl Kriterien	I	II	III	Einzelwert (in%)
1. Lebenswelten	14	14	0	0	100%
2. Lebensmittelauswahl	14	14	0	0	100%
3. Speiseplanung & -herstellung	19	18	1	0	95%
4. Nährstoffoptimierte Verpflegung	11	11	0	0	100%
5. Hygieneaspekte/rechtl. Rahmen/ QM	6	6	0	0	100%
Gesamt	100%	98%	2%	0%	

Quelle: Eigene Darstellung

Was wird gefordert und geprüft ?**Bewertung der Bereiche**

- Lebenswelt
- Lebensmittelauswahl
- Speiseplanung- und Speiseherstellung
- Nährstoffoptimierte Verpflegung
- Hygieneaspekte/rechtl. Rahmen/QM-System

Premiumzertifizierung Fit im Alter / Audit Dokumentenprüfung

- Speiseplanung
- Ordner mit allen Rezepturen und Zubereitungshinweisen
- Alternativspeisepläne für Frühling/Sommer, Herbst/Winter
- Produktspezifikationen
- Nährwertberechnung der 6-Wochen-speisepläne (hier die Rezepturen mittels EDV Programm DGE Expert) nur bei PREMIUM

Überprüfung durch DGE/Auditor

Ergebnis: die Anforderungen erfüllen die Anforderungskriterien der Premiumzertifizierung

Möglicherweise könnten hier jedoch noch Optimierungsmaßnahmen festgelegt werden, die bis zum Vor-Ort Audit umgesetzt werden müssen!

Vor Ort Audit

- Küche z.B. Wareneinsatz / Produktion / Portionsgrößen...
- Lebenswelt
- Befragung MitarbeiterInnen (Küche, Pflege, QM & Service)
- Befragung SeniorInnen (z.B. zur Beratung, Speiseplanung etc.)

Unternehmensziele Essen ist Lebensfreude Was wir wollten:

- Qualitätssteigerung: Gemeinschaftsverpflegung zur *Gastronomie* ausbauen
- *Gastronomische Dienstleistungen* zu einem deutlich wahrnehmbaren Teil der Gesamtleistung des Unternehmens machen – Imagebildung/Marketing
- *Bewohner- und Kundenzufriedenheit* deutlich erhöhen
- die *Fachlichkeit* maßgeblich erhöhen - vor allem im Hinblick auf Beratungskompetenz rund um das Thema Gesunde Ernährung
- den Zusammenhang von Ernährung und Pflege herstellen und *Ernährungsrisiken* wirksam managen = Pflegezustand durch gesunde Ernährung nachhaltig verbessern
- Gastronomie *öffentlichkeitswirksam* und *imagebildend* betreiben
- alle Methoden, Instrumente und Strukturen des *Qualitätsmanagement* auch *in die Gastronomie bringen*

Ausgangssituation

- Beginn des Prozesses 2005: verpflegt werden die 300 BewohnerInnen der beiden Wohnstifte (alle erhalten Mittagessen, ca. 150 erhalten auch Frühstück & Abendessen)
- die Gemeinschaftsverpflegung ist normal (marktüblich), unauffällig
- sie hat bei den BewohnerInnen eine mittelmäßige Wertschätzung (Kundenbefragung 2006: 3,2 Schulnotenskala) und keinerlei Ausstrahlung nach Außen
- in der Stationären Pflege leben –wie in anderen Einrichtungen auch –viele dementiell erkrankte Seniorinnen mit unterschiedlichen Problemlagen rund um das Thema Ernährung, viele Mangelernährte
- **das Thema Ernährung & der Ernährungszustand von Pflegebedürftigen und Demenzkranken erhält durch die Entwicklung der Pflegewissenschaft und durch die Prüfungen des MDK eine rasch steigende Aufmerksamkeit/Bedeutung- auch in der öffentlichen Wahrnehmung, in der Presse, bei Angehörige & Interessenten**

Einige Meilensteine der bisherigen Entwicklung

- Kundenbedürfnisse ermitteln und auswerten (seit 2006) (seitdem zahlreiche interne kundenorientierte Verbesserungen)
- Entwicklung der Software „TEO“ Tool zur Ernährungsoptimierung (2006) (seitdem sehr gute Ergebnisse im Bereich Ernährungsmanagement)
- Zertifizierung 2008 „Geprüfte Speisequalität“ - Wohnstift Reppersberg (seitdem hohe Beratungskompetenzen zum Thema Gesunde Ernährung)
- *ständig*: interne gastronomische Qualitätsverbesserungen organisatorische und personelle Veränderungen, Sonderveranstaltungen, Events
- externe gastronomische Leistungen & Qualitätsverbesserungen Essen auf Rädern, Schul- und Kitaverpflegung (seit 2008/2009) EU-Zulassung: Lebensmittelproduzierendes Unternehmen 2010 & 2011
- Zertifizierung „Fit im Alter“- Premium (2011) Rezertifizierungen
- Praxispartner der DGE seit 2011- Beratung interessierter Senioreneinrichtungen

Warum Zertifizierung?

- Siegel und Zertifizierungen haben eine starke Kraft auf die Qualitätsentwicklung und –sicherung! sie erzwingen Nachhaltigkeit und Effektivität
- sie beinhalten immer eine starke Kundenorientierung und bieten ein ständiges/regelmäßiges Bewerten und Anpassen
- Zertifizierungen qualifizieren die MitarbeiterInnen

Warum ausgerechnet die DGE e.V.?

- die DGE ist die! anerkannte wissenschaftliche Organisation !
- Fit im Alter ist inhaltlich/fachlich betrachtet hervorragend !(und wird immer wieder verbessert)
- Fit im Alter ist ‚Teil eines großen Ganzen‘ (das sich weiter entwickelt)!

Premiumzertifizierung Fit im Alter

- Veränderung der Produktionsabläufe Beratungskompetenz, know-how & Fachlichkeit
- Abläufe und Inhalte (z.B. Speiseplangestaltung) ‚befruchten‘ sich gegenseitig
- die DGE Linie beeinflusst „alles“ andere mit
- öffentliche Wahrnehmung der Einrichtung mit Top-Gastronomie wirkt sich positiv auf die Belegung aus
- die Kombination von gesunder Ernährung und Bewegungsangeboten verbessert deutlich die Gesundheit und Lebenszufriedenheit der BewohnerInnen

dies führt zu einer konsequenten Sicherung & Verbesserung der Struktur- & Prozessqualität auf hohem Niveau



Fazit: was bringt die Zertifizierung Fit im Alter?

Für die BewohnerInnen:

Gesündere Ernährung, verbesserter Ernährungszustand, mehr Auswahl, viel mehr Gastronomieerlebnis & Lebensqualität, neuer Service, Beratung und Gesundheitsvorsorge



Für die gastronomische Versorgung:

Weitreichende Veränderung & Verbesserung der innerbetrieblichen und organisatorischen Abläufe, Fachlichkeit, verbesserte Wirtschaftlichkeit, und dann erhöhter Wareneinsatz, QVP

Für die Einrichtung/Träger:

Imagebildung, Marketing, positive Folgen für die Belegung, MDK, Heimaufsicht

Für die MitarbeiterInnen:

Steigerung der Fachlichkeit, Kundenorientierung & -kontakt, besser Identifikation mit den Unternehmenszielen und -erfolgen und der eigenen Arbeit, Eigene Gesundheitsvorsorge, Betriebliches Gesundheitsmanagement

Fazit

Intensives, konsequentes Management hin zur ‚Fit im Alter‘-Zertifizierung der DGE bringt effektive Qualitätsverbesserungen, zufriedene, gesündere Kunden, kompetente, motivierte MitarbeiterInnen und nach Außen hin wirksame Erfolge!

Die Zertifizierung lohnt sich unbedingt!

Kontakt:

Michaela Gessner und Marika Deumert
 Wohnstift Reppersberg
 Nußbergterrasse 10
 66119 Saarbrücken

Safer Care – Gewalt gegen ältere pflegebedürftige Menschen erkennen und vermeiden

Rebekka Hoher, Wiss. Mitarbeiterin Hochschule Fulda



Gewalt gegen Ältere – ein Public Health Problem

Die WHO beschreibt „elder abuse“ als „eine einmalige oder wiederholte Handlung oder ein Fehlen einer gebotenen Handlung, innerhalb einer jedweden Beziehung, in der Vertrauen erwartet wird, die bei einer älteren Person zu Schädigung oder Leid führt.“ Gewalt im Alter ist demnach der interpersonellen Gewalt zuzuordnen, genauer der familiären bzw. Partnergewalt, und in zwei Richtungen zu denken: Sie kann von Älteren ausgehen oder sich gegen Ältere richten (WHO 2003). Das Projekt Safer Care nimmt die Angehörigen als Ausübende und die Pflegebedürftigen als Leidtragende im Setting der häuslichen Umgebung in den Blick. Neben körperlicher, psychischer und sexualisierter Gewalt treten bei Älteren spezielle Gewaltformen wie Freiheitsentzug, Vernachlässigung und materielle Ausbeutung auf (Krug et al. 2002; Perel-Levin 2008). Die Gewalterlebnisse können erhebliche seelische, körperliche oder gar tödliche Auswirkungen auf die Gesundheit und Lebensqualität der betroffenen Pflegebedürftigen haben. Maßnahmen zu Gewaltschutz und -prävention tragen somit aktiv zur Förderung der Gesundheit älterer pflegebedürftiger Menschen bei.

Die WHO schätzt, dass 4 – 6 % aller älteren Pflegebedürftigen von Gewalt betroffen sind (Krug et al. 2002; Sethi et al. 2011). Nimmt man diese Schätzung als Grundlage wären in Deutschland, von derzeit 2,34 Mio. Pflegebedürftigen nach SGB XI, über 80.000 von Gewalt betroffen. Die Datenerhebung führt tendenziell zu einer Unterschätzung der Gewalterlebnisse, da „Dunkelfeldstudien“ schwer durchzuführen sind (Görgen et al. 2009). Dies liegt auch an der besonderen Vulnerabilität Pflegebedürftiger, auf Grund derer ein eigenständiger, eigeninitiativer Hilfsuchversuch meist scheitert (vgl. Abb. 1).

Daher besteht die Frage, wer Zugang zu in der Häuslichkeit gepflegten Älteren hat, denn das private Zuhause ist nach § 13 des Grundgesetzes, der die Unverletzlichkeit der Wohnung herausstellt, gut geschützt. Es gibt jedoch einige Berufsgruppen, die auf Grund ihrer beruflichen Tätigkeit mehr oder weniger regelmäßig Zugang zu in der Häuslichkeit gepflegten Älteren haben, wobei sich Safer Care explizit mit ambulantem Pflegepersonal sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Pflegestützpunkten und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen (MDK) beschäftigt hat.

Entwicklung und Implementierung von Handlungshilfen für ambulante Pflegekräfte

Mit Hilfe der Erkenntnisse aus den Interviews wurde eine Handlungshilfe für die ambulante Pflege konzipiert, die an der Stelle ansetzt, wo interne Handlungsmöglichkeiten nicht mehr greifen. Dieser, in Abbildung 2 dargestellte, Algorithmus zeigt eine mögliche Vorgehensweise und potenzielle Ansprechpartner bei einem Gewalt(verdachts-)fall auf.

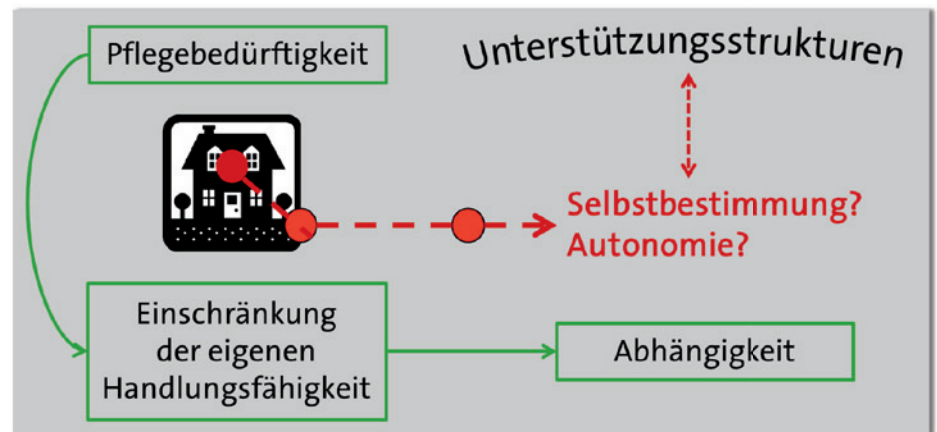


Abbildung 1: Besondere Vulnerabilität Pflegebedürftiger
Quelle: Eigene Darstellung

Ziele und Vorgehen des Projektes „Safer Care“

Ziel des Projektes ist es, die Handlungssicherheit von Pflegekräften sowie Pflegeberaterinnen und -beratern im Umgang mit gewaltbetroffenen älteren Menschen zu erhöhen und somit deren Versorgung zu verbessern. Versorgungsstrukturen, die eine nachhaltige Implementierung unterstützen oder behindern, sollen identifiziert werden.

In Hessen kann die Hessische Betreuungs- und Pflegeaufsicht (HBPA) einen geeigneten Ansprechpartner für Pflegefachkräfte darstellen. Diese hat den gesetzlichen Auftrag, die Qualität der Pflegeversorgung zu überprüfen und ist seit 2012, mit der Änderung des Hessischen Gesetzes über Betreuungs- und Pflegeleistungen (HGBBP), auch für den ambulanten Bereich zuständig. Für Mitarbeitende von MDK und Pflegestützpunkten kommt sie weniger in Frage, da diese Akteure organisational zu eng mit den Pflegekassen verbunden sind. Als Verwaltungsakteure mit weitreichenden Handlungs- und Delegationsbefugnissen kommen die Pflegekassen potenziell auch als Ansprechpartner für ambulante Pflegedienste in Frage.

Tabelle 1: Forschungsmethode des Projektes „Safer Care“

Gesprächsrahmen	Anzahl	Datenmaterial	Auswertung	Validierung
Fokusgruppen Pflegedienste	3	Ausführliches Protokoll der Diskussionsbeiträge auf Grundlage von Mitschriften, die während der Diskussion angefertigt wurden	Kodierverfahren → Theorie-generierung	Workshops mit Expertinnen und Experten im Zuge einer Expertentagung im Juni 2013
Interviews Pflegedienste	6	Dichte Interviewmemos auf der Grundlage von Tonbandaufnahmen und/oder Gesprächsmitschriften		
Experteninterviews (HBPA, Pflegekassen & -stützpunkte, MDK, Polizei & Justiz, Betr.behörde)	11			

Quelle: Eigene Darstellung

Diese befinden sich den Kassen, als ihren Leistungsfinanziers, gegenüber jedoch in einem Abhängigkeitsverhältnis und das Engagement für gewaltfreie Pflege fällt von Kasse zu Kasse sehr unterschiedlich aus, sodass Pflegekräfte vorab nicht wissen, ob ihre Informationen adäquat bearbeitet werden und was genau damit geschieht. Beide Koordinationsstellen können im Anschluss weitere Maßnahmen initiieren und die Fälle ggf. an Akuthelfer wie Polizei und Anwaltschaft delegieren.

Ein wichtiger Faktor ist eine erfolgreiche nachhaltige Implementierung von Handlungsstrategien zum Umgang mit häuslicher Gewalt in den Praxisabläufen einer Pflegeeinrichtung. Abbildung 3 fasst erste Erkenntnisse aus Gesprächen mit ambulanten Pflegediensten zu fördernden und hemmenden Faktoren für eine gelingende Implementierung derartiger Konzepte zusammen.

Fazit

Die Grundvoraussetzung dafür, dass weitergehende Hilfe in der beschriebenen Form für Betroffene möglich ist, ist, dass die Handlungs- und Kommunikationswege einwandfrei funktionieren. Schnittstellenprobleme müssen gelöst werden, um einen erfolgreichen Umgang mit Gewalt(verdachts-)fällen möglich zu machen. Das Engagement einzelner Akteure ist nach wie vor ein ausschlaggebender Faktor dafür. Die Klärung der Zuständigkeiten und die Durchdringung der Handlungspflichten bei den als Anlaufstellen identifizierten Institutionen ist nach wie vor mangelhaft. Handlungsempfehlungen zum Umgang mit Gewalt gegen ältere pflegebedürftige Menschen fehlen im deutschsprachigen Raum. Trotz daraus resultierender Handlungsunsicherheiten werden potenzielle Handlungsempfehlungen nicht als Entscheidungsgrundlage in bestehende Prozesse integriert, was auch darauf zurückzuführen ist, dass neben den obligatorischen Nachweispflichten nur wenig Spielraum für Pflegedienste zur interessengeleiteten Einbindung von Inhalten besteht.

Literatur/Quellen:

Görge T., Bauer R., Fritsch N. et al. (2009): „Sicherer Hafen“ oder „gefährvolle Zone“? Kriminalitäts- und Gewalterfahrungen im Leben alter Menschen. Ergebnisse einer multimethodalen Studie zu Gefährdungen älterer und pflegebedürftiger Menschen. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), Berlin.

Krug E. G., Dahlberg L. L., Mercy J. A. et al. (2002): World report on violence and health. World Health Organization, Genf.

Perel-Levin S. (2008): Discussing Screening for Elder Abuse at Primary Health Care Level. World Health Organization. Genf.

Sethi D., Wood S., Mitis F. et al. (2011): European report on preventing elder maltreatment. World Health Organization Regional Office for Europe, Kopenhagen.

WHO – World Health Organization (Hrsg.) (2011): European report on preventing elder mal-treatment. WHO, Genf.

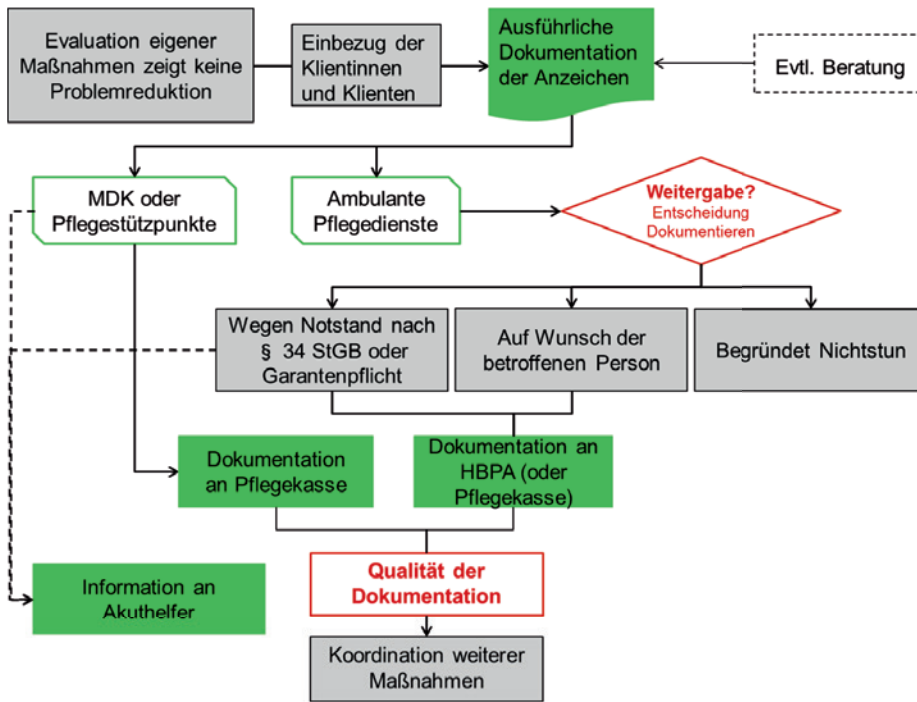


Abbildung 2: Handlungsalgorithmus bei Gewalt(verdachts-)fällen

Quelle: Eigene Darstellung

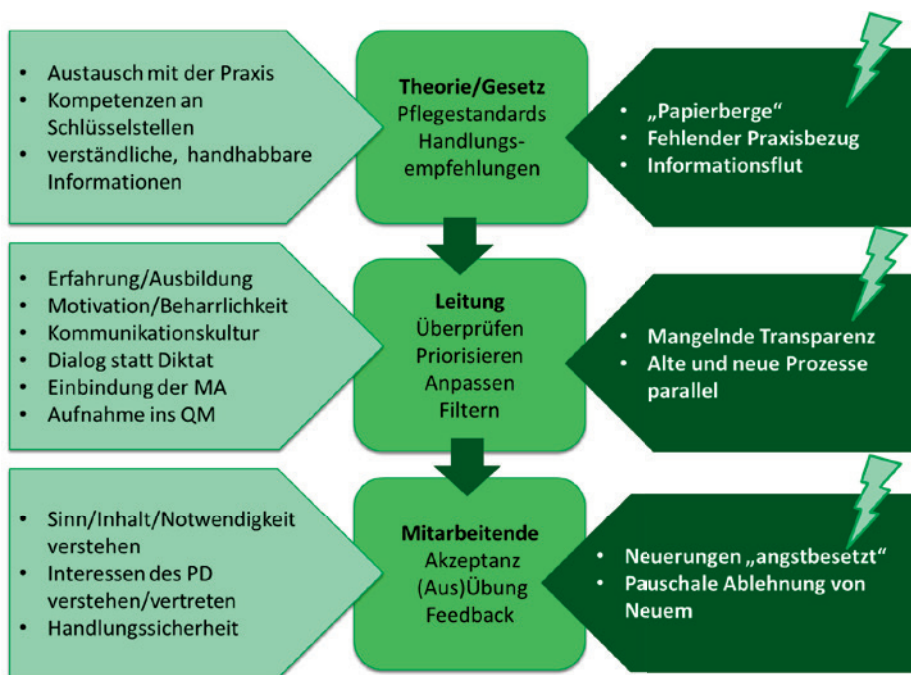


Abbildung 3: Implementierungsfaktoren

Quelle: Eigene Darstellung

Kontakt:

Rebekka Hoher

Rebekka.Hoher@pg.hs-fulda.de

0661/9640-619

www.hs-fulda.de/safercare

Forum 4: Beratung/Begleitung für Angehörige

Iris Groß, Sachgebietsleiterin und Ulrike Granzin, Amt für Soziales, Wiesbaden

Marlies Ritter, Bildungszentrum des Frankfurter Verbandes

38

Seniorenberatung in Wiesbaden

***Iris Groß, Sachgebietsleiterin und
Ulrike Granzin, Amt für Soziales, Wiesbaden***

Die Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter der Landeshauptstadt Wiesbaden

Die Landeshauptstadt Wiesbaden hat schon sehr früh auf die demographische Entwicklung und deren Anforderungen reagiert und bereits 1983 mit dem Aufbau der ersten Beratungsstelle für selbständiges Leben im Alter begonnen. Damals noch als Modellprojekt konzipiert, wurden die Beratungsstellen schon ein Jahr später in eine Regeleinrichtung überführt. Seit 2002 beraten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stadtweit in allen Altersfragen und unterstützen bei der Planung dieser Lebensphase. Dabei sind die Beratungsstellen Ansprechpartner für Bürgerinnen und Bürger ab 60 Jahre, deren Angehörige aber auch Einrichtungen und Dienste. Das Ziel der Arbeit ist es, eine möglichst optimale ambulante Versorgung und deren Finanzierung für den hilfebedürftigen Menschen sicherzustellen. Dazu gehören auch Entlastungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige. Bei den Beratungsstellen arbeiten zurzeit 20 Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter auf 16 Vollzeitstellen. Sie sind auf fünf Standorte innerhalb der Stadt verteilt, sie arbeiten regionalisiert und zugehend. Die Themen der Beratung reichen dabei von finanziellen über

medizinisch-pflegerische Hilfen bis hin zu Wohnen, Kontakt und Geselligkeit oder Hilfen bei Demenz.

Das Forum Demenz Wiesbaden – Beispiel kommunaler Vernetzung in Altenarbeit und im Gesundheitswesen

In den nächsten Jahrzehnten ist aufgrund des demographischen Anstiegs älterer Menschen mit einem beträchtlichen Anstieg der Zahl demenzerkrankter Menschen zu rechnen. Zurzeit leben in Wiesbaden ca. 3.700 Menschen mit einer mittelschweren bis schweren Demenz, von diesen leben 60 bis 70% zu Hause und werden von Angehörigen versorgt. Demenzerkrankungen und ihre Folgen sind ein Hauptfaktor für die Entstehung von Pflegebedürftigkeit im Alter. Durch die charakteristischen Symptome einer Demenz kann schon im frühen Stadium die Alltagskompetenz der Erkrankten eingeschränkt sein. Dies bedeutet einen zunehmenden Unterstützungsbedarf, vor allem bei der Bewältigung von Alltagsaktivitäten, bei der Tagesstrukturierung und bei der Gewährleistung der persönlichen Sicherheit. Diese Faktoren bedeuten für die Angehörigen oftmals eine Betreuung rund um die Uhr. Eine entsprechende Prävention, verbesserte Diagnose- und Therapiemöglichkeiten,



familienunterstützende Angebote und Versorgungsstrukturen sind daher wesentliche Elemente einer kommunalen Altenarbeit. Eine gute Versorgung demenzerkrankter Menschen kann allerdings nur im Zusammenspiel aller beteiligten Professionen erfolgen.

Aus diesem Bedarf heraus gründete sich 2007 das Forum Demenz Wiesbaden als freiwilliger Zusammenschluss von Wiesbadener Diensten und Einrichtungen mit Angeboten für betroffene Menschen und ihre Angehörigen. Das Ziel besteht darin, die Lebensbedingungen der Erkrankten und der sie Pflegenden zu verbessern sowie die Begleitumstände der Erkrankung erträglicher zu machen.

Träger des Forum Demenz und des Wiesbadener Netzwerkes für geriatrische Rehabilitation ist die Abteilung Altenarbeit im Sozialdezernat der Landeshauptstadt Wiesbaden, d.h. der örtliche Sozialhilfeträger.

Kontakt:

Iris Groß

Landeshauptstadt Wiesbaden

Iris.gross@wiesbaden.de

Tel. 0611-313487

pflegeBegleiter-Initiative für pflegende Angehörige/Freunde Frankfurt

Marlies Ritter, Bildungszentrum des Frankfurter Verbandes

Ein Blick in die Statistik:

Rund 2,5 Millionen Pflegebedürftige, die im Sinne des SGB XI durch eine Pflegestufe erfasst sind, leben in der Bundesrepublik Deutschland. Davon werden 1,76 Millionen (über 70 %) zuhause gepflegt. 1,18 Millionen werden ausschließlich von pflegenden Angehörigen versorgt. Bei 535.000 zu Pflegenden wird die Pflege gemeinsam von pflegenden Angehörigen und professionellen Pflegediensten vollzogen. Ausschließlich von professionellen Dienstleistern werden 45.000 betreut. (Pflegestatistik vom statistischen Bundesamt 2013)

Die Pflege in der Familie dauert durchschnittlich 8,2 Jahre und jeder 10. Fall über 20 Jahre. Dieses bedeutet für viele pflegende Angehörige, dass sie die Grenzen ihrer physischen und psychischen Belastbarkeit überschreiten. Je länger die Pflegesituation andauert, umso häufiger erlischt das Interesse der Außenstehenden-Freunde/Bekannte. Die zunehmende Ausgliederung kann zu Isolation und Einsamkeit führen. Krankheiten treten auf (z.B. Depression, körperliche Einschränkungen). Eigene Bedürfnisse und Interessen werden in den Hintergrund gestellt. Mit dieser skizzierten Bedarfslage wird deutlich, dass Menschen, die pflegen, Unterstützung benötigen, nicht nur in der Familie, sondern auch außerhalb. Sie brauchen ein Unterstützungsnetzwerk, das sowohl medizinische als auch psychosoziale und die alltägliche Versorgung betreffende Hilfe anbietet.

Die PflegebegleiterInnen sind ein Teil des Unterstützungsnetzwerkes. Sie begleiten pflegende Angehörige/Freunde, damit diese im Pflegealltag einen Ansprechpartner auch in Krisensituationen haben. Sie hören ihnen zu, sprechen über Entlastungsangebote und bauen gemeinsam mit ihnen ein Unterstützungsnetzwerk im nahen Wohnumfeld auf. Sie bauen Brücken zu den professionellen Organisationen. Sie geben ihnen Wertschätzung und Anerkennung. Sie ermutigen pflegende Angehörige/Freunde zur Selbstsorge. Sie bringen mit unterschiedlichen Veranstaltungen das Thema „Pflege „mitten ins Leben. Ganz

wichtig ist: PflegebegleiterInnen pflegen nicht, sie sind nur für die pflegenden Angehörigen/Freunde da.

Unser Profil: Freiwillige begleiten pflegende Angehörige/Freunde kompetent, niederschwellig, zugehend, entgeltfrei. Die wissenschaftliche Begleitforschung (bundesweites Modellprojekt Pflegebegleitung 2004-2008) zu diesem Freiwilligenprofil hat positive Wirkung auf pflegende

Kompetenzentwicklung: gemeinsam lernen ein Leben lang lernen und ins Handeln umsetzen.

Vernetzung: ein vernetztes System im Sinne eines Pflegemixes aufbauen. Hierzu braucht es Knotenpunkte/Anlaufstellen, die alle Unterstützungsangebote (professionelle, freiwillige) bündeln und konkurrenzlos Hand in Hand arbeiten.



Angehörige/Freunde aufgezeigt: der Gesundheitszustand hat sich verbessert, ihre Pflegesituation hat sich entspannt und vermehrt wird Hilfe von außen in Anspruch genommen.

Die Pflegebegleitung basiert auf drei Leitprinzipien:

Empowerment: Chancen in der Pflege sehen, Pflege kann auch eine Bereicherung im familiären wie im gesellschaftlichen Bereich sein. Die Selbstorganisation stärken, Verantwortung selbst übernehmen können und in den Pflegealltag die Selbstsorge mit einbeziehen.

Um diese anspruchsvolle Aufgabe übernehmen zu können, werden die PflegebegleiterInnen in einem Vorbereitungskurs mit 60 Unterrichtsstunden und zwei Exkursionen ausgebildet. Die Themenbereiche werden gemeinsam erarbeitet: Wertorientierung, Ethik und Haltung; Begleitung konkret, Gesprächsführung; Unterstützungsnetzwerke; gesetzliche Rahmenbedingungen; Krankheitsbilder (Demenz, Schlaganfall); Aktivitas; pflegende Angehörige zwischen Fürsorge und Selbstsorge; Handlungsfelder der Pflegebegleitung und Vorbereitung auf die Praxis; Vision und Rollenprofil der PflegebegleiterInnen. Die Qualitätssicherung erfolgt durch monatliche Praxistreffen unter fachlicher Begleitung, in denen die Einzelbegleitungen kollegial besprochen, weitere Fortbildungen und Exkursionen durchgeführt werden und der weitere Ausbau der Initiative im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit organisiert wird.

Aus dem bundesweiten Modellprojekt Pflegebegleitung Hessen (2004-2008) entstand 2007 die pflegeBegleiter-Initiative Frankfurt. Unsere Vision ist, beim Aufbau einer neuen Sozial- und Pflegekultur mitzuwirken und mitzugestalten. Wir bauen gemeinsam mit den pflegenden Angehörigen/Freunden stadtteilbezogene Unterstützungsnetzwerke auf. Es ist uns ein großes Anliegen, dass Freiwillige mit unterschiedlicher Nationalität und Lebensformen zum Pflegebegleiter qualifiziert werden. Es sollen pflegende Angehörige mit Migrationshintergrund die Möglichkeit haben, von PflegebegleiterInnen aus dem gleichen Kulturkreis in ihrer Muttersprache begleitet zu werden.

Ein vernetztes System im Sinne eines Pflegemixes aufzubauen, kann nur durch Kooperationen erfolgen. Im Rahmen unserer Öffentlichkeitsarbeit ist es uns gelungen, mit vielen Organisationen und Initiativen zusammenzuarbeiten. Der Frankfurter Verband für Alten- und Behindertenarbeit e. V. ist der Kooperationspartner, der uns u.a. kostenlos Räumlichkeiten, PCs, Führung der Buchhaltung zur Verfügung stellt.

Neben den Einzelbegleitungen für pflegende Angehörige, die zuhause pflegen, bieten wir auch Begleitung für pflegende Angehörige im stationären Bereich an. Pflegende Angehörige bleibt man auch, wenn der zu Pflegende im Heim untergebracht ist.

Mit der Durchführung des Projektes „Ernährungs- und Kochkurse für pflegende Angehörige“ gehen wir auf die Situation Pflegebedürftiger in Privathaushalten ein: 57 % haben ein erhöhtes Risiko für Mangelernährung; 13 % sind mangelernährt; nur knapp ein Drittel hat einen normalen Ernährungszustand.

Die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf haben sich einige Unternehmen auf ihre Agenda geschrieben. Es gibt immer mehr Berufstätige, die aus unterschiedlichen Gründen bei der Versorgung eines Pflegefalltes weiterhin ihren Beruf ausüben wollen oder müssen. Dieses gab uns den Anlass, mit Frankfurter Unternehmen Kontakt aufzunehmen und unsere Initiative vorzustellen. In einigen Unternehmen wird unsere Initiative in deren Intranet aufgeführt, so dass deren Mitarbeiter die Möglichkeit haben, mit uns Kontakt aufzunehmen.

Für unsere Arbeit wurden wir ausgezeichnet, worüber wir sehr stolz sind:

- Durch die Stadt Frankfurt am Main mit dem Nachbarschaftspreis 2009 1.Preis
- Berliner Gesundheitspreis der AOK Urkunde für die Nominierung
- Fördermittel der Stiftung Polytechnische Gesellschaft Frankfurt
- Hessischer Demographie-Preis 2011 für das Unternehmen Continental-Teves Initiative erhielt das Preisgeld
- Hessischer Landespreis für das Ehrenamt 2012

Kontakt:

Marlies Ritter

Bildungszentrum des
Frankfurter Verbandes
Alexanderstr. 59
60489 Frankfurt am Main

Gesprächsrunde

Maria Wiegand, Interessensselbstvertretung pflegender Angehöriger (IspAn)

Friedel Rau, Vorstandsvorsitzender Landesseniorenvertretung Hessen e.V.

Dr. Catharina Maulbecker-Armstrong, Hessisches Ministerium für Soziales und Integration

Johannes Weber, Kurator der Deutschen Altershilfe e.V. und Amt für Soziales der Stadt Wiesbaden

Professor Dr. Marianne Brieskorn-Zinke, Evangelische Fachhochschule Darmstadt

Moderation: Karen Fuhrmann, Hessischer Rundfunk

42

„Altersbilder im Wandel Förderung und Erhalt von Gesundheit in der Pflege“

Karen Fuhrmann: Herzlich Willkommen zur Podiumsdiskussion, zum Abschluss der vierten Landeskongress. Mein Name ist Karen Fuhrmann, ich arbeite beim Hessischen Rundfunk und freue mich, Sie durch die Diskussion begleiten zu dürfen, für die auch Sie gefragt sind, mitzudiskutieren. Ich habe eine kleine Geschichte mitgebracht, über die ich in der Vorbereitung gestolpert bin. „In Schottland gibt es Leute, welche sehr alt werden. Ein Reisender begegnete einmal einem betagten 60er, welcher schluchzte. Auf die Frage, was ihm fehle, sagte dieser, der Vater habe ihm eine Ohrfeige gegeben. Das kam dem Fremden fast unglaublich vor, dass ein Mann von solchen Jahren noch einen Vater am Leben haben

und noch unter seiner Zucht stehen soll. Als er ihn aber nach der Ursache der Ohrfeige fragte, so sagte der 60er, drum habe er den Großvater schier fallen lassen, als er ihm habe sollen ins Bett helfen. Als das der Fremde hörte, ließ er sich von dem Mann ins Haus führen, ob es auch so sei, wie er sagte. Ja, es war so. Der Bube war 62 Jahre alt, der Vater 96 und der Großvater 130. Und der Fremde sagte nachher, als er wieder erzählte, es werde einem ganz kurios zumute, wenn man so 288 Jahre unter drei Hüten beieinander hat.“ Sie merken an der Sprache, das ist eine etwas ältere Geschichte. Sie stammt von Johann Peter Hebel, er hat von 1760 bis 1826, also vor rund 200 Jahren gelebt. Aber

bei der demografischen Entwicklung, die wir haben, denkt man, vielleicht das ist die Zukunft. Und das, was da geschildert wird, ist ungünstig. Wenn der eine eine Ohrfeige gibt, der andere sie kriegt und auch noch jemand fallengelassen wird, das zeugt von Überlastung und ist bestimmt nicht gut für die Gesundheit. Die aktuelle Situation in Deutschland: Es gibt rund zweieinhalb Millionen Pflegebedürftige in Hessen, ein ganz, die meisten werden - wie in Gesamtdeutschland- zu Hause versorgt. Und es ist auch ein Zukunftsthema, da die Zahl der Pflegebedürftigen steigt. Was das für die Gesundheit in der Pflege heute und zukünftig bedeutet, das ist das Thema des Tages, aber auch der jetzigen Diskussion. Bringen





V.l.n.r.: Johannes Weber, Friedel Rau, Maria Wiegand, Dr. Catharina Maulbecker-Armstrong, Prof. Dr. Marianne Brieskorn-Zinke

Sie ruhig aus den Foren, die Sie jetzt hatten, aus den anderen Gesprächen des Tages Ihre Informationen oder Fragen mit in diese Diskussion ein. Dafür stehen Ihnen zur Verfügung: Prof. Dr. Marianne Brieskorn-Zinke von der Evangelischen Hochschule Darmstadt, Dr. Catharina Maulbecker-Armstrong vom Hessischen Ministerium für Soziales und Integration. Maria Wiegand von der Interessenselbstvertretung pflegender Angehöriger (IspAn), Friedel Rau, Vorstandsvorsitzender der Landesseniorenvertretung in Hessen. Und Johannes Weber vom Kuratorium Deutsche Altershilfe, aber auch befasst mit der Altenarbeit in der Kommune Wiesbaden. Wir fangen jetzt mal mit denen an, die jetzt an diesem Tag noch nicht so viel zu Wort gekommen sind, in dem Fall mit Frau Wiegand. Aus Ihrer eigenen Erfahrung und auch aus den Gesprächen heraus, die Sie in Ihrem Verband oder in Ihrer Interessenselbstvertretung führen, wo bleibt da überhaupt ein Fünkchen, ein Eckchen für die eigene Gesundheit, wenn

man jemanden pflegt und dazu vielleicht noch berufstätig ist?

Maria Wiegand: Normalerweise hängt es davon ab, wie schwer jemand pflegebedürftig ist. Aber es ist erst einmal der Anspruch, der einen umtreibt denjenigen so gut wie möglich zu pflegen. Und der treibt einen unter Umständen auch solange um bis man selbst keine Kraft mehr hat, um etwas zu ändern bzw. zu verändern. Und deswegen war das auch mein Wunsch und meine Vorstellung, dass man rechtzeitig darauf hingewiesen wird, welche Gefahren lauern und welche Möglichkeiten es gibt, beizeiten sich zu organisieren, um unter Umständen Pflege, Beruf, Kinder und Familie unter einen Hut zu bringen. Ich weiß, dass unsere Familie in dem Moment mehr oder weniger zerfallen ist. Die üblichen Strukturen haben nicht mehr ge-griffen und vor allem meine jüngere Tochter hat sehr unter dieser Veränderung gelitten. Meine Intention war zuerst, meinem

kranken Mann zu helfen. Es hat sehr lange gedauert, bis ich begriffen habe, dass ich nicht mehr viel ändern kann. Erst spät habe ich über Gesprächskreise und dann später über eine Schreibwerkstatt etwas Entlastung für mich gefunden. Aber ich denke, zwischendrin habe ich eine ganze Menge depressive Phasen erlebt, die mir selbst gar nicht bewusst geworden sind. Leider hat dies niemand, auch nicht bei den Beratungsgesprächen, die ich vierteljährlich hatte, wahrgenommen. Ich würde mir wünschen, dass bei diesen Gesprächen weit mehr auf die Pflege von Angehörigen und auf deren gesundheitliche Situation geachtet wird. Denn unter Umständen lässt sich eine Krankheit nicht vermeiden. Pflege und Krankheit wird dann besonders schwierig. Auch wenn die Bedingungen jetzt geändert werden. Meinen Mann musste ich vier Monate ins Pflegeheim geben und das geht an die eigenen Reserven. Dann muss man hoffen, dass man ein bisschen vorgesorgt hat. Man ist eigentlich gezwungen, die Pflege so

Maria Wiegand, Interessenselbstvertretung pflegender Angehöriger (IspAn)

„Ich wünsche mir für die pflegenden Angehörigen, dass Pflege als Tätigkeit genauso wertvoll ist wie Kindererziehung, dass es dazugehört.“

schnell wie möglich wieder zu übernehmen. Das ist unter Umständen nicht leicht.

Karen Fuhrmann: Da wurden schon verschiedene Aspekte genannt: die rechtliche Frage, die Kostenfrage, aber auch die Gesundheit des Pflegenden. Sie haben gesagt, in den Beratungsgesprächen war die psychische Gesundheit des Pflegenden kaum Thema. Aber es geht auch um die physische Gesundheit, wenn man vielleicht auch selber mal zum Arzt muss. Herr Rau, wenn wir darauf gucken, wie frühzeitig das Thema implementiert werden kann. Spielen da nicht gerade die Organisationen, für die Sie hier als Landesseniorenvertreter stehen, eine ganz große Rolle?

Friedel Rau: Es ist sicherlich so, dass intensivste Beratung notwendig ist. Die Landesseniorenvertretung Hessen mit Sitz in Wiesbaden als Geschäftsstelle vertritt 131 Seniorenbeiräte. Ich bin dennoch der Meinung, dass noch viel mehr Potential an Beratung hinzukommen müsste, um Menschen zu beraten, die vor dem Fall der Pflegebedürftigkeit oder der Betreuungsbedürftigkeit stehen. Es gibt noch viel für die Landesseniorenvertretung, aber auch für die Kommunen zu tun und zu schauen, ob es nicht doch möglich ist, weitere Seniorenvertretungen zu installieren. Karen Fuhrmann: Die Kommune ist das Stichwort für Johannes Weber. Sie sind für das Kuratorium Deutscher Altershilfe hier, sind aber auch in der Kommune Wiesbaden in der Altenarbeit tätig. Wenn Sie von der kommunalen Seite her gucken, was können Sie vielleicht noch tun, um hier mögliche Defizite abzufangen?

Johannes Weber: Ich sehe drei Handlungsstränge und will sie kurz umreißen. Im Ersten geht es darum, Plattformen zu schaffen, auf denen ältere Menschen ihre Kontakte entweder aufbauen oder weiter

pflegen oder intensivieren können. Je sozial eingebunden ein Mensch ist, desto leichter kommt er mit Lebenskrisen zurecht. Das ist eine allgemeine Erkenntnis, mittlerweile auch relativ gut wissenschaftlich gesichert. In Wiesbaden ist es die Akademie für Ältere, unsere Netzwerke 66 Plus, und Sie haben es angesprochen, die Seniorentreffs, die aus meiner Sicht unterschätzt sind. Sie sind in ihrer Bedeutung für die alten Menschen, die sie nutzen, wirklich unterschätzt. Wenn diese Angebote dann noch mit einem bezahlbaren Mittagstisch versehen sind, dann hat das eine riesen Bedeutung sowohl für die Gesundheit der Älteren als auch für die Entlastung der Angehörigen. Sie fühlen sich verantwortlich, wissen aber, dass ihr Angehöriger wenigstens einmal am Tag soziale Kontakte hat. Unsere Mittagstische, die am Wochenende angeboten werden, sind rege nachgefragt. Die zweite Ebene, auch das wurde angesprochen: die Beratung und Unterstützung. Sie muss wirklich breit, leicht zugänglich und aufsuchend aufgestellt sein. Man muss möglichst früh vor Ort die Bereitschaft bei den Angehörigen wecken, externe Hilfe in Anspruch zu nehmen. Das ist für unsere Beratungsstellen in Wiesbaden wichtiger Auftrag. Im Forum 4 war die durchschnittliche Pflegephase ein Thema. Sie beträgt acht Jahre und die Verläufe sind nicht einfach.

Karen Fuhrmann: Und vor allem nicht vorhersehbar.

Johannes Weber: Und nicht vorhersehbar. Externe Hilfen möglichst früh in Anspruch zu nehmen und sich dann mit den Angehörigen zu kümmern, dass sie finanzierbar sind. Das ist häufig ein großes Problem. Die Pflegestützpunkte nach dem hessischen Modell, die halte ich für eine echte Innovation. Sie sind in gemeinsamer Trägerschaft der Kranken- und Pflegekassen und der Kommune respektive der Landkreise. Das

heißt, die Kompetenzen der Kranken- und Pflegekassen sowie die Kompetenzen der kommunalen Sozialverwaltung kommen an einem Ort zusammen. Das ist ein riesen Fortschritt. Dieses hessische Konzept finde ich im Bundesvergleich immer noch richtig gut. Und das Dritte: wir müssen natürlich auch für Angehörige konkrete, kreative, vielfältige, quartiersnahe, leicht erreichbar Entlastungen schaffen. Das beginnt bei Besuchsdiensten bis hin zu Tagen, an denen sich Angehörige entspannen können und ihre Pflegebedürftigen gut unterstützt wissen. Sie müssen stadtteilnah sein und organisatorisch halte ich es für wesentlich, dass wir die Kooperation zwischen der klassischen Altenhilfe, dem sozialen Sektor und den medizinischen Diensten, medizinischen Einrichtungen, insbesondere der Hausärzte verbessern. Wer sich um alte Menschen kümmert, hat immer mit sozialen und gesundheitlichen Fragen gleichzeitig zu tun. Das sind sozusagen die drei Handlungsstränge, die ich sehe.

Karen Fuhrmann: Und um das als Kommune umzusetzen, was brauchen Sie dafür von der Landespolitik?

Johannes Weber: Wenn ich die Landes- und Bundespolitik über die letzten Jahre sehe, insbesondere das Hessische Ministerium für Soziales und Integration, kann ich nicht meckern. Manchmal würde ich es gerne, aber kann ich nicht. Wir hatten in unserer Arbeit immer die konkrete Unterstützung der hessischen Landesregierung – nicht immer in gewünschtem finanziellen Maß, aber Geld ist immer knapp. Bei der Einführung des Euro wurde ein gravierender Fehler gemacht. man hat es so gemacht, dass man den Euro auch nur ein Mal ausgeben kann. Das hätte man vielleicht im Vergleich zur D-Mark ändern können. Nein, worum es mir geht: wir haben im Hessischen Ministerium für Soziales und Integration wirklich



fachlichen Support, den man nicht unterschätzen darf. Es gehört dazu, dass man sich um den finanziellen Support streitet. Die Kommunen sind knapp, das Land hat aber auch keinen Goldesel. Insbesondere in unserer Netzwerkarbeit im Hinblick auf Kooperation mit Hausärzten hatten wir in den letzten 14 Jahren wirklich aktiven Support aus dem Hessischen Ministerium für Soziales und Integration. Wichtig ist uns ein aktiver und guter Seniorenbeirat, bei dem Wiesbaden eine sehr lange Tradition hat. Das ist unser, wie soll ich das sagen, unser Gegenlager. Wir müssen uns auch um die richtigen Wege streiten.

Karen Fuhrmann: Dann gucken wir auf die Seite der Politik. Und damit Sie jetzt nicht nur sagen müssen, was Sie alles gut machen, schauen wir doch noch mal drauf, wie die Gesetzeslage eigentlich insgesamt ist und was da vielleicht noch zu tun wäre, um auch Entlastungen für Angehörige zu schaffen. Es gibt die Vereinbarkeit von Familie und Beruf, mittlerweile auch die von Beruf und Pflege. Es gibt Teilzeitmodelle, aber noch keinen Rechtsanspruch. Glauben Sie, man braucht eine rechtliche Handhabe?

Dr. Catharina Maulbecker-Armstrong: Das Thema hatte heute Frau Dr. Seitz in ihrer Präsentation vorgestellt. Dort hat sich gezeigt, dass jetzt nicht mehr nur sechs, sondern mittlerweile mehr als 30 Unternehmen bei der hessischen Initiative „Pflege und Beruf vereinbaren“ mitmachen wollen. Das hilft aber pflegenden Angehörigen, die bereits pensioniert sind nicht. Hierzu gibt es momentan auf der Bundesebene die Bestrebungen eine Nachbesserung des SGB XI vorzunehmen. Ich muss nur festhalten, dass ich für gesundheitliche Prävention zuständig bin und meine Kollegen Frau Meier-Darimont und Herr Obst für die Pflegestützpunkte und die Thematik „Pflege und Beruf vereinbaren“ zuständig sind. Insofern gebe

ich das Lob sehr gerne weiter. Ich möchte diese Gelegenheit nutzen, Sie noch auf das Informations- und Beratungsportal des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration www.pflege-in-hessen.de hinzuweisen. Hier können Sie sich über alle Fragen rund um die Pflege informieren und können sich ihren individuellen Leitfadern zusammenstellen. Zudem werden Sie auf die unvermindert stark nachgefragte Broschüre „Pflegebedürftig - Was ist zu tun?“, die Sie auch in Papierform beim Hessischen Ministerium für Soziales und Integration bestellen können. Schließlich ist darauf hinzuweisen, dass es zum ersten Januar 2015 deutliche Leistungsverbesserungen in vielen Punkten geben wird. Über die einzelnen Leistungsverbesserungen, einschließlich der Einführung des sogenannten Pflegevorsorgefonds, werden Sie noch in diesem Jahr über das Informations- und Beratungsportal des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration www.pflege-in-hessen.de informiert werden. Seit 2010 kenne ich den Verein IspAN und dessen vorbildliche Leistung. Diese Vereinigung sensibilisiert auf eine ganz wunderbare Weise, wie schwierig die Situation von pflegenden Angehörigen ist. Als pflegender Angehöriger hat man eigentlich gar keine Zeit, Kurse zu machen, Angebote wahrzunehmen, weil man so im managen seines Tagesablaufs gefangen ist. Gesundheitliche Prävention ist hier ein ganz schwieriges Thema.

Maria Wiegand: Ich bin schon aus der Pflegezeit draußen, ansonsten könnte ich es nicht.

Dr. Catharina Maulbecker-Armstrong: Das ist ein Grund, warum wir die Landeskongress seit 2010 kontinuierlich veranstalten. Es geht darum zu schauen gibt es bereits Lösungsansätze, wenn ja, können diese in die Fläche gebracht werden – wenn nein, wie müssten entsprechende

Lösungsansätze aussehen. Ganz besonders wichtig sind uns der Austausch mit den Akteuren sowie die Vernetzung unter den Akteuren. Das Rad muss nicht immer neu erfunden werden, es kommt darauf an voneinander und miteinander zu lernen. Nachdem was ich heute gehört habe, habe ich das Gefühl, dass wir im beruflichen Setting auf einem guten Weg sind. In Hessen gibt es bereits 23 Pflegestützpunkte. Dies ist ein Erfolg, an dem man aber stets aufbauen und nachbessern muss, um den Bedürfnissen der pflegebedürftigen und pflegenden Bürgerinnen und Bürger eine Anlaufstelle bieten kann.

Prof. Dr. Brieskorn-Zinke: Ich knüpfe jetzt nahtlos daran, was Sie gesagt haben. Ich glaube wirklich nicht, dass die Hilfe für pflegende Angehörige in zusätzlichen Kursen liegt, auch nicht in Gesundheitskursen, sondern in der Möglichkeit, dass eine Pflegefachperson Zeit hat, den Angehörigen zu beraten, nämlich dann, wenn er es braucht. In dem Moment, in dem eine Besonderheit im Tagesablauf geschehen ist, braucht der pflegende Angehörige eine Unterstützung. Und wenn dann der Fall eintritt, dass die Pflegefachkraft keine Zeit dafür hat, ist es wichtig, dass sie an eine Beratungsstelle oder weitere Hilfen verweisen kann. Wir müssen sozusagen in der ambulanten Pflege wie auch in der stationären Pflege Beziehungsarbeit, Beratungsarbeit fest verankern. Ich sehe die Pflege als einen Beziehungsberuf und nicht als einen Verrichtungsberuf, bezahlt werden aber nur Verrichtungen, nicht die Beziehungsarbeit. Solange die Pflege nach diesem System abläuft, nutzen die ganzen vereinzelt Kurse und auch guten Anlaufstellen für Beratung nichts. Ich will doch als Angehöriger das Problem lösen, wenn ich es habe. Wenn es mir bis hier oben steht, dann brauche ich Unterstützung. Wichtig wäre dann, dass eine Pflegekraft kommt, die wirklich gut

Friedel Rau,
Vorstandsvorsitzender
Landesseniorenvertretung Hessen e.V.

„Ich bin dennoch der Meinung, dass noch viel mehr Potential an Beratung hinzukommen müsste, um Menschen zu beraten, die vor dem Fall der Pflegebedürftigkeit oder der Betreuungsbedürftigkeit stehen.“

ausgebildet und bereit ist, mit mir ein Gespräch über meine Situation zu führen. Das wäre eine ganz konkrete Erweiterung und ganz konkrete Hilfe.

Karen Fuhrmann: Ist aber in der Abrechnung nicht vorgesehen.

Prof. Dr. Brieskorn-Zinke: Vieles ist in der Abrechnung nicht vorgesehen. Ich bin heute hier ein bisschen als Vertreterin der professionellen Seite, der Pflegeberufe. Und ich sage Ihnen, wenn es hier keine Veränderung gibt und Dienstleistung als Beziehungsarbeit etwas ist, was der Gesellschaft nichts wert ist, wird sich die Sache auch nicht verändern. Genauso wie im Erziehungsbereich. Ich sprach eben mit einem Einrichtungsleiter, der sagte, es ist eigentlich egal, wo wir tätig sind. Ich meine, es gibt gute Angebote, die als Beratungsangebote entstehen oder die Gesundheitskurse der AOK oder so etwas. Aber wenn ich als pflegende Angehörige etwas brauche, dann brauche ich es jetzt. Ich kann doch nicht zwei Wochen warten, bis ich das im Gesundheitskurs gelernt habe. Zusätzlich wird mir dann dort gesagt: „Ja, du musst auch eine Stressentlastung machen“. Das ist aufgesetzte Gesundheitsarbeit, aber keine wirkliche, ernstgemeinte Beziehungsarbeit, die die Pflegeberufe machen könnten, wenn sie das dann dürften und wenn sie das auch abrechnen könnten.

Maria Wiegand: Ich möchte gerne eines sagen. Mein Mann war lange Zeit in der Reha-Einrichtung und da wäre genügend Zeit gewesen, um einen pflegenden Angehörigen auf die Situation vorzubereiten. Aber es waren andere Dinge wie die Zertifizierung usw. wichtiger. Wichtig wäre aber, die pflegenden Angehörigen auf die Pflegesituation vorzubereiten. Wichtig wäre auch, dass Sozialdienste in Krankenhäusern dafür ausgebildet sind oder zumindest die

richtigen Wege weisen. Hier gibt es wohl auch in Frankfurt viele Defizite. Denn es kommt vor, dass manche Personen nicht in die Rehabilitation kommen, sondern direkt nach Hause entlassen werden. Und was passiert dann? Ich arbeite noch beim „Heißen Draht“ für pflegende Angehörige und hier bekomme ich einige Probleme der Menschen mit. Fragen in so einer Situation sind: „Was mache ich denn jetzt?“, „Wo kriege ich jetzt schnell jemanden her?“.



Oder mich ruft jemand an, der seine Mutter pflegen möchte, aber es werden derzeit keine Pflegekurse angeboten. Wie kommt ein pflegender Angehöriger dann zu jemandem, der ihm in der Situation hilft? Ich denke, das sind Dinge, die man besser regeln könnte. Damit würde man die Angehörigen bei dem Problem wie man jemanden pflegt, entlasten. Man würde dafür sorgen, dass derjenige, der pflegt, nicht nach zwei, drei Monaten völlig erledigt ist und sich fragt: „Wie komme ich jetzt überhaupt noch weiter?“. Meiner Erfahrung nach, gibt es wirklich tolle, klasse und engagierte Pflegekräfte. Aber es gibt auch leider Gottes nach meiner Erfahrung Pflegekräfte, die das nicht so gerne machen

und je nach dem, an wen Sie geraten, haben Sie dann Glück oder Pech. Aber ich denke, eine rechtzeitige Information der Angehörigen würde Vielen helfen. Das wäre dringend notwendig.

Karen Fuhrmann: An dieser Stelle möchte ich auch dem Publikum die Möglichkeit geben, sich einzumischen. Sie können sich jetzt auch mit Fragen oder auch Forderungen zu Wort melden.

Publikum 1: Mich würde im Hinblick auf die in den Kommunen verorteten Seniorentreffs interessieren, ob da vielleicht eine Unterstützung der Landesregierung möglich ist, gemeinsam mit den Kirchen die Unterstützung pflegender Angehöriger zu organisieren?

Johannes Weber: Ich kann jetzt nur für unsere Landeshauptstadt reden. Ich weiß, dass es in anderen Ecken unseres schönen Hessenlandes etwas anders aussieht, aber ich kann mir diese Altenarbeit, was man gemeinhin unter offene Altenarbeit fasst, eine zentrale Bedeutung hat. Ich kann es mir für Wiesbaden ohne die Wohlfahrtsverbände unserer Stadt, die in unserer Stadt



aktiv sind und ohne die kritische Begleitung des Seniorenbeirates nicht vorstellen. Was ich nachvollziehen kann, dass trotz unserer Förderung die Möglichkeiten der Kirchen und Gemeinden der Wohlfahrtsverbände begrenzt sind. Über die strukturierte Förderung muss man diskutieren, aber wenn es um die Ausgestaltung der Arbeit und auch der Programme geht, dann kann ich mir das ohne die Wohlfahrtsverbände nicht vorstellen. Die Plattform ist in Wiesbaden bei der Akademie für Ältere in der Volkshochschule, in der auch alle Wohlfahrtsverbände aktiv mitgestalten. Von den Programmen und den Möglichkeiten dort partizipieren auch die Seniorentreffs. Das wäre ein Weg, dass man sozusagen über die Erwachsenenbildungseinrichtungen Netze schafft. Es muss ja nicht so sein wie in Wiesbaden, aber wichtig ist, dass man Netze schafft und deren Kompetenz in den überwiegend ehrenamtlich geführten Seniorentreffs zur Geltung kommt. Und da sind auch Themen besetzt wie Gesundheitsförderung. Über die finanzielle Ausstattung muss man immer reden und kann man sich auch streiten.

Karen Fuhrmann: Hier gab es noch eine Wortmeldung.

Publikum 2: An Sie, Herr Weber, würde ich noch mal das Wort richten. Sie haben angesprochen, dass die Pflegestützpunkte gut sind. Die sind auch gut. Wir haben im Wetteraukreis auch einen, der ist aber nur mit einer Person besetzt und die ist überfordert. Die gehen in die in die Familien, um die zu beraten oder zu helfen oder zu schauen, wie sind die Älteren untergebracht. Wir wollten noch einen Pflegestützpunkt im Wetteraukreis unter dem Schutzschirm installieren. Das kann man aber nicht machen. Dabei bräuchten wir den dringens, um den ganzen Anforderungen gerecht zu werden. Darüber muss geredet werden, wie man das eventuell

weiter unterstützen kann. Und dann sagten Sie etwas zu dem Pflegepersonal. Ich komme selbst aus der Pflege und habe auch meine Mutter gepflegt. Ich war in den 50er Jahren an der Universitätskinderklinik in Heidelberg als meine Mutter mit 54 Jahren eine Gehirnschlag erlitt. Um meine Mutter zu pflegen, habe ich meine Karriere aufgegeben. Sie sagten, es gibt gutes und schlechtes Pflegepersonal. Aber wenn sie keine Zeit haben und alles dokumentieren müssen. Ich bin im Aufsichtsrat im Klinikum vom Wetteraukreis und wir haben Ärzte oder Pflegepersonal eingestellt. Und ich habe gesagt, ein Glück, dass ich nicht mehr im Beruf bin und alles dokumentieren muss. Meinen Sie, das macht uns Spaß, das nur zu machen und nicht mal ein Gespräch zu haben. Ich habe das in meiner Dienstzeit noch erlebt. Ich hatte einem Patienten eine Spritze gegeben und ich merkte, irgendwas hat dieser ältere Mann. Nachdem ich ihn darauf angesprochen hatte, hat er mir mal sein Leid geklagt und was ihn bedrückt. Und wie er rausgeht und kommt noch mal zurück und sagte: „Schwester Renate, mit Ihnen konnte man wenigstens jetzt mal reden und das Herz ausschütten.“ Das ist so wichtig. Das ist wichtiger als Tabletten und Spritzen. Aber dafür hat man ja keine Zeit.

Karen Fuhrmann: Das sind viele wichtige Punkte. Ich würde gerne zuerst einen herausgreifen und in die Podiumsrunde geben. Sie haben eben gesagt, Sie haben für die Pflege Ihren Beruf erst einmal aufgegeben und sind dann wieder eingestiegen. Jetzt haben wir eine Situation, in der wir Beruf und Pflege vereinbaren und Teilzeitmodelle wollen. Hilft uns der demografische Wandel im Moment für solche Lösungen? Denn Firmen leiden unter dem Fachkräftemangel und müssen gucken, wie die Leute gehalten werden können. Was machen Sie da für Erfahrungen? Funktioniert das?

Dr. Catharina Maulbecker-Armstrong: Heute Morgen wurde das sehr schön dargestellt, wie durch die Kinderbetreuung und Ganztagsbetreuung Frauen im Beruf gehalten werden können. Jetzt geht man das zweite Thema „Pflege und Beruf“ an, weshalb Frauen früher aus dem Berufsleben ausscheiden. Die Initiative ist sicherlich ein Weg in diese Richtung. Die Initiative sensibilisiert Arbeitgeber und Arbeitnehmer und verschafft dem Thema Aufmerksamkeit. Die Zukunft wird es zeigen, in welche Richtung es sich entwickeln wird.

Karen Fuhrmann: Es gibt eine Zahl, die mich bei der Vorbereitung dieser Veranstaltung nachdenklich stimmte, da hieß es: nur neun Prozent der Unternehmen bieten Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf an. Das sind doch wiederum relativ wenig.

Dr. Catharina Maulbecker-Armstrong: Die Charta zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf wurde erst im November 2013 mit sechs Unternehmen verabschiedet. Noch nicht mal ein Jahr später gibt es nun mehr als 30 große Hessische Arbeitgeber, die der Charta beitreten möchten. Jeder Meilenstein muss erst mal zum Rollen gebracht werden, sei es die Etablierung von Pflegestützpunkten oder die Positionierung und Sensibilisierung der Thematik Pflege und Beruf. Herr Schulenberg hatte heute Morgen sehr schön gesagt: man darf nicht takten, sondern man muss taktvoll mit den Menschen umgehen. Das fand ich ein sehr schönes Wortspiel. Andererseits möchte ich auch das aufnehmen, was Sie gerade gesagt haben. Wenn man Qualität messen will, müssen wir ein Stückweit dieser Varianz in den pflegenden Personen auch begegnen. Das heißt, ein Stückweit muss auch dokumentiert und gemessen werden. Man muss die Qualität im Blick haben und trotzdem noch Zeit für ein Gespräch zur

Dr. Catharina Maulbecker-Armstrong,
Hessisches Ministerium für Soziales und Integration

„Von uns nimmt heute jeder mit, zu überlegen, wie man ein Haus des Alterns oder ein Gesundheitszentrum oder so etwas wie ein Kompetenzzentrum schaffen und mit den Strukturen, die wir vor Ort bereits haben, umsetzen kann.“

Verfügung haben. Diese Quadratur des Kreises muss mit den Ressourcen, die wir haben, managebar sein. Ich denke, wenn die Unternehmen und Betriebe das angehen, mit ihren Ressourcen und ihrem Interesse auch die Fachkräfte in der Arbeit zu halten, werden auch Ressourcen geschaffen werden. Die Problematik besteht für die Menschen, die nicht mehr im Arbeitsprozess sind. Das heißt, auf der strukturellen Ebene, versuchen sich zu vernetzen wie Frau Prof. Dr. Brieskorn-Zinke es in ihrem Beitrag erwähnt hatte. Da müssen wir alle ran. Ich denke, die Unternehmen haben sich auf den Weg gemacht. Hier müssen wir jetzt schauen, dass das funktioniert.

Prof. Dr. Brieskorn-Zinke: Ich glaube, dass das keine Frage des Wollens ist, sondern das müssen sie. Wir können doch nicht die Pflege der alten Menschen nur Professionellen überlassen. Entwicklungen und die Zahlen zeigen, das es anders überhaupt nicht geht. Das heißt, dass Menschen, die im Beruf sind oder auch Menschen, die langsam aus dem Beruf rausgehen, sich an der gesellschaftlichen Aufgabe, Pflege durchzuführen, beteiligen. Das wird so kommen. Ich glaube schon, dass es in zehn Jahren fast wie selbstverständlich sein wird, dass man vom Betrieb einen halben Tag freigestellt wird, um sich mit irgendjemanden zu beschäftigen, der möglicherweise pflegebedürftig oder demenzkrank ist. Das wird auf uns zukommen. Das wird dann nicht mehr die Frage einer besonderen Bereitschaft und der Freiwilligeninitiative sein. Das ist die Zukunft. Was ich aber meine, was wir sofort machen könnten und das habe ich auch in meinem Vortrag heute Morgen gesagt: es gibt eine große Bereitschaft, in den Nachbarschaften Aufgaben zu übernehmen. Diese Bereitschaft ist da, die Menschen wissen bloß nicht, wie sie das machen sollen und wen sie ansprechen sollen. Und ich glaube, mit

der Unterstützung und Organisation von Nachbarschaftshilfen - dazu empfehle ich noch mal das Buch von der Nachbarschaft und Gesundheit - schlagen wir zwei Fliegen mit einer Klappe. Es wird Unterstützung im Pflegebereich gebraucht und Menschen sitzen in ihren Wohnungen in der Einsamkeit. Wir könnten jetzt diese zwei Probleme so lösen, dass es endlich wieder einen Grund gibt, Nachbarschaftshilfe zu machen. Fernsehen kann ich alleine gucken, dazu brauche ich niemanden, aber wenn ich jetzt einen Pflegebedürftigen habe, geht das nicht alleine. Gemeinschaft und Nachbarschaft zu fördern, das ist die Chance, die darin liegt. Endlich gibt es konkrete Notwendigkeiten, die latente Bereitschaft der Leute sich zu engagieren sinnvoll zu nutzen. Aber das müssen wir organisieren.

Karen Fuhrmann: Wir haben zwei Wortmeldungen.

Publikum 3: Ich kann Sie nur unterstützen, was Sie eben gesagt haben. Nach Untersuchungen gibt es ja ganz viele Ehrenamtliche, auch ältere, die bereit sind, auch gerade zum Thema Pflege sich zu engagieren. Da gibt es sehr ermutigende Zahlen. Aber Sie sagen, es muss organisiert werden. Und das ist für mich das Stichwort. Ich bin vom Caritasverband und wir stellen auch fest, dass Ehrenamtliche auch eine Koordination brauchen. Das muss, ich weiß nicht, wie man es am besten macht, aber es müsste vor Ort kommunal erfolgen. Es ist ganz dringend notwendig, dass das auch organisiert wird. Auf der kommunalen Ebene, in einem Haus der Familie oder einem Haus des gesunden Alterns oder wie auch immer. Das ist das eine. Das andere ist, dass über die Pflegeversicherung z. B. Nachbarn in der Betreuung eingesetzt werden können und ein Teil der Pflegesachleistung auch umgewidmet werden kann. Das ist auch ein Thema, womit man unterstützen kann.

Und dann möchte ich es auch nicht nur bei den pflegenden Angehörigen und bei den Nachbarn lassen. Sondern was hier in Hessen sehr fehlt, um Beruf und Familie zu vereinbaren, vor allem für Frauen, ist die Tagespflege. Uns fehlen hier die Tagespflegeplätze, Kurzzeitpflegeplätze und Nachtpflegeplätze für Schichtarbeiter. Das ist ein riesen Thema und das ist ein Landesthema. Und das möchte ich ganz deutlich auch hier noch mal sagen, dass das notwendig ist.

Dr. Catharina Maulbecker-Armstrong: Mein Kollege Herr Obst hat mir gesagt, dass in dem 5. Gesetz zur Änderung des SGB XI ein Passus vorgesehen ist, der eine Flexibilisierung genau zu dieser Pflege anstrebt. Auf die genaue Ausformulierung, müssen wir später drauf schauen, das kann ich jetzt hier nicht zitieren. Aber das Problem ist erkannt, an der Lösung wird gearbeitet und von Seiten des Gesetzgebers ist eine Nachbesserung vorgesehen, d.h. dass die Ansprüche auf teilstationäre Tages- und Nachtpflege künftig gleichrangig neben den Ansprüchen auf Leistungen zum häuslichen Pflegegeld stehen sollen.

Johannes Weber: Wenn ich zur Tagespflege noch kurz was sagen darf. Ich kann das nachvollziehen, was Sie sagen, muss aber einschränkend ausführen, dass wir in Wiesbaden intensive Bemühungen hatten, die Tagespflege auszubauen. Im Bewusstsein aller, wir brauchen dringend mehr Tagespflege, erfährt sie im Konkreten aber kaum Nachfrage. Wir hatten deutliche Überkapazitäten. Das ist mir auch vorgeworfen worden: „Du hast uns gepusht, das zu machen und jetzt müssen wir das wieder abbauen.“ Tagespflege wird wenig nachgefragt und Nachtpflege kann ich gar nicht einschätzen. Ich setze auch etwas Hoffnung in diese Gesetzesreform. Vielleicht bringt das was, ich bin mir unsicher.



Friedel Rau: Das es in so einer großen Stadt wie Wiesbaden zu keiner Nachfrage kommt, ist für mich jetzt ein bisschen verwunderlich. Wir im ländlichen Bereich hätten unbedingt Bedarf und würden gerne Einrichtungen bekommen, aber von den Pflegekassen keine Zulassung. Das noch mal zur Tagespflege.

Karen Fuhrmann: Eine andere Frage ist natürlich: Wie ist es kommuniziert? Wissen es diejenigen, die es brauchen? Kommt es zu denen, ohne dass sie groß suchen müssen und ist die Tagespflege so wie man es sich vorstellt?

Johannes Weber: Kann ich natürlich abschließend nicht beurteilen, weil wir in Wiesbaden Beratungsstellen für selbstständiges Leben im Alter haben, 16 Stellen Sozialarbeit, Sozialpädagogik, die nichts weiter zu tun haben, als dafür zu sorgen, dass alte Menschen in ihren Haushalten die Hilfe kriegen, die sie brauchen. Die sind bei den Menschen vor Ort. Sicherlich, ob man in jede Ecke gekommen ist, kann man nie beurteilen. Ist eine wichtige Frage, der muss man sich schon stellen.

Karen Fuhrmann: Es braucht auch Zeit, bis sich das rumspricht.

Johannes Weber: Genau.

Karen Fuhrmann: Jetzt haben wir hier zwei Wortmeldungen.

Publikum 4: Ich stelle fest, es dreht sich Vieles um Information. Einmal erinnere ich das Wort von unserem Landesvater, dem Herrn Bouffier, der schon mal konstatierte, ein Drittel der Bevölkerung sagt, ich habe mit Ehrenämtern nichts am Hut, ein weiteres Drittel ist in Ehrenämtern engagiert und ein drittes Drittel würde sich engagieren, wenn es wüsste, wo überhaupt ein

Bedarf gegeben ist. Da ist diese Frage nach Informationsverbreitung wichtig. Und zum Zweiten wissen die pflegenden Angehörigen oft gar nicht, welches Angebot ihnen zur Verfügung steht. Da dreht es sich auch wieder um die Information.

Karen Fuhrmann: Und einen weiteren Beitrag aus dem Publikum nehmen wir noch dazu.

Publikum 5: Ich arbeite in der Seniorenberatung im Maintaunuskreis und dort gibt es einen Pflegestützpunkt sowie eine Seniorenberatungsstelle in jeder Kommune. In der Kommune Stadt Flößheim arbeiten wir in Kooperation mit der Caritas. Wir haben den Auftrag Begleitung und Beratung von Hilfesuchenden und pflegenden Angehörigen sowie die aufsuchende Arbeit und Netzwerkarbeit zu leisten. Im Grunde genau die Zusammenarbeit, die auch immer angesprochen wird. Die Bezuschussung ist im Maintaunuskreis auf Kreis- und Stadtebene. Immer wieder Thema sind die freiwilligen Leistungen und die Fragen: werden die Gelder eingestellt? Wie kann es weitergehen? Es geht immer um eine unsichere Finanzierung. Meine Frage ist, ob es da eine Möglichkeit gibt, die Finanzierung und den Aufbau von mehr Seniorenberatungsstellen rechtlich besser zu verankern. Ich komme auch ursprünglich aus der Pflege. Und ich denke, die Pflegedienste müssten die ersten Ansprechpartner sein, da es hier schon eine Vertrauensbasis gibt.

Karen Fuhrmann: Das eine war, gibt es genug Informationen? Sowohl für die, die sich engagieren wollen als auch die, die schon pflegen. Und das Zweite: wie kann man solche unsicheren Finanzierungssituationen auch zu mehr Sicherheit verhelfen?

Dr. Catharina Maulbecker-Armstrong: Zur ersten Frage, es gibt natürlich ein breites

Spektrum an Ehrenamtsstellen. Auf dieser Ebene wird viel getan und versucht, Menschen zu motivieren und für das Ehrenamt zu begeistern. Es geht nicht drum, Ressourcen durch Ehrenämter zu kompensieren, sondern auch zu vermitteln, das Ehrenamt Sinn macht, Spaß macht und Lebensfreude gibt. Für viele Menschen ist es ein wichtiges Gefühl, neben dem Beruf, eine positive Bestätigung zu erhalten. Die zweite Frage zu beantworten ist schwieriger. Wir haben nicht für alles Mittel. Ich denke aber, vor Ort durch Engagement und durch die Vernetzung miteinander kann man das schaffen. Die heutige Landeskonferenz ist auch eine Möglichkeit einen Startschuss zu geben, sich kennenzulernen, sich zu vernetzen und den Austausch untereinander zu nutzen um über seine Erfahrungen zu berichten. Wir werden zusammen mit der HAGE die Tradition der Landeskonferenzen fortführen. Die Landeskonferenz ist als Plattform angedacht, mit Ihnen in den Austausch zu kommen, zu hören wo die Probleme liegen, um Überlegungen anzustoßen wo und wie nachgebessert bzw. eingegriffen werden müssten.

Karen Fuhrmann: Frau Prof. Dr. Brieskorn-Zinke zunächst und dann warten weitere drei Wortmeldungen.

Prof. Dr. Brieskorn-Zinke: Ich wollte nur ganz kurz zu diesem Thema „Information“ etwas zu bedenken geben. Also wenn Seniorentreffs und Seniorenvereinigungen sich eigentlich nur damit beschäftigen sollen, wie es denn sein würde, wenn man nicht mehr kann und pflegebedürftig wird? Das ist eigentlich zu viel. Ich finde, die Arbeit oder das Treffen von Senioren hat auch einen ganz anderen gesundheitsförderlichen Stellenwert als sich mit dieser Thematik auseinanderzusetzen. Krankheit und Pflegebedürftigkeit kommt in der Regel überraschend. Und vorher interessiert mich das

Johannes Weber,
**Kurator der Deutschen Altershilfe e.V. und
 Amt für Soziales der Stadt Wiesbaden**

„Im Ersten geht es darum, Plattformen zu schaffen, auf denen ältere Menschen ihre Kontakte entweder aufbauen oder weiter pflegen oder intensivieren können. Je sozialer eingebunden ein Mensch ist, desto leichter kommt er mit Lebenskrisen zurecht.“

nicht. Das ist so. Und es hat vielleicht auch Schutzfaktoren für die Gesundheit, dass es so ist. Das heißt, wir müssen wirklich nicht immer sagen: also ab 60, am besten ein Mal oder zwei Mal im Jahr zu einer Beratungsstelle gehen, damit ich die ganzen Gesetze kenne, die sich sowieso wieder verändern, und weiß, wo ich hingehen muss, wenn ich pflegebedürftig werde. Nein! Senioren sollen sich treffen, um gesellschaftliche Teilhabe und Spaß zu haben, aber auch Verantwortung zu übernehmen. Aber doch nicht immer über Pflegebedürftigkeit. Ich denke, wir brauchen Informationen, wenn der Punkt eingetreten ist, dann muss es klar sein, an wen ich mich wenden kann und dann muss es auch schnell gehen und gut organisiert sein. Das lässt sich machen. Wir sollten den Seniorenbüros nicht zu viele Aufgaben in Bezug auf Organisation von Pflege geben.

Publikum 6: Ich möchte noch mal auf die Finanzierung zurückkommen und die bedauerlichen Zustände, dass Projekte teilweise über das Ministerium für Soziales und Integration gefördert werden und eine Zeit lang laufen. Wie bei den Pflegebegleitern werden viele Intensionen und Intensivität reingesteckt und dann ist keine Nachhaltigkeit mehr gegeben, da die Gelder auslaufen. Und es ist bisschen bedauerlich und auch bedenklich in unseren Augen, dass neue Projekte mit ähnlichen Inhalten neu gestartet werden und das Vorhandene nun eigentlich brach liegt. Hier müsste, glaube ich, mehr ein Überblick geschaffen werden.

Karen Fuhrmann: Mehr Kontinuität in der Projektfinanzierung wird hier angesprochen.

Dr. Catharina Maulbecker-Armstrong: Das nehme ich gerne auf. Projektitis wird uns immer wieder vorgeworfen und auch zu Recht vorgeworfen. Deswegen haben wir

uns ganz bewusst 2010/2011 beim Nachhaltigkeitsprojekt der Landesregierung zum Thema Gesundheit beteiligt. Wir haben gesagt, wir machen erst einmal keine Projekte, sondern wir machen diese Landeskongresse, damit man erst einmal lernt, was überhaupt schon läuft, um ein Voneinander-Lernen zu ermöglichen. Wir haben erst mal einen Gesundheitsbericht veröffentlicht, wo wir erst einmal die Daten und Fakten der Gesundheit der fünf Millionen Hessinnen und Hessen darstellen. Online abrufbar ist dieser hessische Gesundheitsbericht unter: www.gesundheitsbericht.hessen.de. Die Daten des Hessischen Gesundheitsberichts sind eine sehr schöne Basis um selektiv zu überlegen, wo und wie, unter dem Nachhaltigkeitsaspekt, gefördert werden muss. Die Bewegungsparcours in Hessen stellen ein Projekt dar, was sich wirklich als nachhaltig erwiesen hat. Aber bei vielen anderen Projekten ist das tatsächlich so, dass nach einigen Jahren die Projektförderungen auslaufen. In der Landesregierung sind wir im Moment in der schwierigen Lage, dass wir eigentlich überhaupt keine Projekte mehr finanzieren können, die nicht gesetzlich vorgeschrieben werden, aufgrund der Schuldenbremse. Im Moment können wir fast nur Finanzierungen tätigen, die gesetzlich vorgeschrieben sind. Das ist natürlich auch keine gute Antwort, das weiß ich. Wir versuchen, so gut wie möglich mit der HAGE zusammen ein paar wenige Projekte zu suchen, die wir nachhaltig machen können. Ich glaube, unsere Landeskongresse heute ist ein gutes Beispiel. Wir sind jetzt in der vierten Durchführung der Landeskongresse und wir haben hier die Intention das weiter zu machen. Ich stimme ihnen vollkommen zu. Lieber weniger Projekte fördern und diese dann solide und nachhaltig verankern. Sie haben es bestimmt bereits aus der Presse entnommen, dass das Bundesgesundheitsministerium an einer Formu-

lierung eines Präventionsgesetzes arbeitet. Wir Länder rechnen damit ab Herbst, dass uns die ersten Entwürfe vorliegen. Ich bin sehr zuversichtlich, dass sich dort etwas bewegen wird.

Johannes Weber: Mir ist deutlich geworden, dass es natürlich viele strukturelle Mängel gibt, gerade was den Bereich der Pflege und auch der Unterstützung sowohl der Angehörigen angeht als auch den stationären Bereich. Da haben wir auch Vieles auch in den Foren gehört. Ich glaube, deutlich ist, Alter und Pflege ist kein positiv besetztes Thema. Und ich glaube, vor dem Hintergrund ist es auch nötig, dass wir das Thema Alter und das Thema Pflege und das Thema, wenn es zum Lebensende geht, mit welcher Dauer auch immer, offen diskutieren und das auch noch als eine Lebensphase wahrnehmen, in der Vieles möglich ist. Wir müssen das Thema Alter und Pflege auch positiv besetzen. Ich glaube, das ist ein ganz wichtiger Aspekt, der bei den ganzen strukturellen Problemen und Diskussionen ein bisschen zu kurz gekommen ist. Ich glaube, das ist etwas, was notwendig ist und wichtig ist. Und wir haben gehört, dass viele Ehrenamtliche oder viele Menschen sich ehrenamtlich auch in dem Bereich engagieren wollen, dass es Möglichkeiten der nachbarschaftlichen Unterstützung und Netzwerke gibt. Da braucht es nicht immer unbedingt ein Impuls von außen. Teilweise ist das sicherlich nötig, aber jeder selbst hat es in der Hand, seinen Nachbarn, seine Nachbarin kennenzulernen und nicht zu sagen, die guckt immer so komisch. Die Verantwortung liegt auch bei einem selbst zu gucken, was will ich herstellen an Netzwerken, welche Netzwerke will ich mir aufbauen, auch in Bezug auf das kommende Alter. Ich kann auch persönlich von mir sprechen: die Kinder sind aus dem Haus, eigentlich könnte ich woanders mit meiner Frau wohnen. Nur



wir haben ein entsprechend nachbarschaftliches, freundschaftliches Feld mit Beziehungen und Kontakten entwickelt, dass ich mir sage, das möchte ich nicht aufgeben. Das sind Strukturen, die einen tragen. Und ich glaube, das ist etwas, was man braucht, auch in Bezug auf die Beschwerden und Erwartungen, die das Alter auch mit sich bringt. Also mein Appell geht noch mal dahin, die Diskussion auch dahingehend zu führen und zu sagen: Alter ist eine wichtige Lebensphase, die Möglichkeiten der positiven Gestaltung gibt. Und man muss sich nicht vor dem Alter und auch nicht vor der Pflege fürchten. Vielleicht unter den Bedingungen, die es jetzt gibt, ja, aber wir wollen ja Dinge verändern. Also insofern gibt es einiges zu tun.

Maria Wiegand: Wenn Sie dieses Thema aufgreifen, möchte ich eines sagen: Ich wünsche mir für die pflegenden Angehörigen, dass Pflege als Tätigkeit genauso wertvoll ist wie Kindererziehung, dass es dazugehört und dass niemand sicher ist, dass er nicht mal pflegebedürftig wird. Er kann noch so sehr für sein Alter gesundheitlich vorsorgen, aber Unfälle und Krankheiten lassen sich nicht vermeiden. Und deswegen denke ich, muss das in der Gesellschaft klar werden, dass das eine anerkannte Tätigkeit ist. Und wenn wir als eine humanistische Gesellschaft gelten wollen, dann muss Pflege auch dazugehören. Und es muss auch dazugehören, dass man zu jemandem, der pflegt, mal sagt, wie geht es dir. Nicht immer nur die Frage, wie geht es dir – auch das alleine würde manches Mal schon dem einen oder anderen helfen. Und es sollte niemand Angst haben, wenn er berufstätig ist, zu sagen, ich muss heute ins Pflegeheim. Ich muss zum Kindergarten – das ist anerkannt. Aber: Ich muss ins Pflegeheim – da hat mancher noch Angst davor, dass er dann unter Umständen also

unsicherer Kantonist irgendwann seinen Job verliert. Und das sollte weg sein. Denn wie gesagt, Pflege kann jeden treffen. Und da möchte ich auch noch sagen, wichtig wäre auch, wie die Frau Professor Brieskorn sagte, dann so schnell wie möglich die passende und gute Beratung zu haben, wenn der Pflegefall eintritt. Denn vorher, das habe ich auch im Laufe der Jahre gemerkt, versucht jeder dieses Thema so gut wie es geht zu vermeiden. Und man weiß auch nicht, wann es einen trifft. Man muss nicht 60 Plus sein, es kann einen schon weit vorher treffen.

Karen Fuhrmann: Und das hat wiederum auch mit der öffentlichen Wahrnehmung zu tun, was Sie ansprechen. Wenn man das mit der Pflege von Kindern vergleicht: wenn man mit dem Kinderwagen durch die Straßen schiebt, dann lächeln alle freundlich und sprechen einen an und gucken in den Wagen. Wenn aber jemand mit einem Rollstuhl vorbeischiebt, dann will man eigentlich gar nicht drüber nachdenken, dass es einen selber treffen könnte. Da fehlt auch eine Offenheit für das Thema und für die, die es betrifft. Jetzt haben wir hier noch eine Wortmeldung.

Publikum7: Zuerst möchte ich noch mal das aufnehmen, was Frau Wiegand gerade gesagt hat. Alter und Pflege werden oft synonym verwendet. Dem möchte ich widersprechen. Pflege, Frau Wiegand hat es gesagt, kann jeden treffen, in jedem Alter. Ich kenne junge Erwachsene, die aufgrund von Behinderung pflegebedürftig sind, ich kenne 40-Jährige, die nach Schlaganfall oder mit MS pflegebedürftig sind. Ich kenne aber auch fitte Alte. Also das sind zwei Themen, die – zugegeben – ein Überschneidungsbereich haben, aber doch zwei Themen sind. Das zum Einen. Zum Zweiten, ich habe im Vortrag das Konzept von Frau Prof. Brieskorn-Zinke gehört, Kompetenz-

zentrum – klingt hervorragend, wenn der Sozialraum und Vieles zusammengeführt werden. Ich stelle mir nur gerade mit Grausen vor, das einem Stadtkämmerer zu erzählen. Wie kann man einem Stadt- oder Kreiskämmerer klarmachen, dass ein solcher Ansatz zwar auf den ersten Blick Geld kostet, aber auf den zweiten Blick eine ganze Menge Potentiale mobilisiert.

Karen Fuhrmann: Das würde ich gerne einen Moment liegenlassen und mit in die Schlussrunde nehmen. Aber erst noch die Dame im Publikum!

Publikum 8: Ich komme beruflich aus der Pflege und arbeite Teilzeit. Bei Kollegen und meinem Arbeitsgeber, der auch aus der Pflege kommt, wird es nicht wirklich anerkannt, wenn ich meinen Vater im Heim besuchen möchte. Es wird angenommen, dass man sich ja nicht mehr darum kümmern muss und man mehr Zeit für etwas anderes hat. Dass man aber im Heim als Betreuer auch Aufgaben übernehmen muss, dass man sich um Dinge kümmern muss, geht komplett unter und wird auch von Heimärzten nicht gerne gesehen. Und wenn man dann noch eine eigene Meinung hat, kann das sehr anstrengend sein. Das wollte ich einfach nur am Rande bemerken.

Karen Fuhrmann: Und das alles macht wieder Druck, wo wir wieder beim Thema sind, wie man als pflegender Angehöriger gesund bleiben kann. Die allerletzte Frage noch.

Publikum 9: Ich möchte auch nur ganz kurz an diesem finanziellen Aspekt anknüpfen, aber noch mal von einer anderen Seite. Es wurde ja offensichtlich in dem Forum 2 auch ein Konzept zum betrieblichen Gesundheitsmanagement vorgestellt. Da stellte sich für mich die Frage bzw. mir ist schon die Sinnhaftigkeit klar, aber von

*Professor Dr. Marianne Brieskorn-Zinke,
Evangelische Fachhochschule Darmstadt*

„Ich glaube wirklich nicht, dass die Hilfe für pflegende Angehörige in zusätzlichen Kursen liegt, auch nicht in Gesundheitskursen, sondern in der Möglichkeit, dass eine Pflegefachperson Zeit hat, den Angehörigen zu beraten, nämlich dann, wenn er es braucht. In dem Moment, in dem eine Besonderheit im Tagesablauf geschehen ist, braucht der pflegende Angehörige eine Unterstützung.“

Arbeitgeberseite kommt dann ja auch die Frage, wie rechnet sich das für den Arbeitgeber. Allgemein wird immer gesagt, und das erscheint natürlich auch plausibel, die Ausfallzeiten sind geringer. Aber gibt es einen wissenschaftlichen Ansatz, mit dem man betriebswirtschaftlich seinem Arbeitgeber das gut verkaufen bzw. schmackhaft machen kann?

Prof. Dr. Brieskorn-Zinke: Wenn Sie sich die Arbeiten von Prof. Dr. Badura anschauen, gibt es sehr gute Nachweise, dass sich ein betriebliches Gesundheitsmanagement rechnet. Er und sein Team haben sehr gute Diagnoseinstrumente entwickelt. Und es ist egal, ob sie eine Altenpflegeeinrichtung oder eine Produktionsfirma oder sonst etwas betrachten. Die Sachen sind schon nachgewiesen. Ich habe aber jetzt keine konkrete Studie vor Augen. Bei der neuen Initiative für Qualität in der Arbeit könnte man sicherlich anfragen. Ich bin auch davon überzeugt, dass Gesundheitsförderung oder Beziehungsgestaltung nicht nur nach betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten laufen kann, ganz sicher nicht. Aber wir als Gesellschaft, und ich bin Soziologin und da bleibe ich einfach dabei, wenn wir dem Beziehungsgeschehen, ob das alte Menschen, ob das Nachbarn, Pflegebedürftige, Menschen mit Behinderungen, oder Kinder sind, wenn wir das unter ökonomischen Gesichtspunkten alleine betrachten, dann sind wir eine arme Gesellschaft.

Karen Fuhrmann: Ich würde gerne noch mal auf den Vorschlag zu einem Kompetenzzentrum zurückkommen, das Haus des gesunden Alterns. Da war die Frage der Finanzierung. Jetzt gibt es im Moment das Konzept, dass überall Arzthäuser entstehen. Also der Unterschied ist einfach nur, dass diese Arztpraxen nicht verstreut sind, ansonsten sind einfach eigenständige Arztpraxen drin, die sich selber finanzieren

müssen. Wenn man so etwas bei dem Haus des gesunden Alterns konzipiert, also man nimmt die Seniorenberatung und den Pflegestützpunkt und bringt es einfach nur unter ein Dach, würde man es kostenneutral schaffen können?

Prof. Dr. Brieskorn-Zinke: Das weiß ich nicht. Aber dass die Arbeit im Pflegebereich und die gesellschaftliche Organisation von Pflege eine kommunale Aufgabe ist, da werden wir nicht drum rumkommen. Wenn ein Drittel der Leute in einer Kommune 70 Jahre und mehr überschreiten, dann müssen wir einfach auch Orte schaffen, die das regeln. Die Frage zur Finanzierung ist gut, weil die immer zuerst kommt. Ich kann Ihnen nur sagen: es gibt ein Altenheim bei uns in Darmstadt, da habe ich mit den Studenten ein Projekt gemacht. Dort sind so viele Ehrenamtliche, das ist schon gut organisiert. Ich kann mir das gut vorstellen, wie man dort anknüpfen könnte und das Pflegeheim zur Gemeinde hin öffnet. Ich habe ganz konkrete Ideen. Und die Frage der Finanzierung, die macht immer alles tot. Meine Ideen werden damit aber nicht tot gemacht. Ich weiß, wie es laufen könnte. Und Arzthäuser werden natürlich ganz anders finanziert und auch hofiert als ein Kompetenzzentrum für Pflege. Das ist eine gesellschaftliche Entscheidung und letztlich auch eine Entscheidung der Kommune. Wenn wir meinen, dass Gesundheit im Alter durch Ärzte herzustellen ist, okay, dann setzen wir uns in die Arztzimmer. Wenn wir aber glauben, dass Gesundheit im Alter durch Beziehungsarbeit zu gestalten ist, dann lassen wir uns das auch was kosten.

Karen Fuhrmann: Was gibt das Land dazu, Frau Maulbecker-Armstrong? Also ganz offensichtlich fehlt der Pflege die Lobby. Was macht die Politik? Können Sie das featuren, so ein Kompetenzzentrum?

Dr. Catharina Maulbecker-Armstrong: Ich bin keine Politikerin, aber Pflegestützpunkte zu schaffen, Seniorenbeiräte zu fördern, ist ein Ansatz, den wir von Seiten der Verwaltung mit verfolgen, begleiten und beobachten. Ich nehme von heute mit, was Sie zum Kompetenzzentrum gesagt haben. Wir werden daran weiter arbeiten bzw. uns beschäftigen und überlegen, wie man vor Ort in den Kommunen die Strukturen schaffen kann. Diese Ebene ist aber auch ein Stückweit die Hoheit der Kommune. Dies ist auch richtig so, da die Strukturen in den Kommunen unterschiedlich sind. Wiesbaden hat eine ganz andere Struktur als die in Wetterau. Von uns nimmt heute jeder mit, zu überlegen, wie man ein Haus des Alterns oder ein Gesundheitszentrum oder so etwas wie ein Kompetenzzentrum schaffen und mit den Strukturen, die wir vor Ort bereits haben, umsetzen kann. Letztendlich ist es dann auch die Hoheit der Kommune zu schauen, wo sie die Prioritäten zwischen helfen und pflegenden Angehörigen oder Pflegeschafft legen.

Karen Fuhrmann: Spielen wir den Ball doch noch mal zur Kommune. Herr Weber, auch zu dieser Frage, das Haus des gesunden Alterns oder Kompetenzzentrum: wie kann eine Kommune ein Dach darüber bauen? Ich habe noch die ganze Zeit im Kopf: könnte es vorübergehend vielleicht auch ein digitales Dach sein? Wir haben nun mal diese Möglichkeiten mit dem Internet, Dinge zu vernetzen, wie wir es vielleicht noch nicht immer gleich physisch zusammenbringen können, aber eben in der Netzwelt könnte es gehen.

Johannes Weber: Wenn ich in Wiesbaden den Vorschlag mache, Haus zu bauen, ich sage es mal bildlich, dann ist die erste Frage, hast du ein Grundstück? Und daran scheitert es dann schon die nächsten sieben Jahre. Worum es geht, da bin ich völlig bei

Ihnen, das ist die Kompetenzen zu bündeln, dass sie möglichst an den Stellen, die Kontakt zu den Menschen haben, abrufbar sind. Und es muss relativ egal sein, ob man jetzt Akteur aus dem sozialen Sektor oder aus dem Gesundheitssektor oder der stationären Pflege trifft, die jeweils anderen Kompetenzen müssen abrufbar sein. Wenn wir das schaffen, dann sind wir schon einen riesen Schritt weiter. Dreh- und Angelpunkt in Wiesbaden sind die Beratungsstellen für selbstständiges Leben im Alter. Zu den Finanzen: wir haben 16 Stellen Sozialarbeit, Sozialpädagogik aus 100% städtischen Mitteln finanziert. Das ist nicht, weil wir ein Luxusgutschein haben, sondern weil wir auch auf die Finger geschaut bekommen, wie sind denn die Ausgaben oder welche Mittel haben wir einzusetzen für die Hilfe zur Pflege stationär und die Hilfe zur Pflege ambulant. Ich will nicht weiter darauf eingehen, aber gute Beratung und Koordination kostet. Es werden aber auch Mittel begrenzt, und zwar auf das Notwendige, auf das wirklich Notwendige und das, was tatsächlich gebraucht wird. Das heißt. Kompetenzen zu bündeln. Dabei wir dürfen unsere hausärztlichen, fachärztlichen Praxen nicht vergessen. Wir haben es geschafft in Wiesbaden, in den letzten 14 Jahren fallbezogene, situationsbezogene Kooperation zwischen den Beratungsstellen zu mehr als 70 Prozent der hausärztlichen Praxen herzustellen. Das heißt, wenn eine Beratungsstelle feststellt, dass medizinische Hilfe erforderlich ist, transportiert sie das in die hausärztliche Praxis. Ich glaube, in diese Richtungen müssen wir weiter arbeiten und natürlich die neuen Möglichkeiten der Kommunikation und der Plattformen nutzen.

Karen Fuhrmann: Herr Rau, aus Sicht der Senioren würden Sie sagen: ja, wir hätten da auch gerne einen Anlaufpunkt für alle diese Fragen, ein Haus der Kompetenzen

oder würde es auch digital gehen? Ist das bei der Zielgruppe machbar?

Friedel Rau: Ich sage mal jetzt von der Landes seniorenvertretung aus betrachte ich es mehr, von der Seite des ländlichen Raums. Und da wird es besonders schwierig sein. Denn wenn Sie beispielsweise wie bei uns an der Bergstraße Heppenheim nehmen und sagen, da machen wir jetzt ein Haus der Kompetenz, dann werden wir nicht die Leute im [Groxheimer] Tal, die auch zum Landkreis Bergstraße gehören, oder [Hierschbronn] auf der hessischen Seite erreichen können. Meine Meinung ist die, dass wir aufgrund des demografischen Wandels sehr stark darauf eingehen sollten, und das muss eben auch die Landesregierung erfahren und kapieren, dass es immer mehr ältere Menschen gibt, die in allen Bereichen zu vertreten sind, im städtischen wie auch im ländlichen Bereich. Und ich denke, dass auch die älteren Menschen, um das jetzt mal provokativ zu sagen, eine gewisse Macht haben, da sie die Fähigkeit haben zu wählen.

Karen Fuhrmann: Reicht Ihnen das, Frau Wiegand, die Fähigkeit zu wählen? Oder was würden Sie an Appell aus Ihrer Erfahrung, aus Ihrer Arbeit in den Gesprächen mit anderen Pflegenden sagen, was ist wirklich wichtig?

Maria Wiegand: Es reicht nicht ganz. Es gibt schon eine Menge älterer Menschen, die mit dem digitalen Zeitalter nicht mehr zurechtkommen und das auch nicht mehr werden. Ich denke, es wird mindestens zehn Jahre dauern bis man sich ausschließlich auf das Digitale beschränken kann. Und die Frage ist ja immer noch: wie viel Demenzpersonen oder Menschen mit einer leichten Demenz können an digitalen Zeitalter weiter teilnehmen? Ich glaube, es wäre nach wie vor gut, wenn es eine

Möglichkeit zur Kommunikation gäbe. Mancher ist ganz einfach auch froh, wenn er hingehen und mit einem Menschen reden kann und nicht mit einem Computer. Der kann nämlich unter Umständen anders Auskunft geben und er kann auch ein bisschen Mitgefühl usw. zeigen, was ein Computer nicht kann. Man kann durchaus die digitalen Möglichkeiten nutzen, aber man muss auch Vernetzung innerhalb des Wohnumfeldes schaffen. Ich glaube, das wäre für manche pflegende Angehörige eine Hilfe. Auch sportliche Möglichkeiten, die leicht erreichbar sind, so dass man vielleicht in der Zwischenzeit der Pflege das nutzen kann. Nicht jeder hat immer eine Vertretung und nicht jeder Gepflegte braucht ständig eine Vertretung. Und das wäre auch etwas, was ich mir wünschen würde, für die pflegenden Angehörigen.

Karen Fuhrmann: Also nah dran muss es sein.

Maria Wiegand: Ja, nah dran, wenn es möglich ist.

Karen Fuhrmann: Ganz herzlichen Dank, Ihnen hier auf dem Podium, Ihnen im Publikum für ihre Aufmerksamkeit und für das Mitdiskutieren. Das Thema wird uns sicher weiter beschäftigen und es wird sicher auch immer drängender. Ich möchte schließen mit einem Gedicht von Johann Wolfgang Goethe, das heißt „Das Alter“, das kennen Sie vielleicht. „Das Alter ist ein höflich Mann, einmal über das andere klopft er an, aber nun sagt niemand, herein. Und vor der Tür will er nicht sein. Da klingt er auf, tritt ein, so schnell und nun heißt's, er sei ein grober Gesell.“ Also, ich denke, zu früh kann man sich über diese Themen nicht Gedanken machen. Und es ist gut, dass wir darüber gesprochen haben. Aber trotzdem muss leider wieder Vieles offenbleiben. Ganz herzlichen Dank Ihnen.

Maßnahmenevaluation: Resonanz der Teilnehmerinnen und Teilnehmer

Carolin Becklas, HAGE e.V.

54

Maßnahmenevaluation

Im Rahmen der 4. Landeskonzferenz „Altersbilder im Wandel – Förderung und Erhalt von Gesundheit in der Pflege“ fand eine Befragung zur Evaluation der Veranstaltung statt. Alle Besucherinnen und Besucher erhielten einen Fragebogen mit ihren Tagungsunterlagen und konnten diesen ausgefüllt in eine Rückgabebox am Tagungsbüro anonym einwerfen. Neben der

allgemeinen Beurteilung der Fachtagung wurden die Relevanz und Zufriedenheit inhaltlicher Aspekte der Veranstaltung abgefragt. Die Zufriedenheit mit den Veranstaltungsgegebenheiten konnte ebenfalls beurteilt werden. Des Weiteren wurden Informationen über die Informationskanäle und die Zusammensetzung der Befragten hinsichtlich des Geschlechtes erhoben. 21

Teilnehmerinnen und Teilnehmer von 97 haben sich an der Befragung beteiligt. Dies entspricht einem Rücklauf von rund 20%.

Insgesamt ergab die Befragung hohe Zufriedenheitswerte, wie in der folgenden Abbildung zu sehen ist. Im Durchschnitt waren die Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit der Organisation und dem Veranstaltungsort gleichermaßen sehr zufrieden. Der Informationsumfang und die Fachtagung insgesamt werden durchschnittlich mit 1,76 bzw. 1,95 „gut“ bewertet. Ebenso mit einer guten Note werden das Catering, die Austauschmöglichkeiten, die Mischung aus Theorie und Praxis sowie die Anregungen für die eigene Arbeit eingeschätzt. Lediglich die Gewinnung neuer Erkenntnisse werden vergleichsweise schlechter, aber immerhin mit „gut“ (2,33) eingestuft.

Hessisches Ministerium für Soziales und Integration

4. Landeskonzferenz Hessen Gesund Altern

Altersbilder im Wandel – Förderung und Erhalt von Gesundheit in der Pflege

Herzlich Willkommen!

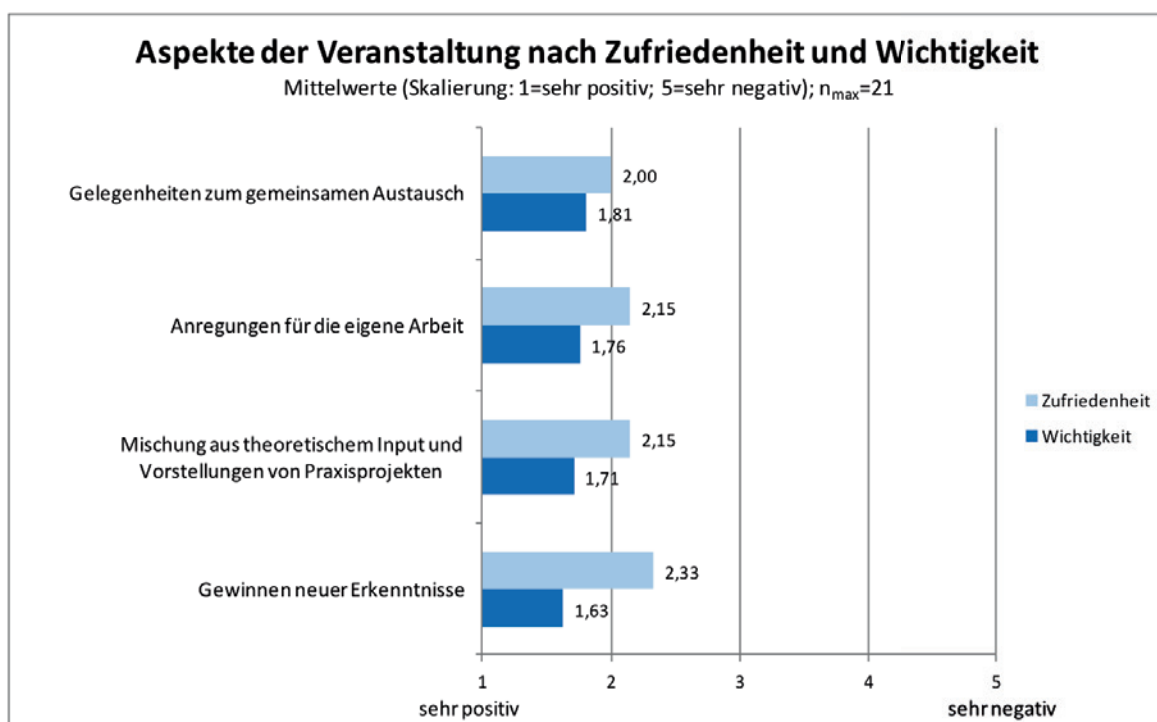
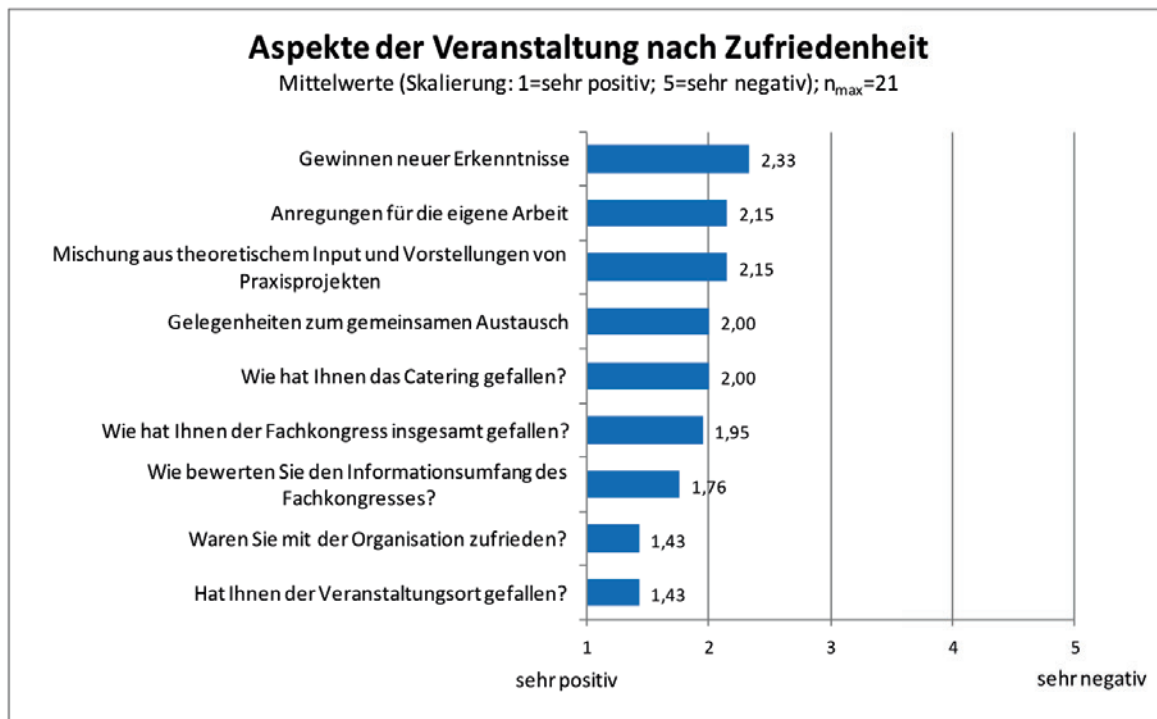
Mittwoch, 02. Juli 2014
Haus am Dom, Frankfurt am Main

BZgA
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

HAGE

In der folgenden Abbildung werden die Werte der Zufriedenheit mit denen der Einschätzung zur Wichtigkeit dargestellt. Den antwortenden Teilnehmer/innen war das Gewinnen neuer Erkenntnisse mit dem Mittelwert von 1,6 am wichtigsten. Die Differenz zur Zufriedenheit (2,3) ist hier am größten. Die geringste Differenz ist hingegen zwischen der Wichtigkeit und Zufriedenheit in den Gelegenheiten zum gemeinsamen Austausch zu beobachten.

Die Darstellung der einzelnen Ergebnisse werden zur abschließenden Übersicht in der Reihenfolge des Fragebogens aufgeführt. Hier werden relative Häufigkeiten der Fragebogenitems in Prozent und absolute Häufigkeiten in Klammern aufgeführt. Zur besseren Orientierung wird der höchste Wert einer Variablen optisch hervorgehoben.



Wie hat Ihnen die Konferenz insgesamt gefallen? (n= 21)

28,6% (6)	52,4% (11)	14,3% (3)	4,7% (1)	./.
sehr gut	gut	teils/teils	bedingt	gar nicht gut

Wie bewerten Sie den Informationsumfang der Konferenz? (n = 21)

42,9% (9)	42,9% (9)	9,4% (2)	4,8% (1)	./.
umfassend	ausreichend	teils/teils	lückenhaft	gar nicht

Hätten Sie gern weitere Themen im Programm gehabt? (n= 19)

63,2% (12)	Nein			
36,8% (7)	Ja, welche: <ul style="list-style-type: none"> • Mehr pflegende Angehörige, Betroffenenenerfahrung • Vereine vor Ort (Sport und Freizeit) • Konkrete Maßnahmen zur Gesundheitsförderung/Prävention • Mehr praktische Beispiele • soziale Isolation vs. Gemeinschaftswohnen 			

Waren Sie mit der Organisation zufrieden? (n= 21)

71,4% (15)	19,0% (4)	4,8% (1)	4,8% (1)	./.
sehr zufrieden	zufrieden	teils/teils	bedingt	gar nicht zufrieden

Hat Ihnen das Catering gefallen? (n= 21)

33,3% (7)	42,9% (9)	19,0% (4)	./.	4,8% (1)
sehr gut	gut	teils/teils	bedingt	gar nicht gut

Hat Ihnen der Veranstaltungsort gefallen? (n= 21)

61,9% (13)	33,3% (7)	4,8% (1)	./.	./.
sehr gut	gut	teils/teils	bedingt	gar nicht gut

Hat Ihnen der Veranstaltungsort gefallen? (n= 21)

33,3% (7)	19,0% (4)	9,5% (2)	38,2% (8)
Forum 1: Bedarfe pflegender Angehöriger	Forum 2 In der Pflege Berufstätige	Forum 3 Zielgruppe Pflegebedürftige	Forum 4 Beratung/Begleitung für Angehörige

Durch wen oder wodurch haben Sie von der Fachtagung erfahren? (n= 21)

47,7% (10)	Ich wurde direkt angeschrieben.
19,0% (4)	Ich wurde durch das Internet auf die Veranstaltung aufmerksam.
33,3% (7)	Ich wurde direkt angeschrieben + Ich wurde durch das Internet auf die Veranstaltung aufmerksam. <ul style="list-style-type: none"> • Durch eine/einen Kollegin/Kollegen (2) • Seniorenbegleitung • Hochschule • Interessenselbstvertretung pflegender Angehöriger (IspAn) • Netzwerkverteiler

Weitere Informationen zur Person (n= 20)

90,0% (18)	weiblich	10,0% (2)	männlich
------------	----------	-----------	----------

Für weitere Anmerkungen und Anregungen sind wir Ihnen dankbar.

Lob/Kritik

- Grußworte waren zu lang (3)
- Fachdozenten waren sehr gut!
- Forum etwas ausführlicher beschreiben im Flyer bzw. Werbung; die verschiedenen Foren hatten sehr interessante Themen und Referenten, leider konnte nur eines besucht werden. Schade!
- Kleiner Tadel: Mikrofone nicht alle gleich laut.
- Noch mehr Raum für Fragen in der Diskussion wäre schön.
- Warme Suppe wäre super gewesen oder warmes finger food - sonst sehr lecker.

Referentenverzeichnis

58

„Altersbilder im Wandel – Förderung und Erhalt von Gesundheit in der Pflege“

Prof. i.R. Dr. phil. Marianne Brieskorn-Zinke

Professorin für
Gesundheitswissenschaften
Evangelische Hochschule Darmstadt
Protestant University of Applied Sciences
Darmstadt
Zweifalltorweg 12
64293 Darmstadt

Dr. Martina Wolfinger

Katholische Stiftungsfachhochschule
München
Abt. Benediktbeuern
Don-Bosco-Straße 1
83671 Benediktbeuern

Dr. Cornelia Seitz

Bildungswerk der Hessischen Wirtschaft
e.V.
Forschungsstelle
Parkstraße 17
61231 Bad Nauheim

Dr. Astrid Sonntag

HTWK Leipzig
Forschungs- und Transferzentrum
Postfach 301166
04251 Leipzig

Paul Fuchs-Frohnhofen

MA&T Sell & Partner GmbH
Karl-Carstens-Straße 1
52146 Würselen/Aachener Kreuz

Rebekka Hoher

Hochschule Fulda
Marquardstr. 35
36039 Fulda

Michaela Gessner und Marika Deumert

Wohnstift Reppersberg
Nußbergterrasse 10
66119 Saarbrücken

Iris Groß und Ulrike Granzin

Landeshauptstadt Wiesbaden
- Der Magistrat -
Amt für Soziale Arbeit
Beratungsstellen für selbständiges Leben
im Alter
Konradinerallee 11
65189 Wiesbaden

Marlies Ritter

Bildungszentrum des Frankfurter Verbandes
Alexanderstr. 59
60489 Frankfurt am Main

