

AUSGABE 02 | November 2019

Stadtpunkte **THEMA**



Informationen zur Gesundheitsförderung



Thema

Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege

Aus dem Inhalt

Martina Hasseler
Programmatische und
gesetzliche Herausfor-
derungen

Beate Blättner
Gesundheitsförderung
im Setting stationäre
Pflege

Birgitt Höldke
Neue Chancen für
Gesundheitsförderung



Liebe Leser*innen,

mit dem Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention (Präventionsgesetz – PrävG) haben die Pflegekassen den Auftrag erhalten, Maßnahmen zur Gesundheitsförderung in (teil)stationären Pflegeeinrichtungen durchzuführen. Dahinter steckt der Ansatz, dass pflegebedürftige Menschen Gesundheitspotenziale haben, die zu fördern sind – trotz körperlicher, kognitiver oder psychischer Beeinträchtigung. Der Paragraph 5 im Sozialgesetzbuch (SGB XI) Elftes Buch, Soziale Pflegeversicherung regelt die Prävention in Pflegeeinrichtungen und betont den Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation. Die Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention soll auch in der stationären Pflege konsequent dem Settingansatz folgen. Maßnahmen sollen sowohl verhältnis- als auch verhaltensorientiert sein und partizipativ entwickelt werden. Pflegebedürftige, ggf. auch Heimbeiräte, Angehörige und gesetzliche Betreuungen sollen bei der Ermittlung von Gesundheitsrisiken und -potenzialen, der Entwicklung von Lösungsstrategien sowie der Evaluation von Maßnahmen beteiligt sein.

Der GKV-Spitzenverband hat im Leitfaden „Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI“ die in Absatz 1 aufgeführten „Kriterien für die Leistungen [...] insbesondere hinsichtlich Inhalt, Methodik, Qualität, wissenschaftlicher Evaluation und der Messung der Erreichbarkeit der mit den Leistungen verbundenen Ziele“ beschrieben. Auf dieser Basis ist es möglich, mit finanzieller Unterstützung der Kranken- und Pflegekassen sowohl Gesundheitsförderung für Pflegebedürftige, als auch Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung für Beschäftigte zu realisieren.

In dieser Stadtpunkte-Ausgabe werfen wir einen Blick auf Prävention und Gesundheitsförderung in der stationären, teilstationären oder ambulanten Pflege und betrachten dabei Grundsätzliches und Spezifisches. So machen z.B. die Einführungsbeiträge von Martina Hasseler und Beate Blättner deutlich, dass die Themen Gesundheitsförderung und Prävention im Setting Langzeitpflege grundsätzlich keine neuen Themen sind – mit dem Präventionsgesetz werden sowohl Chancen und Herausforderungen sichtbar, vor die die Einrichtungen nun gestellt sind: Gesundheitsförderung unter Berücksichtigung bzw. in Abgrenzung zu den bereits bestehenden Paragraphen mit präventiven und gesundheitsförderlicher Inhalten umzusetzen.

Wir stellen unterschiedliche Praxisansätze vor, u.a. beleuchten wir Ansätze der interkulturellen Öffnung und der Arbeits- und Gesundheitssituation von Pflegekräften mit Migrationshintergrund, berichten über Ansatzpunkte im Rahmen der Umsetzung der Landesrahmenvereinbarung in Hamburg und zeigen auf, welche Erfahrungen z.B. mit einer spielbasierten digitalen Informations- und Lernumgebung gemacht werden, die das Ziel verfolgt physische und psychische Belastungen bei Pflegekräften abzubauen.

Wir wünschen Ihnen, liebe Leser*innen, eine anregende Lektüre.

Bei allen Autor*innen möchten wir uns ganz herzlich für ihre Beteiligung an dieser Ausgabe bedanken.

Petra Hofrichter und Team

Inhalt

- 2 Editorial
- 3 Thema
- 3 Programmatische und gesetzliche Herausforderungen in der pflegerischen Gesundheitsförderung und Prävention
Martina Hasseler
- 6 Gesundheitsförderung im Setting stationärer Pflege
Beate Blättner
- 7 Arbeits- und Gesundheitssituation von Pflegekräften mit Migrationshintergrund in der ambulanten Pflege
Benjamin Schilgen, Mike Mösko
- 9 Qualitätsorientierte Prävention und Gesundheitsförderung in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Pflege
Anke Tempelmann, Miriam Ströing, Christian Hans
- 10 „Stress-Rekord“ – Das Spiel mit dem Stress
Cornelia Schade, Elena Dumont
- 12 Gute Pflege von Menschen mit Demenz
Heiko Stehling
- 13 Neue Chancen für Gesundheitsförderung
Birgitt Höldke
- 14 Ansteckende Gesundheit
Isabelle Rudolph, Tanja Sädtler, Theresa Vanheiden, Birgit Wolff
- 16 Betriebliche Vereinbarkeitslotsen Pflege und Beruf
Christine Jordan, Angelika Tumuschat-Bruhn
- 18 „Ich habe meine Mutter getauscht“
Nele Mindermann, Kristina Woock, Linda Völtzer
- 19 Impressum

Bestellen Sie unseren Newsletter „Stadtpunkte Aktuell“: newsletter@hag-gesundheit.de oder unter www.hag-gesundheit.de. Er informiert Sie sechs Mal im Jahr über Aktivitäten und Veranstaltungen der HAG sowie über gesundheitspolitische Themen und Termine in Hamburg und auf Bundesebene.

Programmatische und gesetzliche Herausforderungen in der pflegerischen Gesundheitsförderung und Prävention

Martina Hasseler

Gesundheitsförderung und Prävention sind in der Langzeitpflege keine neuen Themen, auch wenn die Einführung des § 5 Sozialgesetzbuch (SGB) XI (Prävention) diesen Eindruck erscheinen lässt. Aber Prävention und Gesundheitsförderung sind der gerontologischen Pflege inhärent. In der professionellen Altenpflege sind die Stärkung der Potenziale älterer Menschen, die kompetenzorientierte, gesundheitsförderliche sowie selbstständigkeitsorientierte Pflege seit vielen Jahren Bestandteil der Ausbildung. Als bedeutsame Themen in der Altenpflege werden beispielsweise diskutiert und inhaltlich vermittelt: Mobilität, Mobilitätsförderung, aktivierende Pflege, soziale Bereiche des Lebens sichern und gestalten (z. B. Kontakte bei Kommunikationsproblemen fördern, Hilfsmittel wie Hörgeräte sichern etc.), Bewohner*innen aktivieren und unterstützen, Förderung kognitiver und sozialer Kontakte unterstützen.

§ 5 SGB XI Prävention

Mit der Einführung von § 5 SGB XI wird das Setting stationäre Langzeitpflege sowie eine besonders vulnerable Bevölkerungsgruppe für diese Thematik ausdrücklich gesetzgeberisch berücksichtigt. Die Pflegekassen werden nun verpflichtet, entsprechende Maßnahmen und Interventionen zu fördern. Vor diesem gesetzlichen Hintergrund erfahren gesundheitsförderliche und präventive Maßnahmen für diese vulnerable Bevölkerungsgruppe neue Relevanz. Das erhöht ggf. die Möglichkeiten professioneller Berufsgruppen und der Leistungserbringer, präventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen und Interventionen umzusetzen und fördern zu lassen. Es ist anzunehmen, dass darüber hinaus zukünftig Fragen nach wirksamen und wirkungsreichen Maßnahmen und Interventionen in den Vordergrund der Diskussion rücken.

Aber es bleiben für die Umsetzung diverse Fragen, Themen und Einschränkungen, die in diesem Beitrag kurz skizziert werden.

Pflegebedürftige in stationärer Langzeitpflege

Von den derzeit 2,9 Millionen Pflegebedürftigen leben etwa 27 % in stationären Pflegeeinrichtungen. Davon sind die meisten Bewohnenden über 80 Jahre alt und weisen höhere Pflegegrade auf. Der Heimeinzug erfolgt immer später mit der Folge, dass die meisten in Pflegeheimen wohnenden Menschen bereits einige Jahre mit progredient voranschreitender Pflegebedürftigkeit zu Hause wohnten. Daraus resultiert, dass die Wohnverweildauer in Pflegeheimen in den letzten Jahren gesunken ist. So sind zwei Jahre nach erfolgtem Heimeinzug etwa 52 % aller männlichen Neuzugänge und 35 % aller weiblichen Neuzugänge verstorben. Kurz zusammengefasst: In Pflegeheimen wohnen zunehmend Menschen mit höheren Pflegebedarfen und höheren Pflegegraden in immer kürzeren Wohnzeiten.

Die Herausforderung ist vor diesem Hintergrund, wie für diese hochaltrige und pflegebedürftige Klientel sinnvolle, wirksame und lebensqualitätsfördernde gesundheitsförderliche und präventive Maßnahmen umgesetzt werden können. Diese müssen sowohl für die Bewohnenden unter Beachtung der Selbstbestimmung, Autonomie wie auch den derzeit fragilen Rahmenbedingungen der Finanzierung von Leistungen und des Fachkräftemangels umsetzbar sein. Des Weiteren ist zu beachten, dass die Forschungslage hinsichtlich wirkungsvoller Prävention und Gesundheitsförderung in der Langzeitpflege nicht hinreichend ausgeprägt ist. Dieser Befund hängt möglicherweise damit zu-

sammen, dass in den betreffenden wissenschaftlichen Disziplinen weder die Ziele von Prävention und Gesundheitsförderung in stationärer Langzeitpflege und in den Maßnahmen und Interventionen noch die theoretischen Grundlagen sowie die angemessenen Forschungsdesigns und Parameter untersucht sind.

Gesetzliche Herausforderungen

Vom Gesetzgeber ist gefordert, dass sich die Förderung der Maßnahmen nach § 5 SGB XI von aktivierender Pflege (§ 11 Abs. 1) sowie von § 18 Abs. Satz 4 (Maßnahmen zur Verhütung und Verschlimmerung von Pflegebedürftigkeit) abgrenzt. Im Leitfaden des GKV-Spitzenverbandes (GKV-SV) zu Prävention in Langzeitpflege ist gefordert, dass eine weitere Abgrenzung zu den §§ 41, 42, 43, 87b, 113a SGB XI erfolgen muss.

Im Leitfaden des GKV-SV zu Prävention in der Langzeitpflege wird betont, dass im Kontext von § 5 SGB XI insbesondere die Verhältnisprävention und partizipative Organisationsentwicklung für die Umsetzung von Maßnahmen und Interventionen der Prävention in der stationären Langzeitpflege unterstützt werden sollen. Vor diesem Hintergrund ist inhaltlich nachvollziehbar, dass eine Abgrenzung zu den zitierten Paragraphen mit präventiven und gesundheitsförderlichen Inhalten bestehen soll. Gleichwohl muss angemerkt werden, dass bspw. aktivierende Pflege nie inhaltlich wie leistungsrechtlich abgegrenzt wurde. Bis jetzt lassen sich keine konkreten Leistungen aus § 11 Abs. 4 ableiten. Er hat bis zum heutigen Tag eher den Anspruch einer normativen Forderung. Gleichwohl kann formuliert werden, dass „aktivierende Pflege“ einen gesundheitsförderlichen Ansatz beinhaltet, da es den Erhalt und die Förderung der Eigenständigkeit und Kompetenzen unter Berücksichtigung der physischen, psychischen und sozialen Ressourcen fokussiert. Allerdings hat die nationale Präventionskonferenz eine sehr enge Eingrenzung der aktivierenden Pflege vorgenommen, indem sie diese unbegründet mit der Umsetzung von Prophylaxen gleichsetzte. Damit wird jedoch professionelle Pflege auf körperfunktionsorientierte Vorgehensweisen und klassische biomedizinisch orientierte prophylaktische Maßnahmen reduziert. Zudem wird ein richtungsorientiertes Pflegeverständnis perpetuiert. Der professionellen Pflege wird ein gesundheitsförderlicher Ansatz genommen, der jedoch tief in ihrer Identität verwurzelt ist. Dieses generiert sich allein aus einer sehr engen Auslegung des SGB XI, das professionelle Pflege mit einem Teilleistungsrecht gleichsetzt. Diese Lesart ist sehr verkürzt und unange-



messen, da professionelle Pflege über die Berufsgesetze und nicht über das SGB XI definiert wird.

Aus wissenschaftlicher und fachlicher Perspektive liegen noch zahlreiche Fragen zum Konstrukt „aktivierende Pflege“ vor, z. B.:

- Auf welchen konzeptionellen Grundlagen beruht aktivierende Pflege/Empowerment in der Pflege?
- Wie kann aktivierende Pflege effektiv umgesetzt werden?
- Was sind Merkmale aktivierender Pflege/Empowerment in der Pflege? Welche Potenziale liegen in einer gesundheitsfördernden Pflege?
- Welche Maßnahmen/Interventionen sind in diversen Settings/Sektoren für definierte Zielgruppen wirksam?

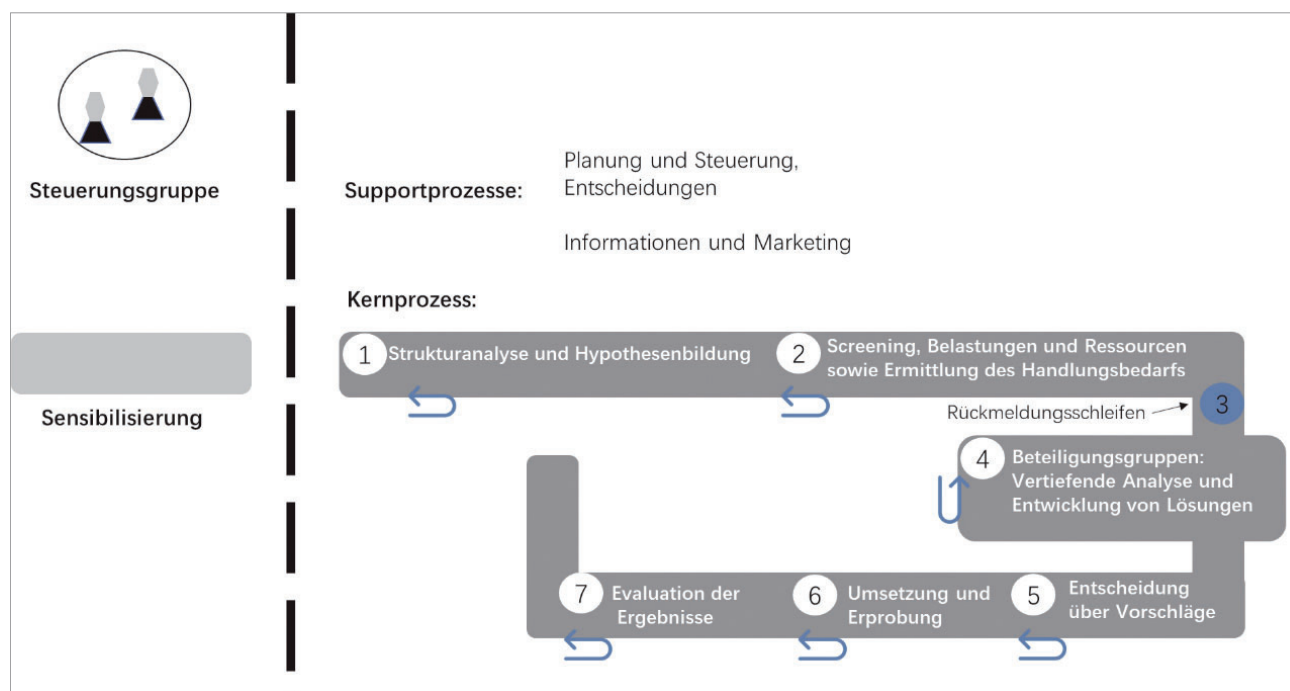
Des Weiteren ergibt sich nach derzeitiger wissenschaftlicher und fachlicher Lage nicht, wie sich die Förderung von Prävention und Gesundheitsförderung in § 5 SGB XI von Maßnahmen und Interventionen zur Verhinderung, Vermeidung von Pflegebedürftigkeit gemäß § 18 SGB XI oder beispielsweise von § 43b SGB XI oder § 71 SGB XI und weitere abgrenzen lassen. Zusammenfassend ist kritisch zu reflektieren, dass mit der Einführung dieses Präventionsparagrafen zwar Prävention in der stationären Langzeitpflege gefördert wird, jedoch die Vorgaben etwas künstlich trennen, was eigentlich zusammengehört. Mit § 5 SGB XI wird ggf. eine Fragmentierung selbstständigkeitsorientierter, aktivierender, präventiver und gesundheitsförderlicher Maßnahmen und Interventionen in stationärer Langzeitpflege erreicht. Möglicherweise wird die Versorgung von pflegebedürftigen Menschen weiter in einzelne Paragrafen zerlegt, die sich ggf. gegenseitig ausschließen oder hohe Überschneidungen aufweisen und dann nicht nach § 5 SGB XI förderfähig sind.

Pflegeeinrichtungen als gesundheitsfördernde Einrichtungen

Im bereits erwähnten Leitfaden des GKV-SV zu Prävention in stationärer Langzeitpflege wird eine partizipative Organisations-

entwicklung angeregt, um auf diesem Wege die Verhältnisprävention zu entwickeln. Die Pflegekassen übernehmen damit eine beratende Funktion für eine gesundheitsfördernde Organisationsentwicklung. Die Chance einer solchen Herangehensweise liegt darin, dass Gesundheit aus der Perspektive aller Beteiligten als Wert Einzug in die Einrichtungen findet, da ein Ziel einer gesundheitsförderlichen Organisationsentwicklung darin besteht, dass die Beschäftigten – und in diesem Fall auch die pflegebedürftigen Bewohner*innen – sich mit dem Gegenstand identifizieren. Demzufolge sind im Bereich der stationären Langzeitpflege die Prozesse und Strukturen so zu gestalten, dass die Gesundheit der Bewohner*innen und aller Beschäftigten bestmöglich gestärkt und die Verschlechterung der Gesundheit und eine Progression der Pflegebedürftigkeit verhindert werden. Pflegeeinrichtungen sind mit einem partizipativen Ansatz aufgefordert, den Gesundheits- bzw. Präventionsbedarf gemeinsam zu definieren und zu artikulieren, worauf der Fokus der gesundheitsfördernden Organisationsentwicklung gerichtet werden soll. Jede Einrichtung bestimmt also für sich, was Gesundheit in ihrem organisationalen Kontext umfasst. Die Partizipation kann z. B. mit Hilfe eines Steuerungsgremiums, das aus Mitgliedern aller Personengruppen in stationärer Langzeitpflege besteht und durch ständige Feedbackschleifen während des Umsetzungsprozesses präventiver und gesundheitsförderlicher Leistungen eingebunden wird, hergestellt werden. Dieser Ansatz geht davon aus, dass eine gesundheitsfördernde Organisationsentwicklung nur dann evolviert, wenn der Handlungsrahmen von den Pflegeeinrichtungen selbst geschaffen wird. Für eine erfolgreiche Entwicklung in Richtung gesundheitsfördernde Organisationsentwicklung ist dabei von Bedeutung, dass die Initiierung, Durchführung sowie Evaluation von präventiven Maßnahmen und Interventionen aus Pflegeeinrichtungen heraus erfolgen sollte.

In der Umsetzung ist es möglich, sich am Vorgehensmodell der betrieblichen Gesundheitsförderung von Pieck zu orientieren.



(Hasseler, Gellert, Reupke 2018)

Dem Vorgehensmodell liegt ein theoretisch begründetes Wirkungsmodell zugrunde, das ermöglicht, sich an Strukturen und Rahmenbedingungen der Einrichtungen anzupassen. Es kann dazu dienen, den Alltag von Bewohnenden sowie die Arbeitsbedingungen von in der Pflege tätigen Akteuren gesundheitsfördernd zu gestalten. Darüber hinaus kann analysiert werden, mit Hilfe welcher Maßnahmen gesundheitsförderliche Elemente in die Organisationen implementiert werden können. Die Steuerungsgruppe hat eine besondere Funktion. Sie sollte aus Mitgliedern aller Hierarchieebenen (z. B. Führungskräfte, Pflegefachpersonen, Bewohnende der Einrichtungen, pflegende Angehörige etc.) bestehen, damit zielgruppen- und organisationsangemessene Maßnahmen und Interventionen aus den Handlungsfeldern umgesetzt werden. Für Pflegeeinrichtungen bedeutet dieses, dass Maßnahmen der Handlungsfelder Ernährung, körperliche Aktivität und Prävention von Gewalt auf Grundlage eines wahrgenommenen Handlungsbedarfs initiiert werden sollten. Es werden in allen Phasen der Umsetzung Feedbackschleifen eingebaut, damit die Pflegeeinrichtungen ihre Ausgangslage definieren und den Umsetzungs- und Zielerreichungsgrad analysieren können. Des Weiteren gewährleisten diese eine adäquate Kommunikation aller Beteiligten und eine ständige Anpassung der Organisation an die Interventionswirkung. So können erforderliche Veränderungen und Anpassungen der Maßnahme schnell vorgenommen werden. Diese Vorgehensweise bedeutet auch, dass nicht jede Maßnahme eines Handlungsfeldes für jede Pflegeeinrichtung gleichwertigen Nutzen zeigen kann. Vielmehr sollte das Ziel darin bestehen, dass Einrichtungen ausschließlich Maßnahmen der Handlungsfelder durchführen sollten, welche sich nach gemeinsamer Prüfung und Definition am Bedarf der speziellen Pflegeeinrichtung orientieren.

Fazit

Abschließend bleiben unbeantwortete Fragen, die ggf. von Bedeutung sind, um das wichtige Thema der Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege voranzutreiben:

- Wie kann Prävention, Verhinderung oder Verschlimmerung von Pflegebedürftigkeit nach § 18 SGB XI ohne die im GKV-SV Leitfaden subsumierten Handlungsfelder gedacht werden? Wie werden diese Maßnahmen voneinander in der Förderung getrennt?
- Wie können § 11 Abs. 1, § 43b SGB XI und § 72 SGB XI von § 5 SGB XI bzw. die im Leitfaden genannten Handlungsfelder und möglichen Maßnahmen und Interventionen voneinander getrennt werden?

Diese Fragen sind nicht abschließend, demonstrieren jedoch die derzeitigen herausfordernden gesetzlichen Grundlagen. Im Leitfaden des GKV-SV (2017) wird betont, dass im Kontext des SGB XI mit § 5 SGB XI insbesondere die partizipative Organisationsentwicklung für die Umsetzung von Maßnahmen und Interventionen der Prävention in der stationären Langzeitpflege seitens der Pflegekasse unterstützt werden sollen. Damit wird hauptsächlich die Organisationsentwicklung und schwerpunktmäßig Verhältnisprävention, adressiert. Vor diesem Hintergrund ist inhaltlich nachvollziehbar, dass die Abgrenzungen zu bereits bestehenden Paragraphen mit präven-

tiven und gesundheitsförderlichen Inhalten bestehen. Gleichwohl muss angemerkt werden, dass für eine erfolgreiche Umsetzung aller gesetzlichen Vorgaben mit präventiven Inhalten eine Organisationsentwicklung erforderlich ist. Vermutlich wird § 5 SGB XI für die Einrichtungen interessanter, wenn die Organisationsentwicklung umfassender und nicht in Abgrenzung von bereits zu erfüllenden gesetzlichen Verpflichtungen verstanden wird.

Der Leitfaden weist aber auch einen Widerspruch in sich auf. Auf der einen Seite wird eine partizipative Organisationsentwicklung angeregt, um eine Abgrenzung zu den genannten Paragraphen des SGB XI zu erreichen und eine Entwicklung der Verhältnisprävention in den Einrichtungen anzuregen. Auf der anderen Seite werden mit und in den Handlungsfeldern wiederum Interventionen und Maßnahmen skizziert, die auf der Verhaltensebene agieren und teilweise bereits Bestandteil der Leistungserbringung in den Einrichtungen sind.

Pflegeeinrichtungen als gesundheitsfördernde Einrichtungen im Sinne gesundheitsfördernder Einrichtungen zu verstehen, bietet zahlreiche Vorteile. Der stationären Langzeitpflege kann das negative Stigma genommen werden und mit der systemischen Herangehensweise können Synergieeffekte auf allen Ebenen der pflegerischen Versorgung, der Prozesse, der Lebensqualität und Qualität in der Pflege entstehen. Dafür ist jedoch erforderlich, dass Prävention und Gesundheitsförderung nicht als separierter, sondern als integraler Bestandteil pflegerischer Versorgung verstanden wird. Die pflegerische Versorgung hat den Erhalt und die Förderung der Selbstständigkeit, der Ressourcen und der Unterstützung der zu pflegenden Menschen als Ziel. Wie Gesundheit und Krankheit, Antonovsky folgend, gleichzeitig vorhanden sein können, so kann auch Pflegebedürftigkeit und Gesundheit gleichlaufend existieren. Pflegebedürftigkeit und Gesundheit sind nicht voneinander zu trennen.

Pflegeeinrichtungen als gesundheitsfördernde Einrichtungen zu verstehen beinhaltet den Vorteil, dass auch gesundheitsförderliche und präventive Aspekte für Mitarbeitende berücksichtigt werden. Deren Gesundheit und Wohlbefinden haben wiederum Einfluss auf die Fortsetzung gesundheitsförderlicher und präventiver Maßnahmen und Interventionen.

Das in Deutschland dominierende Denken, dass pflegerische Versorgung durch den Pflegebedürftigkeitsbegriff und die Module des neuen Einschätzungsinstrumentes zur Messung von Pflegebedürftigkeit repräsentiert wird, verhindert eine gesundheitsförderliche und präventive Pflege, da eine Fragmentierung hergestellt wird, die weder der professionellen Pflege noch dem praktischen Handeln bzw. der Leistungserbringung entspricht. Das Teilleistungsrecht des SGB XI stellt nur eine partielle Leistung der Pflege dar. Gleichwohl wird irrtümlicherweise mit diesem Verständnis eine fragmentierte Pflege definiert, der ein großer Teil ihres Versorgungsauftrages genommen wird. Dies erklärt aber auch, aus welchen Gründen es so schwierig ist, die einzelnen Paragraphen und Versorgungsleistungen von den Intentionen des § 5 SGB XI zu trennen. Prävention und Gesundheitsförderung in stationärer Langzeitpflege zu fördern ist ein unterstützungs-



würdiges und relevantes Anliegen. Es sind jedoch Reformen anzuraten, damit Einrichtungen in die Lage versetzt werden, diese mit den wünschenswerten Synergieeffekten auf allen Ebenen umzusetzen.

In der Gerontologie sind zwei prägende theoretische Konstrukte über die Auswirkungen der demografischen Alterung in der Gesellschaft bekannt. Die eine Theorie formuliert als Hypothese, dass die Menschen gesünder älter und erst im höheren Alter

multimorbider und pflegebedürftiger werden. Die andere Theorie geht eher davon aus, dass sich die Krankheitslast verschärfen wird. Beide Theorien werfen die Frage nach präventiven und gesundheitsförderlichen Potenzialen ältere Menschen auf.

Autorin: Prof. Dr. habil. Martina Hasseler, Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften, Fakultät Gesundheitswesen
m.hasseler@ostfalia.de, www.martina-hasseler.com

Gesundheitsförderung im Setting stationäre Pflege Bewohner*innen und Pflegekräfte profitieren lassen

Beate Blättner

Zur Philosophie des Setting-Ansatzes gehört es, dass alle Beteiligten – also Beschäftigte wie Nutzer*innen – von einem gesundheitsfördernden Organisationsentwicklungsprozess profitieren und an dem Prozess beteiligt werden sollen. Die Versäulung der Sozialversicherung in Deutschland führt aber dazu, dass betriebliche Gesundheitsförderung in der stationären Pflege (SGB V) einerseits, Prävention und Gesundheitsförderung der Bewohner*innen (SGB XI) andererseits leistungsrechtlich getrennt sind.

Gesundheitsförderung für Bewohner*innen ...

Mit dem Präventionsgesetz haben Pflegekassen im Jahr 2016 im § 5 SGB XI den Auftrag erhalten, unter Beteiligung der versicherten Pflegebedürftigen und der Pflegeeinrichtungen Leistungen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen zu erbringen, indem sie Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten entwickeln sowie deren Umsetzung unterstützen. Dabei sollen sich die Leistungen von der sogenannten aktivierenden Pflege abgrenzen. Kriterien und mögliche Handlungsfelder für Leistungen der Pflegekassen nach § 5 SGB XI werden im Leitfaden Prävention in stationären Einrichtungen geregelt.

Im Jahr 2017 investierten Pflegekassen hier 8,5 Millionen Euro und erreichten damit rund 1,6 % der Pflegebedürftigen in rund 5 % der Einrichtungen mit rund 38 % des zur Verfügung stehenden finanziellen Spielraums. 94 % der erreichten Pflegeheime wurden bei der Förderung körperlicher Aktivität der Pflegebedürftigen unterstützt, 31 % über Konzepte zur Stärkung der psychosozialen Gesundheit und 29 % mit Angeboten zur Stärkung der kognitiven Leistungsfähigkeit. Die Handlungsfelder Prävention von Gewalt (1 %) und Ernährung (4 %) spielten eine untergeordnete Rolle. In rund 70 % der betreuten Einrichtungen führten Pflegekassen eine Analyse der Wünsche und Bedürfnisse der pflegebedürftigen Menschen durch. Der AOK-Bundesverband führt derzeit ein vom Bundesministerium für Gesundheit gefördertes Projekt zur Qualitätsentwicklung (QualiPEP) durch.

Eine Trennung zwischen aktivierender Pflege und Gesundheitsförderung im Sinne des § 5 SGB XI ist schon deshalb in der Praxis nicht immer ganz einfach, weil der Begriff der aktivierenden Pflege leistungsrechtlich nicht definiert ist. Es hilft aber, wenn man sich die Ebenen anschaut, auf denen Prävention und Gesundheitsförderung erfolgen soll. In der aktivierenden Pflege geht es um die Prävention in der direkten

pflegerischen Beziehung. Sie ist notwendigerweise sehr individuell an den Ressourcen und Problemen der Bewohner*innen orientiert. In der Gesundheitsförderung nach § 5 SGB XI geht es dagegen um die institutionelle Ebene, also die Frage, was das Heim für die Stärkung von Ressourcen tun kann. Kann die aktivierende Pflege z.B. aufgrund von Arbeitsbedingungen nicht gut umgesetzt werden, ist auf der institutionellen Ebene als allererstes dieses Problem zu lösen und wir sind mitten in einem Thema der betrieblichen Gesundheitsförderung.

... und Gesundheitsförderung für Beschäftigte in der stationären Pflege ...

Leistungen der Krankenkassen in der betrieblichen Gesundheitsförderung sind im § 20b des SGB V geregelt. Hier heißt es, dass diese Leistungen unter Beteiligung der Versicherten und der Verantwortlichen für den Betrieb sowie der Betriebsärzte und der Fachkräfte für Arbeitssicherheit die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale erheben, Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten entwickeln und deren Umsetzung unterstützen sollen. Mit dem Pflegepersonalstärkungsgesetz wurde 2018 in den §§ 20, 20b und 20d SGB V ergänzt, dass betriebliche Gesundheitsförderung insbesondere auch in Krankenhäusern und ambulanten wie stationären Pflegediensten durchzuführen ist und die Träger solcher Maßnahmen gemeinsame Ziele zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit und der Beschäftigungsfähigkeit der Beschäftigten in Krankenhäusern und Pflegediensten vereinbaren sollen.

Strategien betrieblicher Gesundheitsförderung sind im Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes beschrieben. Neben der Förderung eines gesundheitsfördernden Arbeitsstils gehören die gesundheitsfördernde Gestaltung von Arbeitsbedingungen, Führungsstilen und betrieblichen Rahmenbedingungen zu den Handlungsfeldern. Eine Konkretisierung für die stationäre Pflege gibt es dazu derzeit nicht.

... sind nicht sinnvoll zu trennen.

Leistungsrechtlich also getrennt, wird im Leitfaden Prävention in der stationären Pflege eine Parallelität der Prozesse betrieblicher Gesundheitsförderung und von Gesundheitsförderung für Bewohner*innen empfohlen. Das hat gute Gründe: Erstens sind die Prozesse der Organisationsentwicklung – also Gründung einer Steuerungsgruppe, Bedarfsanalyse, strategische Planung, Umsetzung der Maßnahmen und Evaluation unter Beteiligung aller Betroffenen – immer die gleichen, nur der Fokus auf die Problemlagen bestimmter Gruppen ist unterschiedlich.

Zweitens ist in keinem anderen Setting die Gesundheit von Nutzer*innen und Beschäftigten so eng miteinander verbunden, wie der Hinweis auf die aktivierende Pflege zeigt. Aktivierende Pflege, also beispielsweise zur selbstständigen Körperpflege anleiten, statt sie selbst durchzuführen, kostet oft mehr Zeit, ist aber für die Pflegekräfte zufriedenstellender, weil sie mehr Sinn in der Tätigkeit sehen, und bei den Bewohner*innen fördert es gesundheitliche Ressourcen. Arbeitsbedingungen wie Zeitknappheit, Führungskultur und Leitbilder des Unternehmens setzen eine Kaskade gesundheitsrelevanter Entscheidungen in Gang. Sie entscheiden wesentlich darüber, ob das Konzept aktivierender Pflege umgesetzt werden, also die Gesundheit der Bewohner*innen gefördert werden kann. Davon hängt ab, wie sinnhaft oder belastend die Tätigkeit für die Pflegekräfte ist. Von dem Erleben der Sinnhaftigkeit wiederum hängt ab, welche präventiven Maßnahmen im Betrieb Pflegekräfte mittragen.

Die Gesundheit beider Betroffenengruppen hängt also durchaus eng miteinander zusammen, auch wenn manche Maßnahmen, wie Trainings zur körperlicher und kognitiver Aktivität, verschiedene Adressatengruppen haben. Diese sind aber eben nur ein Baustein im Gesundheitsförderungsprozess und nicht schon das gesamte Paket.

Ein zweites Beispiel für den engen Zusammenhang ist das Thema Gewalt. Gewalt kann von Pflegekräften oder Bewohner*innen ausgehen und gegen beide gerichtet sein, Auslöser sind vielfältig, aber das Veränderungspotenzial liegt primär bei den Pflegekräften, die durch entsprechende institutionelle Rahmenbedingungen zwingend gestärkt werden müssen. Sinnvolle Präventionskonzepte sind partizipativ, umfassen Maßnahmen der Sensibilisierung, organisieren institutionelle Formen mit Gewaltvorkommnissen umzugehen, verändern Arbeitsbedingungen und fokussieren auch die Gewalt zwischen Bewohner*innen. Wie dies funktioniert und mit welchem Ergebnis, wird derzeit in dem Projekt „PEKo – Partizipative Entwicklung von Konzepten zur Prävention von Gewalt in der stationären Pflege“ erprobt.

PEKo – Partizipative Entwicklung von Konzepten zur Prävention von Gewalt in der stationären Pflege

Projektleitung: Prof. Dr. Sascha Köpke, Universität zu Lübeck, Prof. Dr. Gabriele Meyer, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Prof. Dr. Beate Blättner, Hochschule Fulda

Förderung: Techniker Krankenkasse

Laufzeit: 2018 bis 2020

Beteiligte Pflegeeinrichtungen: 40 Einrichtungen aus Niedersachsen, Schleswig-Holstein, Mecklenburg-Vorpommern, Hessen, Sachsen und Sachsen-Anhalt

Erprobt wird ein partizipatives Konzept mit begleitender Evaluation.

Nähere Informationen: <https://peko-gegen-gewalt.de/>

Autorin: Prof. Dr. Beate Blättner, Hochschule Fulda
 beate.blaettner@pg.hs-fulda.de

Arbeits- und Gesundheitssituation von Pflegekräften mit Migrationshintergrund in der ambulanten Pflege

Ein Forschungsprojekt

Benjamin Schilgen, Mike Mösko

Am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf (UKE) wurde mit Unterstützung der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) eine dreieinhalbjährige Studie zur Erfassung des Standes der interkulturellen Öffnung in der ambulanten pflegerischen Versorgung in Hamburg und zur Identifikation und Quantifizierung der Arbeits- und Gesundheitssituation von Pflegekräften mit und ohne Migrationshintergrund durchgeführt.

Im ersten von fünf Modulen wurde im Rahmen einer systematischen Übersichtsarbeit der aktuelle internationale Wissensstand zum Thema zusammengefasst. Aufbauend auf diesen Befunden wurden anschließend qualitative Interviews zu psychosozialen und gesundheitlichen Belastungen und Ressourcen mit 48 Pflegekräften mit und ohne Migrationshintergrund in Hamburg durchgeführt (Modul 2). Darüber hinaus erfolgte

eine bundesweite Befragung ausländischer 24-Stunden-Betreuungskräfte (Modul 3). Im Rahmen einer Querschnittsstudie wurden 283 Pflegekräfte mit und ohne Migrationshintergrund in Hamburg zum Ausmaß wahrgenommener Arbeitsplatzbelastungen befragt (Modul 4). Den Abschluss bildete eine Organisationsanalyse zum Stand der interkulturellen Öffnung von 131 ambulanten Pflegediensten in Hamburg (Modul 5).



Arbeits- und Gesundheitssituation von Pflegekräften

Im Review zeigte sich, dass Pflegekräfte mit Migrationshintergrund einem höheren Risiko ausgesetzt sind, arbeitsbedingte Gesundheitsgefährdungen und Diskriminierung zu erleiden. Diskriminierungserfahrungen erfahren migrierte Pflegekräfte unter anderem in Form von Nicht-Berücksichtigung ihres Fachwissens. Immigrierte Pflegehelfer*innen melden insgesamt seltener gesundheitliche Beschwerden als ihre einheimischen Kolleg*innen. Es zeigt sich auch ein Akkulturationsphänomen, dass psychische Belastungen der Pflegekräfte mit zunehmender Zeit im Aufnahmeland nachlassen.

In Modul 2 zeigte sich, dass in Hamburg tätige ambulante Pflegekräfte unabhängig ihrer Herkunft Zeitdruck, Mobilisierung von Klient*innen oder Patient*innen und eine mangelnde Wertschätzung als substantielle Belastung empfinden. Die interkulturelle Zusammenarbeit zwischen Pflegekräften mit und ohne Migrationshintergrund wird zum Teil durch ein divergierendes Pflegeverständnis und eine eingeschränkte Kommunikation erschwert. Pflegekräfte mit Migrationshintergrund berichten von Vorurteilen, verbaler und sexueller Belästigung, die sie insbesondere durch ihre Klient*innen erfahren. Diese kommunizieren sie jedoch eher selten ihren Vorgesetzten oder Kolleg*innen.

Als Ressourcen, um die Herausforderungen des Berufs besser bewältigen zu können, werden insgesamt die Interaktion mit Menschen, der Austausch mit Kolleg*innen und Vorgesetzten auf Augenhöhe sowie die Sinnstiftung des Berufs Pflegekraft genannt. Eine gute Zusammenarbeit im Team und wertschätzende Vorgesetzte sind Ressourcen, die Pflegekräfte unabhängig von ihrer Herkunft als unterstützend empfinden. Pflegekräfte mit Migrationshintergrund schätzen darüber hinaus das Gemeinschaftsgefühl zu anderen Migrant*innen und die Tatsache, dass sie gegenüber Vorgesetzten ihre Meinung äußern können.

Mit Hilfe einer sehr aufwendigen Feldforschung konnte der Zugang zu neun in der Regel irregulär arbeitenden ausländischen 24-Stunden-Betreuungskräften ermöglicht werden (Modul 3). Hier zeigte sich, dass die ständige Verfügbarkeit, Verständigungsschwierigkeiten und interpersonelle Konflikte alltägliche Belastungen für die ausländischen Betreuungskräfte darstellen. Diese Belastungen gehen einher mit Beeinträchtigungen der psychischen und physischen Gesundheit in Form von Erschöpfung, Schlaflosigkeit, erhöhter Reizbarkeit und Depressionssymptomen. Als Ressource empfinden sie die Unterstützung durch Dritte und die emotionale und räumliche Distanz zur direkten Betreuungssituation. Das Erleben von Dankbarkeit, die Erfahrung, akzeptiert zu werden, aber auch eine finanzielle Absicherung werden als weitere relevante Ressourcen genannt.

In Modul 4 zeigte sich, dass insgesamt die psychosoziale Belastung der Pflegekräfte unabhängig ihres Hintergrundes sehr

hoch ist. So berichten mehr als die Hälfte der Pflegekräfte mit und ohne Migrationshintergrund über signifikante Belastungen, wobei ein Viertel sogar eine klinisch auffällig depressive Symptomatik zeigt.

Darüber hinaus berichten 30 % aller befragten Pflegekräfte über Benachteiligung am Arbeitsplatz. Als Gründe nennen Migrant*innen ihre Herkunft und Hautfarbe, während einheimische Pflegekräfte sich aufgrund ihres Geschlechts, familiärer Verpflichtungen und ihres Alters benachteiligt fühlen. Drei Viertel der befragten Pflegekräfte können die Gründe für die Benachteiligung nicht genauer identifizieren.

Als Ressource benennen Pflegekräfte mit und ohne Migrationshintergrund die Unterstützung durch Kolleg*innen und Vorgesetzte und ihren Einfluss auf Menge und Art der Arbeit. Pflegekräfte mit Migrationshintergrund berichten darüber hinaus in einem höheren Ausmaß als einheimische, durch Kolleg*innen und Vorgesetzte anerkannt und wertgeschätzt zu werden.



Interkulturelle Öffnung in der ambulanten Pflege in Hamburg

In Modul 5 zeigte sich, dass die Thematik in der ambulanten Pflege angekommen ist. So sehen 41 % der Leitungspersonen einen Bedarf darin, die Versorgung stärker auf die kulturellen und sprachlichen Bedürfnisse der Kund*innen und Mitarbeiter*innen auszurichten.

Fast 30 % der Pflegedienste in Hamburg erfassen die bevorzugte Sprache ihrer Klient*innen, mehr als 60 % die Nationalität. Den spontanen Einsatz mehrsprachiger Mitarbeiterinnen als ad hoc Sprachmittler, die in der Regel nicht als Dolmetscher*in geschult sind, bestätigen mehr als 20 %. In strukturierter Weise nutzen 30 % der Einrichtungen ihre mehrsprachigen Mitarbeiter*innen. 43 % der Einrichtungen berichten, dass sie Versorgung in einer Fremdsprache durchführen.

Lediglich 6 % der Dienste erklären, dass der Besuch von Bildungsmaßnahmen zur Förderung von interkulturellen Kompetenzen für ihre Mitarbeiter*innen verpflichtend ist. Mehrsprachiges Personal stellen 37 % der Einrichtungen gezielt ein oder planen dies. Darüber hinaus rekrutiert jede zehnte Einrichtung Personal aus dem Ausland. Nur 17 % der Einrichtungen arbeiten mit speziellen Einarbeitungskonzepten für zugewanderte Pflegekräfte.

Die Ergebnisse wurden auf einer landesweiten Workshop-Tagung mit Akteuren der pflegerischen Versorgung in Hamburg sowie auf einer internationalen Fachtagung im europäischen Kontext diskutiert. Weitere Informationen unter www.ikoe-pflege.de.

Autoren: Benjamin Schilgen, Dr. Mike Mösko, Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf (UKE), Institut für Medizinische Psychologie, Arbeitsgruppe Psychosoziale Migrationsforschung (AGPM), www.uke.de/agpm

Qualitätsorientierte Prävention und Gesundheitsförderung in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Pflege

Das Projekt QualiPEP

Anke Tempelmann, Miriam Ströing, Christian Hans

QualiPEP

Das Präventionsgesetz von 2015 fördert die Prävention und Gesundheitsförderung von Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen. Mit dem Projekt „QualiPEP“ soll ein Beitrag geleistet werden, indem zukünftig Maßnahmen zur Prävention, (betrieblichen) Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz in stationären Einrichtungen der Pflege durchgeführt werden, die an die spezifischen Bedarfe und Bedürfnisse der Betroffenen und die Gegebenheiten dieser beiden Lebenswelten angepasst sind.

Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege

Die Zahl der älteren Menschen mit Pflegebedarf wird aufgrund des demografischen Wandels weiter steigen. Angesichts der sehr hohen Arbeitsbelastungen der Beschäftigten in diesen Bereichen und des ohnehin bestehenden Fachkräftemangels, ergibt sich daraus ein deutlicher Bedarf nach mehr Prävention und Gesundheitsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen, und zwar für ihre Bewohner*innen wie auch für ihre Beschäftigten.

Projektziele

Das vierjährige Forschungsprojekt „Qualitätsorientierte Prävention und Gesundheitsförderung in Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Pflege“ (QualiPEP) startete im Mai 2017, wird vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert und vom AOK-Bundesverband durchgeführt. Das Projektziel ist, die Wirksamkeit wie auch die Nachhaltigkeit von Prävention und Gesundheitsförderung in beiden Lebenswelten Wohn- einrichtungen für Menschen mit Behinderung und stationäre Pflegeeinrichtungen und in den drei Themenbereichen Prävention und (betrieblichen) Gesundheitsförderung sowie Gesundheitskompetenz zu verbessern. In einem ganzheitlichen Ansatz werden die Bewohner*innen, die Beschäftigten sowie die Organisation in den Blick genommen. Daraus ergeben sich für beide Lebenswelten je drei Teilziele:

1. Entwicklung und Pilotierung eines Qualitätssicherungskonzeptes zur Sicherstellung der Wirksamkeit und Nachhaltigkeit von settingspezifischen und lebensweltübergreifenden Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung
2. Entwicklung und Pilotierung eines Rahmenkonzeptes zur Umsetzung von Maßnahmen zur Steigerung der Gesundheitskompetenz für die drei Ebenen Bewohner*innen, Beschäftigte und Organisation
3. Qualitätsgesicherte Weiterentwicklung von Ansätzen einer nachhaltigen betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF)

Auf diese Art werden drei Ziele gemeinsam verfolgt, die wechselseitig eng miteinander verbunden sind. Bereits bestehende Qualitätskonzepte in den Pflegeeinrichtungen sollen in dem Prozess berücksichtigt werden.

Partizipativer Ansatz in QualiPEP

Mit einem partizipativen Ansatz werden alle relevanten Akteure (u. a. Vertreter*innen der Betroffenenverbände, Vertreter*innen

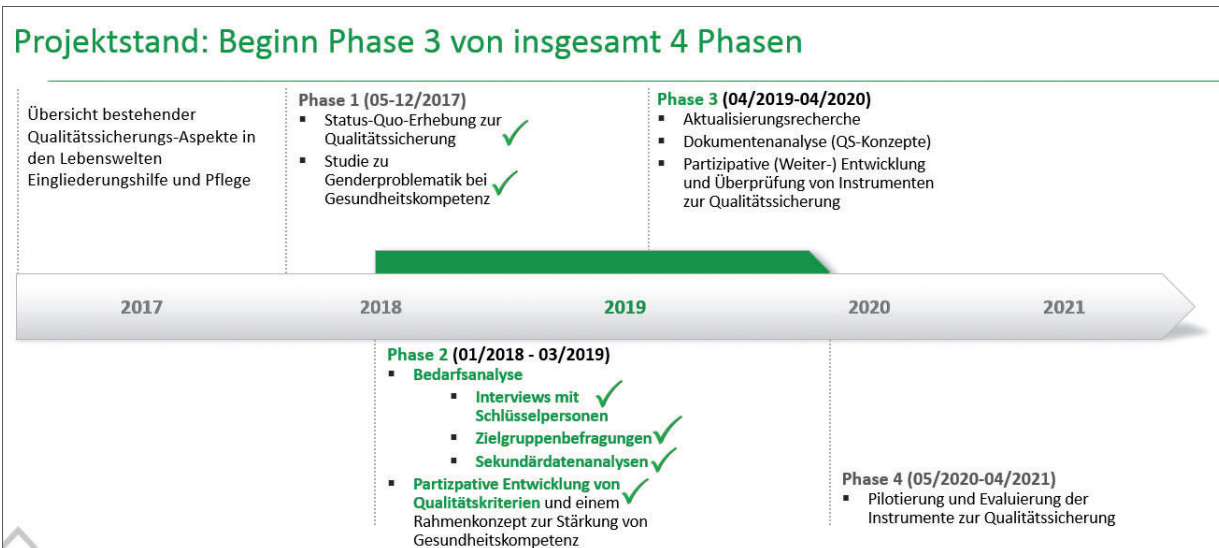
der relevanten Wissenschaftsdisziplinen, Kostenträger und Leistungserbringer) regelmäßig einbezogen, z. B. über den wissenschaftlichen Beirat des Projektes, Workshops mit Expert*innen und die Zusammenarbeit mit Pflegeeinrichtungen im Forschungsprozess. So soll die Transparenz über die inhaltliche Ausrichtung, die Akzeptanz der Einrichtungen und ihrer Träger gefördert und theoriegestützte sowie praxisnahe und umsetzbare Strategien entwickelt werden. Des Weiteren sollen damit Doppelstrukturen und -finanzierungen vermieden werden.

Umsetzungsstand

QualiPEP befindet sich aktuell in der dritten von insgesamt vier Projektphasen. In der ersten Projektphase erfolgte eine Status-Quo-Erhebung zu bestehenden Qualitätssicherungskonzepten. Um die Erkenntnisse der adressierten Zielgruppen zu erweitern, folgte in der zweiten Projektphase eine umfangreiche Bedarfsanalyse. Das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIDO) wertete Routinedaten der AOK-Versicherten



aus, um den Gesundheitszustand von Bewohner*innen und Beschäftigten in Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Pflege quantitativ zu untersuchen. Mehrere qualitative Studien wurden durchgeführt, um tiefergehende Erkenntnisse zu den Bedarfen und Bedürfnissen der Bewohner*innen und Beschäftigten zur Prävention, Gesundheitsförderung sowie zur individuellen Lebensqualität zu erhalten. Fördernde und hemmende Rahmenbedingungen für die Durchführung von Maßnahmen wurden ebenso erfragt wie die bisherige Umsetzung von Gesundheitskompetenz und die Anschlussfähigkeit von Prävention und Gesundheitsförderung an schon bestehende Qualitätsmanagementsysteme der Einrichtungen: Eine Studie des QualiPEP-Teams umfasste Interviews mit Leitungspersonen aus Einrichtungen beider Lebenswelten. Eine weitere Untersuchung thematisiert geschlechtsspezifische Aspekte



der Gesundheitskompetenz in beiden Lebenswelten. Eine Zielgruppenbefragung mit Bewohner*innen bzw. Gästen der Tagespflege und Beschäftigten in (teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen) führte Prof. Beate Blättner (Hochschule Fulda) durch. Eine weitere Zielgruppenbefragung in Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderungen (Bewohner*innen und Beschäftigte) erfolgte durch Prof. Elisabeth Wacker (Technische Universität München). Anhand der Studienergebnisse wurden in der zweiten Arbeitsphase Qualitätskriterien für Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz entwickelt und mit Expert*innen sowie Verbänden/Vertretungen der Zielgruppen abgestimmt.

In der aktuellen, dritten Projektphase werden auf Basis der Qualitätskriterien sowie mit Hilfe bereits vorliegender Konzepte Qualitätssicherungsinstrumente partizipativ (weiter) ent-

wickelt, in mehreren Fokusgruppen mit Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe und der Pflege abgestimmt und daraufhin angepasst. In der vierten Projektphase werden diese Qualitätssicherungsinstrumente gemeinsam mit Einrichtungen beider Lebenswelten pilotiert und evaluiert.

So sollen Qualitätssicherungskonzepte entstehen, die fundiert und zugleich wirksam sowie nachhaltig umsetzbar sind. Mit der Stärkung von Prävention, (betrieblicher) Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz wird als nachhaltiges Impactziel in QualiPEP auch eine Steigerung der (gesundheitsbezogenen) Lebensqualität angestrebt. Nicht zuletzt soll auch die Versorgungsqualität in den Einrichtungen davon profitieren.

Autor*innen: Anke Tempelmann, Dr. Miriam Ströing, Christian Hans, AOK-Bundesverband, www.aok-qualipep.de

„Stress-Rekord“ – Das Spiel mit dem Stress Prävention und Gesundheitsförderung spielerisch lernen

Cornelia Schade, Elena Dumont

Pflegekräfte sind während ihrer Arbeit hohen psychischen und physischen Belastungen ausgesetzt. Dies spiegelt sich auch in den Krankenständen und der kurzen Verweildauer im Beruf wider. Aufgrund der demografischen Entwicklung nimmt die Bedeutung der Pflege zu. Um die Beschäftigungsfähigkeit von Pflegekräften dauerhaft zu sichern, müssen Prävention und Personalmanagement zusammengedacht werden – das Projekt „Stress-Rekord“ entwickelte hierfür ein innovatives Weiterbildungskonzept für Führungskräfte.

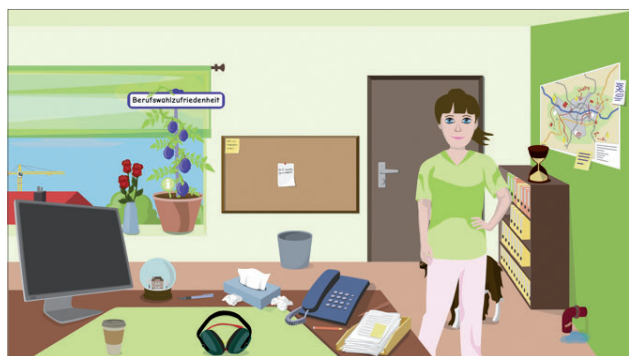
Wie sieht es aktuell in der Pflege aus?

Vor dem Hintergrund der zunehmenden Bevölkerungsalterung Deutschlands gewinnen die pflegerischen Gesundheitsberufe stetig an Bedeutung. So erhielten in Deutschland im Jahr 2001 ca. 2 Mio. Menschen den Status „pflegebedürftig“, während im Jahr 2025 bereits mit 3,4 Mio. Pflegeempfängern gerechnet wird (statista 2019). Mit der beständig steigenden Zahl der Pflegebedürftigen wandelten sich die Aufgaben der Pflegenden in den letzten Jahren deutlich. Die zunehmende Arbeitsverdichtung, die ansteigenden Demenzerkrankungen sowie die wachsende Zahl multimorbider Pflegebedürftiger führen nicht

zuletzt auch zu höheren arbeitsbedingten Belastungen, denen die Pflegekräfte täglich ausgesetzt sind. Daher ist es geboten, den Bedürfnissen der Pflegekräften Rechnung zu tragen und für deren Entlastung zu sorgen. Aus diesem Grund gewinnen Gesundheitsförderung und Prävention zunehmend an Bedeutung. Es besteht der Bedarf, Führungskräfte in der Pflege zu eben diesen Themen weiterzubilden, um durch ein effektives, präventions- und gesundheitsbezogenes Führungsverhalten zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit von Pflegekräften beizutragen.

Das Projekt „Stress-Rekord“

An dieser Stelle setzt das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderte Verbundprojekt „Serious Game-basierte Informations- und Lernumgebung zum Abbau von physischen und psychischen Belastungen bei Pflegekräften“ („Stress-Rekord“) an. Im Förderschwerpunkt „Präventive Maßnahmen für die sichere und gesunde Arbeit von morgen“ geförderten Vorhaben „Stress-Rekord“ entstand eine spielbasierte digitale Lernumgebung, die darauf abzielt, Führungskräfte in der Pflege für betriebliches Gesundheitsmanagement zu sensibilisieren. Ziel ist die Stärkung des gesundheitsförderlichen Führungsverhaltens der Leitungskräfte. Damit zielt das Projekt langfristig auf den Erhalt der geistigen und körperlichen Beschäftigungsfähigkeit von Pflegekräften ab. Insbesondere vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und des damit einhergehenden Bedeutungszuwachses der Pflege, ist ein gesundheitsförderliches und präventives Personalmanagement in Pflegebetrieben unabdingbar. Ein wichtiger Baustein ist dabei die Personalentwicklung von Pflegedienstleitungen. „Stress-Rekord“ verfolgt mit der Entwicklung eines Lernspiels sowie des dazugehörigen Weiterbildungskonzeptes den innovativen Ansatz des spielbasierten Lernens.



Personalentwicklung mit dem Lernspiel „Stress-Rekord“

Seit Beginn der 2000er Jahre erweckt das Potenzial des spielerischen Lernens mittels digitaler Lernspiele zunehmend das Interesse von Forschung und Praxis. Lernspielanwendungen dienen nicht nur ausschließlich der spielerischen Unterhaltung, sondern verfolgen gleichermaßen „ernsthafte“ Zwecke. Bisherige Wirksamkeitsuntersuchungen zeigen, dass durch digitale Lernspiele bestimmte Verhaltensweisen und koordinative Fähigkeiten erlernt sowie Lerninhalte behalten werden können. Das Lernspiel „Stress-Rekord“ kombiniert unterhaltsames Spielerleben mit der Aneignung und Anwendung von Wissen sowie Fähigkeiten im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention. Führungskräfte in der Pflege sollen spielerisch für arbeitsbedingte Belastungen von Pflegekräften sensibilisiert werden. Anhand konkreter Spielszenarien aus dem Arbeitsalltag von Pflegekräften lernt der*die Spieler*in, arbeitsbedingte Belastungen frühzeitig zu erkennen und die Mitarbeitenden handlungs- und bedarfsorientiert zu unterstützen. In der als browserbasierte Desktop- sowie Mobil-Anwendung verfügbaren

Lernumgebung begibt sich der*die Spieler*in in die Rolle der Pflegedienstleitung eines fiktiven Pflegebetriebs und durchläuft die Schritte des betrieblichen Gesundheitsmanagements.

Das Lernspiel ist in ein Weiterbildungskonzept einbettet, welches die „Spielphase“ durch Präsenzveranstaltungen umrahmt. In einem Auftaktworkshop erhalten die Teilnehmenden eine Einführung in das Thema Betriebliches Gesundheitsmanagement. In einem Abschlussworkshop werden der Transfer des Gelernten auf den eigenen Betrieb sowie eine Selbstreflexion mittels der Methode LEGO® Serious Play® angeregt. Für die Weiterbildungsmaßnahme wurde den Teilnehmenden zudem umfassendes Begleitmaterial zur Verfügung gestellt – u. a. die im Projekt entstandene Publikation „Arbeitsbedingte Belastungen und Ressourcen in der Pflege“ (Verfügbar über den Bertuch Verlag).



Erste Evaluationsergebnisse

Das Lernspiel sowie das begleitende Weiterbildungskonzept wurden bei der Bildungsvereinigung ARBEIT UND LEBEN Niedersachsen Süd gGmbH sowie der Trägerwerk Soziale Dienste wohnen plus... gGmbH erfolgreich erprobt und in deren Weiterbildungsangebot integriert. Im Rahmen der Erprobung wurde das Lernspiel sowie dessen Wirksamkeit umfassend evaluiert – sowohl hinsichtlich der Benutzerfreundlichkeit als auch hinsichtlich Einstellungs- und Verhaltensänderung.

Die befragten Führungskräfte – insbesondere angehende Führungskräfte – schätzen das Lernspiel hinsichtlich der Erreichung der Weiterbildungsziele als auch für ihre berufliche Praxis insgesamt als nützlich ein. Das Lernspiel ermöglicht eine kritische Reflexion und eine realistische Einschätzung des eigenen gesundheitsförderlichen Führungsverhaltens. Folgender Auszug aus dem Lerntagbuch einer teilnehmenden Führungskraft verdeutlicht dies:

„Für mich war der Fall mit der Witterung sehr prägend. Da ich es für mich nie als Stress ansah, aber natürlich führt es zu Stress, wenn die Witterung die Sicht oder den Verkehr einschränkt und man dadurch mit der Tour in den Verzug kommt. Ich werde mich damit auseinandersetzen [...]“

Auch die Nutzerfreundlichkeit im Sinne eines ansprechenden Designs und der Benutzbarkeit des Spiels wurde von den Führungskräften als positiv bewertet. Teilweise wünschten sich die Teilnehmenden jedoch eine größere Herausforderung, um noch tiefer in das Lernspiel bzw. die Lerninhalte eintauchen zu können.

Das Lernspiel „Stress-Rekord“ wird durch die Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung unter folgendem Link kostenfrei zur Verfügung gestellt: <http://game.stressrekord.slfg.de>

Autorinnen: Cornelia Schade, Elena Dumont, Technische Universität Dresden, cornelia.schade@tu-dresden.de
www.stressrekord.de



Gute Pflege von Menschen mit Demenz

Der Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“

Heiko Stehling

Sich gehört und verstanden zu fühlen, das Gefühl, angenommen und mit anderen Menschen verbunden zu sein, hat für Menschen mit Demenz besondere Bedeutung. Der Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ zeigt Möglichkeiten für ein professionelles Pflegehandeln auf, das die Person und nicht die Defizite von Menschen mit Demenz in den Mittelpunkt stellt und damit fördernden Einfluss auf deren Lebensqualität nehmen kann.

Expertenstandards in der Pflege

Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) sind etablierte Instrumente der pflegerischen Qualitätsentwicklung. Sie haben den Anspruch, eine kontinuierliche Verbesserung der Pflegequalität in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen zu unterstützen und durch aktiven Theorie-Praxis-Transfer die Professionalisierung der Berufsgruppe zu fördern. Das methodische Vorgehen ihrer Entwicklung legt dabei fest, dass die Qualitätsziele durch die Berufsgruppe selbst definiert werden. Damit stellen Expertenstandards ein professionell abgestimmtes Qualitätsniveau dar. Sie zeigen die Zielsetzung interaktionsreicher pflegerischer Aufgaben auf und beinhalten Handlungsalternativen und Handlungsspielräume für die direkte Versorgung pflegebedürftiger Menschen. Begonnen hat das DNQP mit der Entwicklung von Expertenstandards im Jahre 1999 und mittlerweile sind die neun vorliegenden Expertenstandards, z. B. zur Dekubitusprophylaxe, zur Kontinenzförderung oder zum Ernährungsmanagement, in der Pflegepraxis weit verbreitet. Der formale Aufbau von Expertenstandards ist immer gleich. Sie enthalten eine übergeordnete Zielsetzung und Begründung sowie evidenzbasierte Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien, die sich an der Logik der Pflegeprozessmethode orientieren. Die Kriterien sind soweit als notwendig abstrakt formuliert, um der Vielzahl möglicher Pflegesituationen und Versorgungsbereiche Rechnung zu tragen. Daher werden sie durch umfangreiche Kommentierungen ergänzt, die die Umsetzung eines Expertenstandards in verschiedenen Bereichen der Pflegepraxis (z. B. Krankenhaus, ambulante Pflege, stationäre Langzeitpflege) unterstützen sollen.

Der Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“

Seit 2018 liegt der Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ vor. Eine Demzenerkrankung gehört zu den großen pflegerischen Herausforderungen des höheren und insbesondere des hohen Lebensalters jenseits von 80 Jahren. Menschen mit Demenz können häufig den Erhalt ihrer Lebensqualität nicht selbst einfordern. Die Lebensqualität von Menschen mit Demenz steht in enger Verbindung mit ihren Beziehungen zu anderen Menschen. Der Expertenstandard stellt daher ihr Bedürfnis und ihren Bedarf nach dem Erhalt und der Förderung ihrer sozialen und personalen Identität und der Stärkung ihres Person-Seins in den Mittelpunkt. Es werden somit weniger die kognitiven Kompetenzen von Menschen mit Demenz oder die Herausforderungen der Folgen von Demenz für die Pflege, sondern

person-zentrierte Interaktions- und Kommunikationsangebote thematisiert, die die Beziehung von Menschen mit Demenz zu anderen Menschen, das Erleben von Gemeinschaft und die Teilhabe am Alltagsleben erhalten und fördern sollen. Hierauf begründet sich die Zielsetzung des Expertenstandards, nach der jeder pflegebedürftige Mensch mit Demenz Angebote zur Beziehungsgestaltung erhält, die das Gefühl, gehört, verstanden und angenommen zu werden sowie mit anderen Personen verbunden zu sein, erhalten oder fördern.

Der Expertenstandard empfiehlt neben einer fundierten Wissens- und Kompetenzbasis zur Pflege von Menschen mit Demenz dementsprechend eine person-zentrierte Haltung der Pflegenden sowie ein person-zentriertes Pflegeverständnis und eine auf einem entsprechenden Konzept beruhende Pflegeorganisation der Einrichtungen. Die pflegerische Einschätzung der Bedürfnisse und Bedarfe und die Planung und das Angebot von Maßnahmen sollten nicht auf Zuschreibungen beruhen, die beispielsweise dem Verhalten von Menschen mit Demenz Absicht unterstellen oder Pflegeprobleme aus institutioneller Sicht und nicht aus der Perspektive des Menschen mit Demenz betrachten. So ist beispielsweise nicht von Belang, ob ein Umherwandern den Stations- oder Wohnbereichs-ablauf stört, sondern es sollte eine möglichst verstehende Perspektive eingenommen und versucht werden, das Verhalten aus Sicht des Menschen mit Demenz zu betrachten. Die auf diese Weise entwickelten Verstehenshypothesen, die im Rahmen von Team- oder Fallbesprechungen immer wieder auf Stimmigkeit überprüft werden, bilden die Grundlage für pflegfachliche Angebote zur Beziehungsgestaltung und ermöglichen es den Pflegenden darüber hinaus, beziehungs-gestaltende Aspekte in jegliches Pflegehandeln zu integrieren. Das Pflegehandeln kann auf diese Weise Unterstützungsbedarfe des Menschen mit Demenz ebenso berücksichtigen, wie mögliche Schwankungen von Fähigkeiten und Bedürfnissen im Tages- und Demenzverlauf. Schwerpunkte beziehungs-fördernder Angebote und Maßnahmen sind Lebensweltorientierung, Wahrnehmungsförderung sowie Wertschätzung und Zuwendung.

Umsetzung des Expertenstandards

Bedeutsam für die Umsetzung des Expertenstandards und für eine gelingende Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz ist, die Person des Menschen mit Demenz in den Mittelpunkt zu stellen. Der Fokus liegt auf der Gestaltung von Beziehung und es geht vornehmlich darum „wie“ etwas getan wird und weniger darum, „was“ zu tun ist. Damit wird ein essentieller, aber vielfach vernachlässigter

Bereich der Pflege betont: das in Beziehung treten. Erste Anwendungen der Expertenstandardinhalte haben bestätigt, dass eine person-zentrierte Haltung und ein entsprechendes Pflegeverständnis dafür förderlich sind. Eine Entscheidung für person-zentrierte Konzepte und eine entsprechende Pflegekultur sollte von allen Beteiligten getragen werden, damit

die Förderung der Lebensqualität von Menschen mit Demenz möglich wird.

Autor: Heiko Stehling, MScN, Hochschule Osnabrück, Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, h.stehling@hs-osnabrueck.de, www.dnqp.de

Neue Chancen für Gesundheitsförderung

Birgitt Höldke

Seit September 2016 stehen in Hamburg die „Leitplanken“ für die Umsetzung gemeinsamer Präventionsprojekte fest. In der Landesrahmenvereinbarung haben sich die Unterzeichnenden (Gesetzliche Krankenversicherung, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, Deutsche Rentenversicherung, Bundesagentur für Arbeit, Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz) auf die Handlungsfelder „Gesund aufwachsen“, „Gesund leben und arbeiten“ und „Gesund alt werden“ verständigt. Gemeinsam beraten und beschließen die Vertreter*innen der beteiligten Sozialversicherungsträger und der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz im Koordinierungsgremium geeignete Projektanträge, die sie voranbringen wollen. Auch die Agentur für Arbeit und der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) sind dem Koordinierungsgremium beigetreten bzw. über eine Kooperation vertreten. Basis für Entscheidungen des Gremiums sind die Empfehlungen des Strategieforums Hamburg. Die Mitglieder des Koordinierungsgremiums legen großen Wert auf ein koordiniertes Vorgehen und wollen die Akteure der bestehenden Unterstützungs- und Gesundheitsförderungsstrukturen der Lebenswelten mit einbeziehen.

Das waren bisher Themen und Projekte

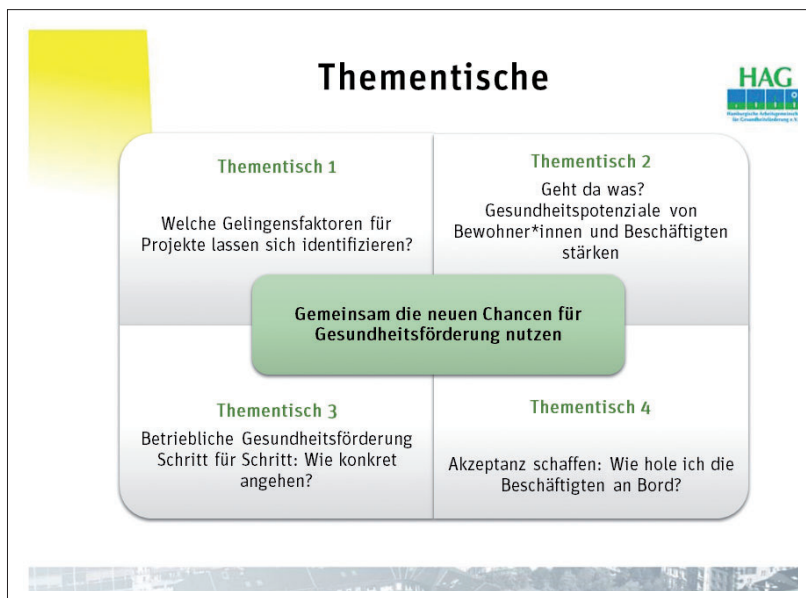
Entsprechend der Vorgaben der Landesrahmenvereinbarung sollen gesundheitsfördernde und präventive Aktivitäten im Sinne integrierter kommunaler Strategien (IKS/Präventionsketten) entwickelt werden. Dem vom Strategieforum Hamburg definierten Gesundheitsförderungsziel „Stärkung der psychosozialen Gesundheit in jedem Lebensalter“ entsprechend, sollen – mit Hilfe einer systematischen Planung und Koordination von bedarfsgerechten gesundheitsförderlichen Maßnahmen – Aktivitäten darauf ausgerichtet werden, ein umfassendes und tragfähiges Netzwerk zu entfalten, welches an bestehende Strukturen und Angebote anknüpft, erfolgversprechende neue Angebote generiert und den Akteur*innen ein abgestimmtes Handeln in einer Gesamtstrategie ermöglicht. Auf der Webseite der HAG werden die bisher geförderten Vorhaben vorgestellt (<http://bit.ly/355fmtV>).

Vorgestellt wurden

- Beratungs- und Unterstützungsmöglichkeiten entsprechend der gesetzlichen Präventionsaufträge,
- Ansätze der Gesundheitsförderung und Prävention, die entsprechend dem Sozialgesetzbuch (SGB V und XI) förderungswürdig sind,
- sowie Möglichkeiten für betriebliche Gesundheitsförderung entsprechend dem Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG).

Schwerpunkt Gesundheitsförderung in der stationären Pflege

Ende 2018 haben die Beteiligten der Landesrahmenvereinbarung Hamburg mit der gemeinschaftlichen konzeptionellen Planung zur Information und Beratung rund um das Thema Gesundheitsförderung in der Pflege begonnen. Im Ergebnis wurde für den 28. August 2019 zu einer öffentlichen Veranstaltung in den Besenbinderhof eingeladen. Die Träger von stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen sowie interessierte Leitungskräfte konnten sich zum Thema: „Neue Chancen für Gesundheitsförderung in der stationären Pflege“ informieren.



Pflegen und Gesundheit fördern – wie geht das zusammen?

Der Arbeitsalltag in der stationären Pflege ist komplex. Immer neue Anforderungen wollen bewältigt werden. In dieser Situation bedarf es aktiver Unterstützung, um den Belastungen des Arbeitsalltags in der Pflege entgegenzuwirken und die Be-

schäftigten motiviert und gesund zu erhalten. In der Fachpresse wird immer wieder darauf verwiesen, dass Wertschätzung ein zentrales Element für erfolgreiche Führung ist. In einem Sektor, der Fachkräftemangel als ständige Herausforderung zu bewältigen hat, erscheint dieses Thema zentral.

Gleichzeitig gilt es, Gesundheitspotenziale der Bewohner*innen zu fördern, ihre Lebensqualität zu steigern und nachhaltig zu sichern. Auf Basis der aktuellen Gesetzeslage ist es nun möglich, mit finanzieller Unterstützung der Kranken- und Pflegekassen sowohl Gesundheitsförderung für Pflegebedürftige als auch Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung für Beschäftigte zu realisieren.

Einführend wurden die zentralen gesetzlichen Regelungen und sich daraus ergebende Umsetzungsmöglichkeiten sowie drei Praxisprojekte vorgestellt. An Thementischen berieten sich die Teilnehmenden kollegial und tauschten sich zu unterschiedlichen Fragestellungen aus. Die im Leitfaden „Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen“ (2018) empfohlene ganzheitliche und strukturierte Vorgehensweise in Projekten wurde diskutiert. Ein Informationsmarkt, auf dem sich stationäre Pflegeeinrichtungen mit ihren Praxisprojekten vorstellten und relevante Akteure zu ihren Präventionsangeboten informierten (z.B. ArbeitsschutzPartnerschaft Hamburg, Deutsche Rentenversicherung, DGUV, Berufsgenossenschaft Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, Gesetzliche Krankenversicherung), begleitete die Veranstaltung.

Ergebnisse

Die knapp 90 teilnehmenden Personen aus stationären Pflegeeinrichtungen, der Gesetzlichen Krankenversicherung, Politik, Hochschulen und aus dem Öffentlichen Gesundheitsdienst haben sich aktiv eingebracht. Einige Statements/Ergebnisse aus den Arbeitsphasen:

- Der Fachtag hat Impulse dafür gegeben, um im eigenen Betrieb aktiv werden zu können. Zugänge zu Beratungsangeboten und Hilfestellungen wurden aufgezeigt.
- Ganzheitliche Konzepte der Gesundheitsförderung berücksichtigen beide Gruppen und versprechen Synergieeffekte. Interessen und Zielsetzungen sind jedoch unterschiedlich. Eine Betrachtung der Projekt- und Maßnahmenziele aus verschiedenen Perspektiven erscheint notwendig.
- Die Gedanken der Teilnehmenden wurden in sehr kollegialer Weise getauscht. So konnten auch schwierige Themen angesprochen werden und Ideen für zukünftige Ziele entwickelt werden.
- Die Klärung des wesentlichen Kernthemas ist für die einzelne Einrichtung zu Beginn eines Projektes besonders wichtig. Die Veranstaltung ist auf der Webseite der HAG dokumentiert.

Autorin: Dr. Birgitt Höldke, Geschäftsstelle zur Umsetzung der Landesrahmenvereinbarung Hamburg, HAG e.V., birgitt.hoeldke@hag-gesundheit.de, www.hag-gesundheit.de/lebenswelt/praeventionsgesetz

Ansteckende Gesundheit

Gesundheitsförderung für Bewohner*innen/Gäste in (teil-)stationären Einrichtungen

Isabelle Rudolph, Tanja Sädler, Theresa Vanheiden, Birgit Wolff

Gesundheit ist ein komplexes Konstrukt, das in der alltäglichen Umwelt von Menschen generiert und gelebt wird. Solange ein Mensch lebt, gilt es seine Gesundheit zu erhalten und zu fördern. In diesem Sinne bietet auch die Lebenswelt Pflegeeinrichtung Potenziale zur Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens dort lebender Menschen.

Mit Inkrafttreten des Präventionsgesetzes im Jahr 2015 hat dies auch der Gesetzgeber erkannt und verpflichtet seither die gesetzlichen Pflegekassen, Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung für Bewohner*innen/Gäste in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen umzusetzen (§ 5 Abs. 1 SGB XI). Rahmengebend ist der Leitfaden „Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI“ des GKV-Spitzenverbandes, in dem Ein- und Ausschlusskriterien sowie Handlungsfelder definiert sind. Angestrebt wird ein Organisationsentwicklungsprozess zur systematischen und nachhaltigen Förderung der Gesundheit der Bewohner*innen/Gäste. Die Beteiligung der Bewohner*innen/Gäste, Angehörigen und Mitarbeitenden ist in diesem Prozess und ebenso in den beiden nachstehend vorgestellten Projekten maßgeblich. Das gemeinsame Gestalten des gesamten Prozesses, von der Bedarfs- und Ressourcenanalyse über die Maßnahmenplanung und -umsetzung bis hin zur Evaluation, ist zentral.



Projekt „Gesundheitsförderung für Bewohner*innen stationärer Pflegeeinrichtungen“

In diesem abgeschlossenen Projekt wurden über knapp zwei Jahre fünf Modelleinrichtungen aus der Stadt und Region Hannover und der Stadt Hildesheim von der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. (LVG & AFS) und dem pro familia Landesverband Niedersachsen e. V. begleitet, gesundheitsförderliche Konzepte

für ihre Bewohner*innen gemeinsam mit Bewohner*innen und Angehörigen zu entwickeln. Die Gesamtförderung des Projektes übernahm die BARMER.



Im Rahmen einer Bedarfs- und Ressourcenanalyse haben in den fünf Modelleinrichtungen jeweils getrennte Fokusgruppen mit Bewohner*innen und Angehörigen sowie mit Mitarbeitenden stattgefunden. Es ging dabei offen um die Fragen,

was der Gesundheit der Bewohner*innen guttut, was es in den Einrichtungen schon gibt und was noch fehlt. Anschließend wurden in jeder Einrichtung in kleineren Projektgruppen aus Bewohner*innen/Angehörigen und Mitarbeitenden konkrete Konzepte und Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung der Bewohner*innen entwickelt und umgesetzt. Die Ideen zur Umsetzung reichten von Angeboten zum Tanztee, Bewegungseinheiten und Einkaufsnachmittagen, einem Beauty-Tag bis zu Patenschaftskonzepten für neue Bewohner*innen.

Projekt „Leben in Balance“

Das noch bis 31.12.2020 laufende Kooperationsprojekt „Leben in Balance“ der AOK Niedersachsen, der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) und der LVG & AFS nimmt speziell die psychosoziale Gesundheit von Pflegebedürftigen in (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen in Niedersachsen in den Blick. Der Eintritt in eine Pflegesituation stellt ein potenziell kritisches Lebensereignis dar, das den*die



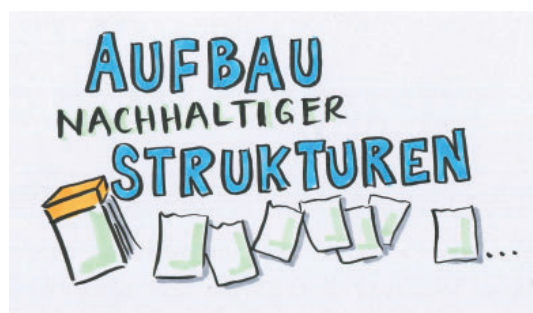
LEBEN IN
BALANCE

Betroffene mit den eigenen (körperlichen) Grenzen und der zunehmenden Abhängigkeit konfrontiert.

Etwa 60 Prozent aller Bewohner*innen stationärer Pflegeeinrichtungen leiden an demenziellen Erkrankungen, Depressionen, Sucht oder Angststörungen. Der Umgang mit diesen Krankheitsbildern stellt insbesondere die Betroffenen selbst aber auch die Pflegenden vor große Herausforderungen. Die LVG & AFS berät interessierte Pflegeeinrichtungen in Niedersachsen und hilft dabei, entsprechende Konzepte zu beantragen und Projektideen umzusetzen. Dabei kann es um die Reduzierung von psychischen Belastungsfaktoren der Bewohner*innen/Gäste und/oder um die Förderung von psychischen Ressourcen, wie zum Beispiel der Stärkung der Resilienz und dem Empfinden von Lebenssinn gehen. Zentrale Einflussfaktoren, die sich positiv auf die psychosoziale Gesundheit auswirken, sind im Allgemeinen die Möglichkeiten selbstbestimmt zu entscheiden, am Leben in der Gemeinschaft

teilzuhaben und Beziehungen zu pflegen.

Bisher wurden Konzepte gefördert, die es den Bewohner*innen/Gästen ermöglichen, trotz Einschränkungen Fahrradtouren zu unternehmen oder Ideen, die dafür sorgen, dass Pflegebedürftige wieder aktiv Kunst, Kultur und Tanz genießen können. Weiter sind Fortbildungen für Mitarbeitende zu psychischen Krankheitsbildern, Kommunikationsthemen, Clownerie oder sinnstiftenden Aktivitäten innerhalb der unterschiedlichen Konzepte förderbar. Insbesondere wurde dabei auf den Aufbau nachhaltiger Strukturen geachtet.



Gemeinsames Fazit

In beiden Projekten wurde deutlich, wie viele kreative Ideen Bewohner*innen haben. Die Beteiligung der Bewohner*innen/Gäste ist wesentlich für ihre psychosoziale Gesundheit. Gefragt zu werden, sich einbringen zu können, ernst genommen zu werden und auch mitgestalten zu können, fördert die Gesundheit und das Wohlbefinden. Überraschend war, dass sich einige Bewohner*innen beteiligt haben, die sonst eher zurückgezogen sind – „einer macht den Anfang und andere kommen hinterher“. Auch die Mitarbeitenden fanden die Beteiligung der Bewohner*innen an dem Projekt ganz wesentlich – „über Köpfe der Bewohner*innen entscheiden ist nicht gut“. Für ein solches Angehen braucht es zugleich Ressourcen und einen „langen Atem“. Durch die Projektbegleitung „ist man an dem Thema drangeblieben“ und hat Unterstützung bei der Antragsstellung erhalten. Durch die Projekte hat sich die Kommunikation im Haus, zwischen Mitarbeitenden unterschiedlicher Bereiche, aber auch zwischen Mitarbeitenden, Bewohner*innen und Angehörigen verbessert. Bei einigen Einrichtungen ist ein „WIR-Gefühl“ entstanden. Die Einrichtungen empfehlen anderen Häusern die Bewohner*innen, Angehörigen und Mitarbeitenden zu beteiligen, die Projektschritte im Haus zu kommunizieren und „mutig [zu] sein, es lohnt sich auf jeden Fall“. Zugleich sagen die Einrichtungen, dass es mehr Klarheit über förderbare Maßnahmen bedarf. Die Einrichtungen möchten die Themen Gesundheit und Wohlbefinden weiterverfolgen – „das Projekt hat es ins Rollen gebracht“.

Autorinnen: Isabelle Rudolph, Tanja Sädtler, Theresa Vanheiden, Birgit Wolff, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V., isabelle.rudolph@gesundheit-nds.de, tanja.saedtler@gesundheit-nds.de, theresa.vanheiden@gesundheit-nds.de, birgit.wolff@gesundheit-nds.de



Betriebliche Vereinbarkeitslotsen Pflege und Beruf

Ein Fortbildungsangebot der Hamburger Allianz für Familien in Kooperation mit der pme Familienservice GmbH

Christine Jordan, Angelika Tumuschat-Bruhn

Immer mehr Beschäftigte stehen jetzt oder in naher Zukunft vor der Aufgabe, ihre Berufstätigkeit mit der Pflege Angehöriger in Einklang zu bringen. Darauf müssen auch die Unternehmen in ihrer Personalpolitik, auf Grund des sich abzeichnenden Fachkräftemangels, eingehen.



© Angelika Franz, Iris Zenger

Betriebliche Vereinbarkeitslotsen Pflege und Beruf

Laut Pflegereport der BARMER aus 2018 gibt es in Deutschland rund 2,5 Millionen pflegende Angehörige, darunter rund 1,65 Millionen Frauen. Nur ein Drittel aller Betroffenen ist berufstätig, jede*r Vierte aber hat seine*ihre Arbeit aufgrund der Pflege reduziert oder ganz aufgegeben. 80 Prozent der Pflegenden sind zwischen 45 und 70 Jahre alt, also im überwiegend berufstätigen Alter. Viele pflegende Angehörige fühlen sich durch die Pflegeverantwortung stark belastet, werden krank und kommen an ihre Belastungsgrenzen.

Wer als Unternehmen Personal halten oder gewinnen will, muss alle familiären Belange der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Blick behalten und geeignete Angebote auch für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf entwickeln.

Um Unternehmen im Bemühen um eine pflegesensible Personalpolitik zu unterstützen, hat die Hamburger Allianz für Familien mit fachlicher Unterstützung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz und in Kooperation mit der pme Familienservice GmbH eine 1 ½-tägige Fortbildung für betriebliche Ansprechpartner*innen zum Thema Vereinbarkeit von Pflege und Beruf entwickelt, die sogenannten „Betrieblichen Vereinbarkeitslotsen Pflege und Beruf“.

Was tun Vereinbarkeitslots*innen?

Betriebliche Vereinbarkeitslotsen Pflege und Beruf

- sind Ansprechpartner*innen im Betrieb für Vereinbarkeitsfragen im Bereich Pflege und Beruf, sowohl für Beschäftigte als auch für Führungskräfte;
- haben Kenntnis der innerbetrieblichen und der gesetzlichen Möglichkeiten (z. B. flexible Arbeitszeitmodelle, Pflegezeitgesetz);

- geben erste fachliche Infos und verweisen auf spezielle Beratungs- und Hilfeangebote.

Unternehmen profitieren davon, weil

- gut informierte Beschäftigte im Pflegefall schneller tragfähige Lösungen finden und dadurch die innere und äußere Abwesenheit verringert wird;
- mit Maßnahmen im Bereich Vereinbarkeit von Beruf und Pflege ein familienfreundliches Angebot für die ganze Belegschaft geschaffen wird, nicht nur für junge Eltern;
- durch die Vereinbarkeitslotsen die innerbetrieblichen Maßnahmen ein „Gesicht“ erhalten und bereits eingeführte Maßnahmen unter den Beschäftigten und den Führungskräften bekannter werden;
- pflegende Mitarbeiter*innen die Unterstützung durch den*die Arbeitgeber*in gerade bei diesem belastenden Thema besonders schätzen.

Pflegende, berufstätige Angehörige profitieren davon, weil

- sie schnell, vertrauensvoll und unbürokratisch Informationen und Hilfe erhalten können;
- ihre Arbeit nicht aufgeben müssen, was sowohl ökonomisch als auch sozial ein großer Vorteil sein kann.

Weitere Informationen, unter anderem zum Fortbildungsangebot, zu Terminen und Kosten, zu Betrieben, die betriebliche Vereinbarkeitslots*innen einsetzen, finden Sie unter: <https://www.hamburg.de/pflege-und-beruf/> oder per Mailanfrage an christine.jordan@familienservice.de.

Autorinnen: Christine Jordan, pme Familienservice GmbH
 Angelika Tumuschat-Bruhn, Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz

Vier Fragen an Frauke Zimmermann (FZ), Sozialberaterin bei der Beiersdorf AG in Hamburg und seit 2016 „Betriebliche Vereinbarkeitslotsin Pflege und Beruf“

Die Fragen stellten: Angelika Tumuschat-Bruhn (ATB), in der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) unter anderem zuständig für die Hamburger Pflegestützpunkte und für das Thema Vereinbarkeit von Pflege und Beruf sowie Christine Jordan (CJ), beim pme Familienservice verantwortlich für Konzept und Durchführung der Schulungen der „Betrieblichen Vereinbarkeitslotsen Pflege und Beruf“ im Auftrag der „Hamburger Allianz für Familien“.

ATB / CJ:

Warum haben Sie sich für diese Ausbildung zur „Betrieblichen Vereinbarkeitslotsin Pflege und Beruf“ entschieden?

FZ:

Als ich die Ausschreibung damals las, dachte ich gleich: Das ist ja das Zukunftsthema – darüber will ich mehr wis-

sen. Vereinbarkeit wird in unserem Unternehmen groß gelebt, es geht sowohl um die Vereinbarkeit von Beruf und Familie, als auch um die Vereinbarkeit der Pflege von Angehörigen. Insofern hatte ich auch schon vor der Ausbildung zur Vereinbarkeitslotsin zu dem Thema beraten. Gleichzeitig gehörten die Beratungen eher zu einem belastenden Themenfeld. Ich wollte mich inspirieren lassen, mich den Fragen rund um das Thema Pflege mehr annähern und einen ressourcenorientierten Blickwinkel einnehmen – und das ist auch tatsächlich passiert. Ich sehe jetzt viel stärker den Sinn in diesem Thema und den Mehrwert für die Mitarbeiter*innen, die ich dazu berate.

ATB / CJ:

Wer wendet sich an Sie und wie sieht Ihre Aufgabe als Vereinbarkeitslotsin bei Beiersdorf aus?



FZ:

Es melden sich sowohl Mitarbeiter*innen, die selbst betroffen sind, als auch Vorgesetzte. Wenn z. B. der Ehepartner einer Mitarbeiterin plötzlich durch einen Unfall zum Pflegefall wird, fragen sich Führungskräfte, wie können sie die Kollegin unterstützen? Eine Frage von Beschäftigten, die sich an uns wenden, kann beispielsweise lauten: „Ich beobachte bei meiner Mutter, dass sie immer häufiger wichtige Dinge vergisst. Was kann ich jetzt tun? Liegt eine Demenz vor?“ Dann geht es darum, die Fragen zu sortieren und zu lotsen: Wo kann sich der*die Mitarbeiter*in weitere Infos und Hilfe holen. Sicher haben viele schon mal von Kranken- und Pflegekasse gehört und gleichzeitig gibt es offene Fragen, z. B.: „Wie wird ein Antrag auf einen Pflegegrad gestellt?“, „Was ist der Medizinische Dienst?“. Die Wissensvermittlung und die Anregung zur Selbsthilfe stehen hier bei meiner Arbeit als Vereinbarkeitslotsin im Fokus. Daneben gibt es auch Gespräche mit Beschäftigten, in denen eher die psychosoziale Beratung im Fokus steht. „Wie gehe ich jetzt persönlich mit dieser Belastung um?“ Bei dieser Fragestellung besprechen wir ressourcenorientiert, wie eine Stärkung aussehen könnte.

ATB / Cj:

Was nehmen Sie mit aus dieser Schulung?

FZ:

Vor allem wurde ich darin bestärkt, dass es Sinn macht, zu dem Thema zu arbeiten und dass es auch ein „leichtes“ Thema sein kann. Darüber hinaus habe ich mein Wissen über das Hilfenetzwerk in Hamburg und über Themen der Pflegeberatung vertieft.

ATB / Cj:

Was ist der Mehrwert für ein Unternehmen wie der Beiersdorf AG, Lots*innen für das Thema Pflege im Betrieb zu etablieren?

FZ:

Die Mitarbeiter*innen haben in der belastenden Situation, die manchmal schleichend, manchmal plötzlich eintreten, zeitnah eine*n Ansprechpartner*in und können vertraulich Fragen stellen. Sie werden durch das Hilfesystem gelotst und fühlen sich unterstützt. Sie können für sich individuell eine Antwort auf die Frage: „Wie möchte ich die Pflege meiner Angehörigen und meinen Beruf vereinbaren?“ finden. Für den*die eine*n bedeutet es beispielsweise Arbeitszeit im Rahmen von Pflegezeit zu reduzieren und Teile der Pflege selbst zu übernehmen. Für den anderen die Pflege an Dritte abzugeben. Hierbei gibt es kein richtig oder falsch.

„Ich habe meine Mutter getauscht!“

Nele Mindermann, Kristina Woock, Linda Völtzer

Viele alte Menschen werden von ihren Ehepartner*innen oder den eigenen Kindern gepflegt und versorgt. Damit ist die Familie in Deutschland immer noch der ‚größte Pflegedienst der Nation‘. Wie der Barmer Pflegereport 2018 herausstellte, ist die Vor-Ort-Pflege von Angehörigen mit erheblichen physischen und psychischen Belastungen verbunden. Doch was ist mit den Familien, die geografisch getrennt voneinander leben, und bei denen die erwachsenen Kinder nicht zur regelmäßigen Unterstützung zur Verfügung stehen können? Eine Entlastungsmöglichkeit bietet hier das Projekt „AniTa – Angehörige im Tausch“ der HAW Hamburg.

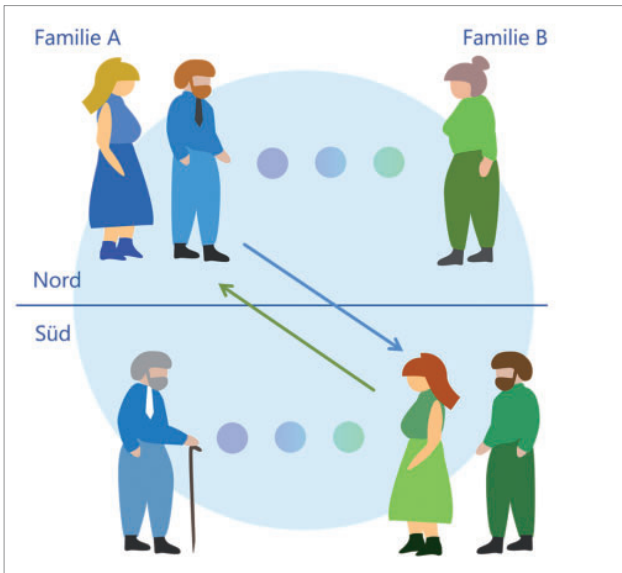
In Deutschland lebt etwa die Hälfte der erwachsenen Kinder von alten Menschen in einer Entfernung von zwei Stunden, etwa ein Fünftel lebt mehr als zwei Stunden von den Eltern entfernt. Auch entfernt lebende Angehörige leisten Unterstützung, wenn auch anders als die Vor-Ort-Pflegenden: Sie knüpfen das notwendige Versorgungsnetzwerk für ihre alt gewordenen Eltern, helfen Pflege- und Versorgungsentscheidungen zu treffen, unterstützen bei Bankgeschäften und Behördengängen und leisten notwendigen emotionalen Support. Die Auswirkungen sind Stress, Sorge, Schuldgefühle und Unsicherheit, da verlässliche Informationen über die Situation der Eltern fehlen. Häufig genug erleben entfernt lebende erwachsene Kinder es als schwierig, Beruf und Unterstützungsarrangement miteinander zu vereinen. Es bleibt nur wenig Zeit für Urlaube, die eigene Familie muss immer wieder zugunsten der Herkunftsfamilie zurückstecken.

Vor diesem Hintergrund ist im Juli 2017 das Projekt AniTa –

„Angehörige im (Aus-)Tausch“ an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften (HAW) Hamburg gestartet. Das Ziel von AniTa ist die Vernetzung entfernt lebender (pflegender) Angehöriger, um Unterstützung für hilfe- und unterstützungsbedürftige Verwandte oder Bekannte zu „tauschen“. Grundlage hierfür ist eine Onlineplattform.

Die Projektleiterin Prof. Dr. Susanne Busch erklärt die Funktionsweise der Tauschbörse:

„Der Angehörige A lebt in Hamburg, sein Vater, Herr A, in München. A kann nicht so oft und vor allem nicht spontan zu seinem Vater reisen. Über die Tauschbörse AniTa wird ihm der Kontakt zur Angehörigen B vermittelt, die in München lebt und eine Mutter, Frau B, in Hamburg hat. Die beiden Angehörigen treffen sich und überlegen gemeinsam, wie eine mögliche Unterstützung jeweils aussehen könnte: Angehöriger A trifft sich nun einmal in der Woche mit Frau B in Hamburg zu einer Partie Backgammon, während die Angehörige B mit Herrn A in



München regelmäßig im Park spazieren geht. Dieses Angebot funktioniert selbstverständlich auch in einer Art Ringtausch; auch ein zeitlich versetzter Tausch ist denkbar.“

Mehr Teilhabemöglichkeiten

Die getauschte Hilfestellung ist ein ergänzendes und die Angehörigen im Idealfall entlastendes Angebot. Die geleistete Unterstützung ersetzt keinen Pflegedienst, keine Haushaltshilfe und stellt auch nicht das tägliche Mittagessen zur Verfügung. Vielmehr sollen der älteren Generation mehr Teilhabemöglichkeiten und Abwechslung geboten werden und ihnen niedrigschwellig geholfen werden, wo es nötig ist. Das kann zum Beispiel die durchgebrannte Glühbirne sein, die gewechselt werden muss oder die Geranien, die vor dem ersten Frost hereingebracht werden müssen. Der Rahmen, in dem diese Unterstützung stattfindet, kann von den Nutzenden individuell und in Absprache mit den hilfebedürftigen Älteren bestimmt werden.

Die erwachsenen Kinder haben so die Sicherheit, dass ihre Angehörigen eine feste Bezugsperson vor Ort haben und Unterstützung bekommen. Sie selbst gewinnen eine*zuverlässige*n Ansprechpartner*in vor Ort, der*die erreichbar und informiert ist. Dadurch wird die Möglichkeit geschaffen, dass Besuche nicht mehr genutzt werden müssen, um liegengebliebene Aufgaben zu bearbeiten, stattdessen steht die

Das Projekt wird in der Erprobungsphase (2017 – 2020) vom GKV-Spitzenverband finanziert und von wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen der HAW Hamburg bearbeitet. Die Projektleitung hat Prof. Dr. Susanne Busch. Das Team steht für Informationen rund um die Tauschbörse telefonisch unter 040 42875-7230 oder per E-Mail (anita-familie@haw-hamburg.de) zur Verfügung. Die Möglichkeit, sich zu informieren oder sich anzumelden gibt es über die Webseite des Projektes www.anita-familie.de.

Beziehungspflege wieder im Vordergrund. Entfernt lebende erwachsene Kinder, aber auch Menschen, die sich gerne freiwillig engagieren und keine eigenen Angehörigen haben, können sich für die Tauschbörse anmelden. Jede*r gibt dabei nur so viel von der eigenen Zeit wie sie*er kann und möchte.

Autorinnen: Nele Mindermann, Kristina Woock, Linda Völtzer, Hochschule für Angewandte Wissenschaften (HAW) Hamburg
www.haw-hamburg.de

Impressum

Herausgeberin

Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG)
Hammerbrookstraße 73 | 20097 Hamburg
Telefon: 040 2880364-0 | Fax: 040 2880364-29
E-Mail: buero@hag-gesundheit.de
Internet: www.hag-gesundheit.de
V.i.S.d.P.: Petra Hofrichter



Redaktion: Dörte Frevel | Nicole Göpfert | Dr. Birgitt Höldke | Petra Hofrichter | Mareen Jahnke | Susanne Kohler
Beiträge: Prof. Dr. Beate Blättner | Elena Dumont Christian Hans | Prof. Dr. Martina Hasseler | Dr. Birgitt Höldke | Petra Hofrichter | Christine Jordan | Nele Mindermann | Dr. Mike Mösko | Isabelle Rudolph | Tanja Sädtler Cornelia Schade | Benjamin Schilgen | Heiko Stehling Dr. Miriam Ströing | Anke Tempelmann | Angelika Tumuschat-Bruhn | Theresa Vanheiden | Linda Völtzer | Birgit Wolff | Kristina Woock

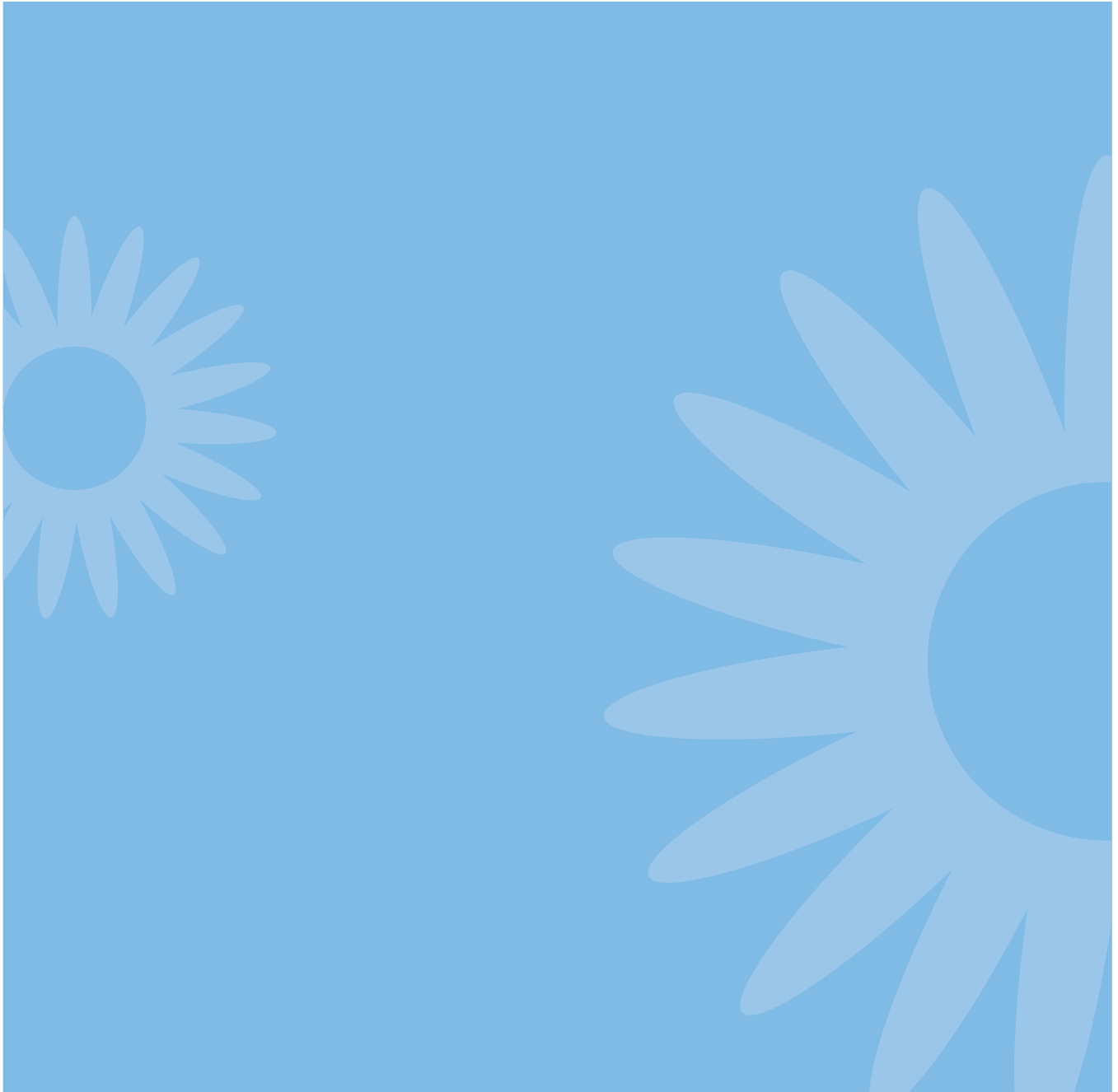
Koordination: Dörte Frevel
Satzerstellung: Christine Orlt
Druck: Drucktechnik
Auflage: 2500
ISSN: 1860-7276
Erscheinungsweise: 2 x jährlich (Mai und November)

Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben die Meinung des*der Autor*in wieder, nicht unbedingt die der Redaktion.

Fotos/Grafiken: S.11: Medienzentrum TU Dresden, S.14, 15: Illustrationen – Tanja Wehr, SKETCHNOTELOVERS, S.16: © Angelika Franz, Iris Zerger, S.19: Projekt AniTa

Sie können StadtpunkteThema kostenlos bestellen: per Telefon, Fax oder E-Mail.

In Hamburg aktiv und gesund



Die Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG) macht sich für soziallyagenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten stark. Sie arbeitet auf Grundlage der Ottawa Charta. Ihr Ziel ist, das körperliche, seelische und soziale Wohlbefinden der Hamburger Bevölkerung zu stärken.

Als landesweites Kompetenzzentrum für Gesundheitsförderung organisiert sie Netzwerke, koordiniert fachlichen Austausch, berät Institutionen, Einrichtungen und Initia-

tiven, bietet Qualifizierungsangebote, unterstützt Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung, informiert zu aktuellen Fragen und fördert Projekte von Dritten.

Die HAG ist unabhängig und gemeinnützig. Ihre Arbeit wird finanziert aus Mitteln der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) sowie aus Projektmitteln von Krankenkassen (GKV), anderen Trägern und Mitgliedsbeiträgen.

www.hag-gesundheit.de