

# 86 **impulse**

FÜR GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.

## Fachkräfte im Gesundheitswesen ... gewinnen, sichern, binden

**EDITORIAL »** Laut Angaben des Statistischen Bundesamtes waren Ende 2012 rund 5,2 Millionen Menschen und damit etwa jeder achte Beschäftigte in Deutschland im Gesundheitswesen tätig. Die Zahl der Arbeitsplätze in diesem Feld wuchs seit 2000 rund dreimal so stark wie in der Gesamtwirtschaft. Gut drei Viertel der Beschäftigten sind weiblich. Viele Gründe also sich mit dieser Wachstumsbranche auseinanderzusetzen. Diese Ausgabe beleuchtet die Fachkräftegewinnung und -bindung im Gesundheitswesen, Personalentwicklungs- und -rekrutierungsstrategien genauso wie Ansätze des Betrieblichen Gesundheitsmanagements oder der Interessenvertretung der Pflege. Dabei spielt natürlich auch der Fachkräftemangel in vielen Bereichen der Gesundheitsversorgung und die Erhöhung der Attraktivität von Gesundheitsberufen für Jugendliche eine wichtige Rolle. Die Beiträge zeigen deutlich, wie viel im Gesundheitswesen in Bewegung ist und dass ein Diskurs zur Verselbstständigung dieser Branche im vollen Gange ist. Es bleibt abzuwarten, welche Antworten auf die drängenden Fragen sich hier langfristig als tragbar erweisen.

Die Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. wurde am 28. Januar 2015 110 Jahre alt. Damit ist sie eine der ältesten Organisationen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland. Das ganze Jahr hindurch begleiten wir deshalb das Jubiläum mit einer Sonderseite in dieser Zeitschrift, beginnend mit einem Überblick zur Vereinsgeschichte in dieser Ausgabe. Darüber hinaus finden Sie wie gewohnt aktuelle Informationen, kommunale Ansätze, Rezensionen von neuen Veröffentlichungen und Veranstaltungshinweise.

Die Schwerpunktthemen der nächsten Ausgaben lauten »Inklusive Gesundheitsförderung für Menschen mit Behinderung« (Redaktionsschluss 08.05.2015) und »Partizipation reloaded« (Redaktionsschluss 08.08.2015). Wie immer sind Sie herzlich eingeladen, sich an den kommenden Ausgaben mit verschiedensten Beiträgen, Anregungen und Informationen zu beteiligen.

Mit herzlichen Grüßen!



Thomas Altgeld und Team

### AUS DEM INHALT

Fachkräftesicherung und -bindung im Gesundheitswesen .....	02
Gesundheit – Schlüssel zur Fachkräftesicherung und -bindung ...	03
Personalmangel und Anerkennungsdefizite in der Pflege .....	04
Jugendliche für Pflegeberufe gewinnen .....	05
Zukunft der Pflegeberufe unterstützen .....	07
Verantwortung von Führungskräften für die Mitarbeiterbindung	08
Personalentwicklung für »gute Arbeit« in der Pflege .....	09
Der Pflege eine Stimme geben .....	10
Akademisierung der Gesundheitsberufe .....	12
Fachlaufbahnen in der Altenpflege .....	13
Anerkennungsverfahren für Beschäftigte im Gesundheitswesen	14
Die Situation von Pflegekräften in Skandinavien .....	15
Gesundheit als Gemeinschaftsaufgabe – 110 Jahre Vereinsarbeit..	16
Das Pflegestärkungsgesetz .....	18
Fortbildung zur/m Demenzbeauftragten im Krankenhaus .....	19
Sport für Menschen mit Demenz .....	19
Initiative für Selbsthilfe, Empowerment und aktives Leben .....	20
Gesunde Kindergärten in Wien .....	21
Weberbildungsgesellschaft Meilenstein .....	22
Frühzeitige Information und Hilfen bei Demenz .....	23
27 neue Gesundheitsregionen machen sich auf den Weg .....	24
Ethik in der gerontopsychiatrischen Versorgung .....	24
Impressum .....	25
Bücher, Medien .....	26
Termine LVG & AFS .....	29



CHRISTA LARSEN, OLIVER LAUXEN

## Fachkräftesicherung und Fachkräftebindung im Gesundheitswesen – Status Quo

Der Mangel an Ärztinnen und Ärzten oder an Pflegefachkräften ist ein Phänomen, das in den vergangenen Jahrzehnten immer wieder diskutiert wurde. Auffällig ist, dass ein Ärzte- oder Pflegenotstand früher immer in Wellen auftrat, heute scheint daraus eine Art Dauerzustand geworden zu sein. Einschlägige Studien wie das Branchenmonitoring Gesundheitsfachberufe Rheinland-Pfalz oder der Hessische Pflegemonitor, aber auch die Wahrnehmung der Einrichtungen, die gerne Fachkräfte einstellen wollen, machen deutlich, dass der Arbeitsmarkt »völlig leer gefegt« ist. Dies trifft insbesondere für Pflegefachkräfte zu. Demgegenüber bestehen bei der Ärzteschaft derzeit vorrangig Verteilungsprobleme zwischen Stadt und Land sowie zwischen einzelnen Fachrichtungen. Engpässe und Verteilungsprobleme deuten sich zudem bei therapeutischen Berufsgruppen der Physiotherapie oder Ergotherapie an. Diese sind ebenso wie die Pflegeberufe Berufsgruppen, die demografiebedingt durch die zunehmende Zahl älterer Patientinnen und Patienten stärker in Anspruch genommen werden.

Im Folgenden fokussieren wir auf die Pflegeberufe, da hier derzeit die meisten Fachkräfte fehlen. Der Abbau des bestehenden Mangels erfolgt in einer Arbeitsteilung zwischen Politik und Leistungserbringenden. Die Politik setzt dabei auf Strategien der Fachkräftesicherung, die Leistungserbringenden auf Strategien der Fachkräftebindung.

### Fachkräftesicherung – die Antwort der Politik auf den Mangel

Wie in allen Wellen von Fachkräftemangel in der Pflege reagieren die einschlägigen Fachressorts in den Ministerien mit einer Ausweitung der Ausbildungskapazitäten. Eine höhere Zahl an Absolventinnen und Absolventen gilt noch immer als die wichtigste Strategie zur Fachkräftesicherung. In der Altenpflege führen Öffnungen des Zugangs zur Ausbildung, Erhö-

hung der Durchlässigkeit, finanzielle Anreize, Werbung für das Berufsbild in Schulen und Gesellschaft etc. derzeit zu höheren Absolventinnen- und Absolventenzahlen. Demgegenüber stagnieren die Ausbildungszahlen in der Gesundheits- und Krankenpflege. Damit wird sich die Beschäftigtenstruktur in den Einrichtungen der Altenhilfe verändern. Der Anteil der Krankenpflegefachkräfte wird zugunsten der Altenpflegefachkräfte sinken. Neben einem Ausbau der Ausbildungskapazitäten stellt die Anwerbung von Pflegefachkräften aus dem Ausland eine weitere Strategie dar, um die Zahl der Pflegefachkräfte zu steigern. Dies reicht alleine jedoch nicht aus, um den Fachkräftemangel zu mindern. Die Problemanalyse zeigt, dass nicht nur die demografische Entwicklung und die Zunahme pflegebedürftiger Menschen zum Mangel an Pflegefachkräften beiträgt, sondern auch die bestehenden Arbeitsbedingungen in Krankenhäusern, Pflegeheimen und ambulanten Diensten. Dies führt zur zweiten Strategie der Fachkräftebindung, die weitgehend außerhalb des Zugriffs der politischen Steuerung liegt und in die Verantwortung von Verbänden, Trägern und den Einrichtungen selbst fällt.

### Fachkräftebindung – die Antwort der Leistungserbringenden auf den Mangel

Die hohe Nachfrage nach Pflegefachkräften ist auch durch die Fluktuation in den Einrichtungen bedingt. Beispielsweise sind Altenpflegefachkräfte nur während 60 Prozent ihrer Erwerbstätigenzeit tatsächlich in der Altenpflege tätig. Es kommt zu häufigen Aus- und Wiedereintritten in den Beruf. Zudem sind die Teilzeitquoten in der Pflege hoch. Die wesentliche Ursache dafür sind – neben Vereinbarkeitsproblemen – die Arbeitsbedingungen. Hohe Arbeitsverdichtung und ständig neue Anforderungen führen zu einer mangelnden Identifikation mit der Tätigkeit als Pflegefachkraft. Um diesen »Teufelskreis« zu durchbrechen, führen die Einrichtungen beispielsweise betriebliches Gesundheitsmanagement ein oder setzen auf Konzepte der mitarbeiterorientierten Führung. Der Erfolg im Sinne einer besseren Mitarbeiterbindung stellt sich bisher oft nicht ein. Aus unserer Sicht liegt dies nicht daran, dass die genannten Konzepte untauglich sind. In den meisten Einrichtungen wird jedoch ausgeblendet, dass es vor allem eines veränderten Umgangs mit den permanenten Außenanforderungen bedarf, wenn sich die Arbeitszufriedenheit der Pflegekräfte verbessern soll.

Einrichtungen mit erfolgreicher Fachkräftebindung zeichnen sich entsprechend durch zwei wesentliche Aspekte aus: Erstens gelingt es ihnen, Außenanforderungen nicht nur als Add-on von der Hausspitze an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durchzureichen, sondern aktiv gestaltend damit umzugehen. Zweitens strukturieren diese Einrichtungen Arbeitsorganisation und -prozesse um und eröffnen ihren Beschäftigten mehr Entscheidungsspielräume, damit diese vorhandene Kompetenzen einsetzen können.

### Endlichkeit der Strategien und weitere Handlungsnotwendigkeiten

Die Einsicht, dass ein veränderter Umgang mit Außenanforderungen notwendig ist und dass dies Veränderungen in der Arbeitsorganisation nach sich zieht, ist schon punktuell gegeben. Entsprechende Konzepte sind in der Diskussion, es bleibt aber nach wie vor Einzelpersonen überlassen, in ihren Einrichtungen entsprechende Veränderungen vorzunehmen. Fast immer, so zeigen Studien, sind solche neuen Strukturen

fragil. Sie sind an Personen und deren Gestaltungsmacht gebunden und müssen auch gegenüber einer Umwelt, die andere Bedingungen und Prozesse als Standard vorsieht, immer wieder begründet und gerechtfertigt werden. Dies wird solange so bleiben, wie eine Pflegereform ökonomische und auch kundenbezogene Konzepte implementiert und dabei die Umsetzung von Reformkonzepten für die Arbeitsorganisation aus den Augen verliert. Um den Fachkräftemangel in der Pflege nachhaltig abzubauen, wird prospektiv vermutlich kein Weg an solch einer qualitativ ausgerichteten Reform vorbeiführen. Diese kann jedoch nur dann erfolgreich sein, wenn die Regulierung, die die Rahmen für die Einrichtungen vorgibt, entsprechend modifiziert wird. In einigen europäischen Nachbarstaaten sind solche Prozesse bereits in Gang gekommen. Während die Reform in England sich stark auf einen Qualifikationsmix im Hochqualifiziertensegment und auf die Delegation ärztlicher Aufgaben richtet, zeigt das Beispiel Finnland, wie ein integrierter Prozess unter Einschluss des niedrigqualifizierten und des hochqualifizierten Bereichs gestaltet werden kann. Diese Erfahrungen könnten Impulsgeber sein, um auch in Deutschland die längst überfälligen Reformen auf den Weg zu bringen.

Literatur bei der Verfasserin und dem Verfasser

DR. CHRISTA LARSEN, OLIVER LAUXEN, IWAK – Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur, Zentrum der Goethe-Universität Frankfurt am Main, Senckenberganlage 31, 60325 Frankfurt am Main, E-Mail: c.larsen@em.uni-frankfurt.de, lauxen@em.uni-frankfurt.de

## JOACHIM BISCHOFF

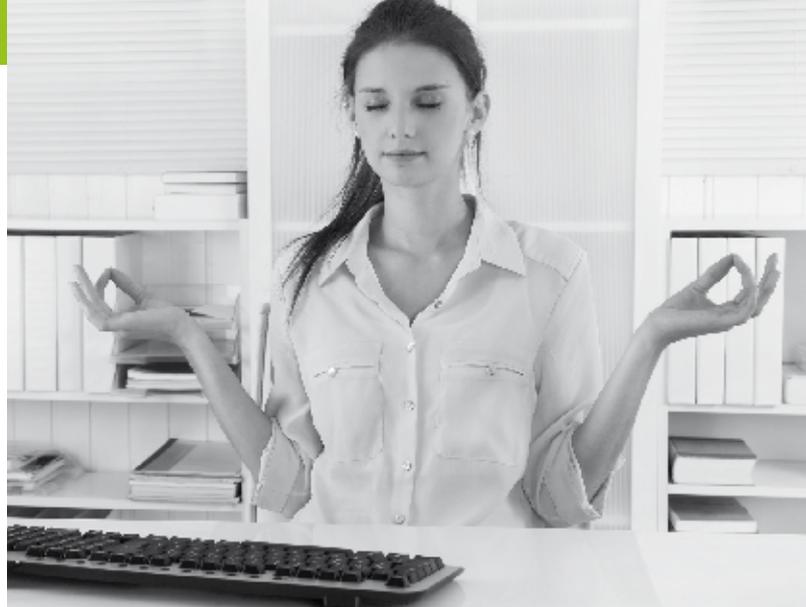
### Gesundheit – Schlüssel zur Fachkräftesicherung und -bindung im Gesundheitswesen

Bereits das antike Griechenland hat Gesundheit als Urgrund menschlicher Zufriedenheit und als Ausgangspunkt jeglicher Leistung verstanden. Gegenwärtig wird Gesundheit als dynamischer Prozess mit fließenden Übergängen im Spannungsfeld von Familie, Lebensstil, Erbanlagen, Arbeitsplatz, Gesellschaft und Umwelt betrachtet. Dabei muss Gesundheit immer wieder aktiv erhalten und erarbeitet werden.

In seiner berühmten Metapher hat Antonovsky Gesundheit und Leben mit dem Schwimmen in einem Fluss voller Gefahren, Strudel, Biegungen und Stromschnellen verglichen. Je nach ihren individuellen Ressourcen bleiben die Menschen dabei gesund oder erkranken. Ärztinnen und Ärzte können mit ihrer pathogenetisch orientierten Medizin versuchen, die Ertrinkenden aus dem Strom zu reißen. In der sogenannten Salutogenese geht es aber darum, den Menschen zu einem guten Schwimmer zu machen, um ohne ärztliche Hilfe Strudel und Stromschnellen zu meistern.

#### Gesundheitsrisiken im Pflegeberuf

Dass dieser Lebensstrom gefährlicher geworden ist, zeigt der Stressreport Deutschland 2012. Auch die DAK hat in ihrem Gesundheitsreport 2014 darauf aufmerksam gemacht, dass der Anstieg der Fehltage aufgrund psychischer Erkrankungen eine der auffälligsten Entwicklungen in den letzten Jahren darstellt. In besonderem Maße gilt dies für den Pflegeberuf, der



ein überdurchschnittliches Krankenstandniveau aufweist. Dabei spielen Muskel-Skelett-Erkrankungen und psychische Störungen eine wichtige Rolle. Diese entstehen unter anderem durch den Umgang mit schwerkranken und psychisch veränderten Menschen, durch hohen Zeitdruck sowie das Arbeiten im Schichtsystem. Infolge dessen gilt dieses Berufsfeld als wenig attraktiv und diverse Untersuchungen belegen hohe Unzufriedenheitsraten. Die Frage spitzt sich damit so zu: Was können Unternehmerinnen und Unternehmer aber auch die Pflegekräfte selbst dazu beitragen, die Arbeits(bewältigungs)fähigkeit langfristig zu erhalten?

#### Langfristiger Erhalt der Arbeits(bewältigungs)fähigkeit

Mit Arbeits(bewältigungs)fähigkeit wird die Summe von Faktoren beschrieben, die einen Menschen in einer bestimmten Situation in die Lage versetzen, eine Aufgabe erfolgreich zu bewältigen. Die Grundlage dafür stellt die »funktionelle Kapazität« des arbeitenden Menschen dar. Diese wird bestimmt durch die Summe der physischen, psychischen und sozialen Funktionen.

Wie in finnischen Längsschnittstudien nachgewiesen wurde, kann allein durch Maßnahmen der individuellen (verhaltensbezogenen) Gesundheitsförderung diese Fähigkeit für einige Jahre gesteigert werden. Bis weit über das 60. Lebensjahr hinaus kann sogar das gleiche Niveau erreicht werden, dass die Beschäftigten in ihrem 45. Lebensjahr aufweisen.

#### Verantwortung der Unternehmensleitung

Dies setzt allerdings eine alter(n)sgerechte Arbeitsgestaltung der Pflege voraus, die mit zwei Kernaufgaben für die Unternehmensleitung verbunden ist:

- 1 Anpassung der Arbeitssituation an die sich verändernde Altersstruktur der Belegschaft: »die Arbeit bewältigbar machen ...!« (Optimierung der Arbeitsbedingungen)
- 2 Maßnahmen ergreifen, die zur Erhaltung und Förderung der individuellen Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten beitragen: »die Arbeits(bewältigungs)fähigkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stärken ...!«

Für die Erfüllung dieser Kernaufgaben ist eine Kombination von Maßnahmen notwendig, die von einer verbesserten Ergonomie und Arbeitsorganisation bis hin zu einem angemessenen Führungsverhalten reicht.

#### Eigenverantwortung der Mitarbeitenden

Aber auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter tragen selbst Verantwortung für ihre Gesundheit. Sie sind nicht »Objekte«, sondern selbst gestaltende Subjekte. Verantwortung für Ge-



sundheit ist dabei nicht mit dem Nutzen zu verwechseln, den Betroffene oder Betriebe aus der Gesundheit ihrer Beschäftigten ziehen. Verantwortung bedeutet vielmehr, dass man für die Folgen seines Handelns, aber auch für das Unterlassen geforderter Handlungen einsteht. Gesundheitsbewusstes Verhalten zeichnet sich dabei durch folgende Merkmale aus:

- » Konsequente, selbstkritische Auseinandersetzung mit der Thematik
- » Adäquater Umgang mit den eigenen Ressourcen und gesundheitlichen Belastungen
- » Gezieltes Engagement zur gesundheitsdienlichen Verbesserung des Umfeldes

Der Selbstpflege kommt dabei eine gewisse Schlüsselkompetenz zu. Sie umfasst Wissen über gesunde Lebensführung und Gesundheitsgefahren, das Beherrschen gesundheitsdienlicher Strategien, ein gezielt gesundheitsförderliches Sozialverhalten sowie die Disposition zu gesundem Leben und Arbeiten.

### **Zusammenspiel aus Eigen- und Unternehmensverantwortung**

Aus arbeitsmedizinischer Sicht stellen sich Eigen- und Unternehmensverantwortung für die Gesundheit der Mitarbeitenden als komplementär dar. Die Gewichtung variiert zwischen Branchen und Betrieben. Der Erfolg für die Gesundheit der Beschäftigten ist am angemessenen Zusammenspiel beider Seiten festzumachen. So müssen Führungskräfte künftig Impulse geben, Angebote machen und ihre Mitarbeitenden motivieren, an gesundheitsfördernden Aktivitäten teilzunehmen. Die Leitungsebene ist für die Gesundheit der Beschäftigten ebenso verantwortlich wie für die erbrachten Pflegeleistungen. Nach wie vor sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter das größte und wertvollste Gut im Unternehmen.

Selbstbestimmung und -verantwortung werden erleichtert, indem Betriebe und Führungskräfte die Gesundheit ihrer Beschäftigten als Ziel berücksichtigen, die Arbeitsbedingungen entsprechend anpassen und ihre Beschäftigten für Gesundheit sensibilisieren. Ein wichtiger Aspekt ist dabei die Anerkennung und Wertschätzung. Gerade weil Pflegekräfte in hohem Maße ihre Persönlichkeit in die Arbeit einbringen, haben sie Anerkennung und Wertschätzung verdient.

Vor diesem Hintergrund vollzieht sich ein Perspektivwechsel in der betrieblichen Gesundheitsförderung. Insbesondere stellt sich dabei die neue Frage: »Wie muss die Arbeitssituation be-

schaffen sein, damit die Pflegekräfte gesund bleiben können?« Für die Beantwortung dieser Frage gibt es allerdings kein Patentrezept. Es geht darum, betriebsspezifische Lösungen zu entwickeln, die an die Gegebenheiten der Pflegeeinrichtung und der Beschäftigten mit ihrem Umfeld angepasst sind. Wenn Mitarbeitende über eine hohe Gesundheitskompetenz verfügen und sich gesundheitsförderlich verhalten, dann profitieren sowohl das Unternehmen als auch die Mitarbeitenden selbst. Ein (wirtschaftlich) gesundes Unternehmen ist nur mit gesunden Beschäftigten denkbar.

Literatur beim Verfasser

DR. JOACHIM BISCHOFF, DGN Döbern, Amselstraße 3, 03159 Döbern,  
Tel.: (03 56 00) 66 56, E-Mail: Bischoff.dgn@web.de

### **CHRISTEL KUMBRUCK**

## **Personalmangel und Anerkennungsdefizite in der Pflege**

Gegenwärtig zeichnen sich aufgrund von Arbeitsverdichtungen unter Zeitdruck wachsende physische und psychische Auswirkungen von Belastungen in allen Sektoren der Pflege ab. Mit 4,6 Prozent weist diese Berufsgruppe im Jahr 2013 den höchsten Krankenstand auf. Die Arbeitsunfähigkeitstage liegen verglichen mit anderen Berufen aufgrund psychischer und psychosomatischer Erkrankungen seit Jahren oberhalb des Durchschnitts. Die Verweildauer im Pflegeberuf ist kurz: 50 Prozent der Altenpflegekräfte verlassen nach einer Untersuchung der GEK Gmünder Ersatzkasse ihr Berufsfeld dreieinhalb Jahre nach Beginn der Erstbeschäftigung. Gemäß der NEXT-Studie gaben knapp 9 Prozent der Befragten an, mehrmals wöchentlich oder häufiger über einen Berufsausstieg nachzudenken. Weitere 10 Prozent taten dies mehrfach monatlich. Für Pflege wie auch für andere fürsorgende Tätigkeiten, zum Beispiel Kindererziehung, wird mit Blick auf den privat-häuslichen als auch den professionellen Kontext festgestellt, dass der Bedarf zukünftig nicht gedeckt werden kann, wir also in Deutschland und EU-weit unaufhaltsam auf eine Care-Krise zusteuern.

### **Rahmenbedingungen der Pflegeerbringung**

Diese Befunde verweisen im professionellen Bereich darauf, dass sich einerseits die Anfangsmotivation von Pflegekräften, andere Menschen in ihrer Bedürftigkeit zu unterstützen, angesichts der beruflichen Wirklichkeit schnell verbraucht. Andererseits scheint das Verhältnis von aufzubringenden Kräften für die Erledigung der Arbeit und Ausgleich schaffender Ressourcen in der Pflege nicht ausbalanciert zu sein, was das Erkrankungsrisiko der Pflegekräfte steigert. Die Rahmenbedingungen sind so strukturiert, dass Care-Aufgaben nicht mehr bedarfsgerecht erledigt werden können, obwohl sie als reproduktive Aufgaben das menschliche Überleben sichern. Zu wenig berücksichtigt wird dabei, dass alle Menschen im Leben auf andere Menschen und deren fürsorgende Tätigkeiten existenziell angewiesen sind.

### **Anerkennung und Wertschätzung für die professionelle Pflege**

Für diese Tätigkeiten und die sie ausübenden Personen fehlt es an Anerkennung und Wertschätzung, eine aus arbeitspsychologischer Sicht besonders wichtige Ressource für die langfristige Anforderungsbewältigung.



Anerkennung und Wertschätzung werden auf der Ebene der Gesellschaft, der Organisationen beziehungsweise Einrichtungen und der direkten Interaktion mit anderen Menschen vermittelt. Gemäß unserer Analyse bestehen für die professionelle Pflege auf allen Ebenen Defizite:

#### **Anerkennung und Wertschätzung in der Gesellschaft**

Wenn in den Medien von Pflege die Rede ist, dann stehen häufig die hiermit verbundenen Kosten oder gar die Individualisierung und Skandalisierung von Mängeln im Fokus der Betrachtung. Und so wundert es, dass nach Umfragen das Sozialprestige von Krankenschwestern und -pflegern in Deutschland hoch ist: Nach der Allensbacher Berufsprestige-Skala 2005 nimmt diese Berufsgruppe Platz 2 hinter den Ärztinnen und Ärzten ein. Aber Pflege ist monetär wenig wert. Die Entlohnung war laut DGB-Index Gute Arbeit für einen großen Teil der Beschäftigten 2008 noch auf dem Niveau von Prekär- oder Armutslöhnen. Dazu kommt noch die vielfach übliche Teilzeit- oder geringfügige Beschäftigung, so dass mit der Verrentung Altersarmut droht.

#### **Anerkennung in den Organisationen**

Von besonderer Bedeutung für die Wahrnehmung einer geringen Wertschätzung ist die hierarchische Unterordnung der Pflege unter die Medizin, ihre faktisch zuarbeitende Rolle. Pflege hat in der Bundesrepublik juristisch keine monopolisierten Aufgaben- und Kompetenzbereiche und die Ausbildung ist nicht nach dem dualen System strukturiert. Ausschlaggebend hierfür ist die Wahrnehmung von Pflege als hausarbeitsnah-sozialisierte Tätigkeit. Die Anerkennungssituation in Organisationen ist des Weiteren durch Arbeitsbedingungen gekennzeichnet, die durch Arbeitsverdichtung, Zeitmangel, fehlende Möglichkeiten zur Umsetzung eigener Qualitätsmaßstäbe »guter Pflege«, Schichtdienst und geringes Einkommen gekennzeichnet sind.

#### **Anerkennung in der direkten Interaktion mit den Pflegebedürftigen**

Auf der Ebene der direkten Interaktion mit den Pflegebedürftigen erhält die Pflegekraft in der Regel am meisten Wertschätzung. Aber diese wird tendenziell immer geringer: Die verordnete Kundenorientierung erzeugt bei Patientinnen und Patienten mitunter eher Servicementalität statt Dankbarkeit.

Durch die wachsende Arbeitsverdichtung fühlen sich Pflegekräfte zunehmend gestresst. Hinzu kommt die verordnete Orientierung an den zu dokumentierenden funktionalen Pflegetätigkeiten, die immer weniger Spielraum für kommunikative Zuwendung lässt. Da die Wertschätzung aber insbesondere angesichts der Erfahrung von emotional-kommunikativer Zuwendung erfolgt, wird ein positives Feedback auch von dieser Seite immer seltener.

Infolge dieser Entwicklung verausgaben sich Pflegekräfte, ohne genügend zurückzubekommen. Dieser Zustand kann als »Gratifikationskrisen« beschrieben werden. Er bedingt, dass Pflegekräften nur noch die Wahl bleibt, das Berufsfeld durch eine bewusste Entscheidung zu verlassen oder durch Krankheit dieser Entscheidung enthoben zu werden.

Besonders bedeutsam für das Wertschätzungsdefizit von Pflegetätigkeiten scheint das Tätigkeitsspektrum selbst: Die Arbeit erfolgt personennah und ist durch Leiblichkeit und durch beziehungstypische Aspekte charakterisiert, zum Beispiel Personenbezug, Beziehungsorientierung und Empathie. Diese Charakteristika stehen idealtypisch den für industrielle Berufe typischen Voraussetzungen wie Sachbezogenheit, zweckrationales Handeln und fachliche Orientierung gegenüber. Um das Care-Defizit nachhaltig zu lösen, bedarf es deshalb der Dekonstruktion unserer tradierten Wertvorstellungen, wonach sachbezogene Tätigkeiten als Ergebnis eines aufwendigen Kompetenzerwerbs wertvoll und demgegenüber personenbezogene Tätigkeiten eher wertneutral seien, da sie (zumindest bei Frauen) auf selbstverständlich vorhandenen Kompetenzen beruhen. Damit verbunden steht natürlich auch das Menschenbild auf dem Prüfstand. Ein wichtiger Schritt besteht darin, bewusst zu machen, dass Care nicht selbstverständlich ist. Hierzu ist die von der European Social Platform geforderte Verankerung von Pflege (Care) als ein »Menschenrecht« bedeutsam.

Literatur bei der Verfasserin

PROF. DR. CHRISTEL KUMBRUCK, Hochschule Osnabrück, Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Caprivistraße 30a, 49076 Osnabrück, E-Mail: kumbruck@wi.hs-osnabrueck.de

#### **BRIGITTA NÖBAUER**

### **Jugendliche für Pflegeberufe gewinnen – Ansatzpunkte und Maßnahmen**

Menschen für Pflegeberufe zu gewinnen gilt als schwierig. In der Gesellschaft stehen sie für hohe Belastungen, schlechte Arbeitsbedingungen und geringes Einkommen. Wie kann angesichts dessen die Berufswahl von Menschen zu Gunsten der Pflege beeinflusst werden? Zwar sind Pflegeberufe immer noch klassische »Zweitberufe«, allerdings sank in Deutschland das Durchschnittsalter bei Ausbildungsbeginn von 36 auf 18 bis 22 Jahre. Der Beitrag konzentriert sich daher auf junge Menschen und beschreibt mit Bezug auf Berufswahltheorien und empirische Studien drei wichtige Phasen im Berufswahlprozess Jugendlicher.

#### **Die Pflege als attraktive berufliche Option verankern**

Berufswahltheorien gehen davon aus, dass junge Menschen bis zum Ende der Schulpflicht ihr Interesse auf einige akzeptable (sozialer Status, Geschlecht) und interessante Berufe eingrenzen. Schon zwischen 6 und 15 Jahren besteht daher eine Chance, um Interesse und Sympathie für Pflegeberufe zu



wecken. Jugendliche haben nur eine geringe Vorstellung oder ein sehr klischeehaftes Bild von Pflegeberufen. Daher müssen Informationen möglichst viele Menschen dieser Altersgruppe erreichen, bevorzugt aber in Schultypen oder Kontexten mit höherer Neigung für Sozial- und Gesundheitsberufe. Laut einer deutschen Studie können sich zwischen 9 Prozent (Gymnasium) und 17 Prozent (Hauptschule) der Jugendlichen einen Pflegeberuf vorstellen, bei Migrantinnen und Migranten sind es knapp 25 Prozent. Die Informationspolitik muss auch wichtige Einflussgruppen wie Eltern oder Pädagoginnen und Pädagogen einschließen, denn Erwachsene schreiben Pflegeberufen wesentlich negativere Attribute zu als die Jugendlichen selbst (schlechte Arbeitsbedingungen, geringes Einkommen).

Da eine Berufsentscheidung noch nicht ansteht, ist das Informationsverhalten der jungen Menschen passiv (»geringes Involvement«). Sie müssen daher sehr aktiv mit Informationen konfrontiert werden. Das Fernsehen, das familiäre Umfeld oder der (virtuelle) Freundeskreis können dabei eine wichtige Rolle spielen. Eine eigene Studie zeigt, dass mehr als 50 Prozent der Personen, die einen Pflegeberuf ergreifen, familiäre Pflegeerfahrungen oder Pflegenden im sozialen Umfeld haben. Pflegenden sind also wirksame »Botschafterinnen und Botschafter«. In Kontakt mit Pflegeberufen können Jugendliche durch Besuche und Vorträge bei schulischen Veranstaltungen, Projekten und Thementagen, durch Wettbewerbe, Praktika, Kooperationen sowie außerschulische Aktivitäten gebracht werden. Im englischen Raum wurden für Kindergärten und Schulen strukturierte Instrumente entwickelt (zum Beispiel »Kids into health career kit«), aber auch in Deutschland gibt es bereits unterstützende Materialien.

### **Die konkrete Entscheidung für einen Pflegeberuf unterstützen**

In der Phase der Berufsentscheidung wählen die meisten Jugendlichen einen jener Berufe, die sie vorher als Alternativen eingegrenzt haben. Weniger als 50 Prozent weiten ihre Suche noch auf weitere Optionen aus. Dabei zeigt eine Untersuchung, dass den jungen Menschen bisher vornehmlich jene Berufe in der Berufsorientierung vertieft näher gebracht werden, die sie bereits in die engere Wahl ziehen. Dies unterstreicht die Notwendigkeit, Lehrpersonen in die Informationsarbeit einzubeziehen.

In diesem Zusammenhang lohnt es sich, einen Blick auf jene Tätigkeitsfelder zu werfen, mit denen die Pflegeberufe in dieser Phase »konkurrieren«. Es handelt sich sowohl um verwandte (pädagogische und psychosoziale Berufe, Medizin) wie auch »pflegefremde« Berufe (kaufmännische Berufe, Tourismus). In den einschlägigen Ausbildungen / Schulen könnte die Pflege verstärkt Präsenz zeigen, da viele Personen nach einem Schulabbruch in einen Pflegeberuf einsteigen.

Bei der näherrückenden Berufsentscheidung treten rationale Nutzenüberlegungen, wie zum Beispiel die Arbeitsbedingungen, Karriere oder Ausbildungsmodalitäten, in den Vordergrund. Junge Menschen wünschen sich laut Studien mehr Praxiseinblicke und individuelle Betreuung bei der Berufswahl. Sie verlassen sich am meisten auf das, was sie selbst gesehen und erlebt haben, zum Beispiel im Rahmen von Praktika. Je unmittelbarer die Erfahrungen sind und je näher an der Berufspraxis und am Berufsalltag, desto stärker beeinflussen sie die Wahl.

### **Binden von interessierten Personen**

Vernachlässigt werden oft Personen, die sich bereits über eine Ausbildung informiert oder einen »Schnuppertag« in einer Einrichtung absolviert haben, die im Rahmen des Bundesfreiwilligendienstes in einer Einrichtung tätig waren oder die bei einer Informationsmesse beraten beziehungsweise in eine Ausbildung aufgenommen wurden, diese aber nicht begonnen oder abgebrochen haben.

Sie haben konkretes Interesse am Beruf bekundet oder sogar einen Schritt in Richtung Ausbildung gesetzt, diese aber (noch) nicht begonnen beziehungsweise wieder abgebrochen. Sie haben vielleicht noch Bedenken, ihre persönliche oder finanzielle Situation erlaubt momentan keinen Berufswechsel oder sie trauen sich die Ausbildung nicht zu. Hier geht es darum, Kontakt zu halten, zu beraten, Zweifel auszuräumen, den Zugang zu Informationen zu erleichtern beziehungsweise letztlich eine Ausbildungsentscheidung herbeizuführen. Dabei sind viele Maßnahmen denkbar: Kontaktdaten erheben, Ausbildungstermine kommunizieren, Einladungen zu Vorträgen und Veranstaltungen zusenden, persönlich nachfragen und beraten.

Dafür müssen sich die Akteurinnen und Akteure gut vernetzen. Wenn zum Beispiel jemand in einem Alten- und Pflegeheim einen Schnuppertag absolviert, braucht es einen Informationsfluss, damit die Person zum Beispiel automatisch über Ausbildungstermine informiert wird. Eine Möglichkeit, die Vernetzung besser zu organisieren, sind beispielsweise Internetportale. Sie bieten einen Überblick über Ausbildungstermine, regionale Kontaktpersonen und Praktikumsmöglichkeiten. Initiativen wie »Altenpflege.Social Networking 3.0« ([www.youjob-altenpflege.de](http://www.youjob-altenpflege.de)) in Hessen, die Kampagne »Soziale Berufe kann nicht jeder« ([www.soziale-berufe.com](http://www.soziale-berufe.com)) oder die Initiative »Sinnstifter« in Oberösterreich ([www.sinnstifter.at](http://www.sinnstifter.at)) gehen in diese Richtung.

Die drei Phasen können Orientierung für die Gestaltung von Maßnahmen sein, die dem jeweiligen Informationsbedürfnis und -verhalten der Zielgruppen bestmöglich entsprechen. Berufswahltheorien machen deutlich, dass die Berufsentscheidung kein punktuell Ereignis ist, sondern wichtige Weichen lange vorher gestellt werden.

Literatur bei der Verfasserin

DR. BRIGITTA NÖBAUER, Fachhochschule für Gesundheit und Soziales,  
Garnisonstraße 21, A-4020 Linz, Tel. (+43 732) 20 08 24 60,  
E-Mail: [brigitta.noebauer@fh-linz.at](mailto:brigitta.noebauer@fh-linz.at)



DANIELA FRIEDERICH

## Zukunft der Pflegeberufe unterstützen – Fachkräfte für die Pflege gewinnen

Der demografische Wandel bildet sich bereits heute fast überall in einem erheblichen Fachkräftebedarf ab. Dies gilt besonders in den Pflegeberufen. Konkret bedeutet dies, dass dem steigenden Bedarf an professioneller Pflege ein geringeres Angebot von Auszubildenden gegenübersteht. Die Länderkooperation des Norddeutschen Zentrums zur Weiterentwicklung der Pflege (NDZ) hat daher bereits im Jahr 2009 beschlossen, dieser Entwicklung etwas entgegenzusetzen: Eine gezielte Kampagne für Pflegeberufe soll dazu beitragen, Schulabgängerinnen und -abgänger für Pflegeberufe zu interessieren und deutlich zu machen, dass diese Berufe ein lohnendes Ausbildungsziel bieten. Um nicht nur eine weitere Kampagne neben bereits vorhandenen zu starten, hat der Verwaltungsausschuss des NDZ beschlossen, zunächst eine Studie in Auftrag zu geben. Mit den erhobenen Daten sollten gezielte Strategien und Konzepte für eine Image- und Ausbildungskampagne für den Pflegeberuf entwickelt werden. Das Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen wurde mit dieser Studie beauftragt, deren Ergebnisse 2010 veröffentlicht wurden.

### Kenntnisse der Befragten entsprechen oft nur Klischees über Pflegeberufe

Zentrales Ergebnis der Studie ist, dass Pflegeberufe sowohl für Schülerinnen und Schüler als auch für deren Eltern ein eher negatives Image hatten. Die Motivation zur Wahl eines Pflegeberufes war bei den jungen Menschen äußerst gering ausgeprägt. Zudem bestanden zwischen den Geschlechtern deutliche Unterschiede: Hier standen 1,9 Prozent Jungen und 10,4 Prozent Mädchen aus allgemeinbildenden Schulen gegenüber, die sich potentiell die Wahl eines Pflegeberufes für sich vorstellen können. Die Motivation differierte auch nach Schultyp. Während 11,4 Prozent der Hauptschülerinnen und Hauptschüler einen der Pflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege oder Altenpflege) für sich in Betracht ziehen, gilt dies nur für 5,3 Prozent der Realschülerinnen und Realschüler und für lediglich 3,4 Prozent der Gymnasiastinnen und Gymnasiasten. Auch nahm die Berufswahlneigung für einen Pflegeberuf je nach Tätigkeitsfeld ab. So konnten sich nur 3,8 Prozent der Schülerinnen

und Schüler den Beruf der Altenpflege vorstellen – gerade in diesem Pflegebereich besteht jedoch der größte Fachkräftebedarf. Fehlendes Interesse und fehlende persönliche Voraussetzungen stellten die häufigsten Gründe für die ablehnende Haltung dar. Zudem waren die Schülerinnen und Schüler insgesamt nur in geringem Maße über Pflegeberufe informiert. Ihre Kenntnisse entsprachen in weiten Teilen bekannten Klischees über diese Berufsfelder. Dies galt insbesondere für die Jungen.

### Auszubildende Pflegekräfte haben Spaß an ihrem Job

Anders stellt sich hingegen das Ergebnis einer Befragung derjenigen dar, die bereits in Pflegeberufen tätig sind: So würden 94,4 Prozent der im Zuge der Studie befragten Auszubildenden den Pflegeberuf wieder wählen. Viele von ihnen betonten dabei die Freude am Beruf. Dies gilt, obwohl sie nach einem Jahr Ausbildung auch die mit Pflegeberufen verbundenen Belastungen kennen. »Klar ist, dass ohne zusätzliche Bemühungen keine Veränderung der Berufswahlmotivation für Pflegeberufe zu erwarten ist«, sagt Professor Stefan Görres vom IPP der Universität Bremen. Politik und das Gesundheitswesen seien zukünftig stärker als bisher gefragt, vermehrte und gezieltere Bemühungen zur Imagesteigerung vorzunehmen.

### Vorgehensweise nach der Veröffentlichung der Studie

Die Handlungsempfehlungen der Studie zielen auf die Entwicklung zielgruppenspezifischer und fachgerechter Informationsmaterialien mit einer Schwerpunktsetzung auf Merkmalen, die typisch für Pflegeberufe, jedoch der Öffentlichkeit nicht zwingend bekannt sind: So sollte herausgestellt werden, dass diese Berufe abwechslungsreich und spannend sind, medizintechnische Aspekte beinhalten, viel Beratungstätigkeit und ebenso Organisations- und Verwaltungsbezüge bieten. Kreativität ist vor allem in der Freizeitgestaltung der Altenpflege gefragt. In Bezug auf alle Pflegeberufe gilt, dass sie Aufstiegschancen ermöglichen und einen krisensicheren Arbeitsbereich darstellen.

Eine weitere Empfehlung war die Nutzung jugendspezifischer Medien, um die Zielgruppen zu erreichen. Naheliegend war vor diesem Hintergrund die Entscheidung, eine Internetseite für Pflegeberufe zu entwickeln, die über die Berufe an sich und die entsprechenden Ausbildungsmöglichkeiten informiert. Den ersten Entwurf einer solchen Informationsplattform entwickelten Auszubildende einer Designschule in Schwerin, die zudem ein Onlinespiel mit dem Titel »das Geheimnis der alten Dame« programmierten, das spielerisch in den Bereich der Altenpflege einführt. Dieser erste Entwurf wurde kontinuierlich weiterentwickelt und ausgebaut.

### Jugendaffin und informativ: die Internetseite »zeig-deine-pflegestaerken.de«

Die Internetseite informiert Jugendliche und junge Erwachsene detailliert über Pflegeberufe, bietet Bewerbungstipps und Gewinnspiele mit attraktiven Preisen an und verfügt über weitere Links zum Thema.

Herzstück der Internetseite zur Werbe- und Informationskampagne ist eine Ausbildungs-Datenbank, über die interessierte Jugendliche direkt Kontakt zur Ausbildungs- oder Praktikumsstelle ihrer Wahl aufnehmen können. Jede ausbildende Institution im Norden kann sich kostenlos in die Datenbank eintragen und ihr Angebot selbstständig aktualisieren. In der Datenbank finden sich Angebote aller Mitgliedsländer des NDZ – vom Praktikumsplatz bis zum (dualen) Pflegestudium.



Laut Studie des Bundesinstituts für Berufsbildung 2014 ist in den vergangenen Jahren die Zahl der Auszubildenden kontinuierlich gestiegen – im Vergleich zu 2007 / 2008 in den nicht-akademischen Gesundheitsberufen um 5,9 Prozent (2011 / 2012). Im gleichen Maße sind auch die User-Statistiken der Internetseite für Pflegeberufe gestiegen – sicherlich ein Indikator dafür, dass dies ein adäquater Weg ist, die Zukunft der Pflegeberufe zu unterstützen und Fachkräfte für die Pflege zu gewinnen.

Literatur bei der Verfasserin

DANIELA FRIEDERICH, Norddeutsches Zentrum zur Weiterentwicklung der Pflege (NDZ) im Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung, Adolf-Westphal-Straße 4, 24143 Kiel, Tel.: (04 31) 9 88 36 27, E-Mail: daniela.friederich@sozmi.landsh.de

ALEXANDER HÄFNER, CHRISTINA WEISS

## Verantwortung von Führungskräften für die Mitarbeiterbindung

In Zeiten des Fachkräftemangels betreiben Organisationen viel Aufwand, um geeignete Bewerberinnen und Bewerber für sich zu interessieren. Doch was kommt danach? Wie wird in Organisationen mit den neuen Kolleginnen und Kollegen umgegangen? In schillernden Farben wird oft versprochen: hohe Entscheidungskompetenz, tolles Team, hervorragende Arbeitsbedingungen, gelebte Unternehmenswerte, vielfältige Weiterbildungsangebote und hervorragende Entwicklungsmöglichkeiten, flache Hierarchien. Doch ist der Alltag dann tatsächlich so, dass neue Kolleginnen und Kollegen gerne bleiben möchten?

### Führung und Bindung: Die wissenschaftliche Perspektive

Die Bindung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern wird von verschiedenen Faktoren beeinflusst. Ausdrücklich möchten wir den Eindruck vermeiden, dass allein die Führungskräfte Verantwortung für die Mitarbeiterbindung und damit für die Vermeidung von Fluktuation tragen. Es gibt eine ganze Reihe an Einflussfaktoren, die unterschiedlich stark oder auch gar

nicht von Führungskräften beeinflusst werden können: die erlebte Abwechslung bei der Arbeit, das Betriebsklima, das Stresserleben, das Alter der Mitarbeitenden, die Arbeitslosenquote. Die psychologische Führungsforschung der letzten Jahre zeigt jedoch sehr deutlich, dass Führung für die Bindung von Personal eine hohe Relevanz hat. So spielt neben den Merkmalen der Arbeitsaufgaben insbesondere die Qualität der Mitarbeiterführung eine entscheidende Rolle für das Commitment. In Studien lassen sich beachtliche Zusammenhänge zwischen dem Führungsklima in einer Organisation und der Fluktuationsabsicht sowie auch der tatsächlichen Fluktuation nachweisen.

### Führung und Bindung: Die wertschätzende Grundhaltung der Führungskraft

Was können Führungskräfte tun, um ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu binden? Wir wollen an dieser Stelle bewusst das Thema Wertschätzung in den Fokus nehmen, da Wertschätzung für das Wohlbefinden der Beschäftigten eine wichtige Rolle spielt und sich auch in etablierten Führungskonzepten wiederfindet. Dabei geht es uns um die innere Haltung der Führungskraft gegenüber ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern: Sieht sich die Führungskraft selbst als anreibend und kontrollierend oder als fördernd und konstruktiv im Feedback? Nimmt die Führungskraft die Leistungen und das Engagement ihrer Beschäftigten wahr? Geht die Führungskraft auf ihre Beschäftigten mit einer Haltung des Vertrauens und Respekts zu?

Eine wertschätzende Grundhaltung kann sich dabei auf ganz unterschiedliche Art und Weise im konkreten Führungsverhalten zeigen: Übertrage ich als Führungskraft meinen Mitarbeitenden Aufgaben, die zu ihren Talenten und Interessen passen? Spreche ich Dank für die geleistete Arbeit aus? Interessiere ich mich für ihre beruflichen und privaten Anliegen? Schütze ich meine Beschäftigten nach außen und spreche ich vor anderen über ihre Leistungen und Erfolge? Bin ich bei Problemen ansprechbar und versuche bei der Bewältigung zu helfen? Fördere ich meine Beschäftigten durch Aufgaben und Weiterbildungsangebote, die ihre Kompetenzen erweitern? Setze ich mich dafür ein, dass gute Leistungen auch finanziell angemessen anerkannt werden? Interessiere ich mich ernsthaft für die Meinung meiner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter?

Hinter all diesen Überlegungen steckt die Haltung einer Führungskraft, die davon ausgeht, dass Beschäftigte nur dann gute Leistungen erbringen und langfristig im Unternehmen bleiben, wenn ihnen Wertschätzung entgegengebracht wird und sie das Gefühl haben, dass sie ihre Fähigkeiten wertvoll einbringen können, dass der Wert ihrer Arbeit gesehen wird und dass sie als Menschen, mit ihren Stärken und Schwächen, für ihre Führungskraft wertvoll sind. Hohe Leistung und Zufriedenheit von Beschäftigten stellen keinen Widerspruch dar, sondern werden beide durch gute Führung gefördert.

### Führung und Bindung: Die ersten Weichenstellungen im Vorstellungsgespräch und bei der Einarbeitung

In diesem Abschnitt möchten wir auf weitere wichtige Punkte eingehen, die letztlich auch im Zusammenhang mit Wertschätzung stehen. An erster Stelle steht die Passung von Bewerberin beziehungsweise Bewerber und Arbeitsstelle. Bereits in Vorstellungsgesprächen sollten keine falschen Versprechen

gemacht werden. Wer in Vorstellungsgesprächen Erwartungen weckt, die nicht erfüllt werden können, legt bereits den ersten Samen für eine spätere Fluktuation. Wir empfehlen bereits in Vorstellungsgesprächen die Anforderungen, die Tätigkeit sowie die Arbeitsbedingungen sehr konkret zu beleuchten und mögliche Vor- und Nachteile darzustellen. Wertschätzung bedeutet in diesem Fall ein hohes Maß an Ehrlichkeit und Transparenz. Dabei geht es um die Frage, wie von Anfang an Enttäuschungen vermieden werden können. Vorstellungsgespräche, die um Arbeitsproben und das persönliche Kennenlernen des Teams ergänzt werden, ermöglichen eine bewusste Entscheidung von beiden Seiten.

In der Phase der Einarbeitung und des Ankommens in der Organisation werden die nächsten Weichen gestellt. Sich Zeit für die Einarbeitung zu nehmen, ist nicht nur hilfreich für die Produktivität, sondern auch ein Zeichen von Wertschätzung. Spreche ich als Führungskraft möglichst täglich mit den neuen Kolleginnen und Kollegen? Ist klar geregelt, wer sich um die Einarbeitung kümmert? Gibt es einen Einarbeitungsplan? Sind Pflichtschulungen definiert? Bekommen neue Kolleginnen und Kollegen regelmäßig Feedback zu ihrer Leistung? Werden Fehler konstruktiv besprochen? Gibt es Gelegenheiten, um über persönliche Themen, zum Beispiel beim gemeinsamen Mittagessen oder bei einem Teamausflug, zu sprechen?

Unsere Ausführungen zum Thema Führung und Bindung stellen den Menschen mit seinen grundlegenden Bedürfnissen nach Wertschätzung, Respekt, Vertrauen, Entwicklung, Sinn und Anerkennung in den Mittelpunkt. Eine Mitarbeiterführung, die in dieser Weise den Menschen in den Fokus rückt, fördert nicht nur Bindung, sondern insbesondere auch herausragende Leistungen.

Literatur bei dem Verfasser und der Verfasserin  
 DR. ALEXANDER HÄFNER, CHRISTINA WEISS, Würth Industrie Service GmbH & Co. KG, Industriepark Würth, Drillberg, 97980 Bad Mergentheim,  
 E-Mail: Alexander.Haefner@wuerth-industrie.com,  
 Christina.Weiss@wuerth-industrie.com

## ULF BENEDIX

### Personalentwicklung für »gute Arbeit« in der Pflege ist eine Frage der Ressourcen

Die Pflege befindet sich im Umbruch: Neue Versorgungsmodelle, neue Formen der Arbeitsteilung, neue Ausbildungsgänge und damit verbundene Anforderungen an die Pflegekräfte entwickeln sich. Die Ökonomisierung des Gesundheitssystems steigert den Wettbewerbsdruck und den Zwang zur Kosteneffizienz.

Diese Veränderungen dürfen nicht zu einer weiteren Verschlechterung der Arbeitsbedingungen in der Pflege führen. Hochrechnungen lassen eine erhebliche Personaldeckungs-lücke in der Pflege erwarten. Um bei sinkenden Schulabgängerzahlen ausreichend Nachwuchs für die Ausbildung zu gewinnen und die Pflegekräfte möglichst lange im Beruf zu halten, muss Pflegearbeit daher im Sinne »guter Arbeit« attraktiver werden. Dazu gehört auch, sich durch Kompetenzerwerb weiterentwickeln zu können.



### Studien zur Personalentwicklung in der Pflege

Vor diesem Hintergrund wurden am Institut für Arbeit und Wirtschaft (IAW) in Bremen zwei Studien für die Arbeitnehmerkammer Bremen durchgeführt:

- » Im Jahr 2012 wurde eine quantitative Befragung der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber (Krankenhäuser, ambulante und stationäre Pflege) unter dem Titel »Arbeitskräftebedarf und Personalentwicklung in der Pflege« durchgeführt. Ziele waren die Ermittlung des aktuellen Personalbedarfs sowie die Identifizierung der Aktivitäten, die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber zur Verbesserung der Attraktivität der Pflegearbeit bereits ergreifen.
- » Im Jahr 2013 fand eine qualitative Befragung von Beschäftigten unter dem Titel »Gute Arbeit und Strukturwandel in der Pflege« statt. Ziel war die Ermittlung von Chancen, Risiken und Gestaltungsoptionen im Strukturwandel aus Sicht der Pflegekräfte.

### Arbeitskräftebedarf und Personalentwicklung in der Pflege – Arbeitgeberinnen- und Arbeitgeberbefragung

*Personal finden:* Die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber rechneten bereits im Befragungsjahr mit Schwierigkeiten, ihren Personalbedarf decken zu können. Der Personalbedarf richtete sich primär auf qualifizierte Fachkräfte, mit besonderem Gewicht auf Fachkräfte mit speziellen fachlichen Weiterbildungen. Dagegen stand eine schwache Nachfrage nach Hilfskräften einem Überangebot auf dem Arbeitsmarkt gegenüber. Offensichtlich wurden zu wenig Fachkräfte und zu viele Hilfskräfte qualifiziert.

*Personal binden:* Vielfältige Aktivitäten zur nachhaltigen Beschäftigungssicherung sind von den Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern geplant oder werden bereits umgesetzt. Die Entwicklung der Qualifikation der Beschäftigten hat dabei einen hohen Stellenwert. Deren Fort- und Weiterbildung soll systematischer als bisher angegangen werden. Die Pflegekräfte sollen in ihrer individuellen Berufswegeplanung unterstützt werden.

*Personalentwicklung durch Qualifizierung:* Als wichtigste aktuelle Themen für die Qualifikation der Pflegekräfte nennen die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber:



- » Dokumentation / Pflegeplanung, sicher auch vor dem Hintergrund neuer Arbeitsorganisationsformen in der Pflege
- » Pflege von Demenzerkrankten, vor dem Hintergrund der mit dem demografischen Wandel zunehmenden Zahl von Demenzerkrankungen, auf die sich die Einrichtungen einstellen müssen.

*Umgang mit schwierigen Personen:* Eine eindeutige Definition von »schwierigen Personen« liegt dabei selbstverständlich nicht vor, die Zuschreibung der Schwierigkeit zur Person ist ebenso problematisch. Dieser Bedarf zielt somit auf den Erwerb von Kommunikations- und Konfliktlösungskompetenzen, die zur besseren Bewältigung spezifischer Situationen beitragen sollen. Die Häufigkeit dieses Bedarfs ist im Zusammenhang mit knapper Personaldecke und hohem Arbeitsdruck in der Pflege zu sehen, da sich so Konflikte schneller zuspitzen und Empfindsamkeiten wachsen. Die Qualifizierung soll die Pflegenden in die Lage versetzen, auch unter hohem Druck in »schwierigen« Situationen besonnen und adäquat zu agieren.

#### **Gute Arbeit und Strukturwandel in der Pflege – Arbeitnehmerinnen- und Arbeitnehmerbefragung**

*Qualifizierungsangebot gut und ausreichend, aber Probleme bei der Realisierung:* Am Qualifizierungsangebot haben die Pflegekräfte wenig auszusetzen. Auch eigene Interessen können angemeldet werden. Dies korrespondiert mit der Darstellung der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber, dass sie die Qualifizierung der Pflegekräfte als zentrales Standbein nachhaltiger Beschäftigungssicherung verfolgen. Allerdings berichten die Beschäftigten auch über erhebliche Umsetzungsprobleme.

1. Fortbildungsangebote können wegen knapper Personaldecke nicht wahrgenommen werden (Ausfallproblematik).
2. In der Arbeitgeberbefragung deutete sich an, dass diese vermehrt auf die Höherqualifizierung von Hilfskräften zur Deckung des Fachkräftebedarfs setzen. Die Beschäftigten berichteten aber unter anderem,
  - » dass trotz kongruenter Interessen von Einrichtungsleitung und Pflegehilfskraft die Qualifizierung an den finanziellen Rahmenbedingungen gescheitert sei, und
  - » dass die Arbeitgeberin oder der Arbeitgeber möglicherweise nicht ausreichend über vorhandene Fördermöglichkeiten informiert waren.

3. Die Weiterbildungsmotivation wird geschwächt, wenn Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber den Beschäftigten keine Bildungsrendite sichern können oder wollen. Es gibt Fachkräfte, die auf Fortbildung verzichtet haben, um nicht am Ende mit vermehrter Arbeitsbelastung bei gleicher Vergütung dazustehen.

»Gute Arbeit« braucht eine angemessene Personalausstattung: Qualifizierung ist aus Sicht der Pflegekräfte nur ein Gesichtspunkt »guter Arbeit«. Die für sie zentrale Problematik einer zu knappen Personalausstattung spiegelt sich jedoch auch in der verbesserungswürdigen Qualifizierungspraxis wider. Aus dem Gesamtbild unserer Befragungen in der Pflege ergeben sich folgende Handlungsprioritäten:

- » Sicherung der Freizeit: Die Verlässlichkeit des Dienstplanes muss für viele Pflegekräfte wiederhergestellt werden, damit Freizeit der Erholung und als Basis individueller Lebensgestaltung dienen kann.
- » Höhere Vergütungen: Hier erwarten die Pflegekräfte dringend deutliche Verbesserungen.
- » Eine aufgabenadäquate Personalausstattung, ohne die letztlich »gute Arbeit« in der Pflege nicht erreichbar ist.

#### **Fazit**

Insgesamt belegen unsere Befragungen, dass die Steigerung der Attraktivität der Pflegearbeit, Grundlage der Sicherung der zukünftigen Versorgung durch Pflegefachkräfte, nur gelingen wird, wenn die derzeitige chronische Unterfinanzierung des Pflegesystems überwunden werden kann.

Literatur beim Verfasser

ULF BENEDIX, Institut Arbeit und Wirtschaft (IAW), Universität Bremen / Arbeitnehmerkammer Bremen, Wilhelm-Herbst-Straße 7, 28359 Bremen, Tel.: (04 21) 21 86 17 20, E-Mail: ubenedix@uni-bremen.de

#### **BURKHARDT ZIEGER**

### **Der Pflege eine Stimme geben – Perspektiven der Interessenvertretung**

Pflege ist eines der Megathemen in Deutschland. Kaum ein Tag oder ein Fernsehabend vergeht, an dem nicht über Pflege gesprochen wird. Kein Wunder, denn der Bedarf an Pflegeleistungen nimmt zu, während das Potenzial an Unterstützerinnen und Unterstützern immer geringer wird. Unter diesen Bedingungen ist die Gestaltung der Rahmenbedingungen von großer Bedeutung, unter denen berufliche Pflege geleistet wird. Diese sind ausschlaggebend dafür, ob Nachwuchskräfte gewonnen werden können und ob eine kontinuierliche Beschäftigung möglich ist. Die Partizipation der Beschäftigten ist eine zentrale Voraussetzung, um diese Rahmenbedingungen entsprechend weiterzuentwickeln.

#### **Interessenvertretung der Pflegeberufe**

Eine Reihe von Organisationen nehmen die Interessen von beruflich Pflegenden wahr. Dabei zielen diese häufig als Verbände aufgestellten Interessenvertretungen auf unterschiedliche Bedürfnisse der Berufsgruppe ab. Als Tarifverhandlungspartner stehen die Gewerkschaften unmittelbar mit in der Verantwortung für die Ausgestaltung des Arbeitslebens der Pflegenden in den Einrichtungen. Die Konzentration auf die



Tarifgestaltung aller Beschäftigten, zum Beispiel in der sozialen Dienstleistung, ist die Kernaufgabe der Gewerkschaften.

Daneben vertreten Berufsverbände die fachlichen Interessen der Pflegebranche, zum Beispiel hinsichtlich des Anspruches der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer an ihre berufliche Tätigkeit. Die Berufsverbände leiten ihren Anspruch in der Interessenvertretung aus dem Umstand ab, dass sie besser als andere Organisationen die berufsspezifischen Bedürfnisse und Entwicklungspotenziale ihrer Mitglieder vertreten können.

#### **Warum ist die Pflege bisher so wenig organisiert?**

Verbände und Gewerkschaften beklagen die geringe Beteiligungsbereitschaft der Berufsgruppe. Genauer Auskünfte, wieviel Pflegenden ihre beruflichen Interessen durch eine Mitgliedschaft in diesen Organisationen bundesweit vertreten lassen, gibt es nicht. Gewiss handelt es sich aber nur um einen Bruchteil aller Pflegenden. Über die Ursache für die geringe Partizipationsbereitschaft ist schon viel spekuliert worden. Am ehesten ist aber ein Bündel von Gründen zu berücksichtigen, unter anderem auch die hohe Teilzeitquote und die Arbeitsbelastung der Branche.

#### **Bottom-Up-Bewegung: Mobilisierung der Beschäftigten als Trend?**

Der geringe Organisationsgrad bedeutet aber nicht, dass die beruflich Pflegenden unpolitisch seien. Als eine auch der aktuellen Zeit geschuldeten Form der Interessenvertretung hat sich zum Beispiel die Bewegung »Pflege am Boden« entwickelt, ein eher loser Verbund von Aktivistinnen und Aktivisten, die anfänglich bundesweit mit monatlichen Aktionen auf die Misere der Pflege hingewiesen haben. An der Bewegung sind beruflich Pflegenden genauso wie Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter und pflegende Angehörige beteiligt. »Pflege am Boden« hat viel mediale Aufmerksamkeit erhalten, der Fokus der Kampagne liegt in erster Linie auf der Versorgungssituation der Pflegeempfänger.

#### **Wie steht es um die Perspektive einer Pflegekammer?**

In einigen Bundesländern wird über die Errichtung von Pflegekammern diskutiert, um der Pflege eine stärkere Stimme zu geben. Die Gründungen von Pflegekammern sind daher lang

gehegte Wünsche, die aus der beruflichen Pflege heraus entwickelt wurden. Analog zu anderen Heilberufekammern, umfassen die Pflegekammern alle Berufsgruppenangehörige des jeweiligen Bundeslandes. Zu den Aufgaben dieser Institution gehört die Formulierung einer Berufsordnung, die Rechte und Pflichten der Pflegenden regelt. Zudem geht die Kammer mit einer verpflichtenden Mitgliedschaft einher – nur so kann sichergestellt werden, dass die Pflegekammer in den eigenen Abstimmungsprozessen zu einer durch die Gesamtheit der Mitglieder getragenen Position kommt.

Die Befürworterinnen und Befürworter der Pflegekammer sehen in dieser vor allem ein Instrument der Qualitätssicherung der Pflege. Der zu Grunde liegende Qualitätsanspruch basiert auf der Überzeugung der Berufsgruppe, selbst am wirkungsvollsten definieren zu können, was gute Pflege sei. Mit der Gründung einer Pflegekammer ist die Chance gegeben, dass sich die berufliche Pflege in der Qualitätsfrage von anderen Anspruchsgruppen unabhängiger machen kann. Dazu zählen zum Beispiel Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber, die einem anderen Qualitätsverständnis folgen: Es zählt nicht, was möglich ist – es zählt zunächst, was bezahlt werden kann.

In Rheinland-Pfalz ist die Selbstverwaltung bereits beschlossen und wird seit Januar 2015 ausgestaltet. In Schleswig-Holstein und Niedersachsen sind Gründungsvorbereitungen eingeleitet. Das ruft die Gegnerinnen und Gegner auf den Plan: Gewerkschaften und Arbeitgebervertreter mobilisieren im Schulterchluss gegen die Pflegekammer. Die Widersacherinnen und Widersacher begründen ihre Ablehnung in der Öffentlichkeit mit der verpflichtenden Mitgliedschaft der Pflegenden. Zu teuer und wirkungslos, so die Vorwürfe der sich sonst als Gegenparteien gegenüberstehenden Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertretungen. Während die Gewerkschaften Sorge haben, dass ihnen mit der Gründung der Pflegekammer diese Berufsgruppe als Mitglied den Rücken zukehrt, treibt die Arbeitgebervertreter sicher anderes um. Im Vordergrund steht aber gewiss die Sorge vor der Frage, wie ein Qualitätsanspruch, der von den Pflegenden selber definiert wird, in den Einrichtungen umgesetzt werden kann?

In den rot-grün regierten Bundesländern Schleswig-Holstein und Niedersachsen stimmen zudem die Oppositionsparteien in den Chor der Pflegekammergegner ein – eine Haltung, die am ehesten politisch motiviert sein dürfte.

#### **Fazit**

Die berufliche Pflege versucht, sich politisch zu emanzipieren. So will man sich von den Akteurinnen und Akteuren lösen, die bei der Gestaltung der Pflegerealität Qualitätsmaßstäbe anlegen, die hinter denen der Berufsgruppe bleiben. Die berufliche Pflege mag sich schlicht nicht damit abfinden, dass es immer nur um das Geld geht – die Leistungsempfangenden wollen das auch nicht. Menschen wollen gute Pflege, die beruflich Pflegenden wollen der Garant dafür sein. Die aktuelle politische Diskussion wird zu kurz geführt, wenn sie ausschließlich auf die Finanzierung von Pflege abstellt. Das ist der Konsens, der alle politischen Organisationsformen der Pflege eint.

Literatur beim Verfasser

BURKHARDT ZIEGER, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) Nordwest e. V., Geschäftsstelle Lister Kirchweg 45, 30163 Hannover, Tel.: (05 11) 6 69 48 04, E-Mail: nordwest@dbfk.de



URSULA WALKENHORST

## Akademisierung der Gesundheitsberufe – Chancen und Entwicklungsbedarfe

Die Gesellschaftsstruktur in Deutschland verändert sich und es ergeben sich neue Herausforderungen an das Gesundheitswesen. Damit einhergehend werden höhere Anforderungen an die Qualifikation des Gesundheitspersonals gestellt. Die bisherigen berufsfachschulischen Bildungsangebote decken dabei nur den quantitativen Bedarf in der Versorgung ab, aber nicht den erhöhten qualitativen Bedarf. Dies wurde im Jahr 2012 in den Empfehlungen des Wissenschaftsrates zur Qualifikation des Personals im Gesundheitswesen umfassend dargelegt. Eine zentrale Konsequenz ist der Aufbau von grundständigen Studiengängen in den Gesundheitsberufen.

### Grundständige Studiengänge – Stand der Entwicklung

Die Akademisierung der Gesundheitsberufe in den Bereichen der Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Hebammenkunde erfährt seit dem Jahr 2009 eine erkennbare Dynamik. Grundlage für diesen Prozess ist die im Jahr 2009 verabschiedete Modellklausel, die es ermöglicht, neben den bestehenden berufsfachschulischen Ausbildungen ein hochschulisches Ausbildungsangebot vorzuhalten. Damit haben die Lernenden in den genannten Gesundheitsberufen die Option, ein akademisches Kompetenzprofil zu erwerben und neue Handlungsfelder zu besetzen.

Die Möglichkeit zur Entwicklung grundständiger Studiengänge für die therapeutischen Berufsgruppen und die Hebammenkunde wird derzeit nur in wenigen Bundesländern (vorrangig NRW) konsequent umgesetzt. Noch immer überwiegen duale Modelle zwischen Berufsfachschulen und Hochschulen, die eine kontinuierliche wissenschaftliche Sozialisation ab dem ersten Tag nur begrenzt ermöglichen. Zentrale Hinderungsgründe hierfür sind die fehlenden Ressourcen im hochschulischen Bereich, die Inkompatibilität zwischen Berufsrecht und Hochschulrecht, die kapazitären Begrenzungen durch hochschulrechtliche Vorgaben sowie das für diese Art der Studiengänge fehlende ausgebildete wissenschaftliche Personal. Zudem geht die Umsetzung der Modellklausel derzeit mit einer umfassenden bundeseinheitlichen Evaluation einher, für die wiederum nur einige Hochschulen beziehungsweise Bundesländer die notwendigen Mittel vorhalten.

### Verwissenschaftlichung der Berufe versus Verberuflichung der Wissenschaft

Grundständige Studiengänge erfordern einerseits die Einhaltung vorgegebener berufsrechtlicher Vorgaben sowie andererseits innovative Konzepte, die den Aufbau neuer wissenschaftlicher Disziplinen ermöglichen. Dies setzt die Überwindung einer ausschließlich anwendungsorientierten Perspektive voraus. Eine Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe, die mit einer Verwissenschaftlichung der Berufe einhergeht und sich in dem Aufbau wissenschaftlicher Disziplinen zeigt, darf, wenn sie wissenschaftlichen Anforderungen genügen will, nicht zu einer Verberuflichung der Wissenschaft führen. Die zum Teil formulierte Anforderung aus Praxis und Politik, dass sich die akademisierenden Gesundheitsberufe als praktisch orientierte Berufe im Hochschulbereich an einer vorrangig verwertbaren Praxisorientierung in der Wissenschaft orientieren sollen, vernachlässigt eine kritisch wissenschaftliche Betrachtung der Praxis. Erst diese Betrachtung ermöglicht jedoch den professionellen Zugang zum Feld.

### Das akademische Kompetenzprofil

Eine zentrale Frage im Rahmen des Akademisierungsprozesses ist die nach dem Mehrwert des Studiums sowie den möglichen späteren Tätigkeitsfeldern. Hochschulische Studiengänge tragen zunächst grundsätzlich zum Erwerb eines wissenschaftlich fundierten Kompetenzprofils bei. Dieses zeichnet sich bei den Gesundheitsberufen unter anderem darin aus, dass die Absolvierenden der Studiengänge ihre Versorgungsangebote und -leistungen patientenorientiert auf der Grundlage neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse durchführen. In der hochschulischen Ausbildung lernen sie kritisch mit bestehendem theoretischen und praktischen Wissen umzugehen und sich an der Entwicklung neuen Wissens durch Forschung zu beteiligen. Sie sind in der Lage, komplexe Probleme, die sich in der Gesundheitsversorgung ergeben, zu analysieren und mit besten wissenschaftlichen Evidenzen zu lösen. Akademisch ausgebildeten Gesundheitsberufen ist es darüber hinaus möglich, an der notwendigen Entwicklung von Konzepten, Leitlinien und Expertenstandards mitzuwirken. Die Interprofessionalität in den Studiengängen kommt der direkten Versorgung der Patientinnen und Patienten zugute, da die berufsgruppenübergreifende Kommunikation im Gesundheitswesen eine Grundlage für optimierte Versorgungsprozesse ist.

### Chancen und Herausforderungen

Die Handlungsfelder akademisch ausgebildeten Gesundheitspersonals sind bislang noch nicht abschließend definiert, was sowohl politisch als auch von Seiten der Gewerkschaften die Bedenken hinsichtlich der Akademisierung weiter stützt. Derzeit können die Handlungsfelder vor dem Hintergrund der Veränderungen im Gesundheitswesen und auf der Grundlage des erweiterten Kompetenzprofils nur theoretisch angenommen werden. Eine höhere Bezahlung ist damit noch nicht gesichert, der adäquate Einsatz über die bisherigen Tätigkeiten hinaus noch offen. Dies stellt eine große Gefahr für die Akademisierung dar. Werden die erweiterten akademischen Kompetenzen nicht im Feld abgerufen, wird der Mehrwert der Studiengänge nicht sichtbar. Die Hochschulen sind deshalb aufgefordert, sowohl einen frühzeitigen Dialog mit den Verantwortlichen in den Gesundheitseinrichtungen zu suchen als auch umfassende Verbleibstudien der Absolvierenden durchzuführen.

Eine weitere wichtige Veränderung wird die Fortführung der akademischen Bildungsangebote in den Berufsgesetzen nach formaler Beendigung der Modellklausel Ende 2017 sein. Die weitergehenden rechtlichen Bestimmungen bedürfen dabei aber einer zentralen Korrektur in der Kompatibilität zwischen den hochschulischen und berufsrechtlichen Strukturen. Hier seien exemplarisch notwendige Veränderungen in der Durchführung der staatlichen Prüfungen, der Gestaltung der praktischen Studienphasen sowie der Qualifikation des Ausbildungspersonals in der Praxis genannt.

Die Akademisierung der Gesundheitsberufe in der Therapie und in der Hebammenkunde ist eine Chance für eine zukunftsorientierte Gesundheitsversorgung, wenn Bildungs- und Gesundheitspolitik sowie Gesundheitswirtschaft die relevanten Diskussionen gemeinsam führen und dabei erkennbar wird, dass die Begründung für die weiteren Entwicklungen die optimale Versorgung der Patientinnen und Patienten darstellt.

Literatur bei der Verfasserin

PROF. DR. URSULA WALKENHORST, Universität Osnabrück,  
Fachbereich Humanwissenschaften, Albrechtstraße 28, 49076 Osnabrück,  
E-Mail: ursula.walkenhorst@uni-osnabrueck.de

ANN-CHRISTIN WERNER, THERESA GRÜNER,  
NICOLA K. SCHORN, FRERICH FRERICHS

## Fachlaufbahnen in der Altenpflege – Ansätze einer alter(n)sgerechten Beschäftigung

Der Pflegesektor steht im Zuge des demografischen Wandels vor großen Herausforderungen: Bewältigt werden muss ein steigender Bedarf an professioneller Hilfe bei einem gleichzeitig zunehmenden Fachkräftemangel. Zugleich ist dieses Berufsfeld durch hohe physische und psychische Belastungen und alternde Belegschaften gekennzeichnet. Vor diesem Hintergrund gewinnen die Förderung der Beschäftigungsfähigkeit der Pflegekräfte und die Steigerung der Attraktivität dieses Berufsfeldes für Nachwuchskräfte an Bedeutung. Einen Lösungsansatz bietet die Gestaltung von Fachlaufbahnen, die vielfältige Spielräume für alter(n)sgerechte und kompetenzbasierte Aufgabenverteilungen eröffnen können. Mit der Übernahme unterschiedlicher Laufbahnpositionen und anderer Tätigkeitsfelder kann ein Belastungswechsel oder sogar eine Belastungsreduktion ermöglicht und die Weiterentwicklung der Kompetenzen gefördert werden. Im Folgenden werden hierzu Ergebnisse aus dem vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Verbundprojekt »KoLaGe – Kompetenzbasierte Laufbahngestaltung in der Pflege« referiert.

### Fachlaufbahnen in der Altenpflege – ein systematisierter Überblick

Die Möglichkeiten für die Entwicklung von Fachlaufbahnen sind aufgrund der Vielseitigkeit der Pflege Tätigkeit breit gefächert. Spezialisierungen können sowohl für bestimmte Krankheitsbilder und Pflegeverfahren als auch für gesetzlich vorgeschriebene beziehungsweise administrative Aufgaben erfolgen (s. Abb. 1).



Abb. 1: Identifizierte Tätigkeitsbereiche für Fachlaufbahnen

Die entwickelten Fachlaufbahnen können inhaltlich anhand von Kerntätigkeiten differenziert werden. Eine solche Kerntätigkeit kann im Bereich Koordination und Organisation, eine andere im Bereich Beratung und Anleitung gesehen werden. Im erstgenannten Bereich bilden insbesondere organisierende, planende und steuernde Tätigkeiten den Fokus. Exemplarisch ist die Fachposition für Pflegeplanung zu nennen, die zum Beispiel für die Erstellung und Anpassung der Pflegeplanung sowie die Überwachung der Evaluationsintervalle zuständig ist. Eine Fachposition, in der die Kerntätigkeiten im Bereich Beratung und Anleitung liegen, stellt die Zahngesundheit dar. Im Mittelpunkt stehen hier die Beratung, Anleitung und Schulung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen sowie von Kolleginnen und Kollegen. Durch die Fachposition wird ein Wandel hin zu einer stärker präventiv ausgerichteten Zahnpflege ermöglicht. Hierdurch kann den veränderten Anforderungen aufgrund der Zunahme des natürlichen Zahnbestandes bei Pflegebedürftigen entsprochen werden.

Fachpositionen lassen sich auch in Bezug auf die Komplexität der übernommenen Aufgaben voneinander unterscheiden. Beispielsweise lässt sich eine Fachposition im Tätigkeitsbereich Palliative Care einem niedrigeren Komplexitätsniveau zuordnen, wenn sie sich auf die Sensibilisierung des Pflegeteams bei der regulären Versorgung schwerstkranker und sterbender Pflegebedürftiger beschränkt. Der Komplexitätsgrad steigt, wenn die Aufgaben einer spezialisierten Palliativversorgung, in der pflegerisches Handeln interdisziplinär erbracht und abgestimmt werden muss, wahrgenommen werden.

### Chancen und Risiken bei der Laufbahngestaltung

Die Laufbahngestaltung in der Pflege stellt einen Weg dar, die Beschäftigungsfähigkeit von Pflegekräften zu fördern und zu erhalten. Mit der Übernahme einer Fachposition wird die Möglichkeit geschaffen, zeitweise Tätigkeiten außerhalb der direkten Pflege zu übernehmen. Hierdurch können eine körperliche Entlastung erzielt und vorhandene Kompetenzen besser genutzt werden. Deutlich wird dies unter anderem anhand der Fachpositionen für Medikamente und Pflegeplanung, in deren Rahmen verstärkt koordinierende und organisierende Tätigkeiten übernommen werden. Das Ausmaß der körperlichen Entlastung ist den Evaluationsergebnissen zufolge entscheidend vom Aufgabenspektrum und dem zeitlichen Umfang abhängig.



Grundsätzlich bieten Fachpositionen ein entlastendes Potenzial. Vereinzelt wird aber auch eine stärkere psychische Belastung der Stelleninhaberinnen und Stelleninhaber registriert. Diese ist aber nicht primär auf die mit der Fachposition verbundenen Tätigkeiten als solche zurückzuführen, sondern auf folgende Risikofaktoren:

- » **Einführungsprobleme:**  
Bei der Einführung von neuen Fachpositionen fehlen oft noch unterstützende Strukturen und die Einarbeitungszeit gerät vielfach zu kurz.
- » **Mangelnde Ausgestaltung der Rahmenbedingungen:**  
Das Tätigkeitsspektrum ist im Verhältnis zu dem zur Verfügung stehenden Zeitkontingent zu umfangreich oder die Übernahme von mehreren Fachpositionen führt zu einem zu großen Verantwortungsbereich.
- » **Persönliche Faktoren:**  
Die Fachkräfte zeichnen sich durch ein unverhältnismäßig hohes Verantwortungsbewusstsein aus oder können sich (noch) nicht ausreichend abgrenzen.

#### **Fazit und Ausblick**

Insgesamt wird deutlich, dass durch die Schaffung von zeitweisen körperlichen Entlastungen und fachlichen Entwicklungsmöglichkeiten die Beschäftigungsfähigkeit von Pflegekräften positiv beeinflusst werden kann, wenn entsprechende Organisationsstrukturen und Rahmenbedingungen geschaffen und berücksichtigt werden. Die Führungskräfte in der Altenpflege müssen allerdings verstärkt selbst weiteres fachliches und methodisches Hintergrundwissen erwerben, um die verfügbaren Kompetenzen der Pflegekräfte in den Einrichtungen zu ermitteln und in eine alternsgerechte Laufbahngestaltung überführen zu können. Zum anderen sind Ansätze der Laufbahngestaltung auch strukturell zu verankern, insbesondere durch die Erarbeitung einer gesamtbetrieblichen Personalentwicklungskonzeption.

Weiterführende Informationen zum Projekt KoLaGe finden Sie im Internet unter: [www.projekt-kolage.de](http://www.projekt-kolage.de)

Literatur bei den Verfasserinnen und dem Verfasser  
 PROF. DR. FRERICH FRERICHS, Universität Vechta, Driverstraße 22, 49377 Vechta,  
 Tel.: (0 44 41) 1 55 04, E-Mail: [frerich.frerichs@uni-vechta.de](mailto:frerich.frerichs@uni-vechta.de)

JOHANNA KRAWIETZ, STEFANIE VISEL

## **Anerkennungsverfahren für Beschäftigte im Gesundheitswesen – Herausforderungen und Perspektiven**

Während sich die Migrationspolitik lange Zeit schwer tat, Deutschland als Einwanderungsland zu begreifen, sind nun auf gesetzlicher Ebene erste Anzeichen für eine Änderung zu verzeichnen. Dass Deutschland sich nun – qualifizierter – Einwanderung öffnen will, zeigt nicht zuletzt das Anerkennungsgesetz des Bundes, das am 01.04.2012 in Kraft getreten ist. Dessen Ziel ist eine »bessere Nutzung von im Ausland erworbenen Berufsqualifikationen für den deutschen Arbeitsmarkt, um eine qualifikationsnahe Beschäftigung zu ermöglichen«. Damit reagiert der Gesetzgeber auf die Debatte um den Fachkräftemangel und auf das nicht genutzte Potenzial qualifizierter Arbeitskräfte. Mit dem Anerkennungsgesetz wurde erstmals ein Rechtsanspruch geschaffen, die Gleichwertigkeit ausländischer Abschlüsse unabhängig von der Staatsangehörigkeit zu prüfen.

#### **Aktuelle Entwicklung in der Anerkennung von Pflegeabschlüssen**

Gesundheits- und Krankenpfleger aus EU-Staaten konnten sich bereits vor Einführung des Anerkennungsgesetzes ihre Qualifikation anerkennen lassen. Neu ist, dass auch Angehörige aus Drittstaaten ein Recht auf ein Anerkennungsverfahren haben. Hierbei wird geprüft, ob eine ausländische Berufsqualifikation dem entsprechenden deutschen Referenzberuf gleichwertig ist. Die zuständige Stelle prüft anhand der Stundenanzahl und der Fächer, ob wesentliche Unterschiede zu der deutschen Berufsordnung bestehen. Ist dies der Fall, gibt es die Möglichkeit, eine Anpassungsmaßnahme (in Form eines maximal dreijährigen Lehrgangs oder eines Praktikums in der allgemeinen Krankenpflege) zu belegen.

Zwar wird das Recht auf ein Anerkennungsverfahren nun erstmals von der Staatsbürgerschaft entkoppelt. Dennoch bestehen unterschiedliche Regelungen hinsichtlich der Anpassungsmaßnahmen für EU-Bürgerinnen und EU-Bürger (inklusive Europäischem Wirtschaftsraum (EWR) und Schweiz) und Drittstaatenangehörigen. Während die Prüfung für EU-Bürgerinnen und EU-Bürger aus einem praktischen Teil (Eignungsprüfung) besteht, müssen Drittstaatenangehörige einen mündlichen sowie einen praktischen Teil ablegen. Zudem fallen EU / EWR Abschlüsse unter die EU-Richtlinie 2005/36/EG und werden automatisch anerkannt – jedoch nur wenn die Ausbildung nach EU-Beitritt des jeweiligen Landes abgelegt wurde.

Da in den meisten Staaten im Gegensatz zu Deutschland eine generalisierte Pflegeausbildung besteht, gelten für die Personen, die für das Berufsziel Altenpflege angeworben werden, in den meisten Fällen die Verfahren für die Krankenpflege.

Mit Einführung des Anerkennungsgesetzes wurden erstmals Zahlen über die bewilligten Verfahren erfasst. So wurden für den Zeitraum der Einführung des Gesetzes am 01. April 2012 bis zum 31. Dezember 2012 die meisten Anträge (78,2 Prozent) für medizinische Gesundheitsberufe gestellt. Die häufigsten Referenzberufe sind Ärzte gefolgt von Gesundheits- und Krankenpflegern. Für den Referenzberuf Gesundheits- und Krankenpfleger wurden 58,7 Prozent der Anträge als gleichwertig anerkannt, 11,5 Prozent der Personen erhielten keine Anerkennung und 29,8 Prozent wurde eine Ausgleichsmaßnahme auferlegt.



### Herausforderungen der beruflichen Anerkennung in der Praxis

Anerkennungsverfahren in Pflegeberufen sind von der Antragsstellung bis zum endgültigen Tragen des Berufstitels mit hohen Kosten für die Anerkennungssuchenden verbunden. Diese müssen amtliche Dokumente übersetzen und beglaubigen lassen und Anpassungslehrgänge finanzieren. Da während der Lehrgänge teilweise die aktuelle Arbeitsstelle aufgegeben werden muss, stellt die Finanzierung der Lehrgänge für viele Anerkennungssuchende ein unüberwindbares Hindernis dar. Auf verschiedene Finanzierungsmöglichkeiten seitens Bund und Ländern besteht für die Anerkennungssuchenden kein Rechtsanspruch.

Die Antragsprüfung muss offiziell innerhalb von drei Monaten geschehen. Dennoch kann sich ein Anerkennungsverfahren stark in die Länge ziehen: von der ersten Informationsbeschaffung über das Beschaffen der Dokumente, das Suchen einer geeigneten Anpassungsmaßnahme oder Praktikumsstelle, die Sicherstellung der Finanzierung in Abstimmung mit der Bundesagentur bis hin zum Tragen der Berufsbezeichnung.

Die verschiedenen Zuständigkeiten, Stellen sowie Verfahrensabläufe wirken für die Antragstellenden häufig unübersichtlich. Für die Pflege- und Gesundheitsberufe gibt es keine zentrale Stelle der Berufszulassung, in der alle Informationen gebündelt zusammenlaufen. Bundesweit sind insgesamt 35 verschiedene Stellen für Gesundheitsberufe zuständig. Dies führt dazu, dass sowohl die Vorgaben für die Sprachkenntnisse als auch deren Überprüfung von Bundesland zu Bundesland und teilweise von Behörde zu Behörde unterschiedlich geregelt sind. Auch sind die Angebote für Anpassungslehrgänge sowie die Art der Durchführung für Außenstehende schwer nachzuvollziehen. Einige Bundesländer haben nun sogenannte »Welcome Center Gesundheitswirtschaft« aufgebaut, um den Anerkennungssuchenden gebündelte Informationen anzubieten. Weiterhin sollen die zuständigen Behörden durch die 2014 in Kraft getretene Rechtsverordnung zur Durchführung und Gestaltung von Anpassungsmaßnahmen in Heilberufen eine Orientierung für eine einheitliche Durchführung erhalten.

### Anerkennungskultur statt ökonomischer Perspektive auf Migration

Das Anerkennungsgesetz ist hinsichtlich der Frage nach der Fachkräftesicherung im Gesundheitswesen von hoher migrationspolitischer Bedeutung. Es ermöglicht Fachkräften aus Drittstaaten, eine qualifizierte Arbeit in Deutschland aufzu-

nehmen. Insgesamt wäre es wünschenswert, das Thema Einwanderung von Pflegefachkräften im politischen und medialen Diskurs nicht nur aus einer rein verwertungsorientierten Logik der Arbeitskräftesicherung zu betrachten, sondern im Sinne einer Anerkennungskultur, die diesen Namen verdient. So plädiert auch die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege für eine faire und verantwortungsbewusste Anwerbung und erinnert an die Fehler, die in der Anwerbung der sogenannten Gastarbeiter in den 60er Jahren begangen wurden: »Zu sehr wurden zu dieser Zeit die Angeworbenen ausschließlich unter der Perspektive ihrer Beschäftigungsfähigkeit und als Arbeitskräfte gesehen. Heute sollten wir daraus gelernt haben und müssen Herausforderungen antizipieren und uneingeschränkt das Ziel verfolgen, ein Leben in Wohlbefinden und Gestaltungsfreiheit für die Angeworbenen in Deutschland zu ermöglichen.«

Literatur bei den Verfasserinnen

DR. JOHANNA KRAWIETZ, STEFANIE VISEL, Universität Hildesheim, Institut für Sozial- und Organisationspädagogik, Universitätsplatz 1, 31141 Hildesheim  
E-Mail: johanna.krawietz@uni-hildesheim.de

### CORNELIA HEINTZE

## Ein Blick über den Tellerrand – die Situation von Pflegekräften in Skandinavien

Die fünf nordisch-skandinavischen Länder Dänemark, Finnland, Island, Norwegen und Schweden begründen ihre Pflegesysteme auf einer gemeinsamen Grundidee: Pflege ist eine öffentliche Aufgabe mit öffentlicher Finanzierung und überwiegend auch öffentlicher Dienstleistungserbringung. Private Anbieter, ebenso die Pflege durch Angehörige, spielen eine nachrangige Rolle. Die Verantwortung für niedrigschwellige Angebote im häuslichen wie institutionellen Bereich liegt bei den Kommunen. Dort, wo sich Pflegebedürftige für die Pflege durch Angehörige entscheiden, schließt die Kommune mit der informellen Pflegeperson einen Vertrag, der Rechte und Pflichten sowie die Höhe des Pflegegeldes regelt. In Einzelfällen kann dies soweit gehen, dass pflegende Angehörige temporär zu Mitarbeitenden der Gemeinde werden.

In Deutschland ist das übergeordnete Ziel finanzpolitisch motiviert. Es besteht in der Geringhaltung öffentlicher Ausgaben. An den tatsächlichen Bedarf und die Erreichung von Qualitätszielen ist die Finanzplanung nicht gekoppelt. Verwiesen wird hier auf die Selbstverwaltung aus Pflegekassen und Leistungserbringern. Für das, was das Pflegesystem tatsächlich leistet, ist im Ergebnis keine Instanz wirklich verantwortlich. Anders ist dies im Norden. Die Systeme sind auf den Outcome hin ausgerichtet. Zentrales Ziel ist es, den älteren Menschen die sozialen, alltagspraktischen und medizinisch pflegerischen Hilfeleistungen zukommen zu lassen, die für die Gesunderhaltung und ein möglichst selbstbestimmtes Leben erforderlich sind. Die Finanzpolitik hat eine dienende Funktion. Bedarfsorientiert stellt sie Mittel bereit, die gemessen am Bruttoinlandsprodukt und bezogen auf Einwohner im Alter ab 65 Jahren vielfach so hoch liegen wie in Deutschland. Unterfinanzierungen werden weitgehend vermieden.

### Beschäftigungspolitik

Die Langfristpflege hat im Norden ein erhebliches Beschäftigungsgewicht. Auf 1000 Einwohner und Einwohnerinnen im Alter über 65 Jahre kommen über 100 rechnerische Vollzeitkräfte gegenüber rund 40 in Deutschland (2011). Der im Norden geringere Ökonomisierungsdruck macht es dabei möglich, dass Vollzeitarbeit eine größere Rolle spielt. In Deutschland dominiert Teilzeit mit einem Anteil von 70 Prozent der Beschäftigten. Begründung findet dies in der Notwendigkeit, das Personal – es handelt sich zu mehr als 85 Prozent um Frauen – angesichts knapper Personaldecken flexibel so einzusetzen, dass pflegerische Mindeststandards gesichert sind. In Dänemark arbeiten demgegenüber zwei Drittel in Vollzeit, womit unterstützt wird, dass gute Pflegeergebnisse stark von festen personalen Beziehungen abhängen.

### Verdienstmöglichkeiten

Üppige Verdienstmöglichkeiten bieten pflegerische Berufe auch im Norden nicht. Relativ zu Deutschland liegen die Gehälter jedoch um 20 bis 30 Prozent höher. Der Pflegesektor wurde nicht zu einem Experimentierfeld für Niedriglohnbeschäftigung, wie dies vor allem für Ostdeutschland aber auch für Niedersachsen zu konstatieren ist. Aus der Auswertung der kommunalen dänischen Verdienststatistik ergibt sich, dass nicht nur das Niveau durchgängig höher ist. Auch die Lohnspreizung ist weit geringer als in Deutschland. Auf die letzte Dekade gesehen konnten die Beschäftigten deutliche Reallohnsteigerungen verbuchen. Bei den unteren Gehaltsgruppen fielen diese höher aus als bei den Pflegefachkräften mit Bachelorabschluss.

### Arbeitszufriedenheit

Die »Nurses Early Exit Study« (NEXT) lieferte auf Basis von Organisationsanalysen und Befragungen, die im Zeitraum von Herbst 2002 bis Herbst 2004 in elf europäischen Ländern durchgeführt wurden, europäische Vergleichszahlen. In Deutschland ergab sich ein vergleichsweise geringes Maß an Zufriedenheit der Befragten mit ihren Arbeitsbedingungen und in der Konsequenz eine relativ hohe Ausstiegsbereitschaft. 46 Prozent Arbeitszufriedenheit wurden im Durchschnitt erreicht gegenüber 85 Prozent in Norwegen und immerhin noch 64 Prozent in Finnland. Auch das Image des Pflegeberufs und die berufli-

chen Perspektiven wurden von den Befragten eher negativ eingeschätzt. Daran hat sich nichts geändert. Es gibt warme Worte, aber kaum substantielle Verbesserungen.

### Professionalisierungsgrad

Skandinavien vollzog die qualifikatorische Hochstufung der vorher semi-professionellen Pflege- und Therapieberufe bereits ab den 1970er Jahren. Dies ist verknüpft mit der Ausweitung von Frauenerwerbstätigkeit und einem doppelten Gleichstellungsanliegen: Gleichstellung durch Abbau von Frauendiskriminierungen im Erwerbssystem und Gleichstellung durch Niveauanhebungen bei pflegerischen und therapeutischen Berufen dahingehend, dass sich Medizin und Pflege auf Augenhöhe begegnen können. Es hat sich eine generalisierte Pflegeausbildung etabliert.

### Resümee

Aus Sicht der Verfasserin wird es ohne einen grundlegenden Paradigmenwechsel der Pflegepolitik und ihrer Finanzierung nicht möglich sein, die Negativspirale bei sowohl der Qualität und Erreichbarkeit guter Pflege und sozialer Betreuung wie auch den Arbeitsbedingungen der im Pflegebereich Tätigen zu durchbrechen. Ein wieder größeres Engagement der Kommunen als Leistungserbringer gehört dazu ebenso wie eine auf Höherqualifizierung gerichtete Reform der Ausbildung pflegerischer Berufe. Skandinavische Länder halten für zukunftsweisende Reformen einiges an Ideen und guter politischer Praxis bereit. Sie zeigen, dass ein am gesellschaftlichen Bedarf ausgerichtetes Pflege- und Betreuungssystem, das gleichermaßen gute Dienstleistungsqualitäten wie Arbeitsbedingungen bietet, eine Frage des politischen Willens ist. Pflegepolitik darf dabei nicht alleine, sondern muss im Zusammenwirken von Finanz- und Arbeitsmarktpolitik gesehen werden.

#### Literatur der Verfasserin

Für nähere Informationen siehe die bei der Friedrich-Ebert-Stiftung erschienene Studie »Auf der Highroad. Der skandinavische Weg zu einem zeitgemäßen Pflegesystem«, Erstveröffentlichung 2012, aktualisierte Neuauflage 2015 (i.E.)

DR. CORNELIA HEINTZE, Beratung & Coaching, Cöthner Str. 64, 04155 Leipzig, Tel.: (03 41) 5 61 13 66, E-Mail: Dr.Cornelia.Heintze@t-online.de

## Extra

### Gesundheit als Gemeinschaftsaufgabe – 110 Jahre Vereinsarbeit

#### THOMAS ALTGELD

Die Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. (LVG & AFS) konnte am 28. Januar 2015 ihr 110-jähriges Jubiläum feiern. Damals gegründet als »Hauptverein für Volkswohlfahrt«, ist sie heute als Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. die Vereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung mit der längsten Tradition in Deutschland.

Die Vernetzung heterogener Akteurinnen und Akteure, damals vor allem kirchliche Einrichtungen, war bereits 1905 ein zentrales Anliegen für die Vereinsgründung. Die Satzung von 1905 hält fest: »Zweck des Vereins ist es, einen Mittelpunkt für die Volkswohlfahrtspflege in dem Vereinsgebiet zu bilden und

die verschiedenen Zweige der Volkswohlfahrtspflege in eine gemeinsame Organisation zusammenzufassen und mit einander in Fühlung zu bringen.« Die aktuelle Satzung von 2008 schreibt diese Zielsetzung fort und die Herausforderungen sind angesichts der zersplitterten Gesundheitsversorgungs- und Gesundheitsförderungslandschaft nicht kleiner geworden: »Die Aufgaben des Vereins sind, Aktivitäten und Maßnahmen der gesundheitlichen Aufklärung, der Gesundheitserziehung und der Gesundheitsförderung anzuregen, zu unterstützen, zu koordinieren oder selbst durchzuführen und die gemeinsamen Interessen der Mitglieder, unbeschadet deren Selbständigkeit, zu vertreten.«

### Die Schwerpunkte wechseln, die Herausforderungen bleiben

Im Zentrum der Arbeit standen bei der Gründung die Aufklärung über Tuberkulose und die Zusammenfassung verschiedener Zweige der Volkswohlfahrt. 1907 bereiste ein Wandertuberkulosemuseum die Provinz Hannover. Es wurde eine Tuberkulose-Landkarte erstellt, die ersten Vorläufer einer Gesundheitsberichterstattung. In den 1920er Jahren wurden vom Verein Wandernüchternheitslehrerinnen ausgebildet, die durch das Land reisten und in Schulen über die Gefahren des Alkohols aufklärten.

Die Herstellung gesundheitlicher Chancengleichheit war von Anfang an eine wesentliche Zielstellung des Vereins. Von 1907 bis 1929 wurde eine Zentralbauberatungsstelle wegen »unzumutbarer Zustände in Arbeiterwohnvierteln« betrieben, die über kostenlose Beratung über gesunde und billige Bauweise insbesondere die Tuberkulose bekämpfen sollte. Von 1925 bis 1956 betrieb der mittlerweile so benannte Landesverein für Volksgesundheitspflege Niedersachsen e. V. Kinderkurheime in der Lüneburger Heide und im Harz. Indikationen für den Aufenthalt dort waren Unterernährung, allgemeine konstitutionelle Schwäche, Blutarmut und sekundäre Schwäche.

1996 wurde das Arbeitsfeld Armut und Gesundheit neu in der damals bereits sehr mittelschichtslastigen Präventionslandschaft verankert. Der damals gegründete Arbeitskreis beschäftigte sich vor allem mit der gesundheitlichen Versorgung von Wohnungslosen, den Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit sowie mit migrationssensiblen Gesundheitsförderungsangeboten. Die dort entwickelten Arbeitsweisen und Themenstellungen waren das Modell für die Landeskoordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit, die seit 2010 in allen Bundesländern gemeinsam aus öffentlichen- und GKV-Mitteln finanziert werden. Die LVG & AFS war Gründungsmitglied des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit.

### Breitere Vereinsbasis

Der Vereinsbereich »Akademie für Sozialmedizin« wurde 1968 gegründet. Der Verein hatte das Ziel, sozialmedizinische Fragestellungen Angehörigen verschiedenster Berufsgruppen in Form von Fachveranstaltungen nahezubringen. Diese Ausrichtung ist bis heute Bestand der Akademie-Arbeit und passt deshalb gut zu den Schwerpunkten der damaligen Landesvereinigung für Gesundheit. Die Akademie wird seit 2008 unter einem gemeinsamen Vereinsdach mit der LVG fortgeführt. Seitdem heißt der Verein »Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.« und zählt aktuell 72 Mitglieder, vorwiegend aus Institutionen des Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesens, sowie Initiativen und Einzelpersonen. Die Mitglieder wählen einen Vorstand, der die Bandbreite des Mitgliederspektrums widerspiegelt.

### Impulse für die Gesundheitspolitik auf kommunaler, Landes- und Bundesebene

1991 erarbeitete die LVG & AFS mit der Expertenkommission das Arbeitsprogramm »Gesundheit 2000 – Neue Wege der Gesundheitsförderung in Niedersachsen«. Damit wurden die Kerngedanken der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation auf die Handlungsfelder der Landespolitik übertra-



gen, unter anderem wurden ein Ausbau der Gesundheitsberichterstattung und -forschung sowie ein neues ÖGD-Gesetz für Niedersachsen gefordert. Die Empfehlungen bildeten auch die Grundlage für eine Neuorientierung der gesamten Vereinsarbeit, der zu einem Ausbau von Netzwerken und zur Weiterentwicklung als Transferstelle zwischen Praxis, Wissenschaft und Politik führte.

1999 organisierte der Verein im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit einen Initiativworkshop zur erneuten Verankerung der Gesundheitsförderung als Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Die Ergebnisse dieses Workshops bildeten die Grundlage für die Neuformulierung des § 20 SGB V im Rahmen der Strukturreform 2000. Die Orientierung der GKV-Aktivitäten an Settings und die Zielsetzung mit den Aktivitäten »einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen [zu] erbringen«, wurden in diesem Workshop entwickelt und flossen unmittelbar in die Gesetzesformulierung ein.

Aber die LVG & AFS gibt nicht nur Impulse auf Landesebene, sondern ein wesentlicher Arbeitsschwerpunkt ist die Beratung und Qualifizierung von kommunalen Fachleuten. Hier sind regelmäßig Arbeitshilfen, Modelle guter Praxis sowie Politikempfehlungen für die kommunale Gesundheitslandschaft entstanden. Das Werkbuch zum Aufbau von Präventionsketten, das mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung erarbeitet wurde, ist allen Kommunen in Deutschland durch das Bundesministerium für Gesundheit als Handlungshilfe zugesandt worden. Dies sind nur wenige Beispiele für gesundheitspolitische Impulse auf unterschiedlichen Handlungsebenen, die der Verein einbringen konnte. Zurzeit koordiniert die LVG & AFS das niedersächsische Modellprojekt »Gesundheitsregionen Niedersachsen«, das vor Ort eine gesundheitliche Versorgung unter den Vorzeichen des demografischen Wandels sicherstellen soll und Versorgungsfragen dabei mit Gesundheitsförderungsansätzen verknüpft. Mehr als die Hälfte der niedersächsischen Kommunen sind bereits Mitglied.

Auf den Sonderseiten der nächsten Ausgaben werden weitere Handlungsschwerpunkte der LVG & AFS immer mit Blick auf eine lange und manchmal wechselvolle Vereinsgeschichte vorgestellt.

Thomas Altgeld, Anschrift siehe Impressum



HELMUT GLENEWINKEL

## Das Pflegestärkungsgesetz – Schritt für Schritt in die Zukunft der Pflegeversicherung

Pünktlich zum 20-jährigen Jubiläum der Pflegeversicherung 2015 werden deren Leistungen erheblich ausgebaut. Insgesamt realisiert der Gesetzgeber mit Inkrafttreten des Pflegestärkungsgesetzes 1 (PSG 1) zum 01. Januar 2015 für die 2,6 Millionen Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen Leistungsverbesserungen im Gesamtwert von ca. 2,4 Milliarden Euro. Im Gegenzug wird der Beitragssatz zur Pflegeversicherung um 0,3 Beitragspunkte erhöht. Hier ein Überblick über die wichtigsten Neuerungen:

### Inflationsausgleich für alle und besondere Berücksichtigung von Demenzerkrankten

Unabhängig davon, wo die Pflegebedürftigen versorgt werden, erhöhen sich das Pflegegeld und die Sachleistungen pauschal um 4 Prozent. Damit werden die Preissteigerungen der letzten Jahre zumindest teilweise kompensiert und die Pflegebedürftigen können sich mehr Leistungen »einkaufen«. Demenzerkrankte, die bisher nicht als pflegebedürftig anerkannt wurden, erhalten nun ebenfalls ambulante Leistungen, beispielsweise Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege, Verhinderungspflege oder Zuschläge für betreute Wohngruppen.

### Ausbau der Kurzzeit-, Verhinderungs-, Tages- und Nachtpflege und flexible Inanspruchnahme

Die Finanzmittel für die Kurzzeitpflege in Höhe von 1.612 Euro für maximal vier Wochen können auf bis zu 3.224 Euro für dann maximal acht Wochen aufgestockt werden, wenn die Mittel für die Verhinderungspflege noch nicht verbraucht sind. Umgekehrt können nicht aufgebrauchte Finanzmittel aus der Kurzzeitpflege bis zur Höhe von 806 Euro den für die Verhin-

derungspflege vorgesehenen Leistungsbetrag von 1.612 Euro aufstocken und die Leistungsdauer auf bis zu sechs Wochen ausweiten. Darüber hinaus können Pflegebedürftige nunmehr die teilstationären Leistungen der Tages- und Nachtpflege beanspruchen, ohne dass das Pflegegeld oder/ und die ambulanten Sachleistungen gekürzt werden.

### Entlastungsleistungen

Zusätzlich zu den Betreuungsleistungen wurden als neue Leistungsart die Entlastungsleistungen zur Unterstützung im Haushalt oder der Bewältigung der Anforderungen des Alltags (Fensterputzen, Einkaufen, Begleitung zu Behörden) etabliert. Bis zu 40 Prozent der nicht in Anspruch genommenen Sachleistungen aus der ambulanten Pflege können jetzt in eine Kostenerstattung für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistungen umgewandelt werden. Hierdurch werden diejenigen Leistungen erheblich ausgeweitet, die insbesondere den Familienangehörigen, die Pflege übernehmen, zugutekommen.

### Stärkung ambulanter Wohngruppen

Um dem Wunsch der Bevölkerung nach einem möglichst langen Leben in der eigenen Häuslichkeit zu begegnen, unterstützt die Pflegeversicherung die Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen mit bis zu 2.500 Euro je Bewohnerin oder Bewohner (maximal 10.000 Euro je Wohngruppe). Darüber hinaus besteht für Wohngruppen, wie für jede pflegebedürftige Person selbst, ein Anspruch auf einen Zuschuss für notwendige Umbauten der Wohnung in Höhe von 4.000 Euro je Maßnahme. Auch in den stationären Pflegeeinrichtungen soll die Betreuung verbessert werden, indem bundesweit 20.000 neue Betreuungskräfte eingestellt werden.

### Pflegevorsorgefonds für die Zukunft

Bei der Bundesbank wird ein Pflegevorsorgefonds eingerichtet, in den jährlich ca. 1,2 Milliarden Euro aus den Beiträgen der Pflegeversicherung eingezahlt werden. In 20 Jahren soll der Fonds dafür eingesetzt werden, die Beiträge der Pflegeversicherung zu stabilisieren und damit einen Beitrag zur Generationengerechtigkeit zu leisten.

### Fazit und Ausblick

Mit dem PSG 1 lösen CDU und SPD einen Großteil ihrer Vorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung ein. Insbesondere die Dynamisierung der Leistungsbeträge wie auch die Möglichkeit der flexiblen Inanspruchnahme der einzelnen Leistungsarten kommen den Pflegebedürftigen und deren Angehörigen zugute. Der nächste Schritt soll mit dem PSG 2, das für 2017 geplant ist, gegangen werden. Dann wird der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff etabliert, der einen Beitrag zu einer individuelleren Einstufung und passgenaueren Leistungen in der Pflege sowie zur Gleichbehandlung aller Pflegebedürftigen leisten wird.

Literatur beim Verfasser

HELMUT GLENEWINKEL, AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen, Hildesheimer Straße 273, 30519 Hannover, Tel.: (05 11) 870 13 43 80, E-Mail: Helmut.Glenewinkel@nds.aok.de



TANJA MÖLLER, BIRGIT WOLFF

## Fortbildung zur/m Demenzbeauftragten

Mit der Zunahme älterer Patientinnen und Patienten steigt auch der Anteil derjenigen mit demenziellen Einschränkungen in der akutklinischen, geriatrischen oder rehabilitativen Versorgung. Ihr Anteil liegt im allgemeinversorgenden Krankenhaus bei rund 15 Prozent mit steigender Tendenz. Für Menschen mit demenziellen Erkrankungen lösen die Verlegung und der Aufenthalt in der fremden Umgebung eines Krankenhauses häufig eine krisenhafte Situation aus, die mit Ängsten, Unruhezuständen, Umherwandern und der Verweigerung von Behandlung und Unterstützung verbunden sind. Diese Patientengruppe weist eine höhere Rate an Komplikationen auf als nicht demente Patientinnen und Patienten in stationärer Versorgung und ist nach der Entlassung auch kognitiv deutlich in ihrem Outcome verschlechtert. Eine erschwerte Kommunikation und wachsender Zeitdruck bringen zudem Mitarbeitende an Belastungsgrenzen. Diese alarmierende Situation hat die niedersächsische Arbeitsgemeinschaft »Menschen mit demenziellen Einschränkungen im Krankenhaus« veranlasst, ein Curriculum über eine 160-stündige Fortbildung zu entwickeln. Ein erster Schritt zur Verbesserung der Versorgung demenziell eingeschränkter Patientinnen und Patienten soll die Einführung von Demenzbeauftragten im Krankenhaus sein, die intern abgestimmt Projekte fördern und gezielte Maßnahmen ergreifen können. 2012 wurde das Curriculum von der LVG & AFS im Rahmen einer ersten Umsetzung im Bildungszentrum des Klinikums Region Hannover evaluiert. Dieses wurde Ende 2013 in der überarbeiteten Fassung von der Deutschen Alzheimer Gesellschaft in einer Broschüre veröffentlicht.

### Konzept

Die Teilnehmenden sollen dazu befähigt werden, sowohl eigene Konzepte zur Verbesserung der Versorgungssituation in ihrem Krankenhaus zu entwickeln und umzusetzen, als auch für andere Mitarbeitende eine Basisfortbildung über Demenz anzubieten und qualitätssichernde Maßnahmen einzuführen. Die modulare Fortbildung hat einen zeitlichen Umfang von insgesamt 160 Stunden. Innerhalb dieses Zeitraumes absolvieren die Teilnehmenden eine viertägige Hospitation in einer demenzspezifischen Einrichtung. Die weiteren Module sind beispielsweise die vorhandenen Besonderheiten beim Umgang mit Betroffenen, die Abgrenzung von Demenz und Delir oder die Zusammenarbeit mit Angehörigen. Der Abschluss erfolgt in Form eines ausgearbeiteten Projektkonzeptes. Sechs Monate nach Beendigung der Fortbildung werden die Teil-

nehmenden zu einem Erfahrungstreffen eingeladen, welches auch die Möglichkeit einer Netzwerkbildung eröffnen soll.

### Teilnahmevoraussetzungen

Die Fortbildung richtet sich an Mitarbeitende aus der Pflege, der Ärzteschaft, dem Qualitätsmanagement, dem Sozialdienst sowie dem Überleitungs- und Entlassungsmanagement, die sich persönlich und aufgrund ihrer Funktion in der akuten oder rehabilitativen Versorgung dazu eignen, als Demenzbeauftragte/r koordinierende und beratende Tätigkeiten wahrzunehmen. Bewährt haben sich Tandembildungen von zwei Mitarbeitenden aus verschiedenen Bereichen einer Einrichtung. So können sich die verschiedenen Disziplinen ergänzen und gegenseitige Vertretung leisten.

### Voraussetzungen für eine erfolgreiche Projektentwicklung

Neben der Auswahl geeigneter Mitarbeitender sind bestimmte Bedingungen wichtige Erfolgskriterien auf dem Weg zu einem demenzfreundlichen Krankenhaus. So sind die Unterstützung durch Vorgesetzte, eine Abstimmung der Demenzbeauftragung mit den Unternehmenszielen und das Bereitstellen geeigneter Ressourcen zur Umsetzung von Projekten und Maßnahmen unabdingbare Faktoren, die für eine nachhaltige Entwicklung benötigt werden.

### Erstes evaluiertes Fortbildungsangebot in Hildesheim

Im Juni 2015 startet die erste Fortbildung auf der Grundlage des evaluierten Curriculums in Hildesheim. Die einzelnen Module finden im Zeitraum von Juni bis November 2015 in der Volkshochschule Hildesheim in Blöcken von jeweils drei bis vier Tagen statt. Den Auftakt der praxisorientierten Fortbildung bildet die Begehung der Klinik für Altersmedizin des Heliosklinikums in Hildesheim. Fortbildungsinteressierte können sich bis zum 11. Mai 2015 bei der LVG & AFS anmelden. Informationen zur Fortbildung zur/m Demenzbeauftragten erhalten Sie bei der LVG & AFS.

Tanja Möller, Birgit Wolff, Anschrift siehe Impressum

VERONIQUE WOLTER, MONIKA REICHERT

## SPORT FÜR MENSCHEN MIT DEMENZ Die wissenschaftliche Begleitung als Grundstein der Nachhaltigkeit

Nationale wie internationale Studien belegen die positiven Effekte von regelmäßiger Bewegung bis ins hohe Alter. Dass die körperliche Betätigung jedoch auch eine große Bedeutung in Bezug auf die Entstehung und den Verlauf der Krankheit Demenz einnehmen könnte, wurde erst in den letzten Jahren verstärkt untersucht. Unterschiedlichste Forschungsergebnisse lassen einerseits ein sehr optimistisches, andererseits nicht eindeutiges Fazit über die Wirkung von Bewegung in der Prävention und nicht-medikamentösen Therapie der Demenz zu. Sicher ist jedoch, dass körperliche Aktivität im Alter nicht nur eine persönliche Entscheidung ist, sondern auch von vielen Umfeld- und Sozialfaktoren geprägt wird. Daher entwickeln sich zurzeit in ganz Deutschland vielversprechende Projekte, die sich um eine bessere Angebotsversorgung im Hinblick auf Sport und Bewegung von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen bemühen.



Das Projekt SPORT FÜR MENSCHEN MIT DEMENZ geht noch einen Schritt weiter: Initiiert durch den Behinderten- und Rehabilitationssportverband NRW sowie den Landessportbund NRW (Förderung: Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW, Landesverbände der Pflegekassen NRW), arbeiten über 70 Kleinprojekte aus dem gesamten Bundesland in lokalen Tandems. Diese bestehen aus mindestens einem Sportverein und einem Anbieter aus dem Bereich Pflege / Beratung / Betreuung und verbinden somit zweierlei Expertise. Theoretische Grundlage ist das bio-psycho-soziale Modell, welches die Bewegungsangebote, neben der Förderung und Aufrechterhaltung der Körperfunktionen, vor allem als Möglichkeit der sozialen Teilhabe versteht. Durch die prozessbegleitenden wissenschaftlichen Erhebungen werden die Grundsteine für die nachhaltige Implementierung von Bewegungsangeboten für Menschen mit Demenz gelegt.

### **Fragestellungen und Methoden der wissenschaftlichen Begleitung**

Welche lokalen Strukturen können diese Bewegungsangebote schaffen und nachhaltig umsetzen? Sind Veränderungen des Wohlbefindens und der empfundenen Lebensqualität bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Angebote sowie ihren Angehörigen feststellbar? Welche Anforderungen stellt die Zielgruppe an die Anbieterinnen und Anbieter?

Alle beteiligten Perspektiven werden durch die wissenschaftliche Begleitung festgehalten, analysiert und für die Sportvereine aufbereitet. Dazu berichten Vertreterinnen und Vertreter der Kleinprojekte in regionalen Fokusgruppen von ihren Erfahrungen in der praktischen Umsetzung, besprechen die nächsten Schritte und diskutieren die Herausforderungen der Thematik für den organisierten Sport und seine Netzwerkpartner. Die Nutzerperspektive wird durch die Dokumentation der Gruppencharakteristika und leitfadengestützte Einzelinterviews mit Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit ihren Angehörigen erfasst.

### **Wissenschaft im Sportverein?**

Auch wenn die wissenschaftliche Begleitung eines Sportvereinsangebotes für Menschen mit Demenz nicht der Regelfall ist, ist diese doch bedeutsam für die Zukunft: Aus den Erfahrungen der lokalen Kleinprojekte können verwertbare Ergebnisse gewonnen werden, wie sich an die lokalen Voraussetzun-

gen und individuellen Lebenswelten angepasste Demenz-Sportgruppen entwickeln lassen. Diese werden in Form eines Handlungsleitfadens für bereits existierende und zukünftige Anbieterinnen und Anbieter zur Verfügung stehen.

### **Ausblick**

Die steigende Zahl von Menschen mit Demenz verstärkt die Dringlichkeit der Angebotsausweitung für die Betroffenen und ihre Angehörigen. Kommunale Strukturen sehen sich im Hinblick auf die ganzheitliche Versorgung zunehmend in der Verantwortung, in Netzwerken zu agieren, um diese Zielgruppe zu erreichen und adäquat zu versorgen. Eine Kooperation der Bereiche Sport und Pflege / Beratung / Betreuung bringt dabei ein enormes Potenzial aber auch große Herausforderungen für die Praxis mit sich.

Literatur bei den Verfasserinnen

VERONIQUE WOLTER, PROF. DR. MONIKA REICHERT, Technische Universität Dortmund, Institut für Soziologie, Lehrgebiet für Soziale Gerontologie mit dem Schwerpunkt Lebenslaufforschung, Emil-Figge-Straße 50, 44227 Dortmund, Tel.: (02 31) 7 55 29 26, E-Mail: veronique.wolter@tu-dortmund.de

### **GABRIELE SEIDEL**

## **INSEA – »Initiative für Selbsthilfe, Empowerment und aktives Leben«**

Chronische Erkrankungen bedeuten für die Betroffenen und häufig auch für ihre Angehörigen eine lebenslange Anpassung an die aus der Krankheit resultierenden Beschwerden. Dies ist mit zahlreichen Herausforderungen im Alltag verbunden und erfordert, dass sich die Menschen aktiv um ihren Gesundheitszustand kümmern, soweit wie möglich ihren normalen Aktivitäten nachgehen und damit umgehen lernen, dass es körperliche und emotionale Höhen und Tiefen gibt. Eine Unterstützung hierbei kann ein aktives Selbstmanagement sein. Was das bedeutet und welche Strategien sowie Instrumente nützlich sind, vermittelt das Selbstmanagement-Programm für Menschen mit chronischen Erkrankungen des nationalen Netzwerks INSEA.

### **Das Selbstmanagement-Programm »Gesund und aktiv mit chronischer Krankheit leben«**

Bei dem INSEA-Programm handelt es sich um einen standardisierten Kurs mit einem festgelegten Kursprogramm und einem evaluierten Begleitbuch, das sich am bewährten »Chronic Disease Self-Management Program« (CDSMP) der Universität Stanford (USA) orientiert und immer wieder getestet wurde. Hierbei konnte nachgewiesen werden, dass bei den teilnehmenden Personen die Lebensqualität verbessert wird, dass sich die Energie, aber auch das Gefühl der Selbstwirksamkeit und das psychische Wohlbefinden steigern. Erschöpfung und soziale Isolation nahmen dagegen ab. Auch verbesserte sich die Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten.

### **Inhalte der INSEA-Selbstmanagementkurse**

In den Kursen lernen die Menschen Wege und Methoden kennen, die ihre Selbstmanagementfähigkeiten verbessern. Dazu gehören diverse Themen, zum Beispiel Tipps im Umgang mit der Erkrankung und Schmerzen, Entspannungsübungen, Ernährung, Bewegung, Motivation und das Setzen von Zielen.

Zentrale Elemente sind der intensive Austausch der Teilnehmenden untereinander sowie die gemeinsame Arbeit an wöchentlich zu erstellenden Handlungsplänen. Die Reflektion über deren Umsetzung sowie den damit verbundenen Schwierigkeiten und Problemlösungsstrategien ist Bestandteil des Kurses. Geleitet werden die Gruppen von ausgebildeten Kursleitungen, wobei diese immer im Tandem auftreten. Mindestens eine dieser Personen ist selbst direkt oder indirekt von einer chronischen Erkrankung betroffen und somit »Expertin oder Experte aus Erfahrung«. Insgesamt dauert ein Kurs sechs Wochen. In dieser Zeit finden wöchentliche Treffen von zweieinhalbstündiger Dauer statt. Teilnehmen können alle Menschen, die selbst an einer körperlichen oder psychischen chronischen Erkrankung leiden oder erkrankte Angehörige haben. Die Teilnahme an den Kursen ist kostenfrei. Erste INSEA-Kurse laufen seit Januar 2015 an der Patientuniversität der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) sowie bei der Selbsthilfe Koordination Bayern (SeKo Bayern). Kursleiter-schulungen werden im Laufe des Jahres an der MHH angeboten. Hierfür werden Personen gesucht, die offen für andere Menschen sind.

### Das nationale Netzwerk INSEA

Das nationale Netzwerk INSEA wurde Ende 2014 gegründet. Die Implementierung des Programms in Deutschland wurde von der Careum Stiftung gefördert. Die weitere Umsetzung in Deutschland wird durch die Robert Bosch Stiftung und die BARMER GEK ermöglicht. Die nationale Koordinierungsstelle ist an der MHH angesiedelt. Neben den ersten Standorten in Hannover und Bayern sollen sukzessive weitere Standorte in Deutschland hinzugewonnen werden.

Literatur bei der Verfasserin

DR. GABRIELE SEIDEL, Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Carl-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover, Tel.: (05 11) 5 32 84 25, E-Mail: seidel.gabriele@mh-hannover.de

## ANTJE RICHTER-KORNWEITZ, MATTHIAS HÜMMLINK

### Gesunde Kindergärten in Wien

Wie können Kindergärten gesünder gestaltet werden? Diese Frage beschäftigte die Wiener Gesundheitsförderung (WiG) zwischen Oktober 2010 und September 2014. In diesem Zeitraum setzte die Magistratsabteilung 10 – Wiener Kindergärten gemeinsam mit der Wiener Gesundheitsförderung (WiG) und gefördert durch den »Fonds Gesundes Österreich« das Pilotprojekt »Gesunder Kindergarten in Wien« in drei Kindergärten in zwei Stadtbezirken mit einem hohem Anteil an sozial benachteiligten Bewohnerinnen und Bewohnern um. Das Pilotprojekt orientierte sich im Aufbau am Leitfaden »Gesunde Kita für alle!« und wurde durch die LVG & AFS wissenschaftlich begleitet. Die Evaluation wurde von der Universität Wien übernommen.

Ziel des Vorhabens war, Maßnahmen und Vorgehensweisen zu erproben, die eine Entwicklung des Kindergartens zur gesunden Lebenswelt fördern. Dabei sollte gesundheitsförderliches Handeln in Bereichen wie Bewegungsförderung, Hygiene und gesunde Ernährung fest im Kindergartenalltag verankert werden. In das Projekt sollten Kinder, Eltern und Beschäftigte als wichtige Akteurinnen und Akteure eingebunden werden.

### Gesundheitszirkel an allen Standorten

Begonnen wurde mit einer Analyse- und Planungsphase, in der in allen sechs Kindergärten Gesundheitszirkel durchgeführt wurden. Die gesundheitlichen Ressourcen und Belastungen wurden am jeweiligen Standort gemeinsam im Team analysiert.

Aus den Ergebnissen wurden sechs Themen abgeleitet: Bewegung, ergonomische Sitzmöbel, Ernährung, Führung und Gesundheit, psychosoziale Gesundheit, und Erziehungspartnerschaft. Während der Umsetzungsphase fanden dazu in jedem Haus individuell entwickelte Maßnahmen statt. Dabei konnte jedes Thema entweder a) durch externe, praxisorientierte Angebote, b) durch Beratung und Teamentwicklung oder c) in Form von Aus- und Weiterbildung bearbeitet werden.

### Evaluation des Vorhabens

Die Evaluation wurde von einer Projektgruppe der Universität Wien übernommen. Ziel war, die Effektivität der Maßnahmen zu prüfen und fortlaufend Vorschläge zur Optimierung zu erarbeiten. Dazu wurden vor Beginn und nach Projektende Fragebogenerhebungen in den sechs Projektkindergärten sowie in einer Kontrollgruppe durchgeführt. Die Veränderungen bei beiden Gruppen wurden über die gesamte Projektlaufzeit hinweg verglichen.

Die Zufriedenheit der Fachkräfte mit dem Projekt war insgesamt sehr hoch: 73 Prozent der Teilnehmenden gaben an, dass ihre Erwartungen an das Projekt »völlig« oder »überwiegend« erfüllt wurden. Ferner konnte bei den am Projekt teilnehmenden Personen ein signifikanter Anstieg im Wissen über die eigene und die Förderung der Gesundheit der Kinder verzeichnet werden. Hierdurch veränderte sich über die Dauer des Projekts auch das gesundheitsförderliche Verhalten in der Projektgruppe signifikant stärker zum Positiven. Zudem gaben 41 Prozent der Teilnehmenden an, dass sich durch das Projekt »Gesunder Kindergarten« ihr körperliches Wohlbefinden verbessert habe und 57 Prozent meinten, dass das Projekt die Zusammenarbeit in ihrem Team positiv beeinflusst habe.

### Gute Vereinbarkeit der Maßnahmen mit dem Kindergartenalltag

Die Evaluation zeigt außerdem, dass sich die Teilnahme an den Maßnahmen für die meisten Fachkräfte gut mit den Aufgaben im Kindergarten vereinbaren ließ. Insbesondere gilt dies für jene Maßnahmen, die gemeinsam mit den Kindern umgesetzt werden konnten. Die Möglichkeiten, das Gelernte auch im Kindergartenalltag anzuwenden, wurden im Projektverlauf immer besser eingeschätzt. So werteten dies im dritten Projektjahr bereits 75 Prozent der Teilnehmenden als »eher gut« oder »sehr gut«. Auch in diesem Zusammenhang wurde eine gute Anwendbarkeit dann gesehen, wenn erlernte Inhalte oder Übungen gemeinsam mit den Kindern durchgeführt werden können und das Erlernete einfach und ohne viel Aufwand nachzumachen ist.

Für den Erfolg des Projekts spricht insgesamt, dass die Befragten im Rahmen der Evaluation den Wunsch nach einer Weiterführung bewährter Maßnahmen äußerten.

DR. ANTJE RICHTER-KORNWEITZ, Anschrift siehe Impressum  
MATTHIAS HÜMMLINK, Wiener Gesundheitsförderung – WiG, Treustraße 35–43, A-1200 Wien, E-Mail: matthias.huemmelink@wig.or.at, Internet: www.wig.or.at



JOHANNA SIEVERING

## Meilenstein – Weiterbildungsgesellschaft für Ärztinnen und Ärzte im Landkreis Emsland gGmbH

Die zukünftige ärztliche Versorgung hat im Landkreis Emsland auch auf kommunaler Ebene schon lange eine hohe Bedeutung. Verstärkt wird dabei die Gestaltung der Gesundheitsversorgung als eine regionale Aufgabe verstanden. Daher hat sich der Landkreis Emsland schon frühzeitig gemeinsam mit den Akteurinnen und Akteuren vor Ort auf den Weg gemacht, um geeignete Maßnahmen zur Nachwuchsgewinnung und gegen den drohenden Ärztemangel zu initiieren.

In einem ersten Schritt wurde 2010 die gemeinnützige Weiterbildungsgesellschaft Meilenstein gegründet, in der Akteurinnen und Akteure aus dem stationären, ambulanten und kommunalen Sektor unter Geschäftsführung der Kommune zusammenkommen. Gesellschafterinnen und Gesellschafter der Weiterbildungsgesellschaft sind die emsländischen Krankenhäuser, die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen sowie der Landkreis Emsland. Mit der Gesellschaftsform wurde eine verlässliche, sektorenübergreifende Struktur geschaffen, in der alle Akteurinnen und Akteure an einem Strang ziehen und lokale Initiativen zur Nachwuchsgewinnung entwickeln.

### Fachkräfte im Gesundheitswesen gewinnen – sichern – binden

Meilenstein dient der Vernetzung der verschiedenen Handelnden im Gesundheitsbereich mit dem besonderen Ziel, Ärztinnen und Ärzte für das Emsland zu gewinnen und die entsprechenden Bedingungen zu schaffen, die junge Medizinerinnen und Mediziner suchen:

- » attraktive sektorenübergreifende Weiterbildungsmöglichkeiten
- » Zusammenarbeit statt Konkurrenz unter Einrichtungen und Diensten
- » Angebote zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf
- » individuelle Hilfestellung bei der Gestaltung der Rahmenbedingungen in der beruflichen Planung.

### Aufbau eines Netzwerkes

Die Weiterbildungsgesellschaft versteht sich als lokale Ansprechpartnerin, um die Krankenhäuser, die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie die Medizinstudierenden miteinander zu verbinden. Dabei ist die Weiterbildungsgesellschaft bemüht, schon frühzeitig Kontakte zu den Studierenden auf-

zubauen, sich für die Wünsche der Nachwuchsmedizinerinnen und -mediziner einzusetzen und sie in ein aktives Netzwerk einzubinden. So wurde ein Anschriftenpool eingerichtet, in welchem sich Studentinnen und Studenten sowie Interessierte im Landkreis Emsland mithilfe der Weiterbildungsgesellschaft vernetzen und austauschen können. Zudem werden regelmäßige Treffen organisiert.

Ein besonderer Stellenwert kommt auch der hohen Qualität der Weiterbildung und deren stetiger Verbesserung zu.

### Die Ausbildung an erster Stelle

Die Medizinstudierenden im Emsland sollen sich voll und ganz auf ein intensives Studium und einen schnellen und erfolgreichen Abschluss konzentrieren können. Zur Unterstützung wurde im Jahr 2014 ein Förderprogramm auf den Weg gebracht. Dieses sieht die Vergabe von Stipendien an Medizinstudierende, die sich bereits für eine Weiterbildung zur Fachärztin / zum Facharzt für Allgemeinmedizin entschieden haben, sowie eine finanzielle Unterstützung im Praktischen Jahr und bei Absolvierung von Famulaturen in einer hausärztlich tätigen Praxis vor.

### Verbundweiterbildung Allgemeinmedizin

Auch für die Weiterbildung zur Fachärztin / zum Facharzt für Allgemeinmedizin wurde ein Förderkonzept entwickelt. Neben einer finanziellen Förderung von Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten haben die Weiterbildungsgesellschaft Meilenstein und die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen gemeinsam mit niedergelassenen Haus- und Fachärztinnen und -ärzten sowie allen emsländischen Krankenhäusern einen landkreisweiten Weiterbildungsverbund im Landkreis Emsland gegründet.

Dies ist der zurzeit größte Zusammenschluss verschiedener Weiterbildungseinrichtungen in ganz Niedersachsen mit dem Ziel, angehenden Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern die komplette Facharztweiterbildung anzubieten. Die Koordination und Unterstützung erfolgt durch die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen und die Weiterbildungsgesellschaft Meilenstein.

Die bisherigen Erfahrungen haben gezeigt, dass die Gründung der Weiterbildungsgesellschaft ein guter Ansatz ist, sich die Arbeit bewährt und positive Akzente zur Nachwuchsgewinnung gesetzt werden konnten.

Literatur bei der Verfasserin

JOHANNA SIEVERING, Leiterin des Fachbereichs Gesundheit des Landkreis Emsland, Geschäftsführerin der Weiterbildungsgesellschaft Meilenstein, Ordenering 1, 49716 Meppen, Tel.: (0 59 31) 44 11 96, E-Mail: johanna.sievering@emsland.de



INGE BARTHOLOMÄUS, BIRGIT WOLFF

## Frühzeitige Information und Hilfen bei Demenz – FIDEM

Hausärztinnen und Hausärzte spielen in der Versorgung demenzkranker Menschen eine zentrale Rolle. Fast jeder ältere Mensch ist in hausärztlicher Betreuung und teilt häufig dort erstmals Sorgen über nachlassende Gedächtnisleistungen mit. Demenzsensible Hausarztpraxen können einfühlsam auf diese Patientinnen und Patienten eingehen, gegebenenfalls diagnostische Verfahren einleiten und an beratende, therapeutische und unterstützende Einrichtungen weiterleiten. Die dafür notwendige sektorenübergreifende Kooperation findet bislang nur punktuell und längst nicht umfassend genug statt. Das FIDEM Konzept bietet dafür ein zielgerichtetes, strukturiertes und effektives Verfahren an (siehe auch Beitrag in Impulse 83, S. 22). Es wird derzeit modellhaft in drei Landkreisen in Niedersachsen umgesetzt. Neben den Hausarztpraxen sind Beratungsstellen, Niedrigschwellige Betreuungsanbieter, Selbsthilfekontaktstellen und Ergotherapiepraxen FIDEM-Akteure. Sie werden entsprechend fortgebildet, um eng vernetzt patientenbezogen zusammenzuarbeiten.

### Informationsveranstaltungen in den Landkreisen

In den Landkreisen Osterode am Harz, Lüneburg und Graftschaft Bentheim haben die jeweiligen Senioren- und Pflegestützpunkte als koordinierende Stellen im Frühsommer 2014 zunächst eine Informationsveranstaltung in ihren Kreisstädten organisiert. Dazu wurden alle Hausarztpraxen und alle nicht-ärztlichen Akteurinnen und Akteure angeschrieben, über FIDEM informiert und zu der Veranstaltung jeweils an einem Mittwochnachmittag eingeladen. Die gute Resonanz auf diese Einladungen kann als Indikator dafür gelten, dass eine verbesserte Gesamtversorgung der Demenzpatientinnen und -patienten aufgrund steigender Fallzahlen eine höhere Priorität bekommen hat und der Wunsch nach sektorenübergrei-

fenden Kooperationen gewachsen ist. Das erklärte Ziel ist, die Erkrankungen rechtzeitig zu erkennen, zu diagnostizieren sowie den Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen für sie passende Angebote zu vermitteln. Eine Voraussetzung dafür ist die gegenseitige Kenntnis der regionalen Anbieterinnen und Anbieter und ihrer Leistungen. Die Veranstaltung hat den Teilnehmenden zur Initiierung von regionalen Netzwerken Gelegenheit geboten sowie über das FIDEM Konzept informiert.

### Fortbildung der Ärztinnen und Ärzte und der Medizinischen Fachangestellten

In Kooperation mit der Ärztekammer Niedersachsen, den Bezirksstellen und Arztvereinen vor Ort wurden Fortbildungen für die interessierte Ärzteschaft und die Medizinischen Fachangestellten (MFA) in den jeweiligen Kreisstädten organisiert und im 3. Quartal 2014 bis 1. Quartal 2015 durchgeführt. Insgesamt haben 16 Ärztinnen und Ärzte und 18 MFA an der achtstündigen, berufsgruppenspezifischen Fortbildung in zwei Blöcken teilgenommen. Zentrale Themen der Fortbildung sind der aktuelle Wissensstand über Demenzerkrankungen, Diagnostik und Behandlungen, Patientengespräche zur Eröffnung einer Demenzdiagnose und Angebote im Rahmen von FIDEM. Von beiden Berufsgruppen wurde unter anderem der persönliche Nutzen für den Praxisalltag und die Möglichkeit zur Fachdiskussion positiv bewertet. In einem Kurzseminar wurden auch die nichtärztlichen Akteurinnen und Akteure über das konkrete Vorgehen und den vorkonstruierten Ablauf informiert. Mit Abschluss der jeweiligen Fortbildungsreihe konnten die Hausarztpraxen ihre patientenbezogene Kooperation in den Netzwerken aufnehmen.

### Netzwerke um die Hausarztpraxis

Im Patientengespräch informiert die Hausärztin oder der Hausarzt über Möglichkeiten der Unterstützung im FIDEM Netzwerk. Eine Schweigepflichtsentbindung erlaubt die Weiterleitung von Kontaktdaten mithilfe eines strukturierten Faxformulars an die zuvor ausgewählte Einrichtung. Die zugehende Arbeitsweise der nichtärztlichen Akteurinnen und Akteure ist ein wesentliches Merkmal im FIDEM-Konzept. Ebenso kennzeichnend ist die Rückmeldung von Seiten der Anbieterinnen und Anbieter an die Hausarztpraxis über erfolgte Kontaktaufnahme und weitere Entwicklungen. Niedrigschwellige Betreuungsanbieter, Ergotherapiepraxen sowie Beratungsstellen vermitteln die Patientinnen und Patienten bei Bedarf untereinander weiter. Bislang sind in den Modell-Landkreisen 11 Netzwerke entstanden. Rund zweimal im Jahr organisieren die Hausarztpraxis und die anderen Beteiligten ihre gemeinsamen Netzwerktreffen.

### Ausblick

Auf niedersächsischer Ebene wird von der LVG & AFS in Kooperation mit ambet e. V. Braunschweig die Verbreitung des FIDEM Konzeptes auf andere kommunale Gebietskörperschaften vorbereitet.

BIRGIT WOLFF, Anschrift siehe Impressum,  
INGE BARTHOLOMÄUS, ambet e. V., Triftweg 73, 38118 Braunschweig,  
Tel.: (05 31) 2 56 57 42, E-Mail: inge.bartholomaeus@ambet.de



oder weit entfernt lebenden Angehörigen sowie problematischen Familienbeziehungen, auf Hilfe von außen angewiesen. Sie müssen sich auf ein ethisch basiertes Versorgungssystem verlassen können. Insbesondere dann, wenn es zu Ausnahmesituationen kommt, zum Beispiel wenn Essen oder Medikamente abgelehnt werden, in einer ersten Krise oder aufgrund einer Verwahrlosung in der eigenen Häuslichkeit. Solche Situationen sind häufig verbunden mit Not, Angst, Ohnmacht und Schmerzen. Können hier die Betroffenen eine für sich gute Entscheidung treffen? Kann, darf, soll oder muss diese getroffene »autonome« Entscheidung akzeptiert werden? Oder wird aufgrund des Nichthandelns bei dem »Sichtbarwerden« der Situation eine Grenze hin zur Gleichgültigkeit oder gar Vernachlässigung überschritten? Ist es nicht eher so, dass mit dem Recht auf Selbstbestimmung auch eine hohe Anforderung verbunden ist, die bereits im Zustand autonomer Willensäußerung manchmal überfordert? Um die Bedürfnisse der Betroffenen zu ergründen und aus konkreten Situationen Notwendigkeiten zu erkennen, bedarf es einer gewissen Wachsamkeit und Sensibilität. Das stetige Abwägen und Einschätzen, wann Betroffene autonom sind und wann sie Begleitung benötigen, ist eine der Herausforderungen psychiatrischer Arbeit. Hier sind vor allem Zeit und Beziehungskontinuität von immenser Bedeutung. Wirtschaftlich betrachtet sind dies allerdings Faktoren, die nicht zwingend vorhanden sind.

### Reflexion der eigenen Arbeit

Es gilt, Ideen und Möglichkeiten zu entwickeln, die eine kontinuierliche, abrufbare Reflexion der eigenen Arbeit unter ethischen Gesichtspunkten und unter Achtung der Bedürfnisse der Betroffenen ermöglichen. Um künftig schwierige Entscheidungen gut und zeitnah treffen zu können, werden Verfahrensregeln, Routinen oder Strukturen benötigt. Hilfreich kann das Durchführen gemeinsamer ethischer Fallbesprechungen sein, um verschiedene Sichtweisen der beteiligten Versorgungsakteure sowie der Betroffenen und des sozialen Umfelds kennenzulernen. Eine solche Fallbesprechung wurde exemplarisch bei dem sechsten Gerontopsychiatrischen Symposium in Hannover durchgeführt. Veranstalter waren das Caritas Forum Demenz, das Kompetenznetzwerk Südost-Niedersachsen und der Landesfachbeirat Psychiatrie Niedersachsen. Eigene Wertvorstellungen, Erwartungen und Bedürfnisse konnten in einem geschützten Rahmen diskutiert werden. Durch den gemeinsamen Blick auf die aktuelle Versorgungssituation wurde eine für die Betroffenen adäquate Versorgung erarbeitet. Im Mittelpunkt stand der betroffene Mensch – für dessen Autonomie ist zu sorgen.

### Die Würde der Betroffenen wahren

Es ist stets die Würde der Patientinnen und Patienten zu achten. Im Versorgungsalltag heißt dies, sich immer wieder von neuem zu fragen »Was soll ich tun?« und vor allem »Was passiert, wenn ich hier und jetzt nicht handle?«. Die Augen zu verschließen vor Problemen, selbst bei Überlastungssituationen oder in Anbetracht ökonomischer Zwänge, ist keine Lösung. Ziel muss es sein, Empfehlungen für eine zukünftig verlässliche ethisch basierte Arbeit zu formulieren und diese im Versorgungsalltag umzusetzen.

JEANETT RADISCH, Caritas Forum Demenz – Gerontopsychiatrisches Kompetenzzentrum, Plathnerstraße 51, 30175 Hannover, E-Mail: j.radisch@caritas-hannover.de



## IMPRESSUM



» Herausgeberin: Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V., Fenskweg 2, 30165 Hannover

Tel.: (05 11) 3 50 00 52, Fax: (05 11) 3 50 55 95

E-Mail: info@gesundheit-nds.de

Internet: www.gesundheit-nds.de

» ISSN: 1438-6666

» V.i.S.d.P.: Thomas Altgeld

» Redaktion: Thomas Altgeld, Claudia Bindl, Sven Brandes, Iris Bregulla, Mareike Claus, Sabine Erven, Sandra Exner, Birte Gebhardt, Nicole Heinze, Linda Hinneburg, Jan Kreie, Angelika Maasberg, Tanja Möller, Annika Pingel, Dr. Maren Preuß, Elena Reuschel, Britta Richter, Dr. Antje Richter-Kornweitz, Stephanie Schluck, Martin Schumacher, Dr. Ute Sonntag, Anna Stern, Marcus Wächter-Raquet, Benjamin Weiß, Theresa Vanheiden, Birgit Wolff

» Beiträge: Thomas Altgeld, Inge Batholomäus, Ulf Benedix, Dr. Joachim Bischoff, Prof. Dr. Frerich Frerichs, Daniela Friederich, Helmut Glenewinkel, Theresa Grüner, Dr. Alexander Häfner, Dr. Cornelia Heintze, Mathias Hümmelink, Dr. Johanna Krawietz, Prof. Dr. Christel Kumbruck, Dr. Christa Larsen, Oliver Lauxen, Tanja Möller, Prof. Dr. Brigitta Nöbauer, Dr. Maren Preuß, Jeanett Radisch, Prof. Dr. Monika Reichert, Britta Richter, Dr. Antje Richter-Kornweitz, Dr. Nicola K. Schorn, Dr. Gabriele Seidel, Johanna Sievering, Stefanie Visel, Prof. Dr. Ursula Walkenhorst, Christina Weiss, Ann-Christin Werner, Birgit Wolff, Veronique Wolter, Burkhardt Zieger

» Redaktionsschluss: Ausgabe Nr. 87: 24.04.2015

Gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung

» Auflage: 8.500

» Gestaltung: Homann Güner Blum, Visuelle Kommunikation

» Druck: www.interdruck.net

» Erscheinungsweise: 4 x jährlich, im Quartal

Namentlich gekennzeichnete Artikel geben die Meinung der Autorin / des Autors wieder, nicht unbedingt die der Redaktion.

» Titelfoto: © spotmatikphoto - Fotolia.com

» Fotos: © Fotolia.com: Maksim Shebeko, Jeanette Dieltl, WavebreakmediaMicro, Photographee.eu, WavebreakMediaMicro, Robert Kneschke, Miriam Dörr, Petrik, Robert Kneschke, lightpoet, xy, apops, pressmaster, weseetheworld, Robert Kneschke, apops, mejng, s\_J, RRF, Manuel Tennert, Petrik, upixa

# Bücher, Medien

## Migration und Behinderung

Ziel des Buches ist, auf das Themenfeld Migration und Behinderung aufmerksam zu machen sowie Fachkräfte für eine professionelle Herangehensweise zu sensibilisieren. Hierzu wird zunächst ein erster allgemeiner Überblick über die Thematik und die bisherigen Diskussionen gegeben. Zudem werden auf Basis einer qualitativen empirischen Studie der Autorin konkrete Einblicke in die Lebenswelt von Familien mit Migrationshintergrund und einem behinderten Kind eröffnet. Fallorientiert geht die Autorin auf Ressourcen und Bedarfe dieser Familien ein. Abschließend werden Konzepte für Beratungs- und Unterstützungsangebote vorgestellt. Das Buch richtet sich an Fachkräfte aus dem Bereich der Behindertenhilfe und bietet grundlegendes Orientierungswissen für das Themenfeld Migration und Behinderung. Darüber hinaus enthält es Anregungen für zukünftige Forschungsarbeiten sowie zur Konzeptentwicklung für die Praxis der Behindertenhilfe. (mw)

JULIA HALFMANN: Migration und Behinderung. Kohlhammer Verlag, Stuttgart, 2014, 143 Seiten, ISBN 978-3-17-025232-5, 22,99 €

## Berufseinstieg Arzt. Perfekt durchstarten

Kurz vor Beendigung des Medizinstudiums und dem Übergang in die Berufstätigkeit sowie der Verantwortungsübernahme als approbierte Ärztin oder approbierter Arzt stellen sich viele neue Fragen. Mit Hilfe dieses Leitfadens soll beispielsweise beantwortet werden, wie Berufseinsteiger einen neuen Arbeitsplatz finden und welche Rechte und Pflichten mit dem Berufsfeld verknüpft sind. Der Autor zeigt auf, was beachtet werden muss, wenn Verwandte und Freunde behandelt werden, was genau die Schweigepflicht beinhaltet und warum eine Berufshaftpflichtversicherung empfehlenswert ist. Zudem gibt das Buch eine Übersicht über die Pflichtzeiten sowie Besonderheiten in den Weiterbildungsorten der 17 Landesärztekammern. (er)

ALEXANDER KUGELSTADT: Berufseinstieg Arzt. Perfekt durchstarten. Schattauer Verlag, Stuttgart, 2014, 172 Seiten, ISBN 978-3-7945-2902-5, 24,99 €

## Kommunikation als Lebenskunst

In diesem Buch wird die Bedeutung und Wirkung der menschlichen Kommunikation aus verschiedenen Blickwinkeln betrachtet, und dies auf eine gut lesbare und unterhaltsame Art und Weise. In Form eines Gespräches zwischen dem durch viele Publikationen bekannt gewordenen Psychologen Friedemann Schulz von Thun und dem Medienwissenschaftler Bernhard Pörksen werden zentrale Modelle der Kommunikationspsychologie dargelegt. Das Kommunikations- und Wertequadrat oder das Bild vom Inneren Team sind in diesem Zusammenhang nur einige Beispiele. Es handelt sich um ein Buch, das zum einen Wissen vermittelt und zum anderen Gelegenheit gibt, eigene Kommunikationsmuster zu reflektieren. (mc)

BERNHARD PÖRKSEN, FRIEDEMANN SCHULZ VON THUN: Kommunikation als Lebenskunst – Philosophie und Praxis des Miteinander-Redens, Carl-Auer Verlag, Heidelberg, 2014, 217 Seiten, ISBN 978-3-8497-0049-2, 24,95 €

## Krankenhausreport 2014. Schwerpunkt: Patientensicherheit

Der Krankenhaus-Report 2014, welcher von dem Wissenschaftlichen Institut der AOK publiziert wurde, greift das Schwerpunktthema Patientensicherheit auf. In dem Report wird kritisch über die Gesundheitsgefährdungen, denen Patientinnen und Patienten im Krankenhausbetrieb ausgesetzt sind, berichtet. Gesundheitsgefahren können zu schwerwiegenden Komplikationen oder sogar zum Tod führen. Die Ursachen hierfür sind vielseitig: Manipulationsfälle, Missachtung der Vorschriften, organisatorische Defizite oder mangelnde Hygiene sind exemplarisch zu benennen. In dem Report werden das Ausmaß unerwünschter Ereignisse sowie Fehlerquellen identifiziert. Zudem beleuchten die Autorinnen und Autoren Haftungsfragen, die Auswirkungen des Vergütungssystems und des Personaleinsatzes auf die Patientensicherheit sowie den Entwicklungsstand verlässlicher Qualitätsindikatoren. (er)

JÜRGEN KLAUBER, MAX GERAEDTS, JÖRG FRIEDRICH, JÜRGEN WASEM (HRSG.): Krankenhausreport 2014. Schwerpunkt: Patientensicherheit. Schattauer, Stuttgart, 2014, 504 Seiten, ISBN 978-3-7945-2972-8, 54,99 €

## Vorlesungen innovativ gestalten

Das dritte Buch aus der Reihe »Lehren an der Hochschule« hält eine Vielzahl an aktivierenden Lehrmethoden für die Leserschaft bereit. Die Beiträge behandeln verschiedenste Themen rund um die Gestaltung von Vorlesungen in großen Gruppen. Die Artikel decken die ganze Bandbreite der Aufgaben Lehrender ab und reichen von Checklisten zur Vorlesungsvorbereitung, über aktivierende Methoden während der Vorlesung bis hin zur Auswahl geeigneter Prüfungsformate. Ausführlich werden neue Ansätze, zum Beispiel die Methode der Peer Instruction oder der Einsatz von Lehrvideos, vorgestellt. Bewertungs- und Umsetzungshinweise und Reflexionsfragen erleichtern es, Entscheidungen zur Gestaltung der eigenen Vorlesung zu treffen. (mc)

MONIKA RUMMLER (HRSG.): Vorlesungen innovativ gestalten – neue Lernformen für große Lerngruppen, Beltz Verlag, Weinheim und Basel, 2014, 190 Seiten, ISBN 978-3-407-36544-6, 34,95 €

## Kommunen auf dem Weg zur Bildungslandschaft

Bildung ist eine wichtige Ressource für die Zukunftsfähigkeit unserer Gesellschaft. Auch Kommunen stehen dabei in der Verantwortung und nehmen mittlerweile immer häufiger eine steuernde und koordinierende Rolle ein. Vor Ort werden Bildungslandschaften entwickelt, sodass die Qualität und Quantität des Bildungsangebots in Gemeinden, Städten und Kreisen verbessert wird. Das Handbuch richtet sich an alle Kommunen, die ihre eigene Bildungslandschaft entwickeln wollen und spricht kommunale Akteurinnen und Akteure aus der Politik, Verwaltung und Zivilgesellschaft an. Es beschreibt Schritt für Schritt, wie es gelingen kann, eine eigene Bildungslandschaft, orientiert an spezifischen Rahmenbedingungen und Herausforderungen, aufzubauen. Zudem werden Herausforderungen, mit denen Kommunen im Bereich der Bildung konfrontiert sind, aufgezeigt. (er)

DOROTHEA MINDEROP: Kommunen auf dem Weg zur Bildungslandschaft, Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, 2014, ISBN: 978-3-96793-577-7, 20,00 €



## Gesundheitsmonitor 2014

Der Gesundheitsmonitor der Bertelsmann-Stiftung und der Barmer GEK präsentiert seit 2001 Ergebnisse repräsentativer Befragungen und Analysen zur Gesundheitsversorgung in Deutschland. Die aktuelle Ausgabe legt einen inhaltlichen Schwerpunkt auf den Themenbereich Krebsfrüherkennung. Hierzu enthält das Buch unter anderem Artikel zum 2013 in Kraft getretenen Krebsfrüherkennungs- und -registrierungsgesetz, zu fördernden und hinderlichen Aspekten bei der Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen sowie zur Frage, ob Früherkennung als Angebot oder »Einberufung« zu verstehen ist. Weitere Beiträge beschäftigen sich mit Anspruch und Wirklichkeit partizipativer Entscheidungsfindung bei Arztbesuchen, Erfahrungen mit homöopathischen Behandlungen in der gesetzlichen Krankenversicherung sowie mit einem Vergleich zwischen operativer und konservativer Behandlung bei Gaumenmandelentfernungen. Besonders hervorzuheben ist ein Artikel, der ein Streitgespräch zwischen der Gesundheitswissenschaftlerin Ingrid Mühlhauser und Johannes Bruns, dem Generalsekretär der Deutschen Krebsgesellschaft, zusammenfasst und damit in anschaulicher Form kontroverse Positionen gegenüberstellt. (bg)

JAN BÖCKEN, BERNARD BRAUN, RÜDIGER MEIERJÜRGEN (HRSG.): Gesundheitsmonitor 2014. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Kooperationsprojekt der Bertelsmann-Stiftung und der Barmer GEK. Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, 266 Seiten, ISBN 978-3-86793-593-7, 25,00 €

## Lobbyismus im Gesundheitswesen

Dieses Buch beschreibt und erklärt die bisher weitgehend unerforschte Arbeit der bedeutendsten Lobbyisten im deutschen Gesundheitswesen. Es zeigt, wie die Interessenvertretungen ihre Lobbystrategien an die sich ständig verändernden politischen und gesellschaftlichen Strukturen und Prozesse anpassen. Im Mittelpunkt der Analyse stehen die Akteurguppen im deutschen Gesundheitswesen, das Zustandekommen von Entscheidungen im hiesigen politischen System sowie die verschiedenen Methoden der Einflussnahme auf diese Entscheidungen. Alle relevanten Gruppen werden getrennt nach Leistungsanbietern, Krankenkassen und Patientinnen und Patienten bzw. Verbraucherinnen und Verbrauchern systematisch dargestellt. Anhand des ausgewerteten Materials zeigt die Autorin eine Zunahme der Selbstverwaltung und eine Abnahme direkter staatlicher Aktivität auf. (sb)

STEFANIE BECK: Lobbyismus im Gesundheitswesen. Nomos Verlag, Baden Baden, 2014, 136 Seiten, ISBN: 978-3848713844, 25,00 €

## Selbsthilfegruppenjahrbuch 2014

Das Selbsthilfegruppenjahrbuch vereint Erfahrungen, Informationen und Erkenntnisse aus den Bereichen Forschung und Praxis. Zu Beginn werden Berichte aus örtlichen Selbsthilfegruppen zu unterschiedlichen Thematiken aufgeführt. Anschließend wird die Situation von Angehörigen, die in der Realität oftmals übersehen wird, aufgegriffen und der hier bestehende Unterstützungsbedarf dargestellt. Weitere Kapitel beschäftigen sich mit der Entwicklung von Selbsthilfeorganisationen, Beiträgen von Selbsthilfe-Unterstützern und der Selbsthilfe-Förderung am Beispiel Pflege. Zum Schluss werden Ergebnisse aus Befragungen von der Nationalen Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) sowie Befunde aus wissenschaftlichen Studien vorgestellt. Insgesamt bietet das Jahrbuch einen breiten Überblick über das Feld der Selbsthilfegruppen in Deutschland. (ab)

DEUTSCHE ARBEITSGEMEINSCHAFT SELBSTHILFGRUPPEN E. V. (HRSG.): Selbsthilfegruppenjahrbuch 2014. Gießen, 2014, 158 Seiten, ISSN: 1616-0665, 0,00 €

## Neue Mütter – neue Väter

Das Buch beschreibt die Ergebnisse einer psychoanalytisch orientierten Studie, bei der zwölf Familien über mehrere Jahre hinweg begleitet und befragt wurden. In allen Familien hatten sich die Eltern nach der Geburt des ersten Kindes für eine Form der »geteilten Elternschaft« entschieden. Gemeinsam für Kinder, Hausarbeit und den Lebensunterhalt zuständig zu sein, stellt jedoch für die Paare oftmals eine große Herausforderung dar. In dem Buch werden die Möglichkeiten und Vorteile dieser Lebensform ebenso beschrieben wie die Herausforderungen, die sich daraus für die einzelnen Familienmitglieder ergeben. Detailliert werden Alltagssituationen einzelner Familien analysiert und Konfliktthemen, zum Beispiel die Organisation der Hausarbeit, betrachtet. Besonderes Augenmerk wird darauf gelegt, wie sich dieses Familienmodell auf die Mutter-Kind- bzw. Vater-Kind Beziehung auswirkt und welchen Einfluss dies auf die Lebensentwürfe der Kinder hat. (mc)

FLAAKE, KARIN: Neue Mütter – neue Väter. Eine empirische Studie zu veränderten Geschlechterbeziehungen in Familien, Psychosozial-Verlag, Gießen, 2014, 312 Seiten, ISBN 978-3-8379-2335-3, 29,90 €

## Systemische Therapie und Beratung

Das umfangreiche Lehrbuch hat zum Ziel, die Vielfalt systemischen Denkens Professionellen der unterschiedlichsten Berufsgruppen zugänglich zu machen. Die Grundlagen therapeutischer und beratender Praxis sowie die Anwendung bestimmter Methoden werden für verschiedene Praxisfelder vorgestellt. 76 Autorinnen und Autoren haben die verschiedenen Themen bearbeitet und die 90 Kapitel des Buches mit Ihren Arbeits- und Praxiserfahrungen gefüllt. Das ausführliche Sachregister ermöglicht es, gezielt, bestimmte Themen und Fragestellungen nachzuschlagen. Es handelt sich um ein gelungenes Buch, welches die ganze Bandbreite und die damit entstehenden Möglichkeiten systemischer Arbeit vor Augen führt. (mc)

TOM LEVOLD, MICHAEL WIRSCHING (HRSG.): Systemische Therapie und Beratung – das große Lehrbuch, Carl-Auer Verlag, Heidelberg, 2014, 653 Seiten, ISBN 978-3-89670-577-8, 84,00 €

## Wie sag ich's meinem Doc? Machen Sie das Beste aus Ihrem Arztbesuch!

Eine gute Arzt-Patienten-Beziehung ist für den Erfolg einer medizinischen Behandlung von elementarer Bedeutung. Der Ratgeber gibt Patientinnen und Patienten Anregungen, wie sie am besten mit Ärztinnen und Ärzten interagieren können und beispielsweise über auftretende Beschwerden kommunizieren. Der Autor geht dabei etwa auf die Fragen ein, wie die Patientin oder der Patient den richtigen Arzt findet, wie eine Vorbereitung auf einen Arztbesuch erfolgen kann und wie Konflikte bearbeitet werden können. (er)

LUTZ WESEL: *Wie sag ich's meinem Doc?*, Carl Auer Verlag, Heidelberg, 2014, 159 Seiten, ISBN 978-3-8497-004-9, 14,95 €

## Generation ADHS – den »Zappelphilipp« verstehen

ADHS ist seit langem Gegenstand sehr kontroverser Debatten, in denen sich vor allem Vertreter biologisch-genetischer und entwicklungspsychologischer Deutungsmodelle oft unvereinbar gegenüberstehen. Manfred Gerspach, Pädagoge und bis 2014 Professor an der Hochschule Darmstadt, ist letzterer Gruppe zuzuordnen. In seinem Buch stellt er einleitend einige Rahmendaten zu ADHS vor, präsentiert dann sein Modell »Zum Verstehen des Phänomens ADHS« und beschreibt pädagogische Konzepte für den Umgang mit ADHS. Bei seinem Buch handelt es sich um eine Deutung des »Mythos ADHS« vor dem Hintergrund psychodynamischer Theorien und bindungstheoretischer Konzepte. Seine Positionen sind interessant, wenngleich nicht grundsätzlich neu. Allerdings ist es bedauerlich, dass auch er seine spezifische Deutung von ADHS sehr apodiktisch vertritt und zum Teil spekulative Aussagen als wissenschaftliche Erkenntnisse präsentiert, die nicht empirisch belegt sind. Anregend ist Kapitel 3.5, in dem Gerspach ein Studienprojekt vorstellt, in dem Studierende der Pädagogik Schulklassen durch eine Art dialogische Kooperation mit Lehrenden und Kindern unterstützen. (bg)

MANFRED GERSPACH: *Generation ADHS – den »Zappelphilipp« verstehen*. Kohlhammer, Stuttgart, 213 Seiten, ISBN 978-3-17-023949-4, 26,99 €

## Ärztliche Kommunikation

Die Arzt-Patienten-Kommunikation ist ein Kernbestandteil jeder ärztlichen Tätigkeit. Der Erfolg einer medizinischen Behandlung hängt beispielsweise davon ab, ob und wie die Ärztin oder der Arzt Vertrauen aufbaut, die Diagnosen und Therapien erläutert, die Motivation seitens der Patientinnen und Patienten steigert oder auf deren Ängste eingehen kann. Gespräche zwischen beiden Parteien sollen nicht nur aufklären und informieren, sondern auch zur Heilung beitragen und eine stabile Arzt-Patienten-Beziehung aufbauen. In dem Buch werden verschiedene Tests aufgezeigt, die die eigene Gesprächsführung analysieren sowie individuelle Stärken und Schwächen beleuchten. Ärztinnen und Ärzte sollen Kommunikationsskills kennenlernen, um die Patientinnen und Patienten besser zu verstehen und die Compliance zu steigern. (er)

PAMELA EMMERLING: *Ärztliche Kommunikation: Erkenntnis und Selbsterkenntnis*, Schattauer Verlag, Stuttgart, 2014, 249 Seiten, ISBN 978-9-7945-2974-2, 29,99 €

## Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege

Der 2006 von einer Expertengruppe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) entwickelte und 2013 aktualisierte Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege hat zum Ziel, Stürze und Sturzfolgen zu vermeiden, indem ursächliche Risiken und Gefahren erkannt und nach Möglichkeit minimiert werden. Das Buch bietet kompakt zusammengefasste Informationen zum Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege und stellt die Transparenzkriterien des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) übersichtlich dar. Anhand von konkreten Fallbeispielen werden Formulierungshilfen in Bezug auf Pflegeprobleme, Ressourcen, Ziele und Maßnahmen gegeben. Schritt für Schritt wird der aktuelle Expertenstandard aus der Theorie in die tägliche Praxis überführt. Damit hebt es sich als eine praxisnahe Unterstützung für die alltägliche Pflegedokumentation hervor. (tm)

STEFANIE HELLMANN, RASA RÖSSLEIN: *Expertenstandard Sturzprophylaxe*. Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Hannover, 2015, 64 Seiten, ISBN: 978-3-89993-822-7, 12,95 €

## Comeback der Gewerkschaften?

Diese von Klaus Dörre und Stefan Schmalz herausgegebene internationale Arbeitsstudie beleuchtet anhand von verschiedenen Einzelbeiträgen das Wiedererstarken der Gewerkschaften. Galten diese lange Zeit als Reformbremsen, zeigt sich heute eine zunehmende Akzeptanz und Einmischung in die Politik. Die größte Einzelgewerkschaft IG Metall verzeichnet Mitgliedergewinne und Tarifabschlüsse führen zu Reallohnzuwächsen. Diese Entwicklungen fallen zeitlich ausgerechnet mit der schwersten Wirtschaftskrise der Nachkriegszeit zusammen. Erörtert wird unter anderem die Frage, ob diese gewerkschaftliche Erneuerung eine nachhaltige Entwicklung ist. Neben betrieblichen Praktiken betrachten die Autorinnen und Autoren auch die Wiederbelebung gewerkschaftlichen Interessenshandelns im internationalen Vergleich. (sb)

STEFAN SCHMALZ, KLAUS DÖRRE (HRSG.): *Comeback der Gewerkschaften? Machtressourcen, innovative Praktiken, internationale Perspektiven*. Campus Verlag, Frankfurt, New York, 2013, 454 Seiten, ISBN: 978-3593398914, 34,90 €

## Doing Family

Die Familie ist heutzutage keine gegebene Ressource mehr, auf die Gesellschaft, Wirtschaft und Individuen selbstverständlich zurückgreifen können. Veränderte Arbeitsbedingungen, Multilokalität, neue Technologien sowie Verwerfungen innerhalb der Geschlechterverhältnisse bilden einen neuen Rahmen für den Familienalltag. Hier setzt der Sammelband des Deutschen Jugendinstituts an. Die Autorinnen und Autoren skizzieren Familie als Herstellungsleistung und geben Einblicke in empirische sowie konzeptionelle, qualitative wie quantitative interdisziplinäre Zugänge zu den Herausforderungen und Herstellungsbedingungen der Familie. Anschaulich werden Strategien beschrieben, wie Familien heutzutage Beziehungen gestalten, den Alltag bestreiten, Bindungen aufbauen und Fürsorge erbringen. (ib)

KARIN JURCZYK, ANDREAS LANGE, BARBARA THIESSEN (HRSG.): *Doing Family – Warum Familienleben heute nicht mehr selbstverständlich ist*. Beltz Juventa, Weinheim und Basel, 2014, 318 Seiten, ISBN 978-3-7799-2239-1, 29,95 €

# Termine LVG & AFS

## Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.



### 3. Männergesundheitskongress. Im Fokus: Psychische Gesundheit von Männern

14. April 2015, Berlin

Auf die psychische Gesundheit von Männern wird im Gesundheitswesen seltener fokussiert als auf deren physische Konstitution. Für Männer selbst ist sie in der Regel kaum ein Thema. Gesellschaftlicher Wandel, steigende persönliche und gesellschaftliche Anspruchshaltungen in Arbeitsleben und Freizeit sowie zunehmend komplexere Rollenbilder eines als »modern« geltenden Mannes bereiten jedoch immer häufiger (Stress-) Belastungen und in der Folge auch psychischen Erkrankungen den Boden. Die Erwerbsarbeit stellt für Männer im mittleren und höheren Lebensalter eine der bedeutendsten identitätsstiftenden und gesundheitsförderlichen Ressourcen dar. Unter prekären Rahmenbedingungen kann sich Arbeit jedoch auch in einen Risikofaktor verkehren. Erfolgreiche Konzepte der geschlechtsspezifischen Förderung von psychischer Gesundheit und die Prävention von Erkrankungen sollten die Lebenswelten von Männern sowie die unterschiedlichen Lebensphasen berücksichtigen. Im Mittelpunkt des 3. Männergesundheitskongresses steht daher der Aspekt der psychischen Gesundheit von Männern in der Lebenslaufperspektive.

### Verzahnung ambulant-stationär

15. April 2015, Hannover

Seit mehr als 30 Jahren wird in der Gesundheitspolitik die Forderung nach engerer Kooperation, Verzahnung und Integration zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor erhoben. Dabei steht die bestmögliche Versorgung von Patientinnen und Patienten im Fokus. So können zum Beispiel im neuen Zusammengehen von ambulanter und stationärer Versorgung tatsächlich Doppeluntersuchungen vermieden werden. Zudem erfahren die Patientinnen und Patienten eine ganzheitliche Behandlung und eine noch bessere Versorgung durch die Abstimmung der Behandlungsabläufe. Der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen will aktiv die Entwicklung gestalten und hat dies zum Anlass genommen, ein Vorstandsziel für die Wahlperiode zu formulieren: »Wir brechen die Sektorengrenzen zwischen ambulanter und stationärer Patientenversorgung auf. Dabei achten wir darauf, dass die Flexibilisierung sowohl für Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzte als auch für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte möglich ist, um Patientinnen und Patienten optimal in beiden Sektoren zu betreuen und zu behandeln. Allerdings wehren wir uns gegen die einseitige Öffnung der Krankenhäuser für die fachärztliche Versorgung.« Dieses Ziel soll auf der Veranstaltung konkretisiert und diskutiert werden.

### Polymedikation – Den Überblick behalten

18. April 2015, Hannover

Das Thema Polypharmazie wird derzeit viel diskutiert. Theoretisch ist es Ärztinnen und Ärzten sowie Apothekerinnen und Apothekern gleichermaßen bewusst, dass sie ihren Patientinnen und Patienten oft zu viele Medikamente zumuten. Nur an der praktischen Umsetzung des »weniger kann mehr sein« hapert es aus zahlreichen Gründen. Ältere Patientinnen und Patienten haben häufig mehrere chronische Erkrankungen, die eine dauerhafte Medikation erfordern. Schon die leitliniengerechte Behandlung einer einzigen chronischen Erkrankung kann bis zu fünf und mehr Medikamente umfassen und fällt somit bereits unter die Bezeichnung Polymedikation. Die Kooperationsveranstaltung der AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen und der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen will dieser Problematik praxisnah und alltagstauglich begegnen. Mit Fachvorträgen und Workshops sollen praktische Lösungsansätze berufsgruppenübergreifend und fallzentriert diskutiert werden.

### Pflege demografiefest gestalten – Herausforderungen erkennen, Chancen nutzen

20. April 2015, Hannover

Die demografische Entwicklung geht mit einer erheblichen Zunahme des Bevölkerungsanteils hochbetagter Menschen einher. Hieraus erwächst eine Vielzahl gesellschaftlicher Veränderungsprozesse. Der Pflegesektor ist in gleich zweifacher Weise von diesem Wandel betroffen: Die Gruppe der Hilfe- und Pflegebedürftigen nimmt zu. Zugleich sinkt die Zahl der jungen Menschen, die Unterstützung erbringen können. Um unter diesen Bedingungen die pflegerische Versorgung auch zukünftig auf hohem qualitativem Niveau sicherzustellen, bedarf es einer grundlegenden Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen. In Niedersachsen bestehen hierfür bereits heute zukunftsweisende Ansätze. Im Rahmen des Pflegekongresses werden entsprechende Perspektiven aufgezeigt und Handlungsfelder für die niedersächsische Kommunal- und Landespolitik ausgelotet.

### Fit für die Kita – Allergene in der Kennzeichnungspflicht

30. April 2015, Hannover

Immer mehr Menschen leiden unter einer Allergie oder Unverträglichkeit. Für Betroffene ist es immer mit sehr viel Angst und Unsicherheit verbunden, wenn sie außerhalb ihrer eigenen Küche essen wollen. Sie müssen sich darauf verlassen, dass sich der allergene Stoff nicht in dem Lebensmittel befindet. Doch ohne Kennzeichnung oder Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern ist dies eine fast unlösbare Herausforderung. Gerade auch für pädagogische Kräfte ist dies eine große Hürde, wenn sie für das Wohl des Kindes verantwortlich sind. Was für Allergikerinnen und Allergiker eine enorme Erleichterung in ihrer Außerhausverpflegung darstellt, zeigt sich für die Gemeinschaftsverpflegung als anspruchsvolle Aufgabe: Seit dem 13.12.2014 ist die Kennzeichnung von Allergenen bei loser Ware verpflichtend. Das bedeutet, dass Verpflegungsbetriebe nun in der gesetzlichen Pflicht sind, Allergikern eine einwandfreie und sichere Information bezüglich der Zusammensetzung ihrer Lebensmittel geben zu können. Wie in der Kindertagesstätte damit umgegangen werden kann, was notwendig ist oder nicht, wird in dem Workshop vorgestellt. Die Veranstaltung soll allen Teilnehmenden einen Einblick in die gesetzlichen Anforderungen geben und gleichzeitig die Sicherheit für ein eigenes Konzept vermitteln.

## Tüchtig und / oder Süchtig

21. Mai 2015, Hannover

Die Fachtagung »Tüchtig und / oder Süchtig« wird nach zwei erfolgreichen Vorgängerveranstaltungen dieses Jahr bereits zum dritten Mal durchgeführt. Der Konsum von Suchtmitteln und Suchtprobleme am Arbeitsplatz haben weitreichende Konsequenzen für das gesamte Unternehmen und können alle Hierarchieebenen betreffen: dauerhafte Leistungseinschränkungen, Stimmungsschwankungen, Veränderungen im Sozialverhalten oder Fehlzeiten sind häufige Folgen. Schwerpunkt dieser Tagung werden neue und alte Süchte in der Arbeitswelt und deren aktuelle Herausforderungen und Handlungsoptionen sein. Neben Beispielen aus der Praxis und juristischen Perspektiven sollen auch stoffgebundene Süchte wie die Arbeitssucht und das Thema »neue Medien« in den Blick genommen werden. Abgerundet wird die Veranstaltung mit einem graphischen Resümee einer Tagungszeichnerin.

## Veranstaltungsreihe Argumente für Gesundheit 2015: Gute Arbeit für die Seele – Herausforderungen und Perspektiven von Prävention bis Rehabilitation

27. Mai, 15. Juni, 15. Juli, 14. September und 30. September 2015,  
Hannover

In diesem Jahr möchten wir uns an fünf Nachmittagen aus unterschiedlichen Perspektiven mit dem Zusammenhang von »Arbeit und seelischer Gesundheit« befassen. Gute Arbeitsbedingungen sind unabdingbar für den Erhalt der seelischen Gesundheit und auch Menschen, die langfristig ohne Arbeit sind, sollten so gefördert werden, dass sie baldmöglichst wieder am Arbeitsleben teilnehmen können. Welche politischen, wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Voraussetzungen braucht es in der Arbeitswelt und welche nächsten Schritte sind nötig, damit wir gut leben und arbeiten können? Welche Möglichkeiten bieten Unternehmen und wie können die Sozialversicherungsträger sowie unterschiedlichen Akteurinnen und Akteure des Sozial- und Gesundheitswesens so optimal vernetzt zusammenarbeiten, dass sie individuelle Hilfen und passgenaue Fördermaßnahmen ermöglichen? All diese Fragen drängen, denn die hohen Quoten arbeitsbedingt seelisch belasteter Menschen und die steigenden Zahlen an Erwerbsminderungsrenten wegen psychischer Erkrankungen sprechen eine deutliche Sprache.

## Fortbildung zur/m Demenzbeauftragten

Juni bis November 2015, Hildesheim

Für Menschen mit demenziellen Einschränkungen lösen die Verlegung und der Aufenthalt in der akutklinischen, geriatrischen oder rehabilitativen Versorgung nicht selten eine stressverursachende und krisenhafte Situation aus. Demenzbedingte Einschränkungen und Verhaltensweisen können sich erschwerend auf die pflegerische Versorgung und Durchführung der ärztlichen und therapeutischen Behandlung auswirken. Vor dem Hintergrund einer deutlichen Zunahme von älteren und hochaltrigen Patientinnen und Patienten und dem damit einhergehenden Anstieg derjenigen mit demenziellen Einschränkungen im Akut-, Geriatrie- und Rehabilitationsbereich sind besondere Anforderungen an das Personal und die Organisation gerichtet. Krankenhäuser können sich mit demenzsensiblen Konzepten auf diese Veränderung der Patientenstruktur gezielt vorbereiten. Ein erster Schritt dazu ist die Einführung von Demenzbeauftragten. Die modulare Fortbildung hat einen zeitlichen Umfang von insgesamt 160 Stunden. Die einzelnen Module finden in Blöcken im Zeitraum von Juni bis November 2015 an jeweils drei bis vier Tagen statt. Anmeldeschluss ist der 11. Mai 2015.



## Studentisches Gesundheitsmanagement – Kick-off Veranstaltung 02. Juni 2015, Wildau

Ein Gesamtkonzept zur Förderung der Gesundheit von Studierenden analog dem betrieblichen Gesundheitsmanagement ist das Ziel eines dreijährigen Projektes, das die Techniker Krankenkasse und die LVG & AFS mit dem bundesweiten Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen entwickeln wollen. Den Auftakt für dieses längerfristige Projekt bildet die Kick-off Veranstaltung in Wildau. Interessante Praxisbeispiele und relevante Forschung werden vorgestellt. Erste Elemente eines Gesamtkonzeptes werden diskutiert. Alle Interessierten aus Hochschulen sind willkommen. Am 03. Juni 2015 schließt sich in Wildau die nächste regelmäßig stattfindende Arbeitskreissitzung an. Nähere Informationen dazu zeitnah unter:  
[www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de](http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de)

## 4. Bundeskonferenz »Gesund und aktiv älter werden« 12. Juni 2015, Berlin

Gesund und aktiv älter werden ist ein Ziel, das vor dem Hintergrund des demografischen Wandels sowohl individuell als auch gesellschaftlich immer bedeutsamer wird. Auf der vierten Bundeskonferenz »GESUND UND AKTIV ÄLTER WERDEN« der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) werden in Fachvorträgen Handlungsfelder und Strategien vorgestellt, die die Lebensqualität fördern, Ressourcen nutzen und so das Altern gestalten. Darüber hinaus werden die Gewinnerinnen und Gewinner des Fotowettbewerbs »Bewegte Momente«, der im Rahmen des neuen Programms der BZgA »Älter werden in Balance« durchgeführt wurde, prämiert.

## 5. Fachtagung Kinderernährung Niedersachsen: Kita im Spannungsfeld von kulturellen und alternativen Ernährungsformen

15. Juni 2015, Wolfsburg

Die Welt in der Kita wird immer bunter. Gesellschaftliche Kulturen treffen aufeinander. Hier haben sie die Chance sich kennenzulernen, sich zu vermischen, voneinander zu lernen und zu respektieren. Diese Aspekte spielen auch im Bereich des Essens eine ausgeprägte Rolle. Wurde die Kita zunächst mit der Integration von religiösen Ernährungsformen konfrontiert, strömen mittlerweile vielfältige Essstile, wie Vegetarismus oder Veganismus in die Kita. Wellen von »Bio«, »Veggy-Day« bis hin zu wiederkehrenden Fleischskandalen prägen den Alltag auch in der Lebenswelt Kita. Wie gehen wir mit diesen Entwicklungen um? Die Fachtagung widmet sich dem Thema der Vielfalt der Esskulturen in der Kita und die damit verbundenen Herausforderungen. Sie klärt auf über Vegetarismus, Veganismus, gibt den Teilnehmenden die Chance, sich am Nachmittag zu Themen wie beispielsweise »Wenn Essen zu wichtig wird«, »Umgang mit besonderen Esssituationen« oder auch »Speiseplangestaltung unter Berücksichtigung der Lebensmittel-Informationsverordnung« zu vertiefen.

**Ohne Beteiligung geht es nicht!****18.–19. Juni 2015, Berlin**

Als Reaktion auf die zunehmende Heterogenität der Bevölkerung in Deutschland wird in den letzten Jahren verstärkt die interkulturelle Öffnung von Institutionen, Organisationen und Einrichtungen gefordert. Ein wichtiger Bestandteil gelingender Öffnungsprozesse ist die aktive Beteiligung der Zugewanderten und ihrer Interessenvertretungen. Die zweitägige Konferenz will Entscheiderinnen und Entscheider im Gesundheits- und Pflegebereich für die Bedeutung von Beteiligungsprozessen bei der interkulturellen Öffnung sensibilisieren sowie Migrantinnen und Migranten motivieren, aktiv Beteiligung einzufordern. Die Veranstaltung informiert über aktuelle Entwicklungen der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung von Migrantinnen und Migranten, zeigt Handlungsmöglichkeiten zur Verbesserung der Situation auf und führt Beteiligungsprozesse als essentiellen Faktor in die Diskussion um die interkulturelle Öffnung von Gesundheitseinrichtungen ein.

**Gesundheitsförderung ist eine politische Entscheidung  
Jahrestagung der LVG & AFS****24. Juni 2015, Hannover**

110 Jahre Vereinsgeschichte ist Anlass, die bisherigen Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung und Prävention Revue passieren zu lassen. Im Jahr eines neuen Präventionsgesetzes sollen die Implikationen dieses Gesetzes für die Landesebene beleuchtet werden. Die LVG & AFS als Impulsgeberin will zudem neue Strategien mit neuen Akteurinnen und Akteuren diskutieren.

**Niedersachsen Forum****29. Juni 2015, Gifhorn**

Das diesjährige Niedersachsen Forum Alter und Zukunft steht unter dem Motto »Altern im Fluss – Potenziale aktiver und kreativer Gestaltung« und fokussiert das Älterwerden im ländlichen Raum. Neben Fachvorträgen zeigen besonders Praxisbeispiele konkrete Strategien und Vorgehensweisen auf, um dem demografischen Wandel in ländlichen Regionen zu begegnen. Die Veranstaltung richtet sich an Multiplikatorinnen und Multiplikatoren aus dem Bereich Alter(n) und Gesundheit, genauso wie an interessierte Bürgerinnen und Bürger.

**Kindergesundheit****08. Juli 2015, Hannover**

Die qualifizierte Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen hat einen hohen Stellenwert: Wir alle wünschen uns, dass unsere Kinder gesund aufwachsen. Obwohl es der Mehrzahl der Kinder in Deutschland gut geht, gibt es immer mehr Kinder, die verhaltensauffällig sind. Auch chronische Krankheitsbilder wie Allergien, Diabetes, Gelenk- und Haltungserkrankungen nehmen zu. Medizin und Pädagogik stehen vor großen Herausforderungen. Diese Veranstaltung möchte klären, wie mit aktiver Beteiligung der Kinder, Schülerinnen und Schüler, Erzieherinnen und Erzieher, Lehrkräfte sowie Eltern, behandelnden Ärztinnen und Ärzten, Politik und öffentlichem Gesundheitsdienst gesundheitsförderliche Prozesse angeregt werden können.

**Fortbildungsprogramm CAREalisieren**

Im ersten Halbjahr 2015 läuft das Frühjahrsprogramm der Fortbildungsreihe CaREalisieren der LVG & AFS, welches sich an Führungskräfte und Beschäftigte in der Krankenpflege, Altenpflege und -betreuung richtet. Sie arbeiten in einer Branche, die durch rasant voranschreitende Veränderungen und hohe Anforderungen an jede und jeden Einzelnen geprägt ist. Um eine menschenwürdige Begleitung und Unterstützung kranker, behinderter und pflegebedürftiger Menschen zu gewährleisten – aber auch die eigene und die Arbeitskraft von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu erhalten und auszubauen – ist ein hohes Maß an beruflicher Handlungskompetenz notwendig. Im Rahmen der Veranstaltungen werden eingeschlifene Vorgehensweisen auf den Prüfstand gestellt und neue Wege aufgezeigt. Hier die Termine in der Vorschau:

**Präventive Eingliederung – Arbeitsunfähigkeit vorbeugen****16. April 2015, Hannover****Frauen führen anders?! – Ressourcen erkennen und Stärken nutzen****19. Mai 2015, Hannover****Wenn es im Gebäck knirscht – Konflikte in der Zusammenarbeit mit freiwillig Engagierten bewältigen****21. Mai 2015, Hannover****Aufbau Niedrigschwelliger Betreuungsangebote – Eine Aufgabe für Profis****02. Juni 2015, Hannover****Impulse zur Begegnung und Begleitung von Menschen mit schwerer Demenz****04. Juni 2015, Hannover****Männer in Beschäftigungsangeboten ansprechen****01. Juli 2015, Hannover**

**15.04.2015 » Zukunft der Ernährung – wie wird sich unser Essverhalten ändern?**, Hannover, Kontakt: Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V., Helga Strube, Berliner Allee 20, 30175 Hannover, Tel.: (05 11) 3 80 24 66, Fax: (05 11) 3 80 24 65, E-Mail: strube@dge-niedersachsen.de

**21.04.2015 » Sexuelle Vielfalt. Ein Thema in der offenen Jugendarbeit?!**, Hannover, Kontakt: Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen, Leisewitzstr. 26, 30175 Hannover, Tel.: (05 11) 85 87 88, Fax: (05 11) 2 83 49 54, E-Mail: info@jugendschutz-niedersachsen.de

**23.04.2015 » Gewaltprävention im Migrationskontext: Hintergründe und Perspektiven für die Arbeit mit Jugendlichen**, Hannover, Kontakt: Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen, Leisewitzstr. 26, 30175 Hannover, Tel.: (05 11) 85 87 88, Fax: (05 11) 2 83 49 54, E-Mail: info@jugendschutz-niedersachsen.de

**08.06.2015 » Demografie Kongress 2015**, Hannover, Kontakt: Demografieagentur für die niedersächsische Wirtschaft GmbH, Adolfstr. 7, 30169 Hannover, Tel.: (05 11) 16 99 09 00, Fax: (05 11) 16 99 09 29, E-Mail: info@demografieagentur-nds.de

**15.06.2015 » Kinderernährung »Esskultur«**, Wolfsburg, Kontakt: Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V., Helga Strube, Berliner Allee 20, 30175 Hannover, Tel.: (05 11) 3 80 24 66, Fax: (05 11) 3 80 24 65, E-Mail: strube@dge-niedersachsen.de

**10.04.2015 » An Krisen wachsen. Die Arbeit der SchreiBabyAmbulanz im Fokus**, Hamburg, Kontakt: Rückhalt e. V., Monika Wiborny, Starweg 78, 22926 Ahrensburg, Tel.: (0 40) 45 92 48, E-Mail: monika.wiborny@rueckhalt.de

**15.04.2015 » Frühe Hilfen – Kooperation von Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe in den Frühen Hilfen stärken**, Kontakt: Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAG), Repsoldstr. 4, 20097 Hamburg, Tel.: (0 40) 28 80 36 40, Fax: (0 40) 2 88 03 64 29, E-Mail: buero@hag-gesundheit.de

**16.–17.04.2015 » 10 Jahre APS: Patientensicherheit – Die Zukunft im Blick**, Berlin, Kontakt: Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V., Am Zirkus 2, 10117 Berlin, Tel.: (0 30) 36 42 81 60, Fax: (0 30) 3 64 28 16 11, E-Mail: info@aps-ev.de

**16.–18.04.2015 » 9. Deutscher Parkinson Kongress**, Berlin, Kontakt: CPO Hanser Service GmbH, Paulsborner Str. 44, 14193 Berlin, Tel.: (0 30) 3 00 66 90, Fax: (0 30) 3 05 73 91, E-Mail: berlin@cpo-hanser.de

**22.04.2015 » Zu exklusiv für Inklusion... autWorker-Fachtag**, Hamburg, Kontakt: autWorker eG, Nernstweg 32–34, 22765 Hamburg, Tel.: (0 40) 40 42 90 39 50

**22.–25.04.2015 » 9. Dreiländertagung 2015 – Gemeinsame Jahrestagung der Deutschen und Österreichischen Gesellschaften für Epileptologie und der Schweizerischen Liga gegen Epilepsie**, Dresden, Kontakt: Deutsche Gesellschaft für Epileptologie e. V., Reinhardtstr. 27c, 10117 Berlin, E-Mail: ize@dgfe.de

**23.–25.04.2015 » 65. Wissenschaftlicher Kongress »Der Öffentliche Gesundheitsdienst – hart am Wind«**, Rostock, Kontakt: Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V., Kanzlerstr. 4, 40472 Düsseldorf, Tel.: (02 11) 3 10 96 20, Fax: (02 11) 3 10 96 34, E-Mail: teichert@akademie-oegw.de

**30.04.2015 » Gesundheitsförderung mit älteren und für ältere Menschen – Alter, Migration und Gesundheit**, Münster, Kontakt: Landeszentrum für Gesundheit Nordrhein-Westfalen, Westerfeldstr. 35/37, 33611 Bielefeld, Tel.: (05 21) 80 07 31 29, Fax: (05 21) 80 07 21 29, E-Mail: veranstaltungsmanagement@lzg.nrw.de

**08.–09.05.2015 » 5. Internationaler Kongress: Transkulturelle Psychosomatik, Psychiatrie und Psychotherapie**, Marburg, Kontakt: Philipps-Universität Marburg, Karin Utsch, Gutenbergstr. 18, 35032 Marburg, Tel.: (0 64 21) 2 36 57, Fax: (0 64 21) 2 82 89 04, E-Mail: utsch@uni-marburg.de

**09.05.2015 » Vielfalt von Anfang an – Bundesweite Fachtagung für Psychomotorik**, Bonn, Kontakt: Rheinische Akademie im Förderverein Psychomotorik, Wernher-von-Braun-Str. 3, 53113 Bonn, Tel.: (02 28) 24 33 94 44, Fax: (02 28) 24 33 94 22, E-Mail: akademie@psychomotorik-bonn.de

**12.05.2015 » ajs-Jahrestagung 2015: Das Leben eine Casting-Show? Jung sein heute**, Stuttgart, Kontakt: Aktion Jugendschutz Landesarbeitsstelle Baden-Württemberg, Jahnstr. 12, 70597 Stuttgart, Tel.: (07 11) 2 37 37 11, Fax: (07 11) 2 37 37 30, E-Mail: info@ajs-bw.de

**21.–22.05.2015 » 3. Bundeskongress Gender-Gesundheit**, Berlin, Kontakt: Bundeskongress für Gender-Gesundheit, Wartburgstr. 11, 10823 Berlin, Tel.: (0 30) 78 71 43 18, E-Mail: m.kloepfer@female-resources.de

**08.06.2015 » Landesdrogenkonferenz – 37. Fachtagung der Landesregierung mit den Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe in Rheinland-Pfalz**, Kontakt: Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e. V., Nina Roth, Hölderlinstr. 8, 55131 Mainz, Tel.: (0 61 31) 20 69 42, Fax: (0 61 31) 30 69 69, E-Mail: nroth@lzf-rlp.de

**08.–09.06.2015 » Deutscher Präventionstag**, Frankfurt am Main, Kontakt: Deutscher Präventionstag, Am Waterlooplatz 5a, 30169 Hannover, Tel.: (05 11) 2 35 49 49, Fax: (05 11) 2 35 49 50, E-Mail: info@autworker.de

**10.–12.06.2015 » Hauptstadt Kongress Medizin und Gesundheit 2015: Krankenhaus Klinik Rehabilitation**, Berlin, Kontakt: WISO S. E. Consulting GmbH, Nymphenburger Str. 9, 10825 Berlin, Tel.: (0 30) 26 39 23 90, Fax: (0 30) 2 63 92 39 10, E-Mail: info@wiso-gruppe.de

**12.–13.06.2015 » VDOE Netzwerker-Tagung 2015: Essen mit Genuss. Neue Wege in der Verbraucherinformation und -beratung**, Berlin, Kontakt: Berufsverband Öcotrophologie e. V. (VDOE), Reuterstr. 161, 53113 Bonn, Tel.: (02 28) 28 92 20, Fax: (02 28) 2 89 22 77, E-Mail: vdoe@vdoe.de

**12.–16.06.2015 » 42. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauferkrankungen (DGPR) e. V.**, Berlin, Kontakt: Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH, Carl-Pulfrich-Str. 1, 07745 Jena, Tel.: (0 36 41) 3 11 63 23, Fax: (0 36 41) 3 11 62 43, E-Mail: dgpr2015@conventus.de

**16.–18.06.2015 » 80. Deutscher Fürsorgetag – Teilhaben und Teil sein**, Leipzig, Kontakt: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V., Michaelkirchstr. 17/18, 10179 Berlin, Tel.: (0 30) 62 98 00, E-Mail: info@deutscher-verein.de

**17.–19.06.2015 » 28. Kongress des Fachverbandes Sucht e. V. »Abstinenz als modernes Therapieziel!«**, Heidelberg, Kontakt: Fachverband Sucht e. V., Walramstr. 3, 53175 Bonn, Tel.: (02 28) 26 15 55, Fax: (02 28) 21 58 85, E-Mail: sucht@sucht.de

**02.07.2015 » So weit! So gut? Ambulant betreute Wohn-Pflege-Gemeinschaft auf dem Prüfstand**, Hamburg, Kontakt: Hamburger Koordinationsstelle für Wohn-Pflege-Gemeinschaften, Ulrike Petersen, Sternstr. 106, 20357 Hamburg, Tel.: (0 40) 43 29 42 23, Fax: (0 40) 43 29 42 10, E-Mail: koordinationsstelle@stattbau-hamburg.de

**02.–04.07.2015 » 11. Deutscher Seniorentag: Gemeinsam in die Zukunft**, Frankfurt am Main, Kontakt: BAGSO, Bonngasse 10, 53111 Bonn, Tel.: (02 28) 24 99 93 29, Fax: (02 28) 24 99 93 20, E-Mail: dst@bagso.de

**9.–11.04.2015 » 5. Österreichischer Interdisziplinärer Palliativkongress**, Wien (Österreich), Kontakt: Österreichische Palliativgesellschaft, Währinger Gürtel 18–20, 1090 Wien (Österreich), Tel.: (00 43) 1 40 40 02 75 20, E-Mail: office@palliativ.de

**15.–18.04.2015 » 30th International Conference of Alzheimer's Disease International**, Perth (Australien), Kontakt: Alzheimer's Disease International, 64 Great Suffolk Street, London SE1 0BL, Tel.: (00 44) 20 79 81 08 80, Fax: (00 44) 20 79 28 23 57, E-Mail: info@alz.co.uk

**21.05.2015 » Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung: Anspruch, Wirklichkeit und Beitrag der Evaluation**, Wien (Österreich), Kontakt: Gesundes Österreich GmbH, Aspernbrückengasse 2, 1020 Wien (Österreich), Tel.: (00 43) 18 95 04 00 11, Fax: (00 43) 18 95 04 00 20, E-Mail: tagung-fgoe@goeg.de

**31.05.–03.06.2015 » VII. Else Kröner-Fresenius (EKF) Symposium on Adult Cells in Aging, Diseases and Cancer**, Erice (Italien), Kontakt: Leibniz Institute for Age Research, Beutenbergstr. 11, 07745 Jena, Tel.: (0 36 41) 65 63 33, Fax: (0 36 41) 65 63 51, E-Mail: info@fli-leibniz.de

**18.–19.06.2015 » eHealth 2015 – Health informatics meets eHealth**, Wien (Österreich), Kontakt: AIT Austrian Institute of Technology GmbH, Donau-City-Str. 1, 1220 Wien, E-Mail: office@ait.ac.at

**22.06.2015 » Health in All Policies in der Praxis der Gesundheitsförderung**, Salzburg (Österreich), Kontakt: Fonds Gesundes Österreich, Aspernbrückengasse 2, 1020 Wien, Tel.: (00 43) 18 95 04 00, Fax: (00 43) 18 95 04 00 20, E-Mail: fgoe@goeg.at