



Prävention und Pflege



KONGRESSDOKUMENTATION

7. gemeinsamer Präventionskongress des Bundesministeriums für Gesundheit
und der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPg)

22. Juni 2015 | Berlin
Tagungswerk Jerusalemkirche

Inhalt

Vorwort

Hermann Gröhe | Bundesminister für Gesundheit

Einleitung

Helga Kühn-Mengel MdB | Präsidentin der Bundesvereinigung
Prävention und Gesundheitsförderung e.V.

Vorträge

- 1 | **Präventive und rehabilitative Potentiale der Pflege –
Eine anthropologische Annäherung an das Alter** |
Prof. Dr. Andreas Kruse | Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg
- 2 | **Hilfe für Helfende – Wie kann Gesundheit von Pflegenden gefördert werden?** |
Prof. Dr. Albert Nienhaus | Universität Hamburg
- 3 | **Selbstständigkeit im Alter erhalten – Ansätze der Prävention
und Gesundheitsförderung** |
Dr. Monika Köster | Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Workshops zu ausgewählten Handlungsfeldern der Prävention und Gesundheitsförderung

Workshop 1 | **Bewegung**

Dr. Annett Horn | Universität Bielefeld
Prof. Dr. Helmut Hesecker | Universität Paderborn

Workshop 2 | **Autonomie im Alter, Kommunale Gesundheitsförderung**

Dr. Claus Weth | Gesunde Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland
Prof. Dr. Josefine Heusinger | Hochschule Magdeburg-Stendal

Workshop 3 | **Ernährung, Mund- und Zahngesundheit**

Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik | Universität Witten/Herdecke
Dr. Uwe Niekusch | Gesundheitsamt Rhein-Neckar-Kreis

Workshop 4 | **Demenz**

Prof. (em.) Dr. Heinz Mechling | Deutsche Sporthochschule Köln
Prof. Dr. Renate Stemmer | Katholische Hochschule Mainz

Workshop 5 | **Sucht**

Andreas Kutschke | Städtische Seniorenheime Krefeld gGmbH
Christina Baumeister | Alida Schmidt-Stiftung

Workshop 6 | **Gewalt und Missbrauch in der Pflege**

Ludger Jungnitz | Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes
Bund der Krankenkassen e.V.
Prof. Dr. Beate Blättner | Hochschule Fulda

Workshop 7 | **Betriebliche Gesundheitsförderung für Pflegekräfte sowie Gesundheitsförderung für pflegende Angehörige**

Oliver Siegrist | Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
Prof. Dr. Angelika Zegelin | Universität Witten/Herdecke
Thomas Reichert | Unfallkasse Nordrhein-Westfalen

Kongress-Fazit

Teilnehmende Organisationen

Impressum

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

das diesjährige Thema und der Termin für den 7. gemeinsamen Präventionskongress hätten von der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. nicht besser gewählt werden können. Als die Bundesvereinigung mit der Planung begann, war nicht ersichtlich, dass nur wenige Tage vor dem Kongress das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz) beschlossen werden würde. Für das Präventionsgesetz hat es bekanntlich mehrerer Anläufe bedurft, so wie meistens auch mehrere Anläufe notwendig sind, wenn wir unser Verhalten oder Gewohnheiten ändern möchten und uns beispielweise gesundheitsbewusster ernähren oder mehr bewegen möchten. Im vierten Anlauf ist es nun gelungen: Am 18. Juni 2015 beschloss der Deutsche Bundestag das Gesetz und am 22. Juni 2015 konnte somit die zukünftige Weichenstellung bei dem Kongress ganz aktuell beleuchtet und diskutiert werden.



Der 7. gemeinsame Präventionskongress hat wertvolle Beiträge zur Beantwortung der Frage geleistet, wie die Prävention und Gesundheitsförderung für pflegebedürftige Menschen, ihre pflegenden Angehörigen und für professionelle Pflegekräfte verbessert werden können. Erklärtes Ziel des Kongresses war es, die große Bedeutung einer zielgerichteten Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege stärker in den Mittelunkt zu rücken. Vorträge aus der Wissenschaft und Praxis konnten einen umfassenden Blick auf die verschiedenen anstehenden Arbeiten und Herausforderungen wie auch auf die positiven, gelingenden Aspekte eröffnen. Letzteres ist besonders wichtig, denn die Themen Alter, Pflege und demografischer Wandel sollten »nicht immer nur in Moll gespielt« werden. Gerade im Bereich der Prävention ist dies grundsätzlich auch gar nicht denkbar, denn Prävention ist auf die Zukunft gerichtet und sie ist von der Hoffnung und Absicht getragen, eine aktuelle Situation künftig zu verbessern oder eine mögliche nachteilige Entwicklung abzumildern.

Prävention ist daher auch keine Frage des Alters. Wenn wir von Alter sprechen, so hängt das zunächst einmal sehr stark von unserer Definition von »Alter« ab. Und »das Alter« oder »die Alten« gibt es so nicht. Eine schematische Anwendung des Begriffes »Alter« oder eine Reduzierung auf ein bestimmtes Lebensalter geht an der Realität vorbei. Vielmehr ist es hilfreich, der Vielgestaltigkeit der Lebensführung Rechnung zu tragen und einen neuen Blick auf die »Lebensphase Alter« zu werfen.

Heutige und frühere Generationen lassen sich nicht einfach miteinander gleichsetzen. Die heutigen 60-Jährigen führen ihr Leben auf eine andere Art und Weise als noch die Generation davor und als die Generation vor dieser. Die Lebenserwartung von Männern und Frauen ist im Laufe der letzten Jahrzehnte immer weiter angestiegen, so dass Älterwerden in guter Gesundheit eine zunehmend höhere Bedeutung erhält. Gute Gesundheit ist bedauerlicherweise keine Selbstverständlichkeit. Jedoch kann jede und jeder Einzelne etwas dafür tun, um sie zu erreichen.

Der französische Soziologe Auguste Comte prägte das Motto: »Wissen, um vorherzusehen, vorherzusehen, um handeln zu können« (»Savoir pour prévoir, prévoir pour pouvoir«). Das lässt sich auch auf die Prävention von vermeidbaren Erkrankungen übertragen. Mit dem Dreiklang »Prävention vor Rehabilitation vor Pflege« wird dies sehr deutlich. Das Ziel ist es, Erkrankungen, die mit einem krankmachenden Lebensstil zusammenhängen, und chronische Krankheiten, die oft ein schleichender Prozess sind, durch Verhaltensänderungen zu vermeiden oder zumindest, soweit es geht, hinauszuschieben. Und dabei gilt grundsätzlich: Prävention kennt kein Alter!

Für unsere Gesundheitspolitik ist Menschlichkeit der Maßstab. Sie zeigt sich gerade darin, wie wir mit den Schwächsten umgehen – und das sind häufig ältere und pflegebedürftige Menschen. Auch in dieser Lebensphase können Menschen ermutigt werden, etwas für sich und ihre Gesundheit zu tun. Mit dem Präventionsgesetz wollen wir ältere und pflegebedürftige Menschen verstärkt mit gesundheitsfördernden Leistungen erreichen. Deshalb erhalten die Pflegekassen einen eigenständigen gesetzlichen Auftrag zur Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen. Denn: Eine gute und verlässliche Gesundheitsversorgung und eine würdevolle Pflege lassen sich miteinander vereinbaren! Und auch die Gesundheit der Beschäftigten in der Pflege soll durch betriebliche Gesundheitsförderung besser unterstützt werden. Die Vereinbarkeit von Gesundheitsversorgung und Pflege sind nicht nur Themen für die Betroffenen selbst und die Menschen, die in Gesundheitsberufen arbeiten. Sie sind ebenso ein Thema für die Pflegenden in den Familien. Prävention und Gesundheitsförderung geht alle an! Deshalb ist es wichtig, dass ein breites gesellschaftliches Bewusstsein dafür entsteht.

Die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung hat mit dem 7. gemeinsamen Präventionskongress hierzu einen guten Beitrag geleistet. Das Gespür für den richtigen Zeitpunkt und die inhaltliche Verbindung der beiden Themen Prävention und Pflege haben zu einer gelungenen Veranstaltung geführt, welche durch fachliche Beiträge und Workshops abgerundet wurde. Die Vielzahl der teilnehmenden Organisationen zeigt, dass die Bundesvereinigung verlässliche Partner für diese Aufgaben an ihrer Seite hat. Die vorliegende Kongressdokumentation lässt die Veranstaltung Revue passieren und bietet auch denen, die nicht teilnehmen konnten, eine hilfreiche Zusammenfassung.

Ich wünsche Ihnen eine informative Lektüre.

Hermann Gröhe |
Bundesminister für Gesundheit

Einleitung

Die Anzahl pflegebedürftiger Menschen und damit auch der Bedarf an Betreuungs- und Unterstützungsleistungen werden in den nächsten Jahren zunehmen. Vorausberechnungen des Statistischen Bundesamts zufolge wird im Jahr 2060 ein Drittel der Bürgerinnen und Bürger über 65 Jahre alt sein. Die Alterung schlägt sich insbesondere in der Anzahl der Hochbetagten nieder: Es ist damit zu rechnen, dass in weniger als 50 Jahren etwa 13 Prozent der Bevölkerung – dies entspricht etwa jedem/jeder Achten – 80 Jahre und älter sein werden¹.



Mit dem demografischen Wandel kommen große Herausforderungen auf die Gesellschaft und auf jeden Einzelnen zu. Dies erfordert zwingend die gemeinsame, intensive Auseinandersetzung mit dem Thema »Pflege«. Denn die Anzahl pflegebedürftiger Menschen und damit auch der Bedarf an Betreuungs- und Unterstützungsleistungen werden – befördert durch den demografischen Wandel – in den nächsten Jahren zunehmen. Dies belegen auch die Auswertungen des Statistischen Bundesamts: Demnach wird die Zahl der Pflegebedürftigen von heute 2,63 Millionen auf 3,37 Millionen im Jahr 2030 ansteigen; dies entspricht einem Zuwachs von knapp 30 Prozent.

Prävention und Gesundheitsförderung kommen vor diesem Hintergrund eine wichtige Bedeutung zu, um die Selbstständigkeit älterer Menschen so lange wie möglich zu erhalten und fortschreitender Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken.

Festzustellen ist jedoch, dass die Versorgungs- und Pflegekonzepte mit der demografischen Entwicklung und der veränderten Bedarfssituation nicht Schritt gehalten haben. Gesundheitliche Potentiale, die auch pflegebedürftige Menschen aufweisen, werden oftmals nur unzureichend ausgeschöpft.

Zu wenig Beachtung erfährt vielerorts zudem die Situation Pflegender. Der Alltag vieler Pflegekräfte ist gekennzeichnet durch besondere Anforderungen wie Schicht- und Wochenendarbeit, hohe physische und psychische Belastungen, Zeitdruck sowie durch ein hohes Maß an Flexibilität – Belastungen, die sich auf Dauer auch negativ auf die Gesundheit auswirken können. Eine adäquate Prävention und (betriebliche) Gesundheitsförderung werden damit – auch angesichts demografischer Herausforderungen in der Pflegebranche – sowohl für professionelle Pflegekräfte als auch für pflegende Angehörige unverzichtbar.

Grund genug, mit dem 7. gemeinsamen Präventionskongress einen weiteren Schritt zu gehen, um den Zusammenhang von Prävention und Pflege – sowohl im Hinblick auf Pflegebedürftige als auch Pflegende – mehr in das Bewusstsein der (Fach-)Öffentlichkeit zu rücken und einen Beitrag zur Weiterentwicklung dieses Handlungsfelds zu leisten.

Helga Kühn-Mengel MdB |
Präsidentin der Bundesvereinigung
Prävention und Gesundheitsförderung e.V.

¹ Quelle: Statistisches Bundesamt (2015): Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung.

1 | Präventive und rehabilitative Potentiale der Pflege – Eine anthropologische Annäherung an das Alter ²

Prof. Dr. Andreas Kruse |
Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg



Warum stellen wir Überlegungen zur Rehabilitation und Pflege in einen anthropologischen Kontext? Der Grund dafür liegt in der Tatsache, dass die Rehabilitation ebenso wie die Pflege – sowohl in ihren Zielsetzungen als auch in ihren Methoden – grundlegende Einsichten in das Wesen des hohen Alters berücksichtigen muss. Neben den spezifischen Erkenntnissen zur körperlichen, kognitiven und psychischen Plastizität im Alter (...) ist auch eine grundlegende, also eine anthropologische, Auseinandersetzung mit dem Alter notwendig, wie diese im Folgenden versucht werden soll. (...) Die hier vorgeschlagene anthropologische Annäherung an das Alter konzentriert sich auf sieben Aspekte: (1) Selbstgestaltung, (2) Grenzen der Selbstgestaltung, (3) Integration von Potential- und Verletzlichkeitsperspektive, (4) Entwicklungsnotwendigkeit, (5) Entwicklung im Angesicht eigener Endlichkeit, (6) Bezogenheit, (7) Verantwortungsbezüge.

(1) Selbstgestaltung	
Diskussion	Folgerungen
Die Selbstgestaltung verliert im Alter nicht an Bedeutung, sondern wirkt auch in dieser Lebensphase fort, wobei sie nun mehr und mehr durch den Lebensrückblick beeinflusst ist, durch eine »Spurensuche« also, die im günstigen Falle in die Ich-Integrität mündet. Dies heißt, dass sich Menschen auch im hohen Alter vom Motiv leiten lassen, ihr Leben bewusst zu gestalten und dabei ihren Werten, Zielen und Bedürfnissen zu folgen: ein in der Psychologie mit dem Begriff der »Autopoiesis« oder »Autogenese« umschriebener Prozess. Dies heißt aber auch, dass im Falle einer (befürchteten oder eingetretenen) Einengung der Selbstgestaltung – sei es aufgrund von Krankheiten und damit assoziierten funktionellen Einbußen, sei es aufgrund des Verlusts eines motivierenden, Teilhabe sichernden und unterstützenden sozialen Netzwerks – Reaktionen des Individuums in Gang gesetzt werden können, so zum Beispiel Protest und Anklage oder aber Selbstvorwürfe, abnehmendes Engagement, Antriebsverlust, Niedergeschlagenheit. In diesem Kontext sei nur angedeutet, dass wir Verhaltensauffälligkeiten vielfach als »Verhaltensstörungen« interpretieren, ohne zu fragen, ob diese nicht auch durch die erlebte Einengung der Selbstgestaltung bedingt oder mitbedingt sind. Dies gilt übrigens auch für Verhaltensauffälligkeiten bei demenzkranken Menschen. (...)	Für die Rehabilitation und Pflege ergibt sich die Notwendigkeit, neben der Förderung der Selbstständigkeit (...) der Selbstverantwortung (...) besondere Bedeutung beizumessen. Der Respekt vor der Selbstverantwortung als eines der Leitbilder der Rehabilitation und Pflege verliert auch bei der Betreuung und Begleitung demenzkranker oder sterbender Menschen nicht seine Gültigkeit. Es besteht nämlich auch hier die Aufgabe, den Willen des betreffenden Menschen zu erkunden (und sei es mittels der nonverbalen Ausdrucksanalyse), um Situationen konstituieren zu können, die dessen Zielen und Präferenzen entsprechen. Die Suche nach Situationen, auf die die betreffende Person mit positiven Emotionen und Affekten (...) oder mit Wohlbefinden reagiert, bildet einen Handlungsansatz, in dem sich der Respekt vor deren Selbstverantwortung und Autonomie widerspiegelt. Mit dem Begriff der Selbstgestaltung wird übrigens auch ausgedrückt, dass es nicht nur um den unbedingten Respekt vor der Würde des Menschen geht, sondern dass zugleich nach Möglichkeiten Ausschau gehalten wird, wie sich diese Würde verwirklichen, wie diese »leben« kann. Dies erfordert einen Analyseansatz, der sich nicht allein auf verbale Daten, sondern auch auf differenzierte Verhaltensbeobachtungen – zu denen die Analyse von Mimik und Gestik zu zählen ist – stützt.

² Die ungekürzte Fassung des Beitrags steht auf der Homepage der BVPG unter der Rubrik »Kongresse« zur Verfügung.

(2) Grenzen der Selbstgestaltung	
Diskussion	Folgerungen
Es sind die Grenzen der Selbstgestaltung im Falle ausgeprägter Verletzlichkeit, so zum Beispiel bei schwerer Krankheit oder im Sterbeprozess, zu erkennen und anzuerkennen. Mit Grenzen der Selbstgestaltung ist nicht gemeint, dass sich Menschen nun ganz aufgeben müssten. Vielmehr ist mit den Grenzen der Selbstgestaltung die Verbindung von Selbstständigkeit und Selbstverantwortung einerseits mit bewusst angenommener Abhängigkeit andererseits angesprochen. Die bewusst angenommene Abhängigkeit ist dabei aus zwei unterschiedlichen Perspektiven zu betrachten: Zum einen gewinnt sie dann an Bedeutung, wenn das Individuum aufgrund von Beeinträchtigungen in seiner Selbstständigkeit eingeschränkt ist, zum anderen wird sie wichtig, wenn das Individuum den Wunsch verspürt, »loszulassen« und sich dabei einer »sorgenden Gemeinschaft« zu überantworten – ein Verlangen, das vor allem im Sterbeprozess erkennbar ist, das aber auch in Phasen körperlicher, seelischer und geistiger Erschöpfung beobachtet werden kann und erfüllt werden sollte – ohne dabei die noch bestehenden, wenn auch eingeschränkten Ressourcen für ein selbstständiges und selbstverantwortliches Leben zu übergehen. (...)	(...) Wir müssen schon früh in unserem Leben lernen, die Grenzen unseres Lebens zu erkennen und zu akzeptieren, mit und in diesen Grenzen ein schöpferisches Leben zu führen. (...) damit (ist) gemeint, objektiv gegebene Grenzen (...) als einen natürlichen Teil meines Lebens anzunehmen. Im hohen Alter werden die Grenzen unserer Leistungsfähigkeit, wird die Verletzlichkeit unserer Existenz immer deutlicher offenbar. Und auch das Thema der Endlichkeit gewinnt noch einmal vermehrt an existenzieller Bedeutung. Die Fähigkeit, trotz der deutlich hervortretenden Grenzen eigenen Handelns ein schöpferisches Leben im Alter zu führen, auch weiterhin kreativ zu sein (...), gründet auch auf der bewusst angenommenen Abhängigkeit und dabei auf den schon in früheren Lebensabschnitten bewusst angenommenen Grenzen des Lebens. Eine bedeutende Aufgabe der Rehabilitation und Pflege bildet die Unterstützung des Menschen bei der Wahrnehmung und bei dem Akzeptieren von Grenzen bei gleichzeitigem Erkennen und Nutzen der Möglichkeiten zu einem selbstständigen und selbstverantwortlichen Leben. Es ist dies ein Entwicklungsprozess, der einer fachlich und ethisch sensiblen Begleitung bedarf.
(3) Integration von Potential- und Verletzlichkeitsperspektive	
Diskussion	Folgerungen
Das Alter ist, wie die anderen Lebensphasen auch, aus der Integration zweier Perspektiven zu betrachten: der Potentialperspektive einerseits, der Verletzlichkeitsperspektive andererseits. Es wird also sowohl nach den Stärken, Entwicklungs- und positiven Veränderungsmöglichkeiten als auch nach der Verletzlichkeit gefragt, wobei sich die Verletzlichkeit in körperlicher und kognitiver, aber auch in sozialer Hinsicht zeigen kann. Diese zweifache oder doppelte Perspektive muss eigentlich in allen Lebensaltern eingenommen werden, aber sie ist im hohen (vor allem im sehr hohen) Alter von besonderer Bedeutung, da in dieser Lebensphase vor allem die körperliche Verletzlichkeit erkennbar zunimmt. Nur darf dies nicht heißen, dass man das Alter allein oder primär aus der Perspektive der Verletzlichkeit betrachtet; vielmehr sind auch immer die möglichen Stärken, die Entwicklungspotentiale mitzudenken, die sich gerade auch in der psychischen Verarbeitung der Verletzlichkeit zeigen.	Die Sensibilisierung des gesamten Behandlungsteams für die Tatsache, dass die körperliche Verletzlichkeit im Alter seelisch-geistige Entwicklungspotentiale – und die auf diesen gründende Kreativität – nicht ausschließt und dass selbst im Falle erhöhter kognitiver Verletzlichkeit eine differenzierte Emotionalität bestehen kann, bildet eine wichtige Aufgabe im Kontext von Rehabilitation und Pflege. Für diese Doppelperspektive sind auch ältere Menschen selbst zu sensibilisieren, die möglicherweise dazu neigen, angesichts der schmerzlich erfahrenen Verletzlichkeit zu übersehen, über welches seelische und geistige Potential sie verfügen. Die Tatsache, dass wir uns in unseren Altersbildern, aber auch in unseren Bildern des kranken oder sterbenden Menschen sehr stark an den nach außen hin sichtbaren körperlichen Veränderungen orientieren, hingegen weniger an den seelischen und geistigen Prozessen, trägt dazu bei, dass wir die gegebenen seelisch-geistigen Potentiale vielfach übergehen – und damit auch die Akzeptanz der Verletzlichkeit und der Endlichkeit erkennbar erschweren.
(4) Entwicklungsnotwendigkeit	
Diskussion	Folgerungen
Wie in anderen Lebensphasen, so stellen sich auch im Alter Entwicklungsaufgaben, besteht auch im Alter eine Entwicklungsnotwendigkeit – das in Teilen veränderte Rollen- und Tätigkeitsspektrum, das in Teilen veränderte soziale Netzwerk, die späte Freiheit nach Berufsaustritt, aber auch die erhöhte Verletzlichkeit und schließlich die immer deutlicher in den Vordergrund tretende Endlichkeitsthematik sprechen für die Entwicklungsnotwendigkeit. Wenn es alten Menschen gelingt, mit Blick auf die genannten Aufgaben, Anforderungen und Chancen seelisch-geistige Entwicklungsschritte zu vollziehen, dann werden sich immer wieder Situationen einstellen, in denen sie ihr Leben als stimmig und erfüllt erfahren.	Mit der Entwicklungsnotwendigkeit ist ein auch für das Selbstverständnis der Rehabilitation und Pflege wichtiges Merkmal angesprochen: Beide Disziplinen begreifen die emotionale und kognitive Verarbeitung eingetretener Erkrankungen und Funktionseinbußen – mithin der Verletzlichkeit – als eine bedeutende psychologische Aufgabe und postulieren damit die Entwicklungsnotwendigkeit des Menschen in gesundheitlichen Grenzsituationen. Es genügt nicht, dass der Patient/die Patientin die Krankheit und die durch die Krankheit bedingten Einbußen einfach hinnimmt; zudem muss davon ausgegangen werden, dass eine schwere Erkrankung und damit zusammenhängende Funktionseinbußen depressive Störungen bedingen. Vielmehr ist eine tiefgreifende Auseinandersetzung mit der Krankheit und den Krankheitsfolgen notwendig, da erst eine solche Auseinandersetzung das Individuum in die Lage versetzt, trotz der Krankheit eine positive Lebenseinstellung zu bewahren. Diese Auseinandersetzung erfordert aber seelisch-geistige Entwicklungsschritte. Denn eine Anpassung der Lebensziele und Präferenzen an die durch die Krankheit herbeigeführte Situation ist notwendigerweise an Entwicklungsprozesse gebunden, in deren Verlauf sich die Sicht auf das eigene Leben, die generelle Bewertung des eigenen Lebens ändert. (...)

(5) Entwicklung im Angesicht eigener Endlichkeit	
Diskussion	Folgerungen
Auch mit Blick auf die eigene Endlichkeit wird hier ausdrücklich von der Entwicklungsnotwendigkeit – wie auch von der Entwicklungsmöglichkeit – gesprochen. Es wird dabei von der Annahme ausgegangen, dass die eigene Endlichkeit den Menschen spätestens dann, wenn er diese als unmittelbar bedeutsam erlebt (und nicht nur abstrakt denkt), vor besondere emotionale und kognitive Anforderungen stellt. Die eigene Endlichkeit lässt den Menschen nicht – wie bisweilen angenommen wird – gleichgültig. Die Vorstellung, nicht mehr auf dieser Welt zu sein, nicht mehr zu leben, ist für den Menschen alles andere als trivial. Zudem kann in dem Tod sowohl ein Ende als auch ein Ziel gesehen werden (das lateinische <i>finis</i> lässt sich ja in zweifacher Hinsicht übersetzen), sodass man individuelle Entwicklung nicht nur von der Konzeption und Geburt, sondern eben auch vom Tode her verstehen sollte. (...)	Die Thematisierung eigener Endlichkeit in der Rehabilitation, vor allem in der Pflege, stellt eine wichtige Aufgabe dar. Bei einer schweren Krankheit, bei massiven Funktionseinbußen sieht sich der Patient/die Patientin nicht nur in seiner/ihrer körperlichen (vielleicht auch psychischen) Integrität gefährdet, sondern er/sie spürt und zeigt auch Todesängste. Die Thematisierung der Endlichkeit sollte sich nicht auf Palliativ- und Hospizkontexte beschränken, sondern sie sollte immer dann erfolgen, wenn der Patient/die Patientin an einer schweren Krankheit leidet, die durchaus sein/ihr Leben gefährden kann. Wir reagieren heute auf die Endlichkeit mehr und mehr mit einer Geschwätzigkeit: Die früheren kollektiven Deutungsmuster existieren vielfach nicht mehr; an deren Stelle tritt zwangsläufig der Versuch des Individuums, zu einer eigenen, persönlich überzeugenden Deutung zu finden. Dieses Alleingelassen-Sein in Deutungsversuchen verlangt nach tragfähiger, ansprechender Kommunikation. Eine solche muss in der Rehabilitation, muss in der Pflege angeboten werden.
(6) Bezogenheit	
Diskussion	Folgerungen
Für eine Anthropologie ist die Bezogenheit des Individuums auf andere Menschen zentral – und dies gilt selbstverständlich auch für das hohe und sehr hohe Alter. In den Arbeiten des Philosophen Emmanuel Levinas wird der unbedingte Anspruch des Anderen hervorgehoben, der dem eigenen Anspruch vorgeordnet sei – damit wird der Fürsorge, der Mitverantwortung, dem Engagement des Individuums für andere Menschen besondere Bedeutung für das gelingende Leben beigemessen. Mit Blick auf das Alter lässt sich diese Aussage noch weiter konkretisieren, und zwar in Richtung auf die erlebte Verantwortung älterer Menschen für nachfolgende Generationen. Warum liegt diese Konkretisierung nahe? Sie ergibt sich vor dem Hintergrund der Ressourcen, die ältere Menschen im Lebenslauf entwickelt haben und die sie auch in den Dienst der nachfolgenden Generationen stellen können. In diesem Kontext gewinnt das von Erik Homburger Erikson eingeführte Konstrukt der Generativität besondere Bedeutung: Die von Erikson angesprochene innere Beschäftigung mit der Zukunft nachfolgender Generationen wie auch mit der Frage, in welcher Weise diese durch eigenes Handeln gefördert werden kann, gewinnt für eine Anthropologie des Alters großes Gewicht. Dabei ist mit diesem Konstrukt auch angedeutet, dass Alter im Kontext der intergenerationellen Beziehungen betrachtet werden muss.	Für jene Menschen, die an äußerlich sichtbaren Krankheitssymptomen und Funktionseinbußen leiden und bei denen aufgrund sensorischer Einbußen die Kommunikationsfähigkeit erkennbar reduziert ist, trifft man nicht selten auf Unsicherheit, wenn nicht sogar auf Scham, die den Kontakt gerade mit jungen Menschen empfindlich stören können. Entscheidend ist hier, dass ältere Menschen lernen, auch in der Kommunikation mit jungen Menschen möglichst offen über ihre Krankheit und Funktionseinbußen zu sprechen und dabei zu bedenken, dass sie durch diese Gespräche – vorausgesetzt, diese stellen nicht nur ein »Klagen« dar – jungen Menschen Einblick in ihrem Umgang mit Grenzsituationen geben können, Einblicke, von denen junge Menschen lernen können. Die offene Kommunikation über die eigene Verletzlichkeit sollte Thema der Rehabilitation und Pflege bilden.
(7) Verantwortungsbezüge	
Diskussion	Folgerungen
Schließlich ist für eine Anthropologie der Verantwortungsbegriff wichtig: Es geht um die Frage, in welchen Verantwortungsbezügen Menschen stehen. Mit Blick auf diese Verantwortungsbezüge kann von einer <i>coram</i>-Struktur gesprochen werden, wobei der <i>coram</i>-Begriff andeutet, dass wir uns mit unseren Entscheidungen und Handlungen rechtfertigen: vor uns selbst, vor anderen Menschen, vor der Schöpfung. Die Rechtfertigung vor uns selbst ist mit dem Begriff der Selbstverantwortung gemeint, die Rechtfertigung vor anderen Menschen mit dem Begriff der Mitverantwortung, die Rechtfertigung vor der Schöpfung mit dem Begriff der Nachhaltigkeits-Verantwortung. Wenn von der Nachhaltigkeits-Verantwortung gesprochen wird, dann heißt dies, dass der Blick immer auch auf die nachfolgenden Generationen gerichtet ist. (...)	Für das Verständnis der Rehabilitation und Pflege sind vor allem die beiden Komponenten »Selbstverantwortung« und »Mitverantwortung« wichtig. Es geht zum einen darum, den kranken Menschen dafür zu sensibilisieren, Verantwortung für sich selbst zu übernehmen (»Wenn nicht ich für mich, wer denn dann?« »Wenn nicht jetzt, wann denn dann?«). Die erfolgreiche Sensibilisierung für die Selbstverantwortung bildet den Kern des Erfolgs jeder Rehabilitation und Pflege. Zudem sollte die Sicht auf die nächsten Verwandten, vor allem auf jene, die die Rehabilitation und Pflege unterstützen bzw. begleiten, gerichtet sein – dies ist Ausdruck von Mitverantwortung. Der Ausdruck von Mitverantwortung kann auch im Kontakt zu nachfolgenden Generationen stattfinden: dann nämlich, wenn man jüngeren Menschen Einblick in den eigenen Umgang mit Grenzsituationen geben will, um deren Lebenswissen zu erweitern.

Merkmale einer alters- und einer rehabilitations- und pflegefreundlichen Kultur

Was ist unter altersfreundlicher Kultur zu verstehen? Inwieweit können Gesellschaft, Politik, soziale Netzwerke zu einer persönlich sinnerfüllten Gestaltung dessen beitragen? Damit knüpfen wir an die gerade angestellten anthropologischen Überlegungen an.

Unter altersfreundlicher Kultur verstehe ich zunächst die Einbeziehung älterer Menschen in den gesellschaftlichen, politischen und kulturellen Diskurs, dabei auch in den gesellschaftlichen und kulturellen Fortschritt. (...) Eine altersfreundliche Kultur artikuliert das vitale Interesse an den Potentialen im Alter (...) und schafft Rahmenbedingungen, die sich förderlich auf die Verwirklichung von Potentialen auswirken – zu nennen sind hier die Einführung flexibler Altersgrenzen in der Arbeitswelt (die nicht zu verstehen ist als Verzicht auf gesetzlich definierte Altersgrenzen) sowie der Abbau aller Altersgrenzen im Bereich des bürgerschaftlichen Engagements. (...) Eine altersfreundliche Kultur begegnet älteren Frauen und Männern, bei denen die Verletzlichkeit deutlich zum Ausdruck kommt, mit Respekt und Sensibilität. Sie eröffnet sozialräumliche Kontexte, die Selbstständigkeit und Selbstverantwortung fördern und die Teilhabe sichern. (...) Auch im Falle schwerer körperlicher und kognitiver Verluste eines älteren Menschen achtet eine altersfreundliche Kultur dessen Einzigartigkeit, bringt sie ihren Respekt vor dessen Menschenwürde zum Ausdruck, vermeidet sie es, die Lebensqualität dieses Menschen von außen bestimmen zu wollen, spricht sie diesem nicht das grundlegende Recht auf Teilhabe wie auch auf eine fachlich und ethisch fundierte medizinisch-pflegerische Betreuung ab. (...)

Ergänzen wir die Merkmale einer altersfreundlichen Kultur um jene einer rehabilitations- und pflegefreundlichen Kultur: Eine rehabilitations- und pflegefreundliche Kultur lässt sich zunächst von dem Grundsatz leiten, dass Menschen auch in ihrer größten Verletzlichkeit von ihrer Freiheit und ihrer Würde her verstanden und in dieser angesprochen werden müssen. Dies heißt, dass alles dafür zu tun ist, die Selbstverantwortung des Menschen – auch dann, wenn diese nur noch in ihren Resten erkennbar ist (»Inseln des Selbst«) – anzuerkennen und dieser zur Verwirklichung zu verhelfen. Dies heißt weiterhin, dass man neben einer grundlegenden Anerkennung der Würde des Menschen alles dafür tut, dass sich diese verwirklichen, dass diese »leben« kann, was eine konzentrierte, empathische und kontinuierliche Zuwendung erfordert.

Damit dieser Grundsatz mit Leben erfüllt wird, müssen die infrastrukturellen Rahmenbedingungen für eine gute Rehabilitation und eine gute Pflege geschaffen werden, zu denen gehören:

- Ein deutlich erweitertes Angebot an Rehabilitationsleistungen, die an den spezifischen Bedarfen und Bedürfnissen älterer Menschen orientiert sind, sowie eine deutlich größere Bereitschaft der Kostenträger, Anträge auf Rehabilitationsleistungen für ältere Menschen zu bewilligen.
- Hinzu tritt die Forderung nach einer erkennbaren Erhöhung der Tagessätze für die geriatrische Rehabilitation. (...)
- Eine ausreichende Besoldung der Pflegefachpersonen, ansprechende Fort- und Weiterbildungsangebote, ein Personalschlüssel, der ein ausreichendes Maß an Fachlichkeit sicherstellt,
- in stationären Kontexten Wohnbedingungen für Bewohnerinnen und Bewohner, die sich vom Prinzip des Wohnens – mit seinen Komponenten: Heimatgefühl, Teilhabe, Zugehörigkeitsgefühl, Intimität, sensorische, emotionale, kognitive und soziale Stimulation – leiten lassen,
- schließlich eine enge Kooperation der Pflege mit den verschiedenen medizinischen Disziplinen, mit Sozialarbeit, Psychologie und Seelsorge.
- Zudem ist das Angebot an stationären Einrichtungen durch Wohngruppen im Quartier zu ergänzen, um auf diese Weise einen Beitrag zur Aufrechterhaltung von Teilhabe im vertrauten Quartier und in vertrauten sozialräumlichen Kontexten zu schaffen.

Diese infrastrukturellen Rahmenbedingungen sind anspruchsvoll. Und doch darf nicht übersehen werden, dass gerade in Phasen hoher oder höchster Verletzlichkeit das Angewiesensein des

Menschen auf eine fachlich wie ethisch anspruchsvolle Pflege, auf ansprechende Wohnbedingungen, auf eine ansprechende Kommunikation deutlich größer ist als in einer Zeit weitgehend erhaltener Kompetenz und Selbstständigkeit. (...) Vielfach ist man wegen der zahlreichen Krankheitssymptome und der funktionalen Einschränkungen, die am Lebensende dominieren, geneigt, die seelisch-geistige Dimension des Menschen aus den Augen zu verlieren – und mit dieser die Entwicklungsnotwendigkeit wie auch die Entwicklungspotentiale. (...)

Erkennt man (...) die mit unserer Existenz gegebene Begrenztheit, Verletzlichkeit und Endlichkeit und erkennt man an, dass sich Menschen auch in diesen Grenzsituationen seelisch-geistig weiterentwickeln können, dann wird man ein lebendiges Interesse daran haben, anspruchsvolle Rahmenbedingungen zu schaffen, unter denen eine fachlich wie ethisch hochstehende Pflege eher gelingt. Zu diesen Rahmenbedingungen gehört die Stärkung der rehabilitativen Pflege, das heißt die stärkere Integration physiotherapeutischer, krankengymnastischer, ergotherapeutischer sowie bewegungs- und sportbezogener Elemente in den Pflegeprozess. Dies gilt ausdrücklich auch für Menschen, die an einer Demenz erkrankt sind, sowie für Menschen, bei denen die Pflege mehr und mehr von palliativen Konzepten und Strategien bestimmt ist. Dabei ist zu bedenken: Auch in palliativen Kontexten kann sich das rehabilitative Element der Pflege als wertvoll erweisen, wenn es nämlich darum geht, Bedingungen zu schaffen, die den schwerstkranken oder sterbenden Menschen dabei unterstützen, die letzte Lebensphase bewusst zu gestalten. Auch in der Schaffung derartiger Bedingungen drückt sich der Respekt vor der Selbstverantwortung dieses Menschen aus – selbst wenn diese nur noch in ihrer basalen Form erkennbar ist.



Eine rehabilitations- und pflegefreundliche Kultur lässt sich von dem Gedanken leiten, das bürgerschaftliche Engagement dort, wo es möglich und sinnvoll ist, in den Pflegeprozess einzubeziehen. Pflegefachpersonen nehmen – neben ihrer pflegerischen Tätigkeit im engeren Sinne – auch Koordinierungsfunktionen wahr, um die Kooperation zwischen professioneller Pflege, familiärer Hilfe und bürgerschaftlichem Engagement zu ermöglichen. Hier gehen von den stationären und ambulanten Hospizdiensten wertvolle Impulse aus, die sich gleichfalls von diesem Kooperationsgedanken leiten lassen. (...)

Um nun Besonderheiten einer »pflegefreundlichen« Kultur anzuführen: Eine pflegefreundliche Kultur gründet auf der gesellschaftlichen Wertschätzung und Anerkennung der pflegerischen Tätigkeit und der Pflegeberufe. Diese wird nur in dem Maße herbeizuführen sein, in dem in der Öffentlichkeit dargelegt wird, welche Aufgaben sich im Pflegeprozess stellen, welche Verantwortung Pflegefachkräfte übernehmen, welchen Beitrag eine fachlich wie ethisch anspruchsvolle Pflege für die Erhaltung oder Wiedererlangung von Lebensqualität und Wohlbefinden leistet. Dies heißt aber auch, dass unsere Gesellschaft – und somit jeder Einzelne – bereit ist, deutlich mehr in die Pflege zu investieren, als dies heute der Fall ist. »Was ist dem Menschen eine fachlich und ethisch anspruchsvolle Pflege wert?« Diese Frage ist in einem umfassenderen gesellschaftlichen Diskurs zu erörtern, der dazu beitragen kann, dass in unserer Gesellschaft die Bereitschaft wächst, in deutlich höherem Maße in die Pflege zu investieren. Dabei ist auf die Vermeidung von sozialer Ungleichheit zu achten. Menschen mit ausreichenden finanziellen Ressourcen können sich eine Pflege leisten, die hohe fachliche und ethische Ansprüche erfüllt und die zudem an Orten geleistet wird, die einen hohen Wohnstandard und zudem die Aufrechterhaltung von Teilhabe sicherstellen. Bei Menschen mit geringen finanziellen Ressourcen kann nicht von solchen Bedingungen ausgegangen werden.

Und doch müssen auch sie eine fachlich wie ethisch anspruchsvolle Pflege erhalten – zudem an einem Ort, an dem sie sich zu Hause fühlen können, an dem sie sich geschützt fühlen. Letztlich kann damit auch eine Entwicklung abgewendet werden, die zu einer »sozioökonomisch mitbedingten« Art des Sterbens führt. In der höchsten Verletzlichkeit des Menschen kann die soziale Ungleichheit besonders negative, fatale Folgen haben – diese zu vermeiden, muss erklärtes Ziel unserer Gesellschaft und damit ein einzuforderndes Gut sein. (...)

2 | Hilfe für Helfende – Wie kann Gesundheit von Pflegenden gefördert werden?

Prof. Dr. Albert Nienhaus |
Universität Hamburg



Pflegende sind verschiedenen Belastungen ausgesetzt, entsprechend vielfältig sollte auch die Gesundheitsförderung bei diesen gestaltet sein – so die Botschaft von Albert Nienhaus, Professor am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE).

Dass Gesundheitsförderung so früh wie möglich – idealerweise bereits mit Ausbildungsbeginn einsetzen sollte – verdeutlichte der Referent anhand von Studienergebnissen zu Auszubildenden in der Altenpflege. Diese weisen schon zu Beginn ihrer Ausbildung ein ungünstiges Gesundheitsverhalten auf und bringen gesundheitliche Belastungen mit in den Beruf. So ist etwa jede/r dritte Auszubildende übergewichtig oder adipös, ein Viertel weist ein ungünstiges Ernährungsverhalten auf. Mehr als die Hälfte der befragten Auszubildenden gibt an, mindestens gelegentlich zu rauchen, einen riskanten Alkoholkonsum weisen 40 Prozent der Befragten auf. Ebenso klagen 39 Prozent der Auszubildenden über psychische Belastungen; der Aussage, die Arbeit auch in den nächsten fünf Jahren noch ausführen zu wollen, stimmen weniger als die Hälfte der Auszubildenden im dritten Ausbildungsjahr zu.

Vor diesem Hintergrund unterstrich Prof. Nienhaus die Bedeutung von Wertschätzung während der Ausbildung. Richtig angewandt, kann Wertschätzung durch Lehrerinnen und Lehrer, Anleitende und erfahrene Kolleginnen und Kollegen das Selbstvertrauen steigern und die Gesundheit junger Menschen fördern.

Im weiteren Verlauf seines Vortrags widmete sich der Referent Risiko- und Schutzfaktoren, die die Gesundheit von Pflegenden beeinflussen.

Bedingt durch ihre Arbeitsaufgaben nehmen Pflegekräfte häufig eine gebeugte Haltung ein; diese kann auf Dauer Beschwerden des Muskel-Skelett-Systems begünstigen. Wie eine Studie des UKEs in Kooperation mit der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) jedoch zeigte, können Belastungen bei Pflege Tätigkeiten durch eine ergonomischere Körperhaltung sowie den Einsatz von Hilfsmitteln (z. B. Hocker, höhenverstellbares Pflegebett) reduziert werden.

Ein ebenso gesundheitsrelevantes Themenfeld in der Pflege stellt Gewalt – sowohl verbale als auch körperliche – gegenüber Pflegekräften dar. Bewohner und Bewohnerinnen sowie Patientinnen und Patienten, aber auch Angehörige, befinden sich gelegentlich in einer Extremsituation, die zu Aggression und Gewalt gegen Pflegendes führen kann. Von Übergriffen sind Pflegendes daher häufig betroffen; über 70 Prozent der



Pflegekräfte berichten davon, innerhalb der letzten zwölf Monate Opfer verbaler Gewalt geworden zu sein; körperliche Gewalt erlebten in diesem Zeitraum 63 Prozent der in der stationären Altenpflege tätigen Personen. Jede dritte Pflegekraft fühlt sich dadurch stark belastet. Es zeigte sich jedoch, so Prof. Nienhaus, dass Pflegenden sich weniger stark belastet fühlen, wenn der Arbeitgeber Konzepte zur Prävention und zum Umgang mit Aggression und Gewalt in seiner Einrichtung etabliert hat.

Wie Prof. Nienhaus weiterhin ausführte, können auch Führungskräfte die Gesundheit von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowohl positiv als auch negativ beeinflussen. Eine gute Führungskultur schützt die Führungskräfte selbst vor Überforderungen und kann die Arbeitszufriedenheit und somit die Gesundheit von Beschäftigten fördern. Dabei ist kein charismatischer Führungsstil oder das »Prinzip Mutti« gefragt, sondern ein Führungsstil, der für Klarheit der Aufgaben und Rollen sorgt und dabei wertschätzend ist.

Abschließend betonte Prof. Nienhaus die Bedeutung der Betriebsärzte und -ärztinnen für die Gesundheit von Pflegenden. Diese können eine frühe Anlaufstelle für Pflegenden mit beginnenden gesundheitlichen Problemen sein, Unterstützungsangebote der Unfallversicherung vermitteln sowie Fragen des eigenen Lebensstils mit den Pflegenden besprechen.

Darüber hinaus sei es wichtig, nicht nur die Belastungen von Pflegenden herauszustellen, sondern auch ihre Ressourcen im Blick zu behalten. Denn Pflegenden erleben ihre Arbeit als sinnvoll und fühlen sich überwiegend von ihren Kolleginnen und Kollegen unterstützt. Diese positiven Ressourcen sollten gepflegt werden.

3| Selbstständigkeit im Alter erhalten – Ansätze der Prävention und Gesundheitsförderung

Dr. Monika Köster |
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung



Dr. Monika Köster von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) thematisierte in ihrem Vortrag Ansätze der Prävention und Gesundheitsförderung und machte in diesem Zusammenhang auf Angebote der BZgA aufmerksam.

Eingangs skizzierte die Referentin demografische und epidemiologische Entwicklungen. Sie führte aus, dass die Lebenserwartung von Männern und Frauen einen Höchststand erreicht hat: Diese beträgt aktuell für Mädchen bei Geburt 82,8 und für Jungen 77,7 Jahre. Wie Frau Dr. Köster jedoch anmerkte, sollte es nicht das alleinige Ziel sein, ein hohes Lebensalter zu erreichen, sondern vor allem die gewonnenen Jahre bei möglichst guter Gesundheit und in möglichst hoher Lebensqualität verbringen zu können.

Viele ältere Menschen bescheinigen sich selbst eine gute Gesundheit, jedoch legte Frau Dr. Köster anhand von Daten des Statistischen Bundesamts dar, dass mit zunehmendem Alter das individuelle Krankheitsrisiko sowie das Risiko für Multimorbidität ansteigen. Darüber hinaus ist eine Zunahme des Anteils von Menschen mit demenziellen Erkrankungen zu erwarten. Auswirken werden sich diese Entwicklungen auch auf die Pflegebedürftigkeit: Waren 2013 in Deutschland noch 2,6 Millionen Menschen pflegebedürftig, so werden bis zum Jahr 2050 rund 4,5 Millionen Pflegebedürftige erwartet.

Vor diesem Hintergrund gewinnen diejenigen Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention an Bedeutung, die die physischen, psychischen und kognitiven Fähigkeiten adäquat fördern. Frau Dr. Köster plädierte in diesem Zusammenhang für die Berücksichtigung grundlegender Prinzipien und Strategien der Gesundheitsförderung, damit Menschen ihr Leben so lange wie möglich selbstbestimmt und sozial integriert führen können.

Diese Strategien umfassen:

- einen frühzeitigen und lebensbegleitenden Ansatz,
- die Berücksichtigung zentraler Zielgruppenmerkmale (Diversity),
- eine Orientierung an Lebensphasen und Umbruchsituationen,
- das Erreichen der Zielgruppen in ihren Lebenswelten, in ihrem Alltag,
- den Einbezug der Rahmenbedingungen und Strukturen,
- die Beteiligung der Zielgruppen (Partizipation),
- die Stärkung persönlicher Kompetenzen (Empowerment),
- Ressourcenorientierung,
- Qualitätsmanagement/Qualitätssicherung sowie
- Nachhaltigkeit und Verstetigung.

Im Anschluss daran verdeutlichte Frau Dr. Köster, wie das bundesweite BZgA-Präventionsprogramm »Gesund & aktiv älter werden«³ diese Strategien umsetzt. Das Programm zielt auf die Erhaltung und Förderung physischer, psychischer und kognitiver Fähigkeiten sowie eine aktive, sozial integrierte und gesundheitsbewusste Lebensführung. In diesem Zusammenhang kommt dem Bereich der Bewegungs- und Mobilitätsförderung besondere Bedeutung zu.

Im Rahmen des Programms werden jährlich Bundeskonferenzen durchgeführt, die der gezielten Themensetzung und dem fachübergreifenden Austausch dienen. Mit Hilfe von Regional-konferenzen wird darüber hinaus die Vernetzung von Bund, Ländern und Kommunen gefördert. Die BZgA unterstützt den Theorie-Praxis-Transfer über Materialien für Multiplikatorinnen/ Multiplikatoren und Endadressatinnen und -adressaten sowie über die Bereitstellung internet-basierter Informationen. Ein wissenschaftlicher Fachbeirat, begleitende Studien und Expertisen, ExpertInnenworkshops sowie Qualitätskriterien und Evaluationsverfahren tragen zur Qualitätssicherung des Programms »Gesund & aktiv älter werden« bei.



³ Weitere Informationen zum BZgA-Programm finden Sie online unter: www.gesund-aktiv-aelter-werden.de

Workshops zu ausgewählten Handlungsfeldern der Prävention und Gesundheitsförderung

In sieben parallelen Workshops konnten sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des 7. gemeinsamen Präventionskongresses an der Diskussion beteiligen. Im Plenum erfolgte im Anschluss die Vorstellung der einzelnen Workshop-Ergebnisse durch die Leiterinnen und Leiter der jeweiligen Workshops.

Workshop 1 | Bewegung

Moderation:

Dr. Annett Horn |
Universität Bielefeld

Prof. Dr. Helmut Heseke |
Universität Paderborn



Eröffnet wurde der Workshop durch Frau Dr. Annett Horn, Universität Bielefeld, und Herrn Prof. Dr. Helmut Heseke, Universität Paderborn. Einführend verdeutlichten die Referentin und der Referent die Bedeutung des Themas »Prävention und Gesundheitsförderung im Alter« und hoben dabei insbesondere den Bereich der Bewegungsförderung hervor. Dieser wurde im Anschluss durch zwei praxisbezogene Vorträge vertieft.

»Mobilitäts- und Bewegungsförderung in der Pflege«

Unter dem Titel »Mobilitäts- und Bewegungsförderung in der Pflege« zeigte Frau Dr. Horn einleitend auf, dass Gesundheitsförderung – und speziell Mobilitäts- und Bewegungsförderung in der Pflege – insbesondere in der »Generation 80plus« bislang kaum Gegenstand wissenschaftlicher Forschung war. Um diesem Defizit zu begegnen, führte sie zusammen mit ihrem Team ein mehrjähriges Forschungsprojekt durch, in dem u.a. das gesundheitliche Potential hochbetagter Bewohnerinnen und Bewohner unterschiedlicher Pflegeeinrichtungen untersucht wurde.

Die Ergebnisse dieser Untersuchung flossen auch in die Entwicklung einer interaktiven Online-Datenbank ein. Diese beinhaltet zahlreiche Beispiele wirksamer Mobilitätsmaßnahmen für Pflegeeinrichtungen sowie weiterführende Hinweise zu Ansprechpartnerinnen und -partnern und Umsetzungsmaßnahmen.

In einem weiterführenden Projekt wurden Pflegeeinrichtungen über einen Zeitraum von anderthalb Jahren bei der Einführung eines Mobilitätsprogramms begleitet. Die Ergebnisse dieses Projektes fließen in eine Handreichung ein, die Pflegeeinrichtungen zukünftig bei der Implementation bewegungsfördernder Interventionen unterstützen soll. Die Handreichung wird ebenfalls im Internet kostenlos zur Verfügung gestellt.

»PATRAS – Paderborner Trainingsprogramm für Senioren«

Im Anschluss folgte die Präsentation von Herrn Prof. Heseke zum Modell »PATRAS – Paderborner Trainingsprogramm für Senioren«. Dieses wurde von der Universität Paderborn entwickelt und beinhaltet ein Muskelkräftigungsprogramm sowie ein Ernährungskonzept zur Vorbeugung von Mangelernährung.

Ziel des Muskelkräftigungsprogramms ist es, die Alltagsmobilität älterer Menschen zu verbessern. Erprobt wurde das Programm im Rahmen einer viermonatigen Interventionsstudie in zwei Altenheimen und einem Haus für betreutes Wohnen mit insgesamt 46 Bewohnerinnen und Bewohnern. Im Rahmen des Programms wurde sowohl das individuelle Leistungsvermögen berücksichtigt als auch eine kontinuierliche Steigerung der Belastung angestrebt. Die Evaluation belegte, dass sich die Mobilität der teilnehmenden Bewohnerinnen und Bewohner deutlich verbesserte – dies zeigte sich u. a. an der Zeitdauer für selbstständiges Hinsetzen und Aufstehen.

Neben dem Muskelkräftigungsprogramm wurde auch ein Ernährungskonzept zur Vorbeugung von Mangelernährung entwickelt. Dieses umfasst die Erstellung einer individuellen »Ess- und Trinkbiographie« sowie einer kurzen »Sportbiographie«. Diese Biographien sollen bei der Feststellung von Risikofaktoren für Mangelernährung helfen und können somit dazu beitragen, diesen vorzubeugen.

Alle Ergebnisse der Intervention wurden in einem Handbuch zusammengefasst. Dieses soll Pflegekräften als Orientierungshilfe zur Erkennung von Mangelernährung dienen.

Im Rahmen der anschließenden Diskussion wurde deutlich, dass Prävention und Gesundheitsförderung im Alter – v.a. in den Bereichen »Bewegung« und »Mobilität« – unabdingbar sind, eine Umsetzung jedoch häufig an begrenzten finanziellen und personellen Ressourcen scheitert. Ebenso sind Informationen über gute Bewegungsprogramme für Praktikerinnen und Praktiker oft schwer zu finden. Daher müssen Angebote geschaffen werden, wie beispielsweise die vorgestellte Online-Datenbank, um einzelne Pflegeeinrichtungen bei der Identifikation und Umsetzung geeigneter Maßnahmen zu unterstützen.

Wie einige Teilnehmende äußerten, sind die Leitungen von vielen Pflegeeinrichtungen in Bezug auf Mobilitätsförderung eher zurückhaltend, da befürchtet wird, dass eine potentielle Rückstufung der Pflegestufe eines Bewohners/einer Bewohnerin mit einer Reduzierung der Geldleistungen durch die Pflegeversicherung einhergehen könnte⁴. Um dem entgegenzuwirken, regte Prof. Hesecker die Einführung eines Bonussystems an, durch das Pflegeeinrichtungen einen zusätzlichen Bonus bekommen, wenn Bewohnerinnen/Bewohner in eine niedrigere Pflegestufe gestuft werden – damit könnten Zahlungsausfälle der Pflegeversicherungen aufgefangen werden.

Mit dem Inkrafttreten des Präventionsgesetzes erhofften sich die Teilnehmenden Anreize vom Gesetzgeber, die dazu beitragen, neue Standards der Prävention im Pflegebereich zu entwickeln. Als bedeutsam wurde in diesem Zusammenhang jedoch auch die Motivation und Unterstützung seitens der Pflegeleitung empfunden. Denn ohne die Unterstützung dieser seien Präventionsmaßnahmen zum Scheitern verurteilt.



⁴ Anmerkung: »Die Pflegeeinrichtungen erhalten in diesen Fällen von der Pflegekasse einen Anerkennungsbetrag in Höhe von 1.536 Euro. Dieser Betrag entspricht der Differenz zwischen den Leistungsbeträgen der Pflegestufe I und II für die Dauer von sechs Monaten.« (Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, S. 33)

Workshop 2 | Autonomie im Alter, Kommunale Gesundheitsförderung

Moderation:

Dr. Claus Weth |
Gesunde Städte-Netzwerk der
Bundesrepublik Deutschland

Prof. Dr. Josefine Heusinger |
Hochschule Magdeburg-Stendal



Frau Josefine Heusinger, Professorin für Grundlagen und Handlungstheorien der Sozialen Arbeit an der Hochschule Magdeburg-Stendal, und Herr Dr. Claus Weth, Geschäftsführer des Gesunde Städte-Netzwerks der Bundesrepublik Deutschland, eröffneten den Workshop gemeinsam und betonten eingangs die Wechselwirkungen der Themenfelder »Autonomie im Alter« und »Kommunale Gesundheitsförderung«.

Gesunde Städte-Aktivitäten in den Lebensräumen älterer Menschen

Zu Beginn seines Vortrags zeigte Herr Dr. Weth die gesundheitliche Bedeutung einer aktiven Lebensgestaltung auf. Diese ist u.a. gebunden an Fähigkeiten, Fertigkeiten und Interessen des Menschen, an die materielle und soziale Sicherung sowie an die Gestaltung der räumlichen, sozialen und infrastrukturellen Umwelt.

Städten und Regionen kommt für ein gesundes Älter-Werden somit eine immer wichtigere Bedeutung zu. Diesen Bedeutungszuwachs unterstrich Herr Dr. Weth anhand eines Zitats des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Dieser plädierte bereits im Jahr 2009 »für eine Verlagerung möglichst vieler Entscheidungskompetenzen in die Regionen bzw. an die vor Ort verantwortlichen Akteure« (Gutachten 2009, S. 13⁵).

Herr Dr. Weth verwies weiterhin auf die »Würzburger Erklärung« des Gesunde Städte-Netzwerks, die darauf abzielt, die Themen »Gesundheit« und »Gesundheitsförderung« als kommunale Querschnittsaufgabe stärker in den Fokus zu rücken. Die Erklärung definiert Kompetenzen aktiver Kommunen; dazu zählen u.a. die Netzwerkarbeit mit verschiedenen Ämtern und Fachbereichen, die Nähe zu besonderen Zielgruppen sowie die Erfahrung in der Erhebung, Bearbeitung und Bewertung statistischer Daten zum Zusammenhang von gesundheitlichen und sozialen Lebenslagen. Herr Dr. Weth sprach sich für die Stärkung kommunaler Kompetenzen aus und schrieb diesen einen positiven Einfluss auf die dauerhafte Sicherung gesundheitsfördernder Prozesse vor Ort zu.

Vor diesem Hintergrund forderte der Referent, dass sich Kommunen als »Hüter« der Lebenswelten ihrer Bürgerinnen und Bürger verstehen und ein Ordnungs- und Gestaltungssystem für übergreifende und ganzheitliche Gesundheitsförderung und Prävention bilden müssen.



⁵ Das Gutachten ist online verfügbar unter: www.svr-gesundheit.de/index.php?id=14

Selbstbestimmung bei Pflegebedürftigkeit?!

Einleitend zeigte Frau Prof. Heusinger im Rahmen ihres Vortrags auf, wie Selbstbestimmung in verschiedenen Zusammenhängen verstanden werden kann. So sei Selbstbestimmung nicht mit Selbstständigkeit gleichzusetzen, sondern bedeute, selbst über die Ausgestaltung der eigenen Lebensumstände entscheiden zu können, auch wenn Fähigkeiten zur praktischen Alltagsbewältigung – z.B. bei Pflegebedürftigkeit – eingeschränkt sind. Demnach bedeute Selbstbestimmung auch, darüber zu entscheiden, ob und welche Präventions- oder Rehabilitationsmaßnahmen ergriffen werden.

Darüber hinaus machte Frau Prof. Heusinger deutlich, dass Selbstbestimmung nur möglich ist, wenn bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind: Einerseits müssen echte Wahlmöglichkeiten vorhanden sein, andererseits müssen die nötigen Ressourcen (z.B. Wissen, Mut, Unterstützung) zur Verfügung stehen. Dies gilt es auch bei Gebrechlichkeit und Pflegebedarf zu gewährleisten, um für die Betroffenen bestmögliche Lebensqualität und Gesundheit zu sichern und gesundheitliche Ungleichheit bei pflegebedürftigen Menschen zu reduzieren.

Zu beachten ist aber der Referentin zufolge, dass Selbstbestimmung nicht ausschließt, dass Entscheidungen freiwillig an andere abgegeben werden können. So kann es an Wissen, an Selbstvertrauen, an Interesse, an Kraft oder an Zuversicht fehlen, selbst Entscheidungen treffen zu wollen. Aber auch wer sich – wie im Falle von Pflegebedürftigkeit – in die Fürsorge anderer begibt, hat Anspruch darauf, immer wieder in die Aushandlungsprozesse über die Lebensgestaltung einzusteigen und eingreifen zu können.

Abschließend machte Frau Prof. Heusinger darauf aufmerksam, dass im Alter lebenslange hemmende und fördernde Faktoren für Selbstbestimmung und Gesundheit kumulieren. Insbesondere für pflegebedürftige Menschen ist der Zugang zu Prävention und Rehabilitation erschwert, ihre Wahlmöglichkeiten sind begrenzt. Umso wichtiger sei es vor diesem Hintergrund, pflegebedürftige Menschen an der Gestaltung ihrer Umwelten zu beteiligen und ihnen dafür geeignete Ressourcen zur Verfügung zu stellen.

In der anschließenden Diskussion thematisierten die Anwesenden kommunale Aufgaben und Probleme und diskutierten entsprechende Lösungsansätze.

Kommunale Problemfelder

Wie die Workshopteilnehmerinnen und -teilnehmer aufzeigten, werden Kommunen zunehmend mehr Aufgaben zugeschrieben. Dieser Bedeutungszuwachs sei grundsätzlich zu begrüßen, denn Kommunen verfügten über die notwendigen Kompetenzen, um Entscheidungen vor Ort treffen zu können; kritisiert wurde hingegen die bisher mangelnde Ausstattung mit finanziellen und personellen Ressourcen, um Aufgaben der Prävention und Gesundheitsförderung adäquat nachkommen zu können.

Darüber hinaus berichteten die Anwesenden von Informationsdefiziten seitens zahlreicher älterer Bewohnerinnen und Bewohner. Unklarheit herrsche z.B. bzgl. Rechten zu Reha-Ansprüchen oder der Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen – auch und vor allem in hohem Alter.

Auch der sozialen Isolation im Alter schrieben die Teilnehmerinnen und Teilnehmer eine zunehmende Bedeutung zu. Faktoren wie die Auflösung familiärer Strukturen, Kinderlosigkeit sowie die zunehmende Anzahl an Single-Haushalten führen zu einer Ausdünnung informeller Unterstützungssysteme, sodass ältere Menschen zunehmend auf sich allein gestellt sind.

Darüber hinaus gewinnen gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen im Alter an Bedeutung. So wiesen die Teilnehmenden auf einen vielfach gesteigerten Alkohol- und Tabakkonsum im Alter hin, ebenso wurde Bewegungsmangel als Risikofaktor für gesundes Älterwerden angeführt.

Kommunale Aufgaben und Lösungsansätze

Basierend auf den aufgeführten Problemfeldern entwickelten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer Vorschläge für kommunale Aufgaben und deuteten erste Lösungsansätze an:

- Eine sorgfältige Sozialstatistik und -planung auf kommunaler Ebene gilt als Basis für die Entwicklung gesundheitsbezogener Maßnahmen. Darüber hinaus sind die Diversität der Zielgruppe sowie Kohortenspezifika zu berücksichtigen.
- Einige Teilnehmende sprachen sich für die Abwendung vom Prinzip der »autoritären Gerontologie« aus: Anstatt älteren Menschen ihr gesundheitsbezogenes Verhalten vorzuschreiben, sei es ratsam, diese selbst nach ihren Wünschen und Bedürfnissen zu befragen (Partizipation).
- In Kommunen sollte der »Service-Gedanke« weiterentwickelt werden. Bezogen auf präventive Angebote bedeutet dies, aufsuchende Angebote zu etablieren, anstatt an der bisher weit verbreiteten »Komm-Struktur« festzuhalten.
- Soziale Netzwerke älterer Menschen sollten gestärkt werden, um der fortschreitenden Isolation entgegenzuwirken. In diesem Zusammenhang forderten einige Anwesende zudem eine stärkere Zusammenarbeit mit (Sport-)Vereinen.
- Beispiele guter Praxis sollen weiterentwickelt werden; benannt wurden in diesem Zusammenhang die »Lokalen Allianzen für Demenz«. Darüber hinaus verwies ein Teilnehmer auf das GEPA NRW. Dieses steht für das Gesetz zur Entwicklung und Stärkung einer demographiefesten, teilhabeorientierten Infrastruktur und zur Weiterentwicklung und Sicherung der Qualität von Wohn- und Betreuungsangeboten für ältere Menschen, pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen. Dieses eröffne den Kommunen Spielräume für sinnvolle Ausgaben in zukunftsweisende Quartierskonzepte.⁶

Workshop 3 | Ernährung, Mund- und Zahngesundheit

Moderation:

Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik |
Universität Witten/Herdecke

Dr. Uwe Niekusch |
Gesundheitsamt Rhein-Neckar-Kreis



Der Workshop wurde durch zwei Impulsvorträge von Frau Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik und Herrn Dr. Uwe Niekusch eröffnet. Sie griffen die Themen »Ernährung« sowie »Mund- und Zahngesundheit« von Bewohnerinnen und Bewohnern in Pflegeheimen auf und stellten dabei insbesondere die vorherrschenden Probleme beider Themengebiete heraus.

⁶ Weiterführende Informationen zum Gesetz sind online verfügbar unter: www.mgepa.nrw.de/pflege/rechtsgrundlagen

Prävention von Mangelernährung in der Langzeitpflege

Im Rahmen ihres Vortrags zeigte Frau Prof. Bartholomeyczik auf, dass dem Problem der Mangelernährung in Pflegeeinrichtungen eine große Bedeutung zukommt, da teilweise über die Hälfte der Pflegebedürftigen mangelernährt ist oder ein spezifisches Risiko aufweist. Zu den Folgen zählen Schwäche, Krankheitsanfälligkeit und Beeinträchtigungen in der Mobilität. Etliche Medikamente reduzieren ebenfalls den Appetit. Dies führe zu einem »Teufelskreis der Mangelernährung«. Dennoch fehlt häufig das Bewusstsein für das Problem »Mangelernährung«, da dessen Bedeutung nicht erkannt wird. Gründe hierfür sind Frau Prof. Bartholomeyczik zufolge eine unzureichende systematische Risikoerfassung sowie mangelnde Fachkenntnisse des Pflegepersonals zur Bedeutung der Unterstützung beim Essen, über Schluckstörungen sowie über Gründe, warum der Bewohner/die Bewohnerin eine Nahrungsaufnahme ablehnt.

Anschließend stellte Frau Prof. Bartholomeyczik den »Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege« vor, der nicht nur auf die Sicherstellung des Bedarfs, sondern auch der Bedürfnisse von Bewohnerinnen und Bewohnern abzielt und somit als wirksame Prävention von Mangelernährung gilt. Dennoch ist es Frau Prof. Bartholomeyczik zufolge nicht unproblematisch, die Grenzen der oralen Nahrungsaufnahme richtig zu deuten. Wichtig sei eine individuelle Entscheidung von Fall zu Fall; dies schließe auch ein, bei Bedarf das Nicht-Essen zuzulassen, denn am Lebensende kann Essen eine Qual darstellen.

Aktueller Stand der zahnmedizinischen Betreuung in Pflegeheimen

Herr Dr. Niekusch problematisierte in seinem Vortrag die Mund- und Zahngesundheit in Pflegeheimen aus zahnärztlicher sowie aus pflegerischer Sicht. Hierbei zeigte er auf, dass Zähne zwar immer länger erhalten werden können bzw. der Ersatz fehlender Zähne durch Brücken oder Implantate möglich ist, dies jedoch zu einem gesteigerten Parodontitisrisiko führt und somit sich auch das Risiko für Folgeerkrankungen erhöht. Wie Herr Dr. Niekusch herausstellte, entspricht die zahnärztliche Versorgung von Heimbewohnerinnen und -bewohnern nicht den Anforderungen moderner präventionsorientierter Zahnmedizin, da meist Kontrolluntersuchungen, Prophylaxemaßnahmen sowie nötige Behandlungen entfallen. Grund hierfür ist zum einen die eingeschränkte Mobilität der Heimbewohnerinnen und -bewohner, die keine Termine in der Zahnarztpraxis wahrnehmen können, zum anderen mangelt es auch an regelmäßigen Hausbesuchen seitens der Zahnärzte und -ärztinnen. Problematisch sei auch, dass es in vielen Heimen keine zahnärztlichen Eingangsuntersuchungen gibt und somit überwiegend das Pflegepersonal für die Erhebung der Befunde zuständig ist.



Aus Sicht des Pflegepersonals wird kritisiert, dass kein Zahnarzt/keine Zahnärztin als Ansprechperson bei Problemen zur Verfügung steht, keine regelmäßigen Schulungen des Pflegepersonals stattfinden und die Mundgesundheit zu wenig in den Ausbildungsplänen verankert ist. Anknüpfend stellte Herr Dr. Niekusch einige Modellprojekte vor, die sich u.a. zum Ziel gesetzt haben, eine adäquate zahnärztliche Versorgung zu entwickeln sowie die Lebensqualität von Heimbewohnerinnen und -bewohnern zu steigern. Abschließend wies der Referent auf Fortschritte in der zahnärztlichen Versorgung hin, die u.a. mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz einhergehen, das Kooperationsverträge zwischen Zahnarzt/Zahnärztin und Pflegeeinrichtung vorsieht. Herr Dr. Niekusch betonte aber auch, dass eine durchgreifende Verbesserung der derzeitigen Situation nur möglich ist, wenn alle Beteiligten, Pflegefachkräfte, öffentlicher Gesundheitsdienst, niedergelassene Zahnärztinnen und -ärzte, Krankenkassen und die Pflegeversicherung an einem Strang ziehen. In diesem Zusammenhang verwies er auf die anerkannten Erfolge der Gruppenprophylaxe (§ 21 SGB V) bei Kindern und Jugendlichen.

Im Anschluss traten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Workshops in eine aktive Diskussion. Als Ergebnis wurden einige Forderungen zur Verbesserung von Vernachlässigungen formuliert; diese zielen primär auf die Erhöhung der Lebensqualität von Pflegebedürftigen ab.

Vernachlässigung der Ernährung

Patienten und Patientinnen in stationären Pflegeeinrichtungen werden häufig als Kollektiv betrachtet, weshalb die Individualität jedes Einzelnen verloren geht. Bemängelt wurde vor allem, dass auf diese Weise die unterschiedlichen Bedürfnisse der Heimbewohnerinnen und -bewohner vernachlässigt werden. Durch eine Essensbiographie, die eingangs für jeden Patienten/jede Patientin erstellt werden sollte, wäre es möglich, sich auf die individuellen Bedürfnisse einzustellen und somit den Ernährungsstatus zu verbessern. Voraussetzung hierfür wäre, dass sich die Hauswirtschaftsabteilung eines Heims und das Pflegepersonal – beispielsweise im Rahmen von Fallbesprechungen – vernetzen und austauschen. Der Expertenstandard sieht zur Lösung von Ernährungsproblemen eine Verfahrensregelung vor, die den verschiedenen Akteuren feste Rollen zuschreibt. Dies geschieht bisher nur vereinzelt, häufig fehlt die nötige Schnittstelle. Als weiteres Problem, das einer adäquaten Versorgung entgegensteht, werden seitens des Pflegepersonals die oft fehlenden zeitlichen Ressourcen angeführt. Die Teilnehmenden stellten im Rahmen der Diskussion jedoch heraus, dass Zeitmangel nicht zur Mangelernährung führen dürfe – jeder Patient und jede Patientin muss ausreichend versorgt werden.

Zur Aufgabe sollte es dementsprechend werden, das Bewusstsein beziehungsweise die Sensibilität für Ernährung beim Pflegepersonal zu fördern sowie auf individuelle Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten einzugehen. Die Unterstützung beim Essen an Hilfskräfte abzugeben, ohne dass gleichzeitig Risiken und Folgen kontrolliert werden, sei gefährlich.

Wie in der weiteren Diskussion deutlich wurde, mangelt es auch in der häuslichen Pflege an einer bedarfsgerechten Ernährung der Pflegebedürftigen – vor allem aufgrund von Unkenntnissen seitens der pflegenden Angehörigen. Abhilfe schaffen könnte eine umfangreichere Vermittlung entsprechender Informationen an die Angehörigen – etwa durch die Krankenkassen. Das Thema Ernährung sollte verpflichtender Bestandteil der Beratung nach SGB XI werden.

Vernachlässigung der Mund- und Zahngesundheit

Um das Risiko von Mangelernährung zu reduzieren, sollte den Teilnehmenden zufolge eine zumindest oberflächliche Munduntersuchung durch Pflegekräfte stattfinden. Dazu sind Schulungen des Pflegepersonals notwendig, sodass diese frühzeitig Probleme an den Zähnen oder in der Mundhöhle erkennen und gegebenenfalls einen Zahnarzt/eine Zahnärztin hinzuziehen. Diese Maßnahme gewährleistet, dass nicht erst bei den (unregelmäßigen) Kontrollbesuchen des Zahnarztes/der Zahnärztin, sondern kontinuierlich der Status der Mundgesundheit der Bewohnerinnen und Bewohner erfasst wird. Weiterhin wurde bemängelt, dass der Mundgesundheit in der Ausbildung von Pflegekräften zu wenig Zeit gewidmet wird. Auch hier können Schulungen das Bewusstsein steigern.

Aus diesen Punkten differenzierte sich vor allem die Forderung nach einer umfassenden Eingangsdiagnostik des Patienten/der Patientin heraus, um nicht nur die Risiken einer Mangelernährung zu erkennen, sondern auch die Mundgesundheit zu dokumentieren.

Vernachlässigung der häuslichen Pflege

Im Rahmen der Diskussion stellten die Teilnehmenden fest, dass sich Präventionsbemühungen vorrangig an stationäre Pflegeeinrichtungen richten; das häusliche Pflegesetting – in dem die Mehrheit der Pflegebedürftigen betreut wird – fällt aus den Überlegungen häufig heraus. Ernährungsprobleme können jedoch gerade zu Hause auftreten, wenn Einkäufe nicht mehr selbst getätigt werden können, meistens lange bevor Pflegebedürftigkeit nach SGB XI festzustellen ist. Prävention wäre gerade in dieser Vorphase besonders wichtig und effektiv, Beratung zu niederschweligen Angeboten erforderlich.

Personen, die zu Hause betreut werden – so die Vermutung der Teilnehmenden – verfügen jedoch über einen besseren Zugang zu zahnärztlicher Versorgung, da sich ihr Zahnarzt/ihre Zahnärztin verpflichtet fühlt, Hausbesuche durchzuführen. Heimbewohner und -bewohnerinnen hingegen wiesen häufig keine persönlichen Arztkontakte auf; infolge dessen fühle sich der Zahnarzt/die Zahnärztin nicht in der Pflicht, freiwillige Hausbesuche durchzuführen.

Als Forderung ergab sich, dass auch in der häuslichen Pflege Risiko- und Vorsorgeuntersuchungen vorgenommen werden sollten, besonders in Bezug auf die Mundgesundheit, sodass der Gesundheitsstatus der Patientin/des Patienten ausreichend dokumentiert werden kann. So wird gewährleistet, dass bei akutem Bedarf eine schnelle Versorgung möglich ist.

Workshop 4 | Demenz

Moderation:

Prof. (em.) Dr. Heinz Mechling |
Deutsche Sporthochschule Köln

Prof. Dr. Renate Stemmer |
Katholische Hochschule Mainz



Eröffnet wurde der Workshop von Prof. Dr. Heinz Mechling. In seiner Einführung zum Thema »Sportwissenschaften und Demenz« verdeutlichte Herr Prof. Mechling die Hinwendung der Sportwissenschaft zu einer gesundheitssportlichen Perspektive und die Bedeutung des Sports im Alter. Anschließend stellte er das Trainingsprogramm »fit für 100« und das daraus entstandene Bewegungsangebot »NADiA (Neue Aktionsräume für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen)« vor.

»fit für 100« und »NADiA«

»fit für 100« ist ein Krafttrainingsprogramm, das in Intensität und Umfang speziell auf Hochaltrige ausgerichtet ist und den Fokus auf ihre körperliche Aktivität legt. Es zielt auf die Vermeidung von Sarkopenie. Mit dem Alter erfährt jeder Mensch einen Verlust an Muskelmasse und Muskelkraft. Die Folgen sind unter anderem motorische und koordinative Einbußen sowie eine erhöhte Sturzneigung. Durch das Training kann der Verlust der Muskelkraft deutlich hinausgezögert werden. Im Projekt »NADiA« stehen vor allem die Demenzkranken und ihre Angehörigen im Mittelpunkt. In der dreijährigen Projektphase konnte nachgewiesen werden, dass ein gezieltes Training mit Demenzkranken möglich ist und der Trainingsumfang ebenfalls kein Hindernis darstellt. Wie mithilfe des Mini Mental Status Tests (MMSE) belegt wurde, konnte der ermittelte MMSE-Wert mit der NADiA-Intervention in zwei unterschiedlichen Demenz-Gruppen über ein Jahr hinweg stabil gehalten werden. Vor allem die soziale Komponente, die auf gemeinsames Training mit Familienmitgliedern abzielte, wurde als Erfolg bewertet. Die Angehörigen erlebten die Betroffenen insgesamt aktiver und leistungsfähiger sowie sich selbst gestärkt. Zudem konnten die Teilnehmenden von dem Austausch untereinander profitieren.

Anschließend thematisierte der Referent den Zusammenhang von Demenz, körperlicher Aktivität und Sport sowie die Ursachen und Folgen. Die aktuelle Situation für therapeutische Maßnahmen bei Demenz wurde als defizitär identifiziert. Dabei bestche über die Präventionsfaktoren weltweiter Konsens. In der Rangfolge ihres »Relativen Risikos« nannte Prof. Mechling: Depression, körperliche Inaktivität, Bluthochdruck und Übergewicht im mittleren Alter, Rauchen, geistige

Inaktivität bzw. ein niedriges Bildungsniveau und Diabetes. Die überwiegende Zahl der Faktoren ist physisch beeinflussbar. Die positiv präventive und therapeutische Wirkung von Bewegung auf Demenz betrifft die Hirnfunktionen (Gedächtnis) und den neurotrophen Wachstumsfaktor (BDNF). Dieser zeigt eindeutig positive Effekte auf den Erhalt von Nerven- und Muskelzellen und deren Verbindung. Er reduziert darüber hinaus die Amyloidablagerungen im Gehirn.

Wie Prof. Mechling weiterhin aufzeigte, führt die Wirkung von körperlicher Aktivität und Training, einschließlich Musizieren und Tanz, je nach Intensität zu einem zwischen 26 bis 50 Prozent verminderten Mortalitätsrisiko. Zudem wurden Bewegung und Training als notwendige und wirksame Ergänzungen zu anderen therapeutischen Maßnahmen und Aktivitäten identifiziert.



»AANA + KO«

Frau Prof. Dr. Renate Stemmer stellte im Anschluss den Projekthintergrund und den Ablauf der Studie »AANA + KO (Angehörige aktivieren alltagspraktisch und externe Personen aktivieren kognitiv)« vor. Untersucht wurde in der dreijährigen Projektphase die Wirksamkeit einer kombinierten Aktivierung von an Demenz erkrankten Personen im häuslichen Umfeld. Die Studie, die als multizentrische, randomisiert-kontrollierte Verlaufsstudie mit einer Intervention angelegt war, bestand zum einen aus einer individuell angepassten, manualisierten, alltagspraktischen Aktivierung durch die pflegenden Angehörigen. Diese wurde an sechs Tagen in der Woche für je 60 Minuten ausgeführt. Sie umfasste z.B. das Ankleiden, die Körperpflege, die Nahrungszubereitung sowie Tätigkeiten in Anlehnung an ehemalige Hobbies. Zum anderen enthielt die Intervention Aspekte kognitiver Aktivierung. Sie hatte einen Umfang von 30 Minuten pro Woche und wurde durch geschulte Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter über einen Zeitraum von sechs Monaten durchgeführt. Es ging dabei um eine angenehme kognitive Stimulation, die vor allem Spaß machen und keinen Leistungsdruck hervorrufen sollte.

Begleitend wurden die pflegenden Angehörigen einmal pro Woche in Form von kleinteiliger Beratung und Schulung unterstützt.

Am Ende ihres Vortrages stellte Frau Prof. Stemmer die Evaluationsergebnisse vor. Diese weisen darauf hin, dass die Schulungen und Beratungen positiv aufgenommen wurden. Auch zeigte sich, dass die alltagspraktischen Fähigkeiten der Aktivierungsgruppe stabilisiert oder verbessert werden konnten. Zudem wurde deutlich: Die Aktivierung durch Angehörige ist möglich und umsetzbar. Dies gelingt besonders dann, wenn diese in Alltagsroutinen eingebettet werden.

Nach den Vorträgen erfragten die Referentin und der Referent die Erwartungen der Teilnehmenden an den Workshop. Diese machten Diskussionsbedarf in folgenden Handlungsfeldern deutlich:

- Netzworkebildung,
- präventive Elemente in der Pflege,
- Finanzierung von Aktivierungsmöglichkeiten und Trainingsmaßnahmen in der Pflege,
- Stärkung der pflegenden Angehörigen.

Netzworkebildung

Mehrfach wurde der Wunsch nach einer stärkeren Netzworkebildung zwischen den verschiedenen Therapie- und Pflegeberufen und den Hausärztinnen/Hausärzten geäußert. Dabei wurde auch das aus Sicht der Teilnehmenden häufig auftretende Wissensdefizit vieler Hausärztinnen/

Hausärzte zum Thema »Demenz« als Problem benannt. Dieses gewinnt insbesondere an Bedeutung, da Hausärztinnen/Hausärzte oftmals die erste Anlaufstelle für Betroffene sind.

Durch funktionierende Netzwerke und das Schließen dieser Wissenslücken könnten konkrete Hilfen (z. B. Beratung zur Bewegung und Ernährung bei Demenz, Weitervermittlung zur Ergotherapie) früher und schneller erfolgen.

Im Rahmen der Diskussion zur Netzwerkpflege wurde der gegenseitige Wettbewerbsdruck als gravierendes Problem benannt. Vor diesem Hintergrund wurde nicht der Ruf nach mehr Angeboten, sondern der nach mehr Transparenz, Struktur und Systematik laut.

Präventive Elemente in der Pflege

Wie gut es gelingen kann, präventive Elemente in die Pflege zu integrieren, erläuterte ein Workshopteilnehmer anhand des hessischen Projekts »moment! (motorisches und mentales Training)«. Im Rahmen dessen werden unter anderem Kooperationen zwischen Sportvereinen und Pflegeeinrichtungen geschlossen und Schulungen für Akteurinnen und Akteure aus den Bereichen »Sport« und »Pflege« angeboten.

Aufgeworfen wurde ebenso die Frage nach den Möglichkeiten, trotz einer Demenzerkrankung in Sportvereinen aktiv zu bleiben.

Herr Prof. Mechling verwies in diesem Zusammenhang darauf, dass das entsprechende Interesse vor allem von den Verbänden und Sportvereinen kommen muss. Denn nicht zuletzt braucht es für die Umsetzung ausgebildetes Personal vor Ort. »NADiA« bietet hierzu Weiterbildungen an. Auch das hessische Projekt »moment!« wäre ein potentieller Ansprechpartner.

Weiterhin thematisierten die Teilnehmenden die Idee der Etablierung eines Frühwarnsystems. In einigen Regionen wird in diesem Zusammenhang bereits am Auf- und Ausbau von funktionierenden Nachbarschaften gearbeitet. Ziel ist es, den Hilfebedarf von Seniorinnen und Senioren frühzeitig zu erkennen und eine Kultur des Hinsehens zu schaffen. Darüber hinaus machten einige Teilnehmende auf den starken Bewegungsdrang von Demenzkranken aufmerksam. Es wurde betont, dass präventive Elemente in der Pflege diesem elementaren Bedürfnis Raum und Zeit einräumen sollten.

Finanzierung von Aktivierungsmöglichkeiten und Trainingsmaßnahmen in der Pflege

Als eine wesentliche Schwierigkeit wurde die Finanzierung von Aktivierungsmöglichkeiten und Trainingsmaßnahmen benannt. Selbst erfolgreichen Modellprojekten wird nur selten eine Weiterfinanzierung in Aussicht gestellt – Nachhaltigkeit kann in vielen Fällen nicht gewährleistet werden. Um die präventiven Elemente in der Pflege zu stärken, müssten präventionsfördernde und nachhaltige Strukturen geschaffen werden. Im Hinblick auf die Pflege Demenzkranker zu Hause – dies entspricht einem Anteil von 60 Prozent – sollte vor allem der Fokus auf den ambulanten Bereich gelegt werden.

Stärkung der pflegenden Angehörigen

Eine Workshopteilnehmerin, die selbst Angehörige eines Betroffenen ist, sprach sich für die Stärkung der pflegenden Angehörigen aus. Das Wissen über das Krankheitsbild und die Symptomatik sollten ausführlicher vermittelt werden. Oftmals fühle man sich als Angehörige/r allein gelassen. Ein weiterer Teilnehmer wies darauf hin, dass Demenz ein Oberbegriff für über 50 Krankheiten darstelle und die genaue Symptomatik sich somit problematisch gestalte. Der Austausch mit Gleichgesinnten kann hier hilfreich sein. Zugleich empfahl er Betroffenen die Nutzung örtlicher und virtueller Selbsthilfegruppen. Auch das Projekt »ANAA + KO« wurde in diesem Zusammenhang als zukunftsweisende Idee benannt, um pflegende Angehörige durch kleinteilige Beratungen und Schulungen zu stärken.

Moderation:

Andreas Kutschke |
Städtische Seniorenheime Krefeld gGmbH

Christina Baumeister |
Alida Schmidt-Stiftung



Die Eröffnung des Workshops erfolgte durch Herrn Andreas Kutschke, Mitarbeiter der Städtischen Seniorenheime Krefeld und Frau Christina Baumeister, Geschäftsführerin der Alida Schmidt-Stiftung.

Sucht im Alter aus Sicht der Altenpflege

Im Rahmen seines Vortrags thematisierte Herr Kutschke die Alkohol- und Benzodiazepin-Abhängigkeit unter Pflegebedürftigen. Er berichtete, dass durchschnittlich ca. zehn Prozent der Heimbewohner und -bewohnerinnen, vornehmlich Männer, eine Alkoholdiagnose aufweisen (Dunkelziffer: schätzungsweise 30 Prozent). Frauen indes entwickeln häufiger Abhängigkeiten von Schlafmitteln. Angesichts unterschiedlicher Bedarfslagen plädierte Herr Kutschke dafür, differenzierte Pflegesettings für Personen zu schaffen die a) vorher nie oder sehr wenig getrunken haben, b) »trocken« geworden sind, c) noch trinken, aber reduzieren oder aufhören wollen oder d) weiter trinken wollen, eventuell auch, weil ihnen die Kraft für einen Entzug fehlt. Für jene Gruppen sollten, auch unter Berücksichtigung des Alters, unterschiedliche Behandlungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten erarbeitet werden.

Weiterhin machte Herr Kutschke darauf aufmerksam, dass mit einer Alkoholsucht verschiedenste Folgeerkrankungen einhergehen können, wie beispielsweise Gastritis, Mund-, Darm- und Speiseröhrenkrebs sowie Mangel- oder Unterernährung. Häufig sind diese auch ursächlich für die Pflegebedürftigkeit. Besonders herauszustellen ist dem Referenten zufolge, dass Personen mit Trinkanamnese vier Mal häufiger an Demenz erkranken als Personen ohne Suchtverhalten.

Aufgabe der Pflegeeinrichtungen ist es Herrn Kutschke zufolge, bei der Betreuung alkoholkranker Bewohnerinnen und Bewohner besonders auf die regelmäßige Einnahme von Mahlzeiten zu achten, niedrigschwellige und sinnstiftende Freizeitangebote zu schaffen, Kommunikation und Beziehungsgestaltung innerhalb der Bewohnergruppe zu fördern und Strategien für den Umgang mit Rückfällen und Aggressionen zu erarbeiten.

Darüber hinaus thematisierte Herr Kutschke die Benzodiazepinabhängigkeit im Alter. Schätzungsweise 35 Prozent der Heimbewohnerinnen und -bewohner nehmen täglich ein oder mehrere Benzodiazepine über einen Zeitraum von mindestens drei Jahren ein. Die Verordnung durch den Arzt/die Ärztin erfolgt bei Schlaf- und Angststörungen sowie Schmerzen. Bei den Betroffenen entstehe durch die Verschreibung häufig der Eindruck, bei Benzodiazepinen handle es sich um ein harmloses Mittel, dessen Einnahmeverhalten nicht kritisch reflektiert werden müsse. Allerdings stellt sich durch die hohe und mit dem Alter steigende Halbwertszeit des Wirkstoffs schnell eine Toleranzentwicklung beim Konsumenten/bei der Konsumentin ein. In der Folge könnte die Dosierung steigen und das Medikament werde nicht abgesetzt. Die genaue Überwachung der Einnahme durch Pflegekräfte oder Ärztinnen/Ärzte ist deshalb unabdingbar und kann, wie Erfolge (nicht nur) in Krefeld zeigen, die Zahl der Konsumenten und Konsumentinnen deutlich reduzieren. Herr Kutschke wies an dieser Stelle ausdrücklich darauf hin, dass alle Bemühungen unternommen

werden sollten, auch Patientinnen und Patienten hohen Alters mit unregelmäßigem Konsum auf eine bedarfsgerechte Einnahme einzustellen.

Sensibilisierung und Qualifizierung von Fachkräften in der Alten- und Suchthilfe

Im Anschluss an den Beitrag von Herrn Kutschke stellte Frau Baumeister das Modellprojekt »Sucht im Alter – Hamburg: Träger und Arbeitsfeld übergreifende Qualifizierung und Vernetzung« vor. Das Projekt wurde von Oktober 2010 bis Januar 2014 durchgeführt und vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert.

Der inhaltliche Schwerpunkt des Projekts war, Pflegepersonal für das Thema »Sucht« zu sensibilisieren, anschließend zu qualifizieren und die Vernetzung zwischen relevanten Akteurinnen und Akteuren zu fördern.

Diesem Projekt ging eine Eingangsbefragung von Pflegepersonal voraus: Dabei gaben ca. zwei Drittel der Befragten an, sie seien zuversichtlich, einen problematischen Alkoholkonsum bei Patientinnen und Patienten zu erkennen. Nur etwa ein Viertel der Teilnehmenden war indes überzeugt, den kritischen Konsum von Benzodiazepinen feststellen zu können. Weiterhin wurden die Fachkräfte nach Problemen im Umgang mit älteren suchtbelasteten Menschen befragt. Schwierig sei nach Auffassung der Befragten zum einen der Umstand, dass Betroffene am Konsum nichts ändern wollen sowie der Mangel an Zeit, dieses Thema aufzugreifen. Als problematisch gilt weiterhin das fehlende Hilfsangebot für ältere Menschen mit Suchtproblemen. Auch die eigene Unkenntnis über Suchterkrankungen sowie fehlende Kooperationen mit der Suchtkrankenhilfe wurden von den Befragten beklagt. Bei der Abschlussbefragung der Fachkräfte wurden die Schwierigkeiten »fehlendes Hilfsangebot«, »eigene Unkenntnis« und »mangelnde Kooperation« deutlich seltener benannt.

Im Rahmen des Hamburger Projekts wurde mit Hilfe von Inhouse-Schulungen die Fähigkeit von Pflegekräften, Suchtverhalten zu erkennen und Interventionsmaßnahmen zu ergreifen, gefördert. Es wurden zudem Träger und Arbeitsfeld übergreifende Kooperationen aufgebaut, Handlungsempfehlungen entwickelt, Schulungsmaterialien für Pflegefachkräfte konzipiert und Einzelpersonen aus den Teams als Multiplikatorinnen/Multiplikatoren ausgebildet. Relevant für den Erfolg der Fortbildungen ist es Frau Baumeister zufolge, die mittlere Leitungsebene von dem Vorhaben zu überzeugen, Sinn und Nutzen vorab ausreichend zu kommunizieren und die Schulung handlungsorientiert zu gestalten.

Im dritten Teil des Workshops hatten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer die Möglichkeit, Fragen zu stellen und sich an der Diskussion zu beteiligen. Ein Teilnehmer verwies darauf, dass die Pflege einer alkoholkranken Person für das Personal eine besondere Herausforderung darstellt. Oftmals findet auf Grund von Folgeerkrankungen ein Übergang vom Leben in einer Suchteinrichtung, die durch sehr feste Strukturen gekennzeichnet ist, in eine Pflegeeinrichtung statt. Dieser Wechsel gestaltet sich sowohl für Bewohnerinnen und Bewohner, als auch für die Einrichtung schwierig. Zudem signalisieren einige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus Pflegeeinrichtungen Berührungsängste im Umgang mit Alkoholkranken.

Unter den Teilnehmenden ebenfalls diskutiert wurde der Konsum von Benzodiazepinen. Generell seien die vielfältigen Anforderungen an Pflegekräfte zuweilen überfordernd (Stichwort: Überwachung der Ernährung, Bewegung und Zahngesundheit; Durchführung von Sturzprävention; Erfüllen der Funktion des Psychiaters, Suchtberaters und Pflegers).

Für Patientinnen und Patienten mit großen Schmerzen oder gar einer geringen zu erwartenden Lebenszeit hingegen kann dieser Wirkstoff entlastend wirken und somit auch den Pflegeaufwand



reduzieren. Es sei unbestritten, dass Patientinnen und Patienten von Benzodiazepinen profitieren, allerdings müsse ein Instrument gefunden werden, das zu einer konsentierten Handhabung bezüglich der Verschreibung und Einnahme führt.

Workshop 6 | Gewalt und Missbrauch in der Pflege

Moderation:

Ludger Jungnitz |
Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes
Bund der Krankenkassen e.V.

Prof. Dr. Beate Blättner |
Hochschule Fulda



Der Workshop begann, nach einer kurzen Begrüßung, mit zwei Vorträgen von Frau Prof. Dr. Beate Blättner, Hochschule Fulda, und Herrn Ludger Jungnitz, wissenschaftlicher Mitarbeiter im Projekt »Gewaltfreie Pflege« des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS).

Gewalt in der Pflege verhindern – Erkenntnisstand und Präventionsansätze

Frau Prof. Blättner referierte über das Thema »Gewalt in der Pflege verhindern – Erkenntnisstand und Präventionsansätze«. Ihr Fokus lag dabei auf der Gewalt, die von Pflegefachkräften oder pflegenden Angehörigen ausgeht und gegen ältere pflegebedürftige Menschen gerichtet ist. Aufbauend auf der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zu »Elder Abuse« (2008) gab sie zunächst einen Überblick über die verschiedenen Formen der Gewalt (körperliche, psychische, sexualisierte Gewalt sowie Vernachlässigung, Freiheitsentzug und materielle Ausbeutung). Anschließend präsentierte sie Ergebnisse einer europäischen Vergleichsstudie zur Gewalt in der Pflege gegen 65- bis 84-Jährige und betonte zugleich, wie schwierig es ist, trotz verschiedener Instrumente (Hellfeldstudien, Dunkelfeldstudien, Selbstangaben) verlässliche und vergleichbare Daten zu erhalten. Nach einer kurzen Darstellung der gesundheitlichen Folgen von Gewalt gegen Pflegebedürftige skizzierte sie die unterschiedlichen Präventionsstrategien (universelle, selektive und intendierte Prävention) und sprach sich für eine stärkere Kombination von Verhaltens- und Verhältnisprävention aus. Mit Blick auf die intendierte Prävention verwies sie auf die Ergebnisse des Projektes »Safer Care«. Zum Abschluss ihres Vortrages kritisierte Frau Prof. Blättner, dass es derzeit unter anderem an Implementierungsstrategien, strukturellen Rahmenbedingungen und entschiedenem politischen Handeln mangelt.

Im Anschluss an ihren Vortrag wurde Frau Prof. Blättner gefragt, wie in ihren Augen ein entschiedenes politisches Handeln auszusehen hat. Sie plädierte daraufhin für eine Verbesserung der Gesamtsituation in der Pflege, für eine Klärung der Zuständigkeiten bei Gewaltfällen und für eine Veränderung der gesetzlichen Regelungen.

Gewaltfreie Pflege

Herr Jungnitz knüpfte mit seinem Vortrag an die Kritik von Frau Prof. Blättner an und präsentierte mit dem Projekt »Gewaltfreie Pflege« einen aktuellen Ansatz, Maßnahmen zur Gewaltprävention in vier Modellkommunen zu entwickeln und zu implementieren. Die wesentlichen Ansätze dieses zweieinhalbjährigen Projektes (gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit) sind: bestehende Strukturen verbessern, systematische Verantwortungen schaffen, zentrale Ansprech-

personen sowohl in den beteiligten Organisationen wie auf kommunaler Ebene festlegen und das Bewusstsein und Wissen bei den Pflegenden erhöhen. Als Beispielkommune stellte Herr Jungnitz Dortmund-Scharnhorst vor. Hier wurde das Seniorenbüro Dortmund-Scharnhorst, das schon jetzt eine stadtteilnahe, niedrigschwellige Anlaufstelle zu allen Fragen des Alterns ist, als Anlaufstelle für eine gewaltfreie Pflege profiliert. Als Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit fanden neben der Vorstellung des Projektes in den vielfältigen existierenden Vernetzungsrunden vor Ort



bisher zwei Informationsveranstaltungen – eine für Pflegefachkräfte und eine für pflegende Angehörige – statt. Darüber hinaus wurde den ansässigen Pflegeeinrichtungen ein Fortbildungskonzept angeboten, das auch angenommen wird. Insgesamt zog Herr Jungnitz ein positives vorläufiges Fazit. Er machte deutlich, dass die strukturellen Voraussetzungen für die Implementierung in den Kommunen sehr unterschiedlich sind und deshalb für jede Kommune den jeweiligen Strukturen angemessene Maßnahmen entwickelt würden. Auch merkte er an, dass Veränderungsprozesse Zeit und einen langen Atem brauchen.

Auf Rückfrage, warum sich das Projekt »Gewaltfreie Pflege« ausschließlich auf die kommunale Ebene konzentrierte und nicht auch die Länder mit einbeziehe, entgegnete Herr Jungnitz, dass die Einbeziehung der Länder insofern statfinde, als sie auch Adressaten für die angesprochenen Veränderungsprozesse der Rahmenbedingungen seien. Frau Prof. Blättner gab zu bedenken, dass solche befristeten Projekte umso schwerer umzusetzen sind, je höher die Ebene ist, auf der sie ansetzen.

In der anschließenden Diskussion wurde u.a. die Frage aufgeworfen, was eigentlich mit den Ergebnissen und Fragen von solchen Kongressen passiere und warum das Thema nicht breiter in die Öffentlichkeit getragen werde. Als Konsequenz dieser Kritik wurden unter der Überschrift »Gewalt in der Pflege vorbeugen« von den Workshopteilnehmerinnen und -teilnehmern sieben Forderungen an die Politik herausgearbeitet:

- Öffentlichkeitsarbeit ist wichtig.
Gewalt in der Pflege muss als Thema stärker in der Öffentlichkeit diskutiert werden.
- Mangelnde gesellschaftliche Wertschätzung der Pflege.
Ein Unteraspekt: Kann eine Akademisierung zu einer Aufwertung der Pflegeberufe in Deutschland führen? Inwieweit könnte dieser Schritt auch zur Gewaltprävention beitragen? Hier wäre aber auch die Frage der institutionellen Gewalt zu vertiefen, wie sie entsteht, wie sie verläuft, wer sie zu verantworten hat.
- Aufbau von verlässlichen Strukturen für Betroffene analog zur aufsuchenden Sozialarbeit.
Flächendeckende Strukturen, die aufsuchende Sozialarbeit leisten (bspw. nach dem Modell der »Gemeindekrankenschwester«), würden Gewalt und Vernachlässigung gerade in der häuslichen Pflege vorbeugen bzw. frühzeitig erkennen.
- Verbesserung der Rahmenbedingungen in der Pflege: Mehr Personal, bessere Bezahlung, mehr Zeit – Stopp von Sozialabbau.
Verbesserte Rahmenbedingungen sind notwendig, um eine menschenwürdige Pflege zu gewährleisten. Prekäre Arbeitsverhältnisse begünstigen Aggressionen und Gewalt. Eine bessere Bezahlung und besserer Personalschlüssel würden helfen, motivierte und kompetente Arbeitskräfte im Pflegebereich zu halten.
- Klare einrichtungsinterne Strukturen schaffen.
Verpflichtende, möglichst spannende Fortbildungen zum Thema »Gewalt in der Pflege« anbieten. Deeskalationstechniken schulen und weiterentwickeln. Einen offeneren Umgang mit dem Thema »Gewalt« in Pflegeeinrichtungen befördern. Wie sind die einrichtungsinter-

nen Kommunikationsstrukturen? Werden Gewaltfälle unter den Teppich gekehrt? Wie wird mit »Whistleblowing« umgegangen?

- Rechtliche Regelungen in Anlehnung an Kinder- und Jugendschutz. Rechtssicherheit in Kooperations- und Beratungsverfahren der zuständigen Akteure.⁷
- Wechselseitigkeit von Gewalt (Pfleger gegen Pflegebedürftige und Pflegebedürftige gegen Pfleger) thematisieren.

Workshop 7 | Betriebliche Gesundheitsförderung für Pflegekräfte sowie Gesundheitsförderung für pflegende Angehörige

Moderation:

Oliver Siegrist |
Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst
und Wohlfahrtspflege

Prof. Dr. Angelika Zegelin |
Universität Witten/Herdecke

Thomas Reichert |
Unfallkasse Nordrhein-Westfalen



Qualifizierungsprogramm BGW gesu.per

Nach einer kurzen Vorstellung durch die Workshopleitung führte Herr Oliver Siegrist die Teilnehmenden in das Qualifizierungsprogramm der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege »gesu.per« (Betriebliche Gesundheitsförderung durch Personalentwicklung) ein. Das Programm ist modular aufgebaut und zielt auf die Förderung personaler Ressourcen durch Qualifizierung und Personalentwicklung. Wie Herr Siegrist betonte, ist das Programm zielgruppenspezifisch ausgerichtet und auf die speziellen Tätigkeiten und Arbeitsbedingungen des Pflegebereichs zugeschnitten.

Nachfolgend erläuterte Herr Siegrist die 14 einzelnen Trainingsbausteine, welche sich flexibel und individuell kombinieren lassen und sowohl auf die Vermittlung von Wissen als auch auf die Einübung von Verhaltensstrategien abzielen. Im Mittelpunkt dabei stehen drei Schlüsselkompetenzen, die je nach bestehendem Bedarf gestärkt werden sollen:

- die soziale Kompetenz: diese umfasst den Umgang mit teils sehr unterschiedlichen Persönlichkeiten unter verschiedenen Gesichtspunkten und Situationsmerkmalen;
- die methodische Kompetenz: diese beinhaltet den Einsatz von Strategien und Arbeitsweisen zur optimalen Erreichung gesetzter Arbeitsziele;
- die personale Kompetenz: diese dient dazu, die eigene Arbeit und Umgebung zu reflektieren sowie eigene Ressourcen zu erkennen und zu nutzen.

Herr Siegrist betonte insbesondere die Notwendigkeit, Führungs- und Pflegekräfte gleichermaßen in das Programm einzubeziehen sowie Maßnahmen der Teamentwicklung zu berücksichtigen. Ebenso verdeutlichte der Referent die Rolle der Betriebsärzte und -ärztinnen, die keinesfalls aus der Umsetzung des Qualifizierungsprogramms ausgeklammert werden sollten.

⁷ Siehe hierzu auch die Empfehlungen des 16. Deutschen Familiengerichtstags, Arbeitskreis 15 (http://s293942038.online.de/resources/2005_Arbeitskreis_15.pdf)

Neuheit für Pflege

Anschließend widmete sich Frau Prof. Zegelin im Rahmen ihres Vortrags dem von der Universität Witten/Herdecke und der Unfallkasse NRW durchgeführten Projekt »Netzwerk zum Gesundheitsschutz für nicht erwerbsmäßig Pflegende« (Neuheit für Pflege). Dieses richtet sich an pflegende Angehörige und zielt auf die Verbesserung der Situation nicht erwerbsmäßig Pflegenden, die Vernetzung öffentlicher Anbieter, eine gemeinsame Ausrichtung auf den Gesundheitsschutz sowie die Etablierung des Quartiersgedankens.

Zur Umsetzung des Präventionsprojekts wurden mehrere Schritte durchlaufen: Zunächst erfolgte eine Ist-Analyse, um die aktuelle Situation des Pflegemarktes abzuschätzen, bereits vorhandene Maßnahmen zu identifizieren und bestehenden Bedarf aufzuzeigen. Darauf folgte eine Abstimmung und Weiterentwicklung der örtlichen Programme und eine Sensibilisierung für die Belange pflegender Angehöriger in der Kommune. In einem weiteren Schritt erfolgte die gegenseitige Berichterstattung aller einbezogenen Projektpartner und der teilnehmenden pflegenden Angehörigen. Zugleich begannen gemeinsame Planungen zur Umsetzung neuer Wünsche, Ideen und zur Akquise weiterer Partner.

Wie Frau Prof. Zegelin berichtete, ist einer der wichtigsten Wünsche pflegender Angehöriger, auch kurzfristig Entlastung zu erfahren, ohne diese lange planen und vorbereiten zu müssen. Diesem Wunsch stehen jedoch vielfältige Ängste Angehöriger entgegen, wie etwa die Angst, Fremde ins Haus lassen zu müssen.

Als erfolgreichsten Aspekt des Projekts stellte Frau Prof. Zegelin die Vernetzung der Anbieter heraus. Indem diese ihre Angebote miteinander besprachen und vernetzten, konnten Versorgungslücken geschlossen werden.

Abschließend stellte Frau Prof. Zegelin die Umsetzung des Projekts an den Standorten Dortmund und Solingen vor, wo viele kommunale Unterstützer wie etwa Sanitätshäuser, Krankenkassen und Wohlfahrtsverbände als Projektpartner gewonnen werden konnten.

Zur anschließenden Diskussion konnten sich die Workshopteilnehmer und -teilnehmerinnen einem von zwei thematischen Schwerpunkten zuordnen: »Gesundheitsvorsorge für ausgebildete Pflegekräfte« sowie »Vorsorge für pflegende Angehörige«.

Gesundheitsvorsorge für ausgebildete Pflegekräfte

Der erste Schwerpunkt »Gesundheitsvorsorge für ausgebildete Pflegekräfte« wurde von Herrn Siegrist moderiert. Dieser verwies einleitend auf eine Studie zur Wirksamkeit des Projekts gesu.per und ermunterte die Anwesenden, Fragen zum Programm zu stellen:

Verhaltens- und Verhältnisänderung ist beides wichtig, trotzdem konzentriert sich die BGW nur auf Verhaltensprävention. Warum?

Herr Siegrist wies in seiner Antwort darauf hin, dass eine strikte Trennung dieser Begriffe im Rahmen des Qualifizierungsprogrammes nicht sinnvoll ist, sondern dass beides eine Rolle spielt und einander auch bedingt. Die Teilnehmenden ergänzten, dass nach ihrer Erfahrung beides häufig ineinander greift. Das Qualifizierungsprogramm sollte im Idealfall also helfen, durch die gewonnen Erkenntnisse der Bedarfsanalyse festzustellen, welche Verhältnisse verändert werden müssen und diese auch durch die angestrebten Verhaltensänderungen zu erreichen.



Was ist, wenn die Einschätzung der Führungskraft stark von der des Personals abweicht?

Im Idealfall sollte die Führungskraft – Herrn Siegrist zufolge – durch das Programm ihre Schwächen erkennen und anerkennen, um dann im Konsens mit den Fachkräften Ziele zu formulieren und die passenden Bausteine des Programms auszuwählen.

Wie wird die vom Gesetzgeber vorgegebene Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung in das Programm integriert und inwieweit werden die Betriebe darin unterstützt/einbezogen?

Der Referent betonte, dass das Qualifizierungsprogramm nicht als Verpflichtung verstanden werden sollte, aber die Dokumentation psychischer Belastungen und die Wertung dieser (wie es durch das Programm vorgesehen ist) unterstützend wirken können. Es wurde erneut auf den Mangel an Betriebsärztinnen und -ärzten hingewiesen, der die vollständige Erstellung der Gefährdungsbeurteilung hinsichtlich der psychischen Belastungen erschwert.

Was ist als psychologischer Belastungsfaktor zu verstehen?

Herr Siegrist erläuterte kurz das Belastungs- und Beanspruchungsmodell, wobei Belastungen neutral zu werten sind, während Beanspruchungen positive oder negative Folgen der Belastung beschreiben. In diesem Zusammenhang wurde zudem die Verknüpfung von Verhaltens- und Verhältnisprävention sowie die Bedeutsamkeit von Maßnahmen auf individueller als auch betrieblicher Ebene betont.

Abschließend hielten die Teilnehmenden fest, dass die Kommunikation im Team wichtiger sei, als das Klären von Begrifflichkeiten. Festlegungen, was Belastungen und Beanspruchungen sind, sollten generell im Team stattfinden, wobei auch positive Beanspruchungen nicht zu vernachlässigen sind. Darüber hinaus sei es wichtig, »Kümmerer« in der Organisation zu haben.

Vorsorge für pflegende Angehörige

Der zweite Schwerpunkt mit dem Thema »Vorsorge für pflegende Angehörige«, wurde von Frau Prof. Zegelin und Herrn Reichert moderiert.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer diskutierten intensiv über die Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige. Die Leistungsfähigkeit der »Pflegestützpunkte« wurde sehr unterschiedlich beurteilt, da diese z.T. ungleich strukturiert, organisiert bzw. ausgestattet sind. In diesem Zusammenhang stellten die Teilnehmenden fest, dass das Einholen von Informationen von pflegenden Angehörigen geleistet wird. Da die Angehörigen jedoch häufig plötzlich und unvorbereitet in eine Pflegesituation kommen und somit oft überfordert sind, sollte die ausführliche Information nicht als »Holschuld« der Angehörigen, sondern eher als »Bringpflicht« angesehen werden.

Dem nicht-ärztlichen Personal in Hausarztpraxen und in Krankenhäusern könnte hierbei eine Schlüsselposition zukommen. In diesem Zusammenhang wurde die Entwicklung einer »Leitlinien für Hausärzte/Hausärztinnen« zur Unterstützung von pflegenden Angehörigen angeregt.

Übereinstimmend stellten die Workshop-Teilnehmerinnen und Teilnehmer fest, dass immer häufiger Kinder und Jugendliche ihre Eltern pflegen. Damit dieser Personenkreis nicht überfordert wird, sei hier die Politik gefragt, Unterstützungsmöglichkeiten zu schaffen. Entsprechende Ansätze waren den Teilnehmenden jedoch nicht bekannt.

Darüber hinaus thematisierten die Anwesenden, dass die Gruppe von pflegenden Angehörigen immer größer wird. Häufig sind die Pflegenden zusätzlich noch berufstätig. Deshalb forderten die



Teilnehmenden ein Umdenken der Unternehmen. Dies sei erst teilweise erfolgt; so bieten einige größere Unternehmen den Beschäftigten bereits Vorträge zum Thema »Pflege zu Hause« an.

Bedarf zeichnete sich auch im Hinblick auf die genderspezifische Ausrichtung von Angeboten ab: Da die Mehrzahl der pflegenden Angehörigen Frauen sind und somit auch die Unterstützungsangebote auf Frauen zugeschnitten sind, fehlen häufig speziell auf Männer ausgerichtete Angebote.

Ebenso wurde bekräftigt, dass Pflege auch Spaß machen kann. So werden in einigen Bundesländern »Auszeiten« in den verschiedensten Formen – vom Café zum Austausch bis hin zu Reisen (in Kooperation mit Reiseveranstaltern) – angeboten.

Auch betonten einige Teilnehmer die Bedeutung von Seminaren/Schulungen für pflegende Angehörige; diese stellen eine wichtige Erkenntnisquelle dar, wie persönliche Ressourcen erhalten werden können.

Kongress-Fazit

Dem 7. gemeinsamen Präventionskongress »Prävention und Pflege« gelang es, den Stellenwert von Prävention und Gesundheitsförderung sowohl für Pflegebedürftige als auch für Pflegende herauszustellen, präventive Potentiale der Pflege aufzuzeigen und zu Diskussionen über praxisbezogene Lösungsansätze anzuregen.

Wie der Präventionskongress gezeigt hat, sind »Prävention« und »Pflege« Handlungsfelder, die zukünftig noch stärker zusammengeführt werden müssen. Denn nur eine Verzahnung beider Bereiche ermöglicht es, die Selbstständigkeit älterer Menschen so lange wie möglich zu erhalten und fortschreitender Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken.

In den Präsentationen der Diskussionsergebnisse wurde deutlich, dass es bereits gute Maßnahmen, Projekte und Programme für Prävention und Gesundheitsförderung für die und in der Pflege gibt, die weiter ausgebaut und gestärkt werden können und sollten. Genau hier will auch das von Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe in seinem Grußwort hervorgehobene Präventionsgesetz ansetzen, indem es lebensweltbezogene Gesundheitsförderung stärkt und erfolgversprechenden Maßnahmen und Projekten die Chance gibt, in die vorhandene Infrastruktur integriert und auf Dauer gestellt zu werden.

Teilnehmende Organisationen

Alice Salomon Hochschule Berlin

Alida Schmidt-Stiftung

Alzheimer Angehörigen-Initiative e.V.

ANHALTEND – Marketingkommunikation

AOK Nordost

AOK Rheinland/Hamburg

AOK-Bundesverband

Ärztekammer Westfalen-Lippe

ÄrzteZeitung Verlagsgesellschaft mbH

AWO Bundesverband e.V.

AWO Pflege und Wohnen GmbH

BARMER GEK

BARMER GEK – Pflegestützpunkt Wuppertal

Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit

Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege

Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg

Beirat für Menschen mit Behinderungen im Landkreis Helmstedt

Berlin Partner für Wirtschaft und Technologie GmbH

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege

Berufsverband der Präventologen e.V.

Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V.

Bezirksamt Lichtenberg

Bezirksamt Reinickendorf

BHH Sozialkontor gGmbH

Bildungsakademie des Landessportbundes Hessen e.V.

BKK Dachverband e.V.

BKK PFAFF

BKK VBU

Brandenburgischer Präventions- und Rehabilitationssportverein e.V.

Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V.

Bundesministerium für Gesundheit

Bundesselbsthilfverband für Osteoporose e.V.

Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Büro der Bundestagsabgeordneten Helga Kühn-Mengel

Büro der Bundestagsabgeordneten Mechthild Rawert

Caritasverband für die Diözese Fulda e.V.

Charité – Universitätsmedizin Berlin

CONSAL Beteiligungs AG

delphi – Gesellschaft für Forschung, Beratung und Projektentwicklung mbH

Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V.

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.

Deutsche Krebshilfe e.V.

Deutsche Rentenversicherung Bund

Deutsche Sporthochschule Köln

Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.

Deutscher Caritasverband e.V.

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e.V.

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Landesverband Berlin e.V.
 Deutsches Rotes Kreuz e.V.
 DGB-Bundesvorstand
 dpa Deutsche Presse-Agentur GmbH
 Dreikönigen Apotheke
 DRK-Landesverband Niedersachsen e.V.
 Ergotherapieschule »Regine Hildebrandt«
 Fachstelle für Suchtprävention Berlin gGmbH
 FARE - Fortbildungs-Akademie Reckenberg-Ems gGmbH
 FF-Magazin
 Förderverein Pflegekammer Berlin
 Forschungszentrum Jülich GmbH
 Freie Gesundheitsberufe – Dachverband für freie beratende
 und Gesundheit fördernde Berufe e.V.
 Friedrich-Schiller-Universität Jena
 Geschäftsstelle der Drogenbeauftragten der Bundesregierung
 Gesunde Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland
 Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.
 Gesundheitsamt Bremen
 Gesundheitsamt Frankfurt (Oder)
 Gesundheitspolitischer info dienst
gesundheitsziele.de/ Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V.
 GIB – Gesundheitstraining in Berlin
 GKV-Spitzenverband
 Haltestelle Diakonie – Diakonie-Station Spandau
 Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V.
 Hochschule Fulda
 Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg
 Hochschule Magdeburg-Stendal
 ideeninsel
 IFAG – Berufsfachschule für Altenpflege
 IKK classic
 IKK e.V.
 IKK Südwest
 IN FORM Geschäftsstelle
 Industrie- und Handelskammer Magdeburg
 IPAM
 Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
 Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin
 Katholische Hochschule Mainz

Kneipp-Bund e.V.
 Kompetenzzentrum Pflegeunterstützung, Berlin
 LandesArbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung Saarland e.V.
 Landeshauptstadt Dresden
 Landesseniorenrat Thüringen
 Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.
 Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V.
 Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen
 Landkreis Börde
 Landkreis Gifhorn
 Landratsamt Rhein-Neckar-Kreis
 Landratsamt Vogtlandkreis
 Lausitzer Seenland Klinikum
 Malteser Hilfsdienst e.V.
 Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.
 Miller & Meier Consulting GmbH
 Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen des Landes Brandenburg
 moveri
 Nachbarschaftsheim Schöneberg e.V.
 NAKOS Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur
 Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen
 Netzwerk Zukunft Sachsen-Anhalt e.V.
 Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung
 Otto-von-Guericke Universität Magdeburg
 PELA– Akademie »2. Lebenshälfte« Potsdam
 Perspektive 50plus
 Pflegewohnzentrum Kaulsdorf-Nord gGmbH
 Philips GmbH Market DACH
 PP: AGENDA GmbH
 Presseagentur Gesundheit
 QualityCare-Berlin
 rbb – Rundfunk Berlin-Brandenburg
 RBO-Rehabilitationszentrum Berlin-Ost gGmbH
 Rhein-Kreis Neuss
 Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg
 Sächsische Landesärztekammer
 Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V.
 Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz
 Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin
 Service für bewegende Publikationen

Sozialverband VdK Berlin-Brandenburg e.V. – Pflegestützpunkt Tempelhof-Schöneberg
Sozialverband VdK Deutschland e.V.
Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
Spastikerhilfe Berlin eG
Städtische Seniorenheime Krefeld gGmbH
Stadtverwaltung Chemnitz
Techniker Krankenkasse
Technische Universität Berlin
Unfallkasse Berlin
Unfallkasse Nordrhein-Westfalen
Universität Bielefeld
Universität Hamburg
Universität Paderborn
Universität Siegen
Universität Witten/Herdecke
Universitätsklinikum Bonn
Universitätsklinikum Köln
Verband der Ersatzkassen e.V.
Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.
Verein Kinaesthetics Deutschland e.V.
Vivantes Klinikum Neukölln
Weg der Mitte gem.e.V.
Wohnpark am Rohrpfuhl
Zahnärztliche Mitteilungen, zm-Redaktion

Impressum

Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPg)

Heilsbachstraße 30 | 53123 Bonn
Telefon 0228 – 9 87 27-0 | Fax 0228 – 6 42 00 24

E-Mail: info@bvpraevention.de

Erstellung der Kongressdokumentation: Ann-Cathrin Hellwig
Fotografie: Steffen Herre, HERREPIXX.DE

© 2015 Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPg)

V.i.S.d.P.: Dr. Beate Grossmann

Die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. wird
aufgrund eines Beschlusses des Bundestages vom Bundesministerium für
Gesundheit institutionell gefördert.



Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Informationen

Weitere Informationen finden Sie im Internet unter:
www.bvpraevention.de

Veranstaltungsort

Tagungswerk Jerusalemkirche
Lindenstraße 85 | 10969 Berlin
www.besondere-orte.com

Organisation

**Bundesvereinigung Prävention und
Gesundheitsförderung e.V. (BVPg)**
Heilsbachstraße 30 | 53123 Bonn
Telefon 0228 – 9 87 27-0 | Fax 0228 – 6 42 00 24
E-Mail: kongress@bvpraevention.de
www.bvpraevention.de