

# 108 impulse

FÜR GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Impulse online unter [www.gesundheit-nds.de](http://www.gesundheit-nds.de)

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



## Im toten Winkel – vulnerable Gruppen in der Pflege

### EDITORIAL »

»Pflegerische Angehörige – Deutschlands größter Pflegedienst« lautete der präzise Titel einer Veröffentlichung der Gesundheitsberichterstattung des Bundes zur Pflegebedürftigkeit aus dem Jahr 2015, die unter anderem belegt, dass die Gesamtzahl hilfebedürftiger Personen fast doppelt so hoch ist wie die Anzahl der anerkannt pflegebedürftigen Menschen. Bereits bei den Zahlen allein setzt der tote Winkel an. Es ist das erste Mal, dass wir mit dem Titel einer Impulse-Ausgabe einen gleichnamigen Krimtitel übernehmen, nämlich den der Tatortfolge 1051, der seinerzeit viel Betroffenheit ausgelöst hat mit seinem erschreckend ehrlichen Schlaglicht auf die Situation häuslicher Pflege. Diese Betroffenheit zeigte einerseits, dass viele Menschen von häuslicher Pflege betroffen sind und andererseits, wie wenig das Gros der Bevölkerung letztlich über häusliche Pflegearrangements weiß, obwohl fast fünf Millionen Menschen in diesem Land hilfebedürftig sind.

Die Beiträge des Heftes beschreiben die Situation und die Herausforderungen verschiedenerer vulnerabler Gruppen in der häuslichen Pflege, unter anderem die von Kindern und Jugendlichen oder professionellen Pflegekräften als pflegende Angehörige sowie die Pflege von LSBTI\*.

Die nächste Impulse-Ausgabe hat das Schwerpunktthema »Gesundheit als Megatrend« (Redaktionsschluss 31.10.2020). Die übernächste Ausgabe der Impulse wird das Schwerpunktthema »Rassismus in der Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung« haben (Redaktionsschluss 31.01.2021). Wie immer sind Sie herzlich eingeladen, sich an den kommenden Ausgaben mit Beiträgen, Anregungen und Informationen zu beteiligen.

Mit herzlichen Grüßen  
aus Hannover und Bremen,  
bleiben Sie gesund!

Thomas Altgeld und Team

### AUS DEM INHALT

Der tote Winkel und die blinden Flecke in der Langzeitpflege .....	02
Kommunale Sorge .....	03
»Familie als Schule der Solidarität« oder Ausfallbürge? .....	04
Was Angehörige benötigen, um pflegen zu können. Ein Interview	05
Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige .....	06
Transnational erbrachte Live-in-Betreuung in Deutschland.....	07
Double Duty Carer – Pflegerische mit doppelter Pflegeverpflichtung	08
(Über-)regional vernetzte Gerontopsychiatrie – Ein Muss! .....	10
Menschen mit Beeinträchtigung im Alter pflegen .....	11
Queer im Pflegeheim. Ein Modellprojekt der AWO .....	12
Notwendige Spielräume in der ambulanten Kinderkrankenpflege	13
Gut, Gelassen und Gesund Pflegen in der Ausbildung .....	14
Tatort »Im toten Winkel« – Häusliche Pflege im Spotlight .....	16
Advance Care Planning .....	18
Wohl.Fühlen. Gewaltprävention in Pflegeeinrichtungen.....	19
Aktivitätenteilnahme in der stationären Langzeitpflege .....	19
Asylsuchende in der Pflege .....	20
Kita-Preis »Gute und gesunde Kita für alle!« .....	21
Zehn Gütekriterien für eine gesundheitsfördernde Hochschule ...	22
Medizinische (Notfall-)Versorgung in der stationären Altenpflege	23
Leitfaden der Stadt Hannover zur gendersensiblen Pflege .....	23
Was sagen erwerbslose Menschen zum Thema Gesundheit? .....	24
Präventive Hausbesuche und Alternativen .....	25
Wer pflegt Herrn K.? Pflege von wohnungslosen Menschen .....	26
Bücher, Medien .....	27
Termine LVG & AFS .....	29
Termine .....	32
Impressum .....	15



MARTINA HASSELER

## Der tote Winkel und die blinden Flecke in der Prävention und Gesundheitsförderung in der Langzeitpflege

Seit dem Jahr 2015 hat Prävention mit § 5 SGB XI als leistungsrechtliche Grundlage Einzug in die soziale Pflegeversicherung erhalten. Mit diesem gesetzlichen Passus wurde zwar erstmalig die stationäre Langzeitpflege für die Thematik Prävention und Gesundheitsförderung explizit gesetzgeberisch berücksichtigt. Gleichwohl kann nicht angenommen werden, dass mit dieser Gesetzesreform in der ambulanten und (teil-)stationären Langzeitpflege eine umfassende, zielgruppen- sowie settingangemessene gesundheitsförderliche und präventive Leistungserbringung in Deutschland möglich wäre. Vor dem Hintergrund der aktuellen Corona-Pandemie gewinnt die Frage einer adäquaten Gesundheitsförderung und Prävention für ältere hilfe- und pflegebedürftige Menschen noch einmal eine größere Bedeutung. Sie wird jedoch in diesem kurzen Beitrag nicht diskutiert. Die Begrenzungen des Teilleistungsrechts der Pflegeversicherung offenbaren jedoch die Problematik, hilfe- und pflegebedürftige Menschen vor einer hochinfektiösen Viruserkrankung zu schützen.

### Ausgewählte tote Winkel und blinde Flecken

» Prävention und Gesundheitsförderung sind keine neuen Phänomene in der professionellen Pflege. Sie sind ein selbstverständliches Prinzip, das bereits in der Ausbildung vermittelt wird. Die beruflichen Ausrichtungen der Public Health Nurse, der Community Health Nurse, der School Nurse, des Health Visitor und weiteren sind ein Zeugnis der Ansätze präventiver und gesundheitsförderlicher Pflege. Der blinde Fleck deutscher Politik und Gesetzgebung ist darin zu sehen, dass häufig professionelle Pflege mit dem SGB XI gleichgesetzt wird. Die ursprüngliche Intention des SGB XI als Teil-

leistungsrecht, nämlich mit den möglichen Leistungen vorrangig die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn zu unterstützen, ist zunehmend aus dem kollektiven Gedächtnis der Politik und Gesellschaft verschwunden.

» Ein weiterer blinder Fleck liegt in der Konstruktion von § 5 SGB XI und dem dazugehörigen »Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI«, die die fragmentierte Versorgung in der Langzeitpflege fortsetzen, da eine Abgrenzung der Leistungen nach § 5 SGB XI von aktivierender Pflege (§ 11 Abs. 1), § 18 Abs. 1 Satz und weiteren Paragrafen mehr gefordert wird. Es entsteht der Eindruck, dass Selbstbestimmung, Teilhabe, Ressourcenorientierung als parallele Konzepte zu § 5 SGB XI aus gesetzgeberischer Sicht verstanden werden. Damit wird der Gedanke gefestigt, dass Prävention und Gesundheitsförderung nicht als immanente Bestandteile aller pflegerischen Leistungen betrachtet werden, sondern als solitäre Komponenten, die zusätzlich erbracht werden können.

» Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff folgt einem defizitorientierten Selbstständigkeitsbegriff. Immer noch gilt: je unselbstständiger, desto höher sind die finanziellen Leistungen der Inanspruchnahmeberechtigten. Des Weiteren folgt die Finanzierung der Leistungen immer noch der Modullogik eines Pflegebedürftigkeitsinstrumentes, das nicht die Bedarfe abbildet. Im Leistungsrecht sind keine präventiven oder gesundheitsförderlichen Leistungen vorgesehen. Zugehende präventive pflegerische Leistungen im Sinne eines Public Health/Community Health Nursing oder ähnliches sieht das SGB XI nicht vor. Vor diesem Hintergrund ist es erforderlich, sich im SGB XI von einem defizitorientierten Verständnis der Selbstständigkeit in der Pflegeversicherung zu lösen und zu einem präventiven, gesundheitsförderlichen sowie rehabilitativen Verständnis zu gelangen.

» Das SGB XI ermöglicht aus genannten Gründen nur eine verrichtungsorientierte Teilleistungsversorgung. Die ambulanten Dienstleister\*innen werden aufgrund dieser Begrenzungen in der möglichen Leistungserbringung sowie der Fokussierung auf basale Tätigkeiten, der Fragmentierung der Versorgung und des Zeitdruckes darin gehindert, sich an gesundheitsförderlichen Leistungsangeboten zu beteiligen. Es dominiert immer noch das enge subsidiäre und das mit dem SGB XI implizite kommerzialisierte ökonomische Denken. Möglicherweise muss das System des SGB XI und SGB V weitergedacht werden und zwar im Sinne einer interdisziplinären und wohnortnahen Gesundheitsversorgung auf der Grundlage eines Primary Health Care Konzeptes. Ein Primary Health Care Verständnis nach WHO adressiert die Gesundheitsbedarfe der Menschen im Laufe ihres Lebens und inkludiert das physische, mentale und soziale Wohlbefinden und zieht in Rechnung, dass Gesundheit und Gesundheitsdeterminanten nicht allein von ärztlicher Versorgung abhängig sind.

» Des Weiteren ist die Pflegeberichterstattung in Deutschland nicht ausreichend, da sie auf dem defizitorientierten Selbstständigkeitsverständnis und auf den engen Rahmen der Module zur Messung von Pflegebedürftigkeit und auf

den aus diesen entwickelten Leistungen sowie weiterer gesetzlich definierter Maßnahmen aufbaut. Die Trennung der Pflegeberichterstattung von der Gesundheitsberichterstattung führt dazu, dass präventive und gesundheitsförderliche Leistungen im Kontext der Langzeitpflege gegebenenfalls nicht umfassend erhoben und analysiert werden können. Dies hat zur Folge, dass gesetzliche Reformmaßnahmen und Leitfäden eher auf Vermutungen, denn auf systematisch erhobene Daten und Analysen beruhen.

» In diesem Kontext erscheint es dringend erforderlich, ein Verständnis für »missed nursing care« im wohnortnahen Bereich zu entwickeln. Die Beziehung zwischen Personalausstattung, Qualifikation und Kompetenzen des Personals, Zusammenarbeit diverser Berufsgruppen und Sektoren und nicht durchgeführter pflegerischer, gesundheitlicher und präventiver Versorgung mit Outcomes sind für die ambulante und wohnortnahe Versorgung nicht annäherungsweise untersucht. Ähnlich wie für den Sektor der klinischen Versorgung ist anzunehmen, dass als Konsequenz der rationierten und fragmentierten sowie eng geführten pflegerischen Leistungen Auswirkungen auf die Qualität der Patienten\*innenversorgung nachweisbar sind.

Die leitende Frage im Kontext der Langzeitpflege sollte sein, ob und wie Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarfen im häuslichen Umfeld bleiben können und wie das pflegende Umfeld unterstützt werden kann. Es bedarf einer Strategie, aus der fragmentierten Leistungserbringung hin zu einem differenzierten Angebot professioneller und nicht-professioneller Pflege und zu einem Altersbild zu finden, dass durch Teilhabe und Selbstbestimmung gekennzeichnet ist.

Darüber hinaus sollte Prävention und Gesundheitsförderung in der Langzeitpflege systemisch betrachtet werden, da einzelne Maßnahmen und Interventionen ohne Gesamtzusammenhang wenig Wirkung zeigen. Die Evidenzlage ist eher gering und sehr heterogen ausgeprägt. Eine auf Systemebene entwickelte Ausrichtung von Prävention und Gesundheitsförderung im Sinne einer partizipativen sowie gesundheitsfördernden Organisationsentwicklung, die intendiert, die Systemebenen und -prozesse im Gedankengang der Förderung von Gesundheit, Prävention und Qualität zu beeinflussen, hat mehr Chancen, die Outcomes und Qualität im gewünschten Sinne zu beeinflussen.

### Fazit

Das SGB XI hat mit § 5 SGB XI Prävention die fragmentierte Leistungserbringung und das begrenzte Verständnis bedarfsangemessener pflegerischer Versorgung fortgesetzt. Es sind aus pflege-, gesundheits- sowie rehabilitationswissenschaftlicher Perspektive zahlreiche blinde Flecken und tote Winkel zu konstatieren, die eine präventive und gesundheitsförderliche Pflege verhindern. Es bedarf zukünftig umfassender Reformmaßnahmen, um die Potenziale gesundheitsförderlicher, präventiver und wohnortnaher Pflege zu ermöglichen.

Literatur und Langversion bei der Verfasserin

PROF. DR. MARTINA HASSELER, Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften, Rothenfelder Straße 10, 38440 Wolfsburg, E-Mail: m.hasseler@ostfalia.de

THOMAS KLIE

## Kommunale Sorge

In einer verwaltungswissenschaftlichen Interpretation verstehen wir unter Daseinsvorsorge die Verantwortungseinlösung aller staatlichen Ebenen und Stellen; aber auch von Wirtschaft und Zivilgesellschaft, Bedingungen guten Lebens für alle Bürger\*innen vor Ort zu schaffen und zu gewährleisten. Dieses Verständnis von Schmidt (2018) hat sich auch die Zweite Engagementberichtscommission der Bundesregierung zu eigen gemacht. Der Begriff der Daseinsvorsorge ist, auch wenn er an verschiedenen Stellen in deutschen Gesetzen vorkommt, kein mit einem eindeutigen Reglungs- und Verpflichtungsgehalt ausgestatteter Rechtsbegriff. Verpflichtungen zur Daseinsvorsorge finden sich spezialgesetzlich, etwa wenn es um Wasserver- und -entsorgung und andere Hardware für das technische Funktionieren von Kommunen geht. Auch die Vorhaltung von Kindertagesstätten ist inzwischen gesetzlich zur Pflichtaufgabe gemacht worden und wird wie die gesundheitliche Versorgung von einem notwendig weiten Verständnis von Daseinsvorsorge erfasst. Im Wesentlichen aber bleibt der Begriff der Daseinsvorsorge offen für demokratische Aushandlungsprozesse einerseits und andererseits für unterschiedliche Governance- und Gestaltungsoptionen.

### Sorgeaufgaben in politischer Verantwortung der Kommune

Wie Aufgaben der Daseinsvorsorge wahrgenommen und umgesetzt, wo Prioritäten gesetzt werden, das ist im Rahmen des kooperativen Föderalismus eine politische Gestaltungsaufgabe – mit der Letztverantwortung, vor allem in politischer Hinsicht, der Kommunen. Auch die gesundheitliche Versorgung, die Infrastruktur der Langzeitpflege gehört zur Daseinsvorsorge. Zum Glück hat man sich zumindest in der Langzeitpflege davon verabschiedet, Richtwerte für Heimplätze, die sich in Coronazeiten in vielerlei Hinsicht gerade nicht bewährt haben, festzulegen. Es muss Aufgabe örtlicher Politik bleiben, darüber zu befinden, wie etwa Sorgeaufgaben sozialisiert, gestaltet und konzeptionell ausgerichtet werden. Insofern sind auch die vielfältigen Vorgaben im Leistungsrecht der Pflegeversicherung durchaus ebenso mit Kritik zu begleiten wie die Entscheidung zu einer vergleichsweise radikalen Marktlösung: Weder Präferenzen der Bevölkerung, noch gleichwertige Lebensbedingungen oder sozialraumorientierte Antworten auf örtliche Bedarfslagen werden auf diese Weise gewährleistet. Gerade die Corona-Pandemie hat gezeigt, dass sich in maßgeblicher Weise vor Ort in den Kommunen die Bedingungen guten Lebens entscheiden. Dies vor allem für besonders vulnerable Bevölkerungsgruppen. Weder Markt- noch zentralstaatliche Akteur\*innen noch korporatistische Strukturen im Gesundheits- und Sozialwesen bieten bei allen Beiträgen, die sie jeweils leisten, Gewähr für eine ausreichende und bedarfsorientierte Infrastruktur. Die Kommunen werden immer mehr zu Ausfallbürgen für die begrenzte Verantwortungseinlösung von Markt und anderen staatlichen Ebenen: Sei es im öffentlichen Personennahverkehr, sei es in der gesundheitlichen Versorgung, wo die Kassenärztlichen Vereinigungen ihrem Sicherstellungsauftrag in strukturschwachen Gebieten häufig nicht mehr nach-

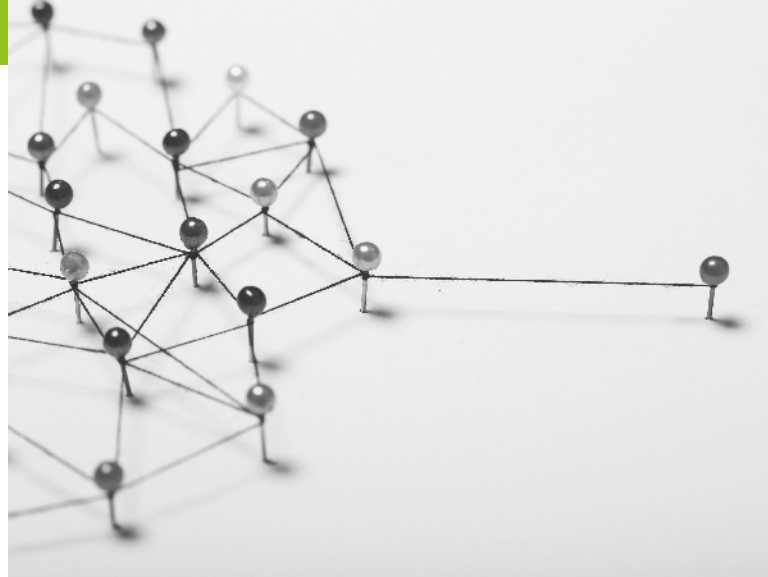
kommen (können). Wie wichtig etwa kommunalverankerte öffentliche Gesundheitsdienste sind, zeigt sich aktuell. Die neuen Handlungsmöglichkeiten von Kommunen im Bereich der hausärztlichen und sonstigen medizinischen Versorgung sind ein politisches und gesetzliches Eingeständnis, dass die vorrangig zuständigen korporatistischen Akteur\*innen nicht überall ihren Aufgaben nachkommen (können). Der Aufgabenzuwachs für alle kommunalen Ebenen führt zur strukturellen Überforderung von Kommunen und ihrer Verantwortung für die Daseinsvorsorge – insbesondere in finanzieller oder besser fiskalischer Hinsicht.

### Strukturpolitik ist gefragt

Die Coronakrise wird die ökonomische Handlungsfähigkeit der Kommunen noch einmal deutlich einschränken. Insofern besteht zum Teil grundlegender Handlungsbedarf, sowohl auf der Ebene der Bundes- als auch auf der der Kommunalpolitik. Strukturschwache Regionen, die auch unter dem Gesichtspunkt demokratischer Integration bedroht sind, können vielfach aus eigener Kraft die Voraussetzungen für eine co-produktive Gestaltung von Daseinsvorsorgeaufgaben nicht erfüllen und brauchen strukturpolitische Unterstützung. In strukturschwachen Regionen ist etwa eine präventive offene Jugendarbeit schwer zu realisieren, aber besonders notwendig, um beispielsweise Rechtsextremismus vorzubeugen. In Regionen mit strukturell bedingter Arbeitslosigkeit und begrenzter wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit sind kommunale Investitionen ausgeschlossen – insbesondere dann, wenn Haushaltszwang angeordnet wurde. Auch hier ist Strukturpolitik gefragt, um die Voraussetzungen für kommunale Handlungsfähigkeit überhaupt erst herzustellen. Dies war Thema der Kommission Gleichwertige Lebensbedingungen in Deutschland. Auf kommunaler Ebene ist »Good Governance« gefragt: Eingebettet in kommunalpolitische Diskurse auf allen Ebenen gilt es, unter Einbeziehung des Marktes und der Marktakteur\*innen, des Staates, der Zivilgesellschaft und unter Nutzung gemeinwirtschaftlicher Strategien (etwa Bürgergenossenschaften), Antworten auf Herausforderungen der Daseinsvorsorge zu finden. Die Kommunale Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsmanagement (KGSt) hat die Bürgerkommune als Leitbild ausgerufen, um solche Good Governance-Prozesse auf kommunaler Ebene unter Einbeziehung einer aktiven Zivilgesellschaft zu fördern.

### Caring Community-Ansätze einer sorgenden Gemeinschaft als Zukunftsmodell

Mit der Privatisierung und Kommerzialisierung hat man den Weg demokratischer Aushandlung über Fragen der Daseinsvorsorge verlassen. Es gilt ihn insofern neu zu begehen. Nur so lassen sich die zum Teil dramatischen Wandlungsprozesse in sozialer, demografischer, politischer, aber auch klimatischer Hinsicht vor Ort bewältigen. Good Practice gibt es genug, gleichwohl bleiben die Wege mühsam in einem Gesamtsystem, das weniger auf Koproduktion und die Überwindung von Sektorengrenzen gerichtet ist als auf die ökonomische Logik einzelner Sektoren. Gleichwohl bestehen auch vielfältige Chancen, Fragen der Daseinsvorsorge wieder stärker in demokratische Prozesse einzubinden, das ökonomische Potenzial von Regionen und regionale Wertschöpfungsketten zu nutzen und im Gesundheitswesen Public Health-orientierte Konzepte umzusetzen. Voraussetzung ist eine Verbesserung der politischen und rechtlichen Rahmenbedingung-



en. Leitbilder der Caring Community, einer sorgenden Gemeinschaft, die nicht in einer »Verehrenamtlichung« von Daseinsvorsorgeaufgaben ihren Zielpunkt kennt, sondern in einer Rückgewinnung von Daseinsvorsorgeaufgaben in demokratische Diskurse vor Ort – wo sie sinnvoll und zielorientiert gestaltet werden können – können eine Klammerfunktion bilden für die vielfältigen Bemühungen auch und gerade aus der Zivilgesellschaft und der örtlichen Bevölkerung, um gute Bedingungen für alle Bürger\*innen zu schaffen.

Literatur beim Verfasser

PROF. DR. HABIL. THOMAS KLIE, Evangelische Hochschule Freiburg, Institute AGP Sozialforschung und Zentrum für zivilgesellschaftliche Entwicklung (zze), Bugginger Straße 38, 79114 Freiburg, E-Mail: klie@eh-freiburg.de

### TINE HAUBNER

## »Familie als Schule der Solidarität« oder pflegepolitischer Ausfallbürge?

Die Pflegeversicherung wurde 1995 in der Absicht eingeführt, »die Familie als Schule der Solidarität« zu stützen. Hinter den blumigen Worten des damals amtierenden Arbeits- und Sozialministers, Norbert Blüm, verbarg sich das Vorhaben einer gesetzlichen Vorrangstellung häuslich-informeller Pflege. Die Pflegeversicherung reagierte auf eine bis dato fehlende Absicherung des Pflegefallrisikos mit einer budgetierten Teilleistung. Um das Pflegepotenzial der Familien zu stärken, hatte der Gesetzgeber eine bemerkenswerte Wahlfreiheit zwischen Sachleistungen, Geldleistungen oder einer Kombination beider Leistungen implementiert. Bei genauerem Hinsehen gibt sich diese Freiheit jedoch als beschränkt zu erkennen. So werden Leistungen für eine vollstationäre Versorgung nur dann gewährt, wenn häusliche Versorgung nicht möglich ist. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung müssen zudem privat getragen werden. Als Initialzündung eines neuen Sozialstaatsverständnisses, stützt die Pflegeversicherung die Familie also insofern, als sie deren informelle Pflegearbeit aufgrund von Zugangsbeschränkungen und Teilkaskocharakter faktisch erzwingt.

### Das »who is who« der Pflegepersonen

Trotz einer vielfach prognostizierten Abnahme familiärer Pflegebereitschaft können die Angehörigen als größter und billigster Pflegedienst der Nation bezeichnet werden: Von den insgesamt 3,4 Mio. Pflegebedürftigen werden insgesamt

Dreiviertel von Angehörigen, das heißt 51,7 Prozent ausschließlich von Angehörigen und 24,3 Prozent zusätzlich von ambulanten Pflegediensten häuslich versorgt. Die Mehrheit dieser mindestens 3 bis 5 Mio. privaten Pflegepersonen in Deutschland ist weiblich und im jungen Seniorenalter zwischen 60 bis 64 Jahren. Die Angehörigen sind, im Durchschnitt mit 63 Stunden pro Woche und rund sieben Stunden täglich in die Pflege eingebunden. Vor allem einkommensschwache Haushalte mit einer traditionellen Geschlechterordnung übernehmen die Pflege im Alleingang. Bei Pflegepersonen mit Migrationshintergrund ist die Wahrscheinlichkeit ebenfalls höher, auf Hilfen zu verzichten. Die Mehrheit gibt zudem noch immer dem Pflegegeldbezug Vorrang. Dies ist aus mindestens zwei Gründen nachvollziehbar: Die Pflegeversicherung hat mit der Budgetierung der Leistungen einen Unterbietungswettbewerb in Gang gesetzt, der auch auf Kosten der Leistungsqualität geht. In Anbetracht des Stakkatos in der ambulanten Minutenpflege und begrenzten Sachleistungen entscheidet sich die Mehrheit der Angehörigen, insbesondere aus einkommensschwächeren Haushalten, bei hohem Pflegeaufwand häufig notgedrungen dafür, die Pflege selbst in die Hand zu nehmen.

### Angehörige in der Pflegefalle

Die Pflegebereitschaft der Angehörigen verdankt sich nicht nur der Logik familiären Gebens und Nehmens. Eigenen empirischen Befunden zufolge wirken bei der Pflegeübernahme überwiegend weiblicher Angehöriger materielle Verwundbarkeiten mit kulturellen Ausschlussprozessen (in Gestalt geschlechtsspezifischer häuslicher und außerhäuslicher Arbeitsteilung) zusammen. Über Generationen hinweg tradierte geschlechtsspezifische häusliche Sorgearbeitsteilungen entwickeln im täglichen Handlungsablauf Beharrungstendenzen, die trotz zunehmender Überforderung eine Delegation von Pflegearbeit immer unwahrscheinlicher werden lassen. Zusammengefasst verdankt sich die Aufrechterhaltung des deutschen Pflegeregimes auch dem Zusammenspiel geschlechtsspezifischer Arbeitsteilungen, unzureichenden Versicherungsleistungen und pflegepolitisch implementierten Cash-for-Care-Programmen, die jene Ungleichheiten erfolgreich reproduzieren.

### Häusliche Pflege und Vereinbarkeit: Eine Quadratur des Kreises

Dass die Teilleistungen der Pflegeversicherung soziale Ungleichheit in der häuslichen Pflege verstärken, liegt auch am ungelösten Vereinbarkeitsproblem. Das Eintreten eines Pflegefalls erhöht die Erwerbsunterbrechungsrate von Frauen um 146 Prozent. Hielscher et al. zufolge schränken 34 Prozent aller Pflegepersonen im erwerbsfähigen Alter ihre Erwerbstätigkeit ein, 15 Prozent geben sie ganz auf. Das typische Dilemma pflegender Angehöriger führt mitunter zu einem Kreislauf aus Überlastung, Armut, sozialer Isolation und einer verstärkten Angewiesenheit auf Versicherungsleistungen. Vor dem Hintergrund, dass die durchschnittliche Pflegedauer zwischen fünf und acht Jahren beträgt, stellt die Unterstützung durch die staatliche (Familien-)Pflegezeitregelung, mit ihrem Anspruch auf sechsmonatige Freistellungen beziehungsweise der teilweisen Freistellung bis zu zwei Jahren, keine ausreichende Entlastung dar. Auch die Wirtschaft scheint im Bann des Dilemmas zu stehen: Eine 2011 durchgeführte repräsentative Umfrage mit deutschen Unter-

nehmen ergab, dass 69 Prozent der Beschäftigten damit rechnen, in Zukunft einen Angehörigen pflegen zu müssen. Trotz dieser alarmierenden Prognose bietet nicht einmal ein Drittel der befragten Arbeitgeber\*innen pflegebewusste Maßnahmen an. 71 Prozent kennen keine betrieblichen Vereinbarkeitsmaßnahmen und 62 Prozent haben sich bislang noch nicht einmal mit dem Thema beschäftigt.

### Einmal mehr im Stich gelassen:

#### Angehörigenpflege in Zeiten der Pandemie

Die Corona-Pandemie hat die soziale Verwundbarkeit pflegender Angehöriger wie unter einem Brennglas sichtbar werden lassen. Pflegende Angehörige wurden noch stärker auf die alleinige Pflege ihrer Angehörigen zurückgeworfen und zugleich überproportional von Existenzsorgen betroffen. Dabei wurden sie – trotz gesetzlichen Anspruchs – nicht ausreichend mit Schutzmasken und Desinfektionsmitteln unterstützt. Dass nun im Rahmen des Bevölkerungsschutzgesetzes das Pflegeunterstützungsgeld für erwerbstätige Pflegepersonen von zehn auf zwanzig Tage ausgeweitet wurde, ist ein Erfolg – aber nur ein kleiner.

Literatur bei der Verfasserin

DR. TINE HAUBNER, Friedrich-Schiller-Universität Jena, Institut für Soziologie, Carl-Zeiß-Straße 3, 07743 Jena, E-Mail: tine.haubner@uni-jena.de

## Was Angehörige benötigen, um pflegen zu können – Ein Interview

Gudrun Born, Jahrgang 1931, pflegte 17 Jahre lang ihren Mann zu Hause. Während dieser Zeit begann sie sich für eine bessere soziale Absicherung pflegender Angehöriger einzusetzen – ein Engagement, welches bis heute währt.

» **Impulse:** Können Sie sich bitte kurz vorstellen und davon berichten, wie Sie die Situation als pflegende Angehörige damals erlebt haben?

» **Gudrun Born:** Im Alter von 50 Jahren wurde ich von einem auf den anderen Tag zur pflegenden Angehörigen. Mein Mann kam frühmorgens als Eilfall bewusstlos in ein Krankenhaus – Diagnose Hirninfarkt. Eine Notoperation rettete ihm das Leben; nach 4 Monaten wurde er nach Hause entlassen – 100 Prozent schwerbehindert. Er hatte sein gesamtes Gedächtnis verloren, konnte weder sprechen noch laufen, erkannte nicht mal seine Kinder. Damals gab es noch keine Pflegeversicherung. Jede Information musste ich selbst suchen. Als ich spürte, dass ich an meine Grenzen stieß, wurde mir bewusst, dass ich dabei war, mich selbst zu überfordern. Also begann ich, zunächst eher widerstrebend, mir eine Vertretung zu suchen. Ich fühlte mich oft isoliert und ausgegrenzt. Irgendwann realisierte ich, dass mir Kontakte fehlten. Deshalb gründete ich eine Gruppe für pflegende Angehörige.

» **Impulse:** Was macht Ihrer Erfahrung nach eine gute Selbsthilfegruppe aus?

» **Gudrun Born:** Sie braucht eine Person, die von der Gruppe gewünschte Themen umsetzt und während der Treffen die Gespräche moderiert. Kernelement jeder Selbsthilfegruppe ist gegenseitiges Vertrauen. Alle Teilnehmenden müssen sich sicher sein, dass sämtliche Äußerungen vertraulich behandelt

werden. Selbsthilfegruppen sollten nicht größer als 10–12 Teilnehmer\*innen in ähnlicher Pflegesituation sein. Nach dem Tod eines Pflegebedürftigen sollten die Angehörigen die bestehende Gruppe verlassen, denn die Themen, die Menschen nach dem Tod von Angehörigen bewegen, sind andere, als während der Pflege. Auch Neumitglieder lassen sich nicht ohne weiteres in eine bestehende Selbsthilfegruppe integrieren. Oftmals haben sie Fragen, die längst besprochen wurden, das hemmt die Weiterentwicklung der bestehenden Gruppe. Ideal ist, wenn ehemals pflegende Angehörige, die ihren Abschiedsprozess bereits bewältigt haben, eine neue Gruppe für trauernde Angehörige gründen. Eine Gruppenleitung durch eine Pflegefachkraft wirkt sich eher hemmend auf den Austausch in der Gruppe aus, aber es ist hilfreich, sie bei speziellen Fragen hinzuziehen zu können.

» **Impulse:** *Wenn es um die Frage geht, was von pflegenden Angehörigen gefordert wird, kommt die in den §§ 137 und 1618a BGB geregelte sittliche Beistandspflicht ins Spiel. Was kritisieren Sie daran?*

» **Gudrun Born:** Sittlicher Beistand ist aus meiner Sicht etwas völlig anderes als die Vollversorgung von Pflegebedürftigen, die noch dazu unentgeltlich geleistet werden muss. Häusliche Pflege ist harte Arbeit: im Pflegegrad 4 und 5 bis zu 84 Stunden pro Woche. Das Pflegegeld wird gekürzt oder ganz gestrichen, sobald die Pflegesachleistungen in Anspruch genommen werden. Wer die eigene Erwerbstätigkeit um der Pflege willen aufgeben muss und keine ausreichenden Rücklagen hat, gerät in den Bezug des Arbeitslosengeldes II. Das bedeutet: Pflegepersonen mit geringem Einkommen geraten bei langjähriger Pflege fast automatisch in Armut. Der Staat erwartet, dass die Frauen unentgeltlich pflegen wie zu Kaiser-Wilhelm-Zeiten. Das passt alles nicht in unsere Zeit!

» **Impulse:** *Aber die Pflegeversicherung zahlt doch Rentenbeiträge für pflegende Angehörige.*

» **Gudrun Born:** Jährlich errechnet die Deutsche Rentenversicherung die aktuelle Bezugsgröße. Für Pflegepersonen wird das fiktive Gehalt (einer 35 Stunden Woche) zugrunde gelegt. 2020 liegt es – je nach Pflegegrad, Ost- oder Westdeutschland, zwischen 3.318 und 568 Euro pro Monat. Damit sind individuelle Rentenerhöhungen zwischen 31,15 und 5,74 Euro für ein Jahr Pflegeleistung erreichbar. Was aber bisher in keiner Weise berücksichtigt wird: Das fiktive Gehalt beruht auf einer 35-Stunden Woche, während pflegende Angehörige ganzjährig mindestens 12 Stunden pro Tag im Einsatz sind. Die Rentenbeiträge müssten also wesentlich höher angesetzt werden. Außerdem werden sie nur voll eingezahlt, solange die Pflegepersonen allein pflegen. Sobald Pflegekräfte helfen, werden die Beiträge um 15 bis 30 Prozent gesenkt.

» **Impulse:** *Mit welchen politischen Maßnahmen könnte die Situation pflegender Angehörigen verbessert werden?*

» **Gudrun Born:** Wenn Pflegebedürftige in ein Heim ziehen, wird geklärt, wer die Kosten übernimmt. Wieso nicht bei der Übernahme häuslicher Pflege? Pflegenden Angehörige, deren Lebensunterhalt nicht mehr gesichert ist, brauchen eine Ausgleichszahlung oberhalb der Armutsgrenze; ohne Rückgriff auf ihre eigenen Ersparnisse. Diese Hilfen ist der Staat ihnen schuldig, denn ihre Arbeit ist das Rückgrat des Deutschen Pflegesystems und ihre Leistung ist durch nichts zu

ersetzen. Der Wegfall des Pflegegeldes und die geringen Rentenbeiträge wirken abschreckend. Man muss davon ausgehen, dass sich künftig weniger Angehörige für eine Pflegeübernahme entscheiden und dann wird die Versorgungslage bedrohlich. Es ist Zeit, um für die Anpassung der Rentenbeiträge zu kämpfen, weil tausende pflegende Angehörige in Altersarmut geraten. Zudem wird es bei Nutzung der Sachleistung gekürzt oder gestrichen. Wieso wird es zum Beispiel bei Inanspruchnahme der Sachleistung nicht genauso weitergezahlt wie bei Nutzung von Tagespflege?

» **Impulse:** *Wo werden aus Ihrer Sicht die Interessen von pflegenden Angehörigen vertreten?*

» **Gudrun Born:** Es gibt in Deutschland circa 15 Gruppen, die für die Belange pflegender Angehöriger eintreten. Es wäre gut, wenn politische Vertreter\*innen die Interessenvertretungen für pflegende Angehörige anhören würden, denn die Pflegenden können nicht auf die Straße gehen und ihre pflegebedürftigen Angehörigen allein lassen.

» **Impulse:** *Zum Abschluss: Was würde Pflegebedürftigkeit für Sie selbst bedeuten?*

» **Gudrun Born:** Ich möchte meinen Kindern meine Pflege nicht zumuten, denn ich weiß, dass damit ihr ganzes eigenes Leben auf den Kopf gestellt würde. Ich hoffe, dass ich aus einem aktiven Leben abberufen werde. Wenn nicht, brauche ich eben einen Platz in einer Pflegeeinrichtung.

Interviewerinnen: Carolin Rückriem und Birgit Wolff

Literatur bei der Interviewpartnerin

GUDRUN BORN, Tel.: (0 69) 57 42 01 (bitte Anrufbeantworter nutzen),  
E-Mail: gudrun.born@t-online.de, Internet: www.pflegebalance.de

## BENJAMIN SALZMANN

### Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige

Eine schwere Krankheit oder Beeinträchtigung eines Familienmitglieds betrifft immer auch alle anderen in der Familie lebenden Personen. Der gewohnte Familienalltag wird durcheinandergeworfen, Wünsche und Ziele müssen aufgegeben oder verändert werden und Kinder sowie Jugendliche sehen sich mit den schweren Themen Krankheit und Tod konfrontiert. Diese neue Situation kann für sie sehr belastend sein. Offene, altersangemessene Gespräche über die Erkrankung und ihre Auswirkungen auf die Familie sind dann wichtig, um Ängste zu nehmen und eine bestmögliche Neuorganisation des Familienalltags, einschließlich der Pflege, zu ermöglichen. Nicht immer gelingt es Familien aber, die Pflege ohne die Kinder und Jugendlichen zu organisieren. 480.000 Kinder und Jugendliche zwischen 10 und 19 Jahren sind in Deutschland pflegende Angehörige. Die Zahlen von Prof. Dr. Sabine Metzinger der Universität Witten Herdecke machen deutlich, wie groß das Phänomen der Pflege durch Minderjährige ist. 6,1 Prozent dieser Altersgruppe übernehmen Pflegeverantwortung, wie Hilfe bei der Nahrungsaufnahme, bei der Körperpflege, bei der Mobilität oder der Haushaltsführung. Diese Aufgaben werden verstärkt von Mädchen als auch von Jungen übernommen.

### Wann Kinder pflegen

Pflege durch Kinder und Jugendliche geschieht häufig dann, wenn die Verantwortung nicht auf andere Schultern verteilt werden kann. Extrembeispiel sind Kinder mit alleinerziehendem Elternteil, welcher pflegebedürftig wird. Aber auch in größeren Familien können Kinder und Jugendliche Pflege übernehmen, wenn beispielsweise Eltern durch ihren Beruf nicht alle Aufgaben jederzeit übernehmen können oder Familien sich gegen die Inanspruchnahme von Pflege- oder Entlastungsleistungen entscheiden. Für die pflegenden Kinder und Jugendlichen selbst spielt neben dem »Gebraucht-Werden« aber auch ein »Helfen-Wollen« und ein Pflichtgefühl eine Rolle bei der Übernahme solcher Verantwortung. Dementsprechend haben sie eher einen positiv besetzten Blick auf das, was sie leisten und bewerten es als gut, ihre Familie unterstützen zu können. Die Grenze zwischen »normaler« familialer Hilfe und altersunangemessener Pflege ist dabei meist fließend, insbesondere, wenn es sich um Verantwortung im Haushalt und der Geschwisterbetreuung handelt. Die Bandbreite von Pflegeverantwortung bei Kindern und Jugendlichen liegt zwischen wenigen Stunden pro Woche bis hin zu Verantwortung rund um die Uhr.

### Auswirkungen der Pflege

Auch wenn viele Kinder und Jugendliche ihre Pflegeverantwortung grundsätzlich positiv sehen, kommt es gerade in Belastungssituationen zu Überforderung und negativen Auswirkungen. Rückschauende Untersuchungen zeigen außerdem, dass problematische, langfristige Auswirkungen der Pflegeverantwortung in der Kindheit und Jugend kaum von den Betroffenen wahrgenommen oder antizipiert werden können. Zu den problematischen Auswirkungen der Pflegeverantwortung können neben psychischen und körperlichen Belastungen auch Probleme in der Schule, Ausbildung oder Studium gehören. Viele Betroffene haben schlechtere Noten in den Phasen, in denen sie besonders in die Pflege eingespannt sind oder sich starke Sorgen um die erkrankte Person machen. Häufigere Fehlzeiten und frühere Schulabbrüche treffen diese Gruppe junger Menschen ebenfalls verstärkt. Das ist insofern problematisch, als dass die Folgen dieser geringeren Bildungs- und damit Karrierechancen sich bis weit ins Erwachsenenleben und auf die Rente auswirken können. Auch die soziale und kulturelle Teilhabe dieser jungen Menschen ist häufig gefährdet. Sie haben durch die Pflegeverantwortung weniger Zeit für Freunde, Hobbies und eine altersgerechte Jugend im Allgemeinen. Dabei zeigen viele dieser jungen Menschen auch positiv wahrgenommene Auswirkungen: mehr Selbstwirksamkeit, Organisationstalent und Durchsetzungsvermögen; die Chance, viel mehr Zeit mit der Familie zu verbringen und etwas zurückgeben zu können. Die enge Bindung an die Familie kann aber, wenn es um die Abnabelung von der Herkunftsfamilie geht, zu einem Dilemma führen. Für viele Jugendliche und junge Erwachsene ist es mit großen inneren Konflikten verbunden, die hilfebedürftige Person durch den Auszug von zu Hause ganz oder teilweise nicht mehr unterstützen zu können.

### Ressourcen stärken

Es hängt von vielen Faktoren ab, wie belastend die Pflege ist. Neben der Art der Erkrankung, Dauer der Pflege, dem Hilfebedarf und dem Umfang der Pflege, ist auch entscheidend, welche Ressourcen die junge Person hat. Sind die erkrankte



Person und die Elternteile weiterhin in ihrer (Eltern-)Rolle vorhanden? Sind andere Familienangehörige unterstützend tätig? Steht den jungen Menschen ein guter Freundeskreis zur Verfügung und Möglichkeiten zu Auszeiten aus der Pflege? Wie offen wird in der Familie über die Krankheit und eigene Bedürfnisse gesprochen?

### Professionelle Hilfen

All dies kann Grund für die Inanspruchnahme von professionellen Unterstützungsangeboten sein. Diese sind allerdings in Deutschland kaum vorhanden. Betroffene müssen meist auf ein Situationsverständnis von Fachkräften in der Jugend- oder Familienhilfe, in der Schule oder der Pflege(-beratung) hoffen. Ein geringes Bewusstsein über diese pflegenden Kinder und Jugendlichen führt allerdings noch häufig dazu, dass sie weder erkannt noch allumfassend unterstützt werden können. Denn aufgrund der Schnittstellen zwischen Pflege, Bildung und Jugend braucht es bereichsübergreifende Expertise oder Vernetzung, die in vielen Fällen erst aufgebaut werden muss. Aber schon mit kleinen Schritten können Betroffene unterstützt werden. Ein offenes Ohr ohne Verurteilung der Familie ist für viele Kinder und Jugendliche schon wichtig. Viele wünschen sich eine Person außerhalb der Familie, die sie versteht und mit der sie über ihre Sorgen sprechen können. Fachkräfte können sich beim Projekt »echt unersetzlich« vom Diakonischen Werk Berlin Stadtmitte Arbeitshilfen herunterladen. Dort gibt es Anregung zur Identifikation betroffener junger Menschen und Beratungsleitfragen.

Literatur beim Verfasser

BENJAMIN SALZMANN, echt unersetzlich, Bergmannstraße 44, 10961 Berlin, E-Mail: echt-unersetzlich@diakonie-stadtmitte.de

### ARANKA VANESSA BENAZHA

## Verunsichtbart, prekär, systemrelevant. Transnational erbrachte Live-in-Betreuung in Deutschland

»Die Coronakrise wird in Deutschland zur Pflegekrise« titelt der Bayerische Rundfunk in einem Beitrag über die transnational erbrachte, sogenannte 24-Stunden-Betreuung. In der Tat wird durch die COVID-19-Pandemie offenbar, wie sehr das deutsche Pflegesystem von den – sonst weitgehend verunsichtbarten – Pendelmigrant\*innen aus Mittel- und Osteuropa abhängt. Diese Ambivalenz von Angewiesenheit und

Nicht-Anerkennung zeigt sich bereits in der Statistik: Da sich in Deutschland auf diesem Feld ein »ungeregeltes Migrations-Regime« herausgebildet hat, fehlen auch offizielle Erhebungen. Schätzungen gehen jedoch von 300.000 bis 500.000 Live-ins aus. Trotz der großen Divergenz macht dies die hohe Relevanz dieser Beschäftigtengruppe für den Pflegektor deutlich, welche angesichts der doppelten demographischen Entwicklung und der überaus starken Bevölkerungspräferenz für häusliche Pflege in Zukunft eher zu- als abnehmen wird. Eine Schlüsselrolle nehmen dabei Agenturen grenzüberschreitender Betreuungsdienstleistungen ein: Die EU-Osterweiterungen eröffneten ihnen Gelegenheitsräume, die sie für eine Quasi-Formalisierung dieses zuvor informell (über persönliche Empfehlungen und private Netzwerke) organisierten Sorgemarktes genutzt haben. Ihre Brückenposition zwischen Angebots- und Nachfrageseite ermöglicht ihnen ökonomische Wertschöpfung, die vor allem auf den Wohlstandsgefällen zwischen Deutschland und den Sendeländern basiert.

### Alles im grauen Bereich?

#### Rechtliche Rahmenbedingungen und Fallstricke

Eine staatliche Regulierung ihrer Geschäftspraktiken findet kaum beziehungsweise nicht statt: Weder existieren Standards für die Qualität von Beratung und Vermittlung sowie der Dienstleistungen selbst noch klare rechtliche Rahmenbedingungen, auf deren Grundlage ein Live-in-Arrangement gestaltet werden kann. Letzteres tritt bereits in der Pluralität der praktizierten Modelle zutage: Vermittelt werden entsandte und/oder selbstständige Betreuungskräfte, ebenfalls sind (wenngleich in nur verschwindend geringer Zahl) direkte Anstellungen durch deutsche Agenturen oder die Pflegehaushalte sowie Arbeitnehmer\*innenüberlassung vorfindbar. Während die Agenturen die Legalität ihrer Angebote postulieren, setzt sich ihr Interessenverband, der Verband für häusliche Betreuung und Pflege e. V., paradoxerweise dezidiert für die Schaffung von Rechtssicherheit ein. In Anbetracht der juristischen Fallstricke, die jedem der genannten Modelle inhärent sind, mutet diese Forderung allerdings eher wie die Quadratur des Kreises an.

So sind das deutsche Arbeitszeit- und Mindestlohnengesetz sowohl bei einer Anstellung nach deutschem Arbeitsrecht als auch bei einer Entsendung und Arbeitnehmer\*innenüberlassung zwingend anzuwenden. Insofern Phasen der Arbeitsbereitschaft und/oder des Bereitschaftsdiensts als Arbeitszeit gelten, ist eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung durch eine Person über zwei bis drei Monate hinweg damit schlichtweg nicht durchführ- und bezahlbar. Die Umdeutung von Arbeitszeit in Freizeit, wie sie von der Branche zu Legitimationszwecken gern vorgenommen wird, wird konterkariert durch das gleichzeitige Framing der Dienstleistung als »24h Betreuung«, »24 Stunden am Tag und in der Nacht« oder »24 Stunden Rufbereitschaft«. Bei aller Kritik, die dieser Begriff zu Recht auf sich zieht, beschreibt er die Arbeitsrealität der Migrant\*innen doch sehr zutreffend: Die Erwartungshaltung einer steten Orientierung an den Bedarfen und der Tagesstruktur der pflegebedürftigen Personen und die mit dem Setting verbundene dauernde Verfügbarkeit führen zu einer (zeitlich wie räumlich) völligen Entgrenzung von Arbeit und Leben. Eine Strategie, die arbeitszeit- und mindestlohnrechtlichen Regelungen zu umgehen, bietet das Selbstständigen-Modell. Hier sind die Agenturen beziehungsweise Pflege-

haushalte von jeglicher Arbeitgeber\*innenverantwortung befreit, welche nun den Betreuungskräften obliegt. Wie bei vielen anderen Solo-Selbstständigen geht damit aber kein Freiheitsgewinn, sondern eine weitere Prekarisierung einher. Zum einen sind die Aushaltungsressourcen zwischen den Auftraggeber\*innen und den Auftragnehmer\*innen ungleich verteilt, wofür überwiegend kurze Vertragslaufzeiten und Kündigungsfristen sowie »Geld-zurück-Garantien« sinnbildlich stehen. Zum anderen tragen sie die Live-ins Risiken wie Gefahren von Altersarmut, Arbeitsunfähigkeit und Auftragslosigkeit allein. Als Vorbild für dieses Modell dient der Branche Österreich, wo die selbstständige Tätigkeit der sogenannten »Personenbetreuung« seit der Einführung des Hausbetreuungsgesetzes im Jahr 2007 legalisiert ist. Doch damit sind auch in Österreich die beschriebenen Problematiken nicht verschwunden: Vielmehr führt die dortige »Minimallegalisierung« zu einer Normalisierung der dem Arrangement innewohnenden Ungleichheitsverhältnisse. Rein rechtlich ist zudem zu fragen, ob es sich bei dieser gesetzlichen Sonderregelung nicht um eine Verrechtlichung (und damit eine staatliche Legitimierung) von Scheinselbstständigkeit handelt. Denn die für eine Selbstständigkeit maßgeblichen Kriterien der Weisungsfreiheit, der fehlenden Eingliederung in den Betriebsablauf und der freien Arbeitszeitgestaltung sind in einem Live-in-Setting in der Regel nicht gegeben. Faktisch handelt es sich folglich um eine abhängige Beschäftigung mit den damit verbundenen arbeitsrechtlichen Konsequenzen.

#### Fazit

Zusammenfassend zeigt sich für Deutschland also, dass es gegenwärtig nicht möglich ist, ein typisches Live-in-Arrangement zu etablieren, »ohne dabei die durch Rechtsvorschriften gesetzte[n] Grenzen zu überschreiten«. Nicht nur aus rechtlichen, sondern auch aus ethischen Gründen ist es darum notwendig, alternative Lösungsansätze zu entwickeln, die Fragen »guter« Arbeit und »guter« Pflege nicht gegeneinander auspielen, sondern gleichberechtigt in den Blick nehmen.

Literatur bei der Verfasserin

ARANKA VANESSA BENAZHA (M. A.), Goethe-Universität Frankfurt, Theodor-W.-Adorno-Platz 6, 60323 Frankfurt am Main, Tel.: (0 69) 79 83 66 42, E-Mail: benazha@soz.uni-frankfurt.de, Internet: www.decentcarework.net

#### ANJA GERLACH

### Double Duty Carer – Pflegende mit doppelter Pflegeverpflichtung

Angehörige, umgangssprachlich pflegende Angehörige, sind für das Gesundheitssystem von herausragender Bedeutung, deshalb werden sie auch als »Deutschlands größter Pflegedienst« bezeichnet. Sind Angehörige erwerbstätig, dann stellt dies eine besondere Herausforderung dar. Der Anteil der Angehörigen, die neben ihren beruflichen Verpflichtungen auch privat in Pflege- oder Unterstützungsleistungen eingebunden sind, ist über die vergangenen Jahre deutlich gestiegen. So waren in Deutschland im Jahr 2012 schon über 65 Prozent der unter 65-jährigen erwerbstätigen Personen in private Pflegeaufgaben eingebunden, mit steigender Tendenz.





### Double Duty Carer – Wer verbirgt sich dahinter?

Diese Entwicklungen legen nahe, dass auch ein Teil der Gesundheitsfachpersonen zusätzlich zu den beruflichen Pflege- und Versorgungsaufgaben die Rolle von erwerbstätigen pflegenden Angehörigen übernehmen muss. Diese sogenannten »Double Duty Carer« sind Pflegefachpersonen (Altenpfleger\*innen, Gesundheits- und Krankenpfleger\*innen, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger\*innen), die neben ihrer beruflichen Pflegetätigkeit auch privat für die Pflege eines Angehörigen verantwortlich sind. Sie schultern also eine doppelte (»double«) Verpflichtung (»duty«). Wie viele Pflegefachpersonen für eigene pflegebedürftige Nächste sorgen, ist noch wenig untersucht. Bisherige Angaben aus Kanada variieren zwischen 30 bis 50 Prozent der erwerbstätigen Pflegefachpersonen und 7,7 Prozent in Deutschland. In einer aktuellen deutschsprachigen Studie wurden 495 Pflegefachkräfte und Pflegehilfskräfte befragt. In der Befragung lag der Anteil doppelt Pflegenden bei rund 20 Prozent. Die Befragten gaben an im Durchschnitt 54 Stunden pro Woche mit Pflegeaufgaben betraut zu sein (37 Stunden berufliche Pflege und 17 Stunden Angehörigenpflege). Diese Angaben variieren je nach Pflegegrad des Pflegebedürftigen. 7 von 10 doppelt Pflegenden kümmern sich bereits seit mindestens 2 Jahren um pflegebedürftige Angehörige und jeder Fünfte betreut gleich zwei Angehörige.

### Besondere Belastungen und Herausforderungen von Double Duty Carer

Double Duty Carer sind besonderen Belastungen und Herausforderungen ausgesetzt: Diese sind zum einen durch die Besonderheiten des Schichtdienstes, die regelmäßigen Wochenenddienste sowie unvorhergesehene berufliche Verpflichtungen bedingt. Zudem werden auch an freien Tagen die pflegebedürftigen Angehörigen versorgt, sodass keine ausreichende Erholung stattfinden kann. Zum anderen kommen die psychischen und physischen Belastungsfaktoren in der gesundheitlichen Versorgung sowie die spezifischen Belastungsfaktoren durch die Angehörigenpflege hinzu.

Erste Studien zeigen, dass die doppelte Pflegeverpflichtung sich nachteilig auf die Gesundheit auswirkt. Verschiedene Studien zeigen die Beeinträchtigung der physischen Gesundheit sowie der psychischen Gesundheit auf. In einer Studie von Boumans und Dorant (2013) gaben doppelt Pflegenden auch an, dass sie häufiger krank zur Arbeit gehen (sogenannter Präsentismus).

Eine wichtige Frage für Double Duty Carer ist, inwieweit offenbare ich mich an meinem Arbeitsplatz und sage, dass ich zu Hause noch jemanden pflege. Aus betrieblicher Sicht sind es vor allem die Vereinbarkeitsprobleme, die bei 2- oder gar 3-Schicht-Systemen auftauchen. Wenn ich zu Hause beispielsweise meinen Ehemann pflege, aber immer zu unterschiedlichen Zeiten arbeiten muss, stellt sich natürlich die Frage, wie kann ich das unter einen Hut bekommen. Manche doppelt Pflegenden haben auch noch Kinder zu versorgen. Darüber hinaus gibt es auch einen Rollenkonflikt: Jemand ist in der Pflegesituation zu Hause einerseits der Pflegeprofi. Andererseits gibt es da aber die persönliche Bindung zum zu Pflegenden. Er ist eben nicht einer der\*die Bewohner\*in aus meinem Wohnbereich, wo ich professionell agieren kann, sondern er ist jemand, zu dem ich eine sehr persönliche Bindung habe. Zum anderen sieht derjenige, der aus einem Pflegeberuf kommt, natürlich Dinge in der Versorgung seines Angehörigen anders als ein reiner Laien-Pflegender.

### Die Bedeutung von Double Duty Carer als Arbeitgeber erkennen

Wünschenswert wäre, dass Arbeitgeber die Vereinbarkeits-themen von sich aus ansprechen, um eine Offenheit im Pflegebetrieb für diese Themen zu schaffen. Es ist ein wichtiges Führungsthema, zu signalisieren, dass man die Problematik der doppelt Pflegenden kennt und Interesse daran hat, gemeinsam mit dem Mitarbeiter gute Lösungen zu finden, die sowohl für den Betrieb als auch für den Beschäftigten funktionieren. So könnten für Double Duty Carer besonders verlässliche Dienstpläne erstellt werden und die Arbeitsorganisation angepasst werden. Können bestimmte Tätigkeiten anders verteilt werden, sodass die Mitarbeiter\*innen nicht auch doppelt belastet werden? Wenn zu Hause der Angehörige an einer mittelschweren Demenz leidet, ist es vielleicht doppelt belastend, wenn ein\*e Mitarbeiter\*in bei der Arbeit auch nur mit dementen Menschen arbeitet. Wenn man den Blick umdreht vom Defizit zum Nutzen und schaut, was doppelt Pflegenden ihrem Arbeitsplatz und dem Gesundheitswesen bringen, stellt man fest: Diese Mitarbeiter\*innen blicken aus der Angehörigenperspektive. Sie verstehen deutlich besser, was die Pflegeempfänger\*innen wünschen und wie ein konstruktiver Umgang mit Angehörigen aussieht. Für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen ist es auch eine Chance, diese Mitarbeiter\*innen einzubinden, wenn es um Strategien zur Zusammenarbeit mit (pflegenden) Angehörigen geht. Double Duty Carer können für die Pflegeeinrichtungen somit einen zusätzlichen Kompetenzgewinn bringen. Den kann man nur nutzen, wenn man sich diesem Thema öffnet.

Literatur bei der Verfasserin

ANJA GERLACH (MScN), seit Mai 2013 pflegende Angehörige, Allianz Pflegenden Angehörige. Interessengemeinschaft und Selbsthilfe e. V., E-Mail: Gerlach-HH@t-online.de, Internet: www.allipa.de

JEANETT RADISCH<sup>1</sup>, MELANIE BARGEMANN

## (Über-)regional vernetzte Gerontopsychiatrie – Ein absolutes Muss!

Gerontopsychiatrie ist die Lehre der psychischen Erkrankungen des höheren und hohen Lebensalters. Epidemiologische Studien verweisen darauf, dass etwa jeder vierte Mensch ab 65 Jahren an einer seelischen Beeinträchtigung leidet, wiederum 40 Prozent derer benötigen eine Behandlung. Aussagen zum quantitativen Umfang und den qualitativen Bedarfen in der Versorgung von gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen liegen aktuell nur rudimentär vor. Zu der gerontopsychiatrischen Dialoggruppe gehören:

» psychisch erkrankte Menschen, die in der Regel bereits Berührungspunkte zum psychiatrischen Versorgungssystem hatten und mittlerweile älter geworden sind. Außerdem zählen wir auch Menschen, die aufgrund ihres Krankheitsverlaufs (zum Beispiel langjährige, massive Alkoholabhängigkeit) »vorgealtert« sind, zu der Dialoggruppe.

» im Alter psychisch erkrankte Menschen, die gegebenenfalls bereits Kontakt zum Altenhilfesystem oder somatischer Pflege haben, aber in der Regel noch keine Berührung mit dem psychiatrischen Versorgungssystem hatten.

Zu den häufigsten Erkrankungen im Alter gehören: Angststörungen, Demenzielle Erkrankungen, Depressionen.

### Versorgung in Niedersachsen

Aufgrund der verminderten seelischen und körperlichen Fähigkeiten sowie der altersbezogenen Bedürfnisse benötigen Betroffene neben gerontopsychiatrischen, auch somatischergeriatrische Hilfen. Durch die unübersichtliche und komplexe Versorgungslandschaft ist ein multiprofessionelles koordiniertes Zusammenwirken aller erforderlichen Akteur\*innen notwendig.

Für die Gerontopsychiatrie steht die Zusammenarbeit der Strukturen Altenhilfe und Sozialpsychiatrie im Mittelpunkt. Kritisch anzumerken ist, dass sich die Vertreter\*innen der Altenhilfestrukturen in der regionalen Verbundarbeit nur selten oder vereinzelt wiederfinden. Diese Vernetzung wird unterstützt von den beiden Förderinitiativen des Landes, den Gerontopsychiatrischen Kompetenzzentren: Caritas Forum Demenz und ambet Kompetenzzentrum Gerontopsychiatrische Beratung. In ihrer Funktion als neutrale Informations- und Beratungsstellen stehen sie Leistungserbringer\*innen aus dem medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Bereich der Sozialpsychiatrischen Verbünde und Kostenträger\*innen sowie politischen Entscheidungsträger\*innen und Anderen beratend zur Seite.

### Pflegebedürftigkeit und Gerontopsychiatrie

Das 2017 eingeführte Pflegestärkungsgesetz II (PSG II) hat besondere Auswirkungen auf die Heterogenität der Bewohnerstruktur im SGB XI-Bereich:

» Vor dem Hintergrund der deutlichen finanziellen Verbesserungen im ambulanten und teilstationären Sektor kommen Menschen mit Pflegegrad oft erst sehr spät, das heißt mit zumeist stark ausgeprägtem Pflegebedarf und/oder auffälligen Verhaltensweisen aufgrund psychischer Erkrankungen, zur weiteren Betreuung und Pflege in die Alten- und Pflegeheime. Vor allem chronisch psychisch erkrankte Menschen werden dank der guten medizinischen Versorgung immer

### Diskrepanz bezüglich der Personalschlüssel

Gerontopsychiatrische Klinik » geschützte Akut- und Intensivstation der Gerontopsychiatrie:

**18,5 Vollzeitstellen Pflege für 18 Patient\*innen (unabhängig von Pflegegraden, weil SGB V)**

Im Frühdienst ist die Station im Regelfall mit fünf Mitarbeiter\*innen, im Spätdienst mit vier und im Nachtdienst mit zwei Mitarbeiter\*innen besetzt.

Gerontopsychiatrische Altenhilfeeinrichtung » geschlossener Wohnbereich:

**9,87 Vollzeitstellen Pflege für 22 Bewohner\*innen (abhängig von Pflegegraden, weil SGB XI), Fachkraftquote 50%**

Durchschnittlich drei Mitarbeiter\*innen im Frühdienst und im Spätdienst, im Nachtdienst 0,8 Mitarbeiter\*innen. Auf fünf Wohnbereichen mit insgesamt 105 geschlossen untergebrachten Menschen stehen in der Nacht vier Mitarbeiter\*innen zur Verfügung.

Abbildung 1: Aufstellung der Personalschlüssel Klinik und Pflegeeinrichtung (eigene Darstellung Caritas Forum Demenz)

älter. Auch Menschen, die im Bereich der Eingliederungshilfe (SGB XII) untergebracht sind, werden älter und entwickeln gegebenenfalls Bedarfe im pflegerischen Bereich.

» Menschen mit psychischen sowie somatischen Erkrankungen können bei starker Beeinträchtigung auch schon in jüngeren Jahren in die Strukturen der Altenhilfe nach SGB XI gelangen.

Diese Umstände tragen zu einer deutlichen Veränderung der Klientel in den stationären Einrichtungen der Altenhilfe bei. Vor diesem Hintergrund ergriffen 2015 Vertreter\*innen aus drei geschlossenen Einrichtungen des SGB XI der Region Hannover die Initiative und gingen mit ihren Beobachtungen in den Sozialpsychiatrischen Verbund Hannover, um dort auf das Thema aufmerksam zu machen. Das »Netzwerk geschlossene Einrichtungen« entstand.

### Das »Netzwerk geschlossene Einrichtungen«

Im November 2019 wurde das Netzwerk eine niedersachsenweite Austauschplattform. Gemeinsam mit den Anbieter\*innen (teil-)geschlossener gerontopsychiatrischer Pflege, den Ärzt\*innen, Sozialdienstmitarbeiter\*innen und Pflegekräften gerontopsychiatrischer Fachbereiche psychiatrischer Kliniken, werden sukzessive alternative Behandlungs- und Betreuungsmöglichkeiten erarbeitet. Im Netzwerk soll die Kooperation untereinander, aber insbesondere zwischen den Kliniken und den Anbieter\*innen aus dem Bereich des SGB XI, systematisch verbessert und Öffentlichkeit für das Thema hergestellt werden. Es ist aktuell äußerst problematisch, geeignete Pflegeeinrichtungen für Menschen mit sogenannten besonders herausfordernden Verhaltensweisen zu finden. Für einen Teil dieser Menschen gibt es deutschlandweit keine Möglichkeit der Unterbringung und Betreuung. Im Austausch entstehen beispielsweise notwendige Absprachen zwischen Klinik und Pflegeeinrichtung, um diese Schnittstellen in der Versorgung zu optimieren. Ein weiterer wichtiger Punkt in der Arbeit des Netzwerkes ist die Refinanzierung angemessene-

ner Pflege- und Betreuungsangebote für diese Bewohner\*innen. Aktuell differiert die Personalbesetzung von Klinik und Heimbereich sehr stark, obwohl für eine professionelle Versorgung dieser Bewohner\*innengruppe mindestens 80 Prozent vorgehaltenen Klinikpersonals in den Heimbereichen mit entsprechender Fort-/Weiterbildung nötig wäre. Des Weiteren geht es darum sukzessive an die individuellen Bedarfe der Betroffenen und Angehörigen angepasste Versorgungsformen zu entwickeln.

Literatur bei den Verfasserinnen, 1: Anschrift siehe Impressum

MELANIE BARGEMANN, Caritas Forum Demenz – Gerontopsychiatrisches Kompetenzzentrum, Plathnerstraße 51, 30175 Hannover, Tel.: (05 11) 70 02 07 30, E-Mail: m.bargemann@caritas-hannover.de

JEANNE NICKLAS-FAUST

## Menschen mit Beeinträchtigung im Alter pflegen – ganz normal oder eine Herausforderung?

Dieser Beitrag befasst sich mit der Pflege von Menschen mit Beeinträchtigungen, deren Behinderung bereits lebensbegleitend besteht. Da die meisten Behinderungen nach dem 65. Lebensjahr auftreten, ist dies eine wichtige Unterscheidung: So sind 70 Prozent der Menschen mit einer Schwerbehinderung älter als 60 Jahre und 25,3 Prozent der Menschen über 65 Jahre leben mit einer Schwerbehinderung, bis zum Alter von 50 Jahren liegt der Anteil dagegen deutlich unter 5 Prozent, in der Gesamtbevölkerung bei 9,5 Prozent.

### Leben mit Beeinträchtigung

Menschen, die ihre Behinderung in der dritten Lebensphase erwerben, unterscheiden sich grundsätzlich von Menschen, die eine lebensbegleitende Beeinträchtigung haben. Mit einer Beeinträchtigung geboren zu sein, sie im frühen oder mittleren Erwachsenenalter zu erwerben, verändert das weitere Leben im Vergleich zu Gleichaltrigen von Grund auf. Angefangen mit der Schule und beruflichen Bildung bis hin zum Arbeitsleben und zur Familiengründung erleben Menschen mit einer lebensbegleitenden Behinderung immer wieder Einschränkungen ihrer Teilhabe. Für Menschen, die ihre Beeinträchtigung im höheren Lebensalter erwerben, verändert sich das Leben ebenfalls von Grund auf.

### Ursachen der Beeinträchtigungen

Die Ursachen für die Beeinträchtigungen sind unterschiedlich: angeboren sind zum Beispiel die Trisomie 21 und ein offener Rücken, dagegen führen ein Sauerstoffmangel unter der Geburt oder eine Erkrankung im Mutterleib, oft zu mehrfachen Behinderungen. Erworbene Beeinträchtigungen in jüngeren Jahren umfassen durch Unfälle hervorgerufene Querschnittslähmungen oder Verluste der Gliedmaßen. Chronische Erkrankungen wie die rheumatoide Arthritis oder Multiple Sklerose beeinträchtigen die Mobilität, auch psychische Krankheiten kommen häufig im jungen Erwachsenenalter vor. Die typischen Behinderungen des höheren Lebensalters sind dagegen Krankheiten des Bewegungssystems, neurologische Krankheiten oder Folgen einer Diabeteserkrankung.

### Unterschiede in der Pflege

Die Pflege im Alter erworbener Beeinträchtigungen ist in verschiedenen Settings – zu Hause, in stationären Einrichtungen oder Tagesstätten – gut etabliert. Anders sieht es mit der Pflege von Menschen aus, die bereits viele Jahre mit einer Beeinträchtigung leben. Die medizinischen und pflegerischen Herausforderungen unterscheiden sich und sind häufig Pflegenden und Ärzt\*innen unbekannt. Zum Beispiel finden sich bei Menschen, die aufgrund von Mobilitätseinschränkungen einen Rollstuhl nutzen, häufig erhebliche Wirbelsäulenverkrümmungen, die die Funktion der Atemwege, des Herzens und des Magen-Darm-Traktes beeinträchtigen. Dadurch kann es zu Lungenentzündungen kommen, die atypische Krankheitszeichen verursachen, sodass sie häufig unerkannt bleiben. Aufgrund von Lähmungen kann Osteoporose zum Beispiel in den Beinen auftreten, durch die bei minimalen Einflüssen Knochenbrüche auftreten können, die häufig lange unerkannt bleiben. Hör- und Sehbeeinträchtigungen treten vermehrt bei Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen auf. Gleichzeitig ist die Kommunikation oft erschwert, insbesondere wenn Pflegenden und Ärzt\*innen keine Erfahrung mit Menschen mit Behinderung haben.

### Was bedeutet dies für die Pflege von älteren Menschen mit Behinderung?

Zunächst ist es entscheidend, dass Pflegenden über die gesundheitlichen Besonderheiten bei Menschen mit Beeinträchtigungen informiert sind. Dies gilt für typische Krankheitsbilder und veränderte Krankheitszeichen ebenso wie für Folge- und Begleiterkrankungen der ursprünglichen Beeinträchtigung. Eine junge Frau, die wegen einer Blasenlähmung bei offenem Rücken seit langen Jahren selbstständig Urinkatheter einführt, verfügt über eine andere Expertise als Patient\*innen, bei denen im höheren Lebensalter die Anlage eines Urinkatheters erforderlich ist. Die diesbezügliche Erfahrung und Expertise für pflegerische Abläufe anzuerkennen, ist eine wichtige Basis für eine gelingende dialogische Pflegebeziehung. Bei Menschen mit geistigen oder Sinnesbeeinträchtigungen ist es wichtig, sie selbst in den Dialog einzubeziehen und nicht nur über Begleitpersonen zu kommunizieren. Hierbei sind eine klare und verständliche Sprache sowie eine einfühlsame Haltung von besonderer Bedeutung.

### Organisation der Pflege für Menschen mit Beeinträchtigung im höheren Alter

Menschen mit Beeinträchtigungen werden angesichts des medizinischen Fortschritts heute deutlich älter als in der Vergangenheit. Die durch die Euthanasieverbrechen fehlende Generation an Menschen mit Behinderung ist inzwischen überwunden, so gibt es in Deutschland inzwischen viele alt gewordene Menschen mit Behinderung. Viele von ihnen leben in gemeinschaftlichen Wohnformen, in denen sie von pädagogischem Fachpersonal betreut werden. Der Pflegebedarf steigt üblicherweise mit zunehmendem Alter. Ein Großteil der pflegerischen Maßnahmen werden von pädagogischen Fachkräften, zum Beispiel Heilerziehungspfleger\*innen übernommen, auch wenn der Personal-Mix aus pädagogischem und fachpflegerischem Personal zunimmt. Anderorts wird gerade für die Behandlungspflege ein ambulanter Pflegedienst ergänzend tätig. Ebenso wie Menschen ohne lebensbegleitende Behinderung häufig so lange wie möglich in ihrem häuslichen Umfeld bleiben möchten, wol-



len Menschen mit Behinderung ihre angestammte Wohngruppe auch nicht deshalb verlassen, wenn der Pflegebedarf steigt. Dies erfordert organisatorische und fachliche Veränderungen, auf die viele Träger der Behindertenhilfe reagieren. Auch werden vereinzelt Fachpflegedienste gegründet. Eine Schwierigkeit hierbei ist allerdings die Finanzierung, da die Pflegeversicherung bei Bewohner\*innen von gemeinschaftlichen Wohnformen für Menschen mit Behinderung unabhängig vom Pflegegrad nur eine Pauschale von 266 Euro übernimmt, und die Träger der Eingliederungshilfe Pflegeaufwendungen oft nur eingeschränkt übernehmen.

Literatur bei der Verfasserin

PROF. DR. MED. JEANNE NICKLAS-FAUST, Bundesvereinigung Lebenshilfe,  
Hermann-Blankenstein-Straße 30, 10249 Berlin,  
E-Mail: jeanne.nicklas-faust@lebenshilfe.de

**LOTHAR ANDRÉE**

## Queer im Pflegeheim

### Ein Modellprojekt der AWO zur Öffnung der Altenhilfeeinrichtungen für Lesben, Schwule, Bisexuelle, trans\*- und intergeschlechtliche Menschen (LSBTI\*)

Um die besondere Situation und die Bedarfe älterer LSBTI\* in stationären Pflegeeinrichtungen verstehen zu können, müssen wir ihre Geschichte kennen, denn diese verbindet LSBTI\* in Pflegeheimen miteinander. Sie wuchsen mit sozialer Ächtung und der Stigmatisierung, »krankhaft« zu sein, auf. Die Erfahrung oder ständige Androhung von sozialer Ausgrenzung, Denunziation, körperlicher Gewalt sowie zum Teil auch staatlicher Verfolgung und Bestrafung gehörten zu ihrem Alltag. Allein in der Bundesrepublik Deutschland wurden bis 1969 rund 50.000 Männer nach § 175 StGB, der sexuelle Handlungen zwischen Männern unter Strafe stellte, verurteilt. Während folgende Generationen ab den 70er-Jahren damit be-

gannen, sich zu emanzipieren, galt es für junge LSBTI\* der ersten Nachkriegsjahrzehnte, Wege des physischen und sozialen Überlebens zu finden. Strategien waren zum Beispiel die Verleugnung oder Unterdrückung emotionaler und sexueller Bedürfnisse oder einer von der Norm abweichenden geschlechtlichen Identität. Nicht wenige führten im Schutze einer zweigeschlechtlichen Ehe ein Doppelleben, andere versuchten sich am Aufbau einer positiven Identität in geschützten Räumen. Begegnungen mit »Gleichgesinnten« fanden an zum Teil geheimen Treffpunkten, im Privaten oder in Parks und öffentlichen Toiletten statt. Nicht nur für schwule Männer, auch für Lesben, Bisexuelle, trans\*- und intergeschlechtliche Menschen bedeutete das Öffentlichwerden ihrer Identitäten die Gefahr des Verlustes familiärer und sozialer Kontakte, des Ausbildungs- oder Arbeitsplatzes bis hin zur physischen und psychischen Gesundheit und der eigenen Existenz. Früh erworbene Selbstzweifel, auferlegte Schuldgefühle, Traumatisierungen und Angststörungen begleiten viele LSBTI\* dieser Generation bis heute, nicht wenige aber begangen Suizid.

### Nicht zurück in den Schrank

Wer den mühsamen aber auch mit Stolz verbundenen Weg raus aus dem Schrank »coming out of the closet« (hiervon stammt die Redewendung »coming out«) geschafft hat, steht im hohen Lebensalter schließlich vor einer neuen Herausforderung: der Suche eines geeigneten Pflegeheims. Denn im Alter sind LSBTI\* aufgrund geringerer familiärer Unterstützung bzw. höherer Kinderlosigkeit stärker auf professionelle Angebote der Altenhilfe angewiesen. Zudem haben sie wegen ihrer internalisierten Diskriminierungsgeschichte nicht selten großes Misstrauen gegenüber heteronormativen Institutionen, als welche auch Pflegeheime angesehen werden. Folglich ziehen sich nach allgemeiner Einschätzung aus Wissenschaft und Praxis viele LSBTI\* in Pflegeheimen zunehmend zurück oder bleiben gar als LSBTI\* unsichtbar. Die eigene Identität wird aus Angst vor Zurückweisung nicht selten verborgen gehalten. Eine an der Person und der Biografie orientierte Langzeitpflege und Betreuung ist in diesem Fall kaum möglich. Es ist daher wenig verwunderlich, dass viele Mitarbeitende von Pflegeeinrichtungen keine LSBTI\* Bewohner\*innen kennen, und schließlich auch keine besonderen Angebote bereit halten. Doch statistisch betrachtet liegt der LSBTI\*-Anteil an der Gesamtbevölkerung je nach Forschungsansatz bei 5 bis 10 Prozent. Folglich leben in vermutlich jedem Pflegeheim auch LSBTI\* noch oder wieder im Schrank, um im Bild zu bleiben.

### LSBTI\*-sensible Pflege: Relevanz für die Altenhilfe und Langzeitpflege

Eine aktuelle Befragung älterer trans\* Personen ergab große Befürchtungen bezüglich der Offenheit des Pflegepersonals, nicht nur gegenüber anderen Lebensweisen, sondern auch in Hinsicht auf nicht normative Körper. Das Modellprojekt des AWO Bundesverbandes setzt unter anderem hier an: Im Rahmen des Projektes entstand ein modulares Fortbildungspaket, dessen Schwerpunkt die Sensibilisierung der Mitarbeitenden aus allen Bereichen der Pflegeeinrichtungen für die Vielfalt sexueller und geschlechtlicher Lebensweisen und Identitäten ist.

Erst durch das Bewusstwerden und Reflektieren von Vorurteilen und Unsicherheiten bezüglich anderer Lebenswelten entstehen von Vertrauen geprägte Beziehungen zwischen

Einrichtungspersonal und LSBTI\* Bewohner\*innen. Offenheit, Vertrauen und gegenseitiger Respekt sind die Basis für ein dauerhaftes diskriminierungsarmes Umfeld. In diesem müssen LSBTI\* sich nicht »outen« – können es aber. Sie müssen sich nicht am Lebensende erneut verstecken oder erklären, sie können queeren Besuch empfangen, ohne sich rechtfertigen zu müssen und sie können sein wie sie möchten. Denn viele LSBTI\* haben durch ihren Einsatz um gesellschaftliche Anerkennung die wertvolle Erfahrung gemacht, ihr Leben selbstbewusst zu gestalten und gesellschaftliche Veränderungen herbeizuführen. Ihre selbstbestimmten Lebensentwürfe möchten sie auch im Alter nicht aufgeben. Die Mitarbeitenden von Pflegeeinrichtungen sollten sie hierbei unterstützen.

Zudem wurde ein Konzept mit Maßnahmen zur allgemeinen Öffnung von ambulanten Diensten und Pflegeheimen für LSBTI\* entwickelt. So sollten LSBTI\* eines Sozialraums zunächst überhaupt davon erfahren, dass es in ihrer Nähe zum Beispiel ein Pflegeheim gibt, in dem sie ausdrücklich willkommen sind. Im Zusammenhang des Projektes wird der beschriebene Öffnungsprozess beispielhaft an sechs bundesweiten Modellstandorten der Altenhilfe initiiert. Begleitet werden die Modellstandorte von Mitarbeitenden der Bundesinteressenvertretung schwuler Senioren e. V., die unter anderem Kontakte zwischen den regionalen queeren Communities und den Pflegeeinrichtungen vermitteln und langfristige Kooperationen ermöglichen.

Nach zwei Jahren Projektlaufzeit werden im Januar 2021 in Berlin auf einer bundesweiten Tagung die zentralen Projektergebnisse und Konzeptionen der Fachöffentlichkeit vorgestellt und schließlich in Form eines Handbuchs allen Wohlfahrtsverbänden zur Verfügung gestellt. Damit ein offenes Leben unter'm Regenbogen in Zukunft in möglichst vielen der über 14.000 Pflegeheime in Deutschland selbstverständlich wird.

Das Modellprojekt wird gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Literatur beim Verfasser

LOTHAR ANDRÉE, Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V., »Queer im Alter – Öffnung der Altenhilfeeinrichtungen der AWO für die Zielgruppe LSBTI\*«, E-Mail: lothar.andree@awo.org

CLAUDIA OETTING-ROB

## Notwendige Handlungsspielräume in der ambulanten Kinderkrankenpflege

Die ambulante Pflege von Kindern blickt in Deutschland mittlerweile auf eine rund dreißigjährige Tradition zurück. Erste Pionier\*innen machten sich als Einzelkämpfer\*innen auf den Weg, um die Situationen von Familien mit schwerkranken Kindern zu verbessern. Doch bis heute ist das Feld der ambulanten und außerklinischen pädiatrischen Pflege nicht angemessen bestellt. Aktuelle Entwicklungen wie Fachkräftemangel, veränderte Versorgungsbedarfe, Technisierung und fehlende adäquate Qualifizierung für dieses spezifische Handlungsfeld stellen die ca. 160 ambulanten Kinderkrankenpflegedienste und ihre Pflegefachkräfte vor immer neue Herausforderungen.

### Status quo

Der Großteil pflegebedürftiger Kinder leidet an seltenen oder lebenslimitierenden Erkrankungen, die zu einem frühzeitigen Tod führen können. Oft sind diese Erkrankungen angeboren. Die Krankheitsbilder sind ausgesprochen heterogen und gehen vielfach mit (schweren) neurologischen Beeinträchtigungen und unvorhersehbaren Komplikationen einher. Dieser Hintergrund erfordert eine hochspezialisierte Pflege, die sich zum einen an den individuellen Bedürfnissen orientiert und zum anderen physiologische, psychosoziale und kognitive Entwicklungsbesonderheiten in den unterschiedlichen Entwicklungsphasen berücksichtigt.

Die Datenlage zu Kindern mit häuslichem Pflegebedarf ist unzureichend. Bekannt ist, dass rund 114.000 der 0- bis 15-Jährigen pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind. Von ihnen werden lediglich 252 Kinder nicht zu Hause versorgt. Gleichzeitig beziehen viele Kinder in der häuslichen Versorgung Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) und werden nicht in der Pflegestatistik erfasst. Laut einer aktuellen internationalen Untersuchung liegt die Prävalenz von schwer erkrankten Kindern in Deutschland bei 146.391, dennoch findet diese Klientel der ambulanten Kinderkrankenpflege bisher wenig gesellschaftliche sowie wissenschaftliche Beachtung. Ein immer größer werdender Teil dieser Gruppe bedarf aufgrund einer außerklinischen Langzeitbeatmung pädiatrischer Intensivpflege.

### Perspektive erkrankter Kinder

Viele der vorliegenden Erkenntnisse zu gesundheitsbedingten Bedarfen erkrankter Kinder werden über den Blickwinkel von Erwachsenen rekonstruiert. Die subjektive Sicht der Kinder ist kaum untersucht. Erste Studien zur kindlichen Perspektive verdeutlichen, dass ein positives Selbstkonzept der Kinder in direktem Gegensatz zu einer tendenziell defizitären Erwachsenenansicht steht. Kinder wollen einbezogen werden, sie streben nach Mitbestimmung und Handlungsspielraum. Sie haben das Bedürfnis nicht als defizitär und krank, sondern in erster Linie als Menschen wahrgenommen zu werden. Oftmals erleben sie das Gegenteil, bis hin zu Stigmatisierungen und Diskriminierungen.

### Perspektive der Eltern und Familien

Betroffene Familien sind mit einem besonders kritischen, weil non-normativen Lebensereignis konfrontiert. Wiederkehrend sind sie auf umfassende pflegerische, psychosoziale und medizinische Hilfe angewiesen, um ihre extrem belastende Situation zu bewältigen. Eltern setzen sich intensiv dafür ein, als diejenigen ernst genommen zu werden, die ihr Kind am besten kennen. Sie agieren als Anwalt ihres Kindes und schützen es im Versorgungssystem. Gleichzeitig ist die elterliche ebenso wie die familiäre Situation von Schockerleben, Erschöpfung und dem Gefühl emotionaler und handlungsbezogener Überforderung geprägt. Dabei haben sie keine kontinuierliche Begleitung, sondern sind mit unterschiedlichsten und wenig vernetzten Versorgungsstrukturen und Akteur\*innen konfrontiert. Auch die Logik verordneter Pflegeleistungen wird der Situation vor Ort in den Familien nicht gerecht.

### Perspektive der außerklinisch pädiatrisch Pflegenden

Pflegende stehen diesen hochkomplexen pflegerischen Situationen der Langzeitversorgung und den damit einhergehenden Aufgaben auf sozial-kommunikativer, emotionaler,

körperlicher, gegenständlich-materieller und technischer Ebene gegenüber. Die Familie wird zum (langfristigen) Arbeitsplatz und Beziehungsgestaltung, kontinuierliche Aushandlungsprozesse, latente Konflikte sowie der Umgang mit Krisen, Trauer und dem gesamten Familiensystem sind an der Tagesordnung. Dies erfordert neben fachlichen insbesondere reflexive und kommunikative Kompetenzen. Nicht alle Pflegenden bringen diese Kompetenzen mit, auch da die Vorbereitung auf dieses Feld bislang eher stiefmütterlich in der Ausbildung verankert ist. So fehlen schon jetzt Kapazitäten: In Niedersachsen mussten 2014 insgesamt 53 Versorgungsanfragen abgelehnt werden. Es gibt viele unbesetzte Stellen und ein hoher Anteil an Teilzeitkräften (83 Prozent) ist darum bemüht, das Wohlbefinden und die Lebensqualität betroffener Kinder und Familien zu fördern.

### Überlegungen zur Stärkung ambulanter Kinderkrankenpflege

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Ansatzpunkte und Potenziale zur Verbesserung der ambulanten Kinderkrankenpflege bestehen. Grundsätzlich liegt der Schlüssel auf struktureller Ebene, in den Veränderungen der Strukturen, der Finanzierung und der Vernetzung spezialisierter Leistungserbringer\*innen. Verordnungen sollten nicht länger die Logik unterschiedlicher Gesetzbücher abbilden, sondern sich analog zum neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff an den situativen Bedarfen orientieren. Die Stärkung einer familienorientierten Pflege inklusive gesundheitsförderlich und präventiv ausgerichteteter pflegerischer Intervention ist längst überfällig. Damit Pflegenden langfristig in diesem hochspezialisierten Handlungsfeld tätig sein können und die skizzierten Herausforderungen meistern, bedarf es spezialisierter pädiatrischer Weiterqualifizierungen, insbesondere auf Hochschulniveau und vor dem Hintergrund des neuen Pflegeberufgesetzes (PflBG). Akademisierte Pflegefachkräfte könnten in der kontinuierlichen Begleitung von Familien als Lots\*innen fungieren, sie begleiten, beraten und ihre Gesundheitskompetenz fördern. Inhaltlich sollte die Pflege vermehrt partizipatorisch und systemisch gestaltet und familienorientiert umgesetzt werden. Letzteres bedeutet auch, den Bedürfnissen erkrankter Kinder nach Handlungsspielräumen zu entsprechen – kein leichtes Unterfangen, aber ein wichtiger Gradmesser für die Zukunft.

Literatur bei der Verfasserin

PROF. DR. CLAUDIA OETTING-ROß, Fachhochschule Münster,  
Fachbereich Gesundheit, Leonardo Campus 8, 48149 Münster,  
E-Mail: oetting-ross@fh-muenster.de

EVA BRINK, REBECCA BÜTER

## Gut, Gelassen und Gesund Pflegen in der Ausbildung

Die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege wird oft als anstrengend empfunden. Es werden nicht etwa Faktoren wie Schichtdienst als besonders belastend wahrgenommen, sondern eher der Aufbau der Ausbildung und soziale Komponenten. Die Mehrfachbelastung durch Stationsarbeit, Schule und Lernen stellt für viele Auszubildende eine große Herausforderung dar. Insbesondere in fortgeschrittenen Jahr-

gängen fühlen sich die Auszubildenden zudem von anderen Mitarbeiter\*innen aber auch von ihren Dozent\*innen nicht ernst genommen oder wertgeschätzt. Ein subjektiv empfundenes schlechtes Arbeitsklima, unattraktive Aufgaben oder dass sie bei spannenden Behandlungen nicht zusehen dürfen, kann bei ihnen zu Gleichgültigkeit, Motivationsverlust bis hin zu Resignation führen. Das Thema Stress in der Pflegeausbildung rückt erst langsam in den Fokus der Aufmerksamkeit. Im Rahmen einer Masterarbeit wurde daher das Stresspräventionsprogramm für Gesundheits- und Krankenpflegeschüler\*innen »Gut, Gelassen und Gesund Pflegen (3GP)« entwickelt und evaluiert. Es verbindet Strategien unter anderem aus der Verhaltenstherapie miteinander und ist auf die spezifischen Stressoren der Auszubildenden abgestimmt. Das 3GP arbeitet mit Situationen, in denen die Schüler\*innen sich unfair behandelt, überfordert oder ohnmächtig fühlen und erarbeitet individuelle Lösungen. Sie erlernen Techniken, mit denen sie eigenverantwortlich und selbstständig ihre aktuellen Belastungen sowie die im späteren Berufsleben abbauen können.

### Der Lösungsprozess bei 3 GP

Zunächst wurde ein Instrument zur Belastungsanalyse entwickelt. Um auf die aktuelle Belastung eines jeden Kurses eingehen zu können, sollte die Analyse vor dem Start des 3GP durchgeführt werden.

- |     |   |
|-----|---|
| 1.  | Situationen, in denen nicht klar ist, was ich tun soll/kann           |
| 2.  | Widersprüchliche Instruktionen  |
| 3.  | Abweichungen zwischen Theorie und Praxis                              |
| 4.  | Angst in eine Notsituation zu geraten                                 |
| 5.  | Mehrfachbelastungen: Theorieunterricht, Lernen und Praxis             |
| 6.  | Das Gefühl, Fehler zu machen  |
| 7.  | In Situationen zu geraten, die für die*den Patient*in gefährlich sind |
| 8.  | Mangelndes Beurteilungsvermögen der Kolleg*innen                      |
| 9.  | Mangelndes Lob von Kolleg*innen                                       |
| 10. | Gefühl, Patient*innen nicht helfen zu können                          |

Tabelle 1: Beispiel einer »Top 10 der Belastungen« in einem Gesundheits- und Krankenpflegekurses im 1. Lehrjahr

Auf dieser Grundlage wurde ein Manual erstellt, um diese Belastungsfaktoren konkret bearbeiten zu können. Es umfasst insgesamt 10 Sitzungen á 90 Minuten. Der\*die Dozierende übernimmt im gesamten Verlauf des 3GP die Rolle der\*des Moderator\*in. Eine zentrale Technik im 3GP ist der Problemlöseprozess. Dieser kommt den Auszubildenden oftmals bekannt vor, weil er dem Pflegeprozess sehr ähnlich ist und beinhaltet sechs Schritte:

- » Konkrete Problembeschreibung und Zieldefinition
- » Brainstorming
- » Bewertung und Auswahl einer Lösung
- » Planung der Durchführung
- » Durchführung
- » Evaluation

### Praxisbeispiele

In der Praxis werden manche Arbeitsschritte nicht nach Lehrbuch ausgeführt, weil diese deutlich mehr Zeit in Anspruch nehmen würden. In der Prüfungssituation ist es dann aber schwierig, nicht geübte Verhaltensweisen zu zeigen, was wiederum Stress auslösen kann. Nach dieser konkreten Problembeschreibung wird das Ziel festgelegt: Ich möchte in der Prüfungssituation Sicherheit bei diesem Arbeitsschritt haben. Hierzu werden verschiedene Lösungswege gesucht. Nach der Festlegung auf einen Lösungsweg wird die Durchführung geplant, wobei auch mögliche Hindernisse und der Umgang damit besprochen werden. Die abschließende Evaluation ist Teil des Problemlösetrainings. Durch die verschiedenen Lösungswege des Kurses können so neue Herangehensweisen aufgebaut und implizite Annahmen hinterfragt werden oder Modelllernen stattfinden. Eine weitere Strategie ist die des Hinterfragens von Gedanken. Sie ist besonders in Situationen hilfreich, deren Ausgang wir wenig oder nicht (mehr) beeinflussen können. Eine Methode, um sich die eigenen Gedanken und deren Einfluss auf die eigene Person bewusst zu machen, ist die der\*des wohlwollenden Begleitenden und der\*des inneren Kritiker\*in. Der\*die innere Kritiker\*in weist auf persönliche Fehler hin, beispielsweise »Du brauchst viel zu lang, um Frau Müller zu waschen!«, und stellt Kompetenzen oder Erfolge infrage. Der\*die wohlwollende Begleiter\*in wiederum erinnert an die positiven Fähigkeiten und an das bisher Erreichte, beispielsweise »Du arbeitest so schnell, und bist dabei freundlich und umsichtig«. Mit diesen Methoden kann der\*die Auszubildende reflektieren, welchen Anspruch er\*sie an sich hat beziehungsweise, was er\*sie über sich selbst denkt und welche Erwartungen andere wiederum haben.

### Zwischenfazit

Im Rahmen der Gesundheitsregion Peine/Gifhorn wurde das 3GP in verschiedenen Kranken- und Altenpflegeschulen umgesetzt. Ein Ergebnis der Evaluation ist, dass die erstmalige Durchführung im ersten Lehrjahr stattfinden sollte, weil die Auszubildenden am meisten davon profitieren können. Im Idealfall wird eine Kurzform des Programms nochmals in den folgenden Ausbildungsjahren angeboten. In beiden Schulformen haben die Diskussionen mit Mitschüler\*innen zu einer Entlastung geführt und die subjektive Belastung durch die einzelnen Stressoren konnte gemindert werden. Diese Ergebnisse sind im Hinblick auf die Zusammenführung der Ausbildungsgänge von besonderer Bedeutung. Zur Verstärkung des Programms können entweder die Lehrkräfte qualifiziert oder Gastdozent\*innen beschäftigt werden. Das 3GP ist ein vielseitiges Stresspräventionsprogramm, das durch Problemaktualisierung praktisch und flexibel auf die jeweiligen Stressoren der Teilnehmenden eingeht und eine Ergänzung zu den im Lehrplan existierenden Inhalten darstellt. Die Erhebung der Belastungsanalyse im Vorfeld ermöglicht eine flexible Anpassung und Weiterentwicklung des Programms. Bei Interesse an dem Programm können die Autorinnen kontaktiert werden.

Literatur bei den Verfasserinnen

EVA BRINK, E-Mail: [eva.brink@gmx.net](mailto:eva.brink@gmx.net) und

REBECCA BÜTER, E-Mail: [rebecca.bueter117@web.de](mailto:rebecca.bueter117@web.de)

# Impressum



» **Herausgeberin:** Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für

Sozialmedizin Niedersachsen e.V., Fenskekweg 2, 30165 Hannover

Tel.: (05 11) 3 88 11 89-0, Fax: (05 11) 3 88 11 89-31

E-Mail: [info@gesundheit-nds.de](mailto:info@gesundheit-nds.de)

Internet: [www.gesundheit-nds.de](http://www.gesundheit-nds.de)

» **Twitter:** Folgen Sie uns auf Twitter: @LVGundAFS

» **ISSN:** 1438-6666

» **V.i.S.d.P.:** Thomas Altgeld

» **Redaktion:** Prof. Dr. Susanne Fleckinger, Sonja Müller, Annike Nock,

Carolin Rückriem, Tanja Sädtler, Alexandra Schüssler, Yasemin Ünlü,

Theresa Vanheiden, Birgit Wolff

» **Beiträge:** Thomas Altgeld, Lothar André, Aranka Vanessa Benazha, Melanie

Bargemann, Gudrun Born, Johanna Boettcher, Eva Brink, Rebecca Büter, Rainer

Centmayer, Prof. Dr. Susanne Fleckinger, Dr. Heiner Friesacher, Holger Geis,

Anja Gerlach, Prof. Dr. Stefan Görres, Marco Hahn, Thomas Hartmann, Prof.

Dr. Martina Hasseler, Dr. Tine Haubner, Frank Herbert, Martina Herr, Nina

Hildebrandt, Petra Hofrichter, Kara Hövel, Prof. Dr. Thomas Klie, Angelika

Maasberg, Lara Merkel, Prof. Dr. Jeanne Nicklas-Faust, Prof. Dr. Claudia Oetting-

Roß, Yasemin Özkaytan, Jeanett Radisch, Carolin Rückriem, Tanja Sädtler,

Benjamin Salzmann, Steffen Scriba, Carolin Schröer, Kathrin Seibert, Susanne

Stiefler, Dr. Ute Sonntag, Andreas Tesche, Astrid Thulke, Yasemin Ünlü, Silke

Wendland, Birgit Wolff, Melanie Zirves

» **Redaktionsschluss:** Ausgabe Nr. 109: 31.10.2020

Gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit

und Gleichstellung

» **Auflage:** 9.000

» **Gestaltung:** Homann Güner Blum, Visuelle Kommunikation

» **Druck:** Druckerei Hartmann GmbH & Co. KG

» **Erscheinungsweise:** 4 x jährlich, im Quartal

Namentlich gekennzeichnete Artikel geben die Meinung der Autor\*innen

wieder, nicht unbedingt die der Redaktion.

» **Titelbild:** © adobe.stock.com: © panimo, © Photographee.eu

» **Fotos:** © adobe.stock.com: © shishkin137 (S. 2), © aleksandarfilip (S. 4), © drubig-photo

(S. 7), © insta\_photos (S. 9), © Pixel-Shot (S. 12), © StudioN (S. 16), © familie-eisenlohr.de (S. 18),

© Satjawat (S. 20), © Gorodenkoff (S. 23), dusanpetkovic1 (S. 27)

» **Liebe Leser\*innen,** wir weisen Sie darauf hin, dass wir Ihre Daten (Name,

Anschrift, E-Mail-Adresse), die Sie uns zugeleitet haben, für den Bezug der

Impulse speichern und verarbeiten. Wenn Sie dies nicht mehr möchten,

können Sie dem jederzeit unter [info@gesundheit-nds.de](mailto:info@gesundheit-nds.de) widersprechen.

» Die LVG & AFS wird institutionell gefördert durch das Niedersächsische

Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung.



## Tatort »Im toten Winkel« – Häusliche Pflegeversorgung im Spotlight Interview mit Prof. Dr. Stefan Görres

» **Impulse:** *Der Tatort »Im toten Winkel«, der im Jahr 2018 in der ARD ausgestrahlt wurde, hat die Zuschauer\*innen in besonderer Weise berührt und bewegt. Was ist das Besondere an diesem Tatort?*

» **Prof. Dr. Stefan Görres:** Der Bremen-Tatort »Im toten Winkel« vom 11.03.2018 (Wiederholung am 11.10.2019 und im Frühjahr 2020) thematisierte das häusliche Pflegesetting. Allgemein wird die ambulante Pflege nur rudimentär wahrgenommen, befindet sich also »im toten Winkel«, obwohl es hier ebenso wie im stationären Setting ungefähr 14.000 Anbieter in Deutschland gibt. Ein Grund ist, dass die ambulante Pflege im häuslichen Bereich und mit einer hohen Beteiligung der Angehörigen stattfindet, in einer geschützten Privatsphäre also, die der Öffentlichkeit weniger zugänglich ist und oft im Verborgenen bleibt. Im Fokus standen im Film unter anderem die Belastung der pflegenden Familienangehörigen und ihre Hilflosigkeit gegenüber einem scheinbar auf Hilfe und Versorgung ausgerichteten System (ambulante Pflegedienste, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung, Pflegeversicherung), das sich aber – zumindest was die Gewährung von Leistungen aus der Pflegeversicherung betrifft – als ein wahres bürokratisches, auf Profit ausgerichtete (Pflegemafia) und scheinbar herzloses »Monster« (MDK-Begutachtung) im Film erweist.

Mit dieser Mischung aus dem Genre »Krimi«, gepaart mit gesellschaftlichen Realitäten – hier die Pflege –, scheint der Bremen-Tatort »Im toten Winkel« bei vielen einen »Nerv getroffen« zu haben. Er hat sowohl mit dem bezeichnenden Titel als auch mit der Dramaturgie die Schwächen des deutschen Pflegesystems in zugespitzter Form und schonungslos aufge-

deckt: Viele Zuschauer\*innen fanden die gezeigten Szenen angesichts der eigenen Erfahrungen sogar als noch viel zu harmlos dargestellt: »Die Wirklichkeit ist noch schlimmer«.

» **Impulse:** *Wie ist es zu der Idee gekommen die vielen Reaktionen nach der Ausstrahlung systematisch zu analysieren?*

» **Prof. Dr. Stefan Görres:** Mehr als 10 Millionen Menschen (Marktanteil: 27,9 Prozent) waren Zuschauer\*innen dieses ARD-Tatorts. Das UBC-Zentrum für Alterns- und Pflegeforschung Bremen hat in Zusammenarbeit mit Radio Bremen und mit Unterstützung vom Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) knapp 9.000 Zuschauerreaktionen, die noch während des Films über die sozialen Netzwerke und danach bis zum 12. März 2018 eingegangen sind, ausgewertet. Dazu wurden die entsprechenden Datensätze seitens Radio Bremen dem UBC-Zentrum zur Verfügung gestellt. Finanziert wurde die Auswertung über die Förderung des ZQP. Die Idee zu dieser einmaligen Datenauswertung entstand unmittelbar im Anschluss an die Sendung im sogenannten »Tatort-Schnack«, eine Talkrunde mit Schauspieler\*innen, Radio Bremen und mir selbst.

Die Idee war, diese einmalige Datengrundlage dazu zu nutzen, mittels einer qualitativ-inhaltsanalytischen Auswertung der Zuschauermeinungen ein differenziertes Meinungsprofil zum Thema »Pflege in Deutschland« abzubilden, zu analysieren und zu bewerten. Auch wenn die Studie nicht repräsentativ ist und mögliche Verzerrungen – etwa durch eine gewisse Triggerfunktion des Films – möglich sind, kann ein Spiegel- und Stimmungsbild aus der umfangreichen Datenmenge abgeleitet werden, das in dieser Art bislang noch nicht für Deutschland existiert.



» **Impulse:** Was hat Sie bei den Ergebnissen am meisten überrascht?

» **Prof. Dr. Stefan Görres:** Überrascht hat mich schon, dass der Film es erreicht hat, bei vielen Zuschauer\*innen in unterschiedlicher Weise sehr emotionale Reaktionen auszulösen. Angefangen von tiefer Traurigkeit und Betroffenheit über schlichte Resignation bis hin zu Wut über Defizite in der Pflege und eine mangelnde Sensibilität der Politik. Viele waren der Meinung, dass das Gesundheitssystem in Deutschland zunehmend schwächelt und die Pflege am Boden liegt. Überrascht hat mich auch, dass nicht nur betroffene Angehörige und Pflegebedürftige selbst, sondern auch viele in Pflegeberufen Tätige geantwortet und die Aussagen des Films im Wesentlichen bestätigt haben. Ganz überraschend: auch einzelne Politiker\*innen stimmten mit den Grundaussagen des Films überein.

» **Impulse:** Gab es damals bereits Ideen, wozu die Auswertung beitragen könnte? Gab es schon Überlegungen dazu, wie die Ergebnisse später verwertet werden können?

» **Prof. Dr. Stefan Görres:** Mit den eingegangenen Zuschauer\*innenrückmeldungen liegt ein gewaltiges Datenpotenzial vor, das eine umfassende Einschätzung zur Situation der Pflege in Deutschland widerspiegelt. Das wissenschaftliche Erkenntnisinteresse, die Daten einer systematischen Auswertung zu unterziehen, war naheliegend und ist in der Pflegeforschung einmalig für Deutschland. Oft ist Pflegeforschung Dienstleistungsforschung unter anderem für die Politik. Hier war sie es einmal nicht.

In der Weiterentwicklung lassen sich – wenn auch etwas visionär – durchaus Ideen zu zukünftigen Fernsehformaten zum Thema Pflege (zum Beispiel »Pflege-Talk«) aber auch gesundheits- und pflegepolitische Strategien gewinnen. Die Grundlage dieser Strategien wäre dann bottom-up getragen, also unter Beteiligung von Bürger\*innen. Das ist nicht trivial, denn offensichtlich ist es bisher nicht gelungen, Pflege als politisch relevantes »Wir haben verstanden«-Thema zu kommunizieren. Auch wenn Jens Spahn das genauso mehrmals vermitteln wollte.

» **Impulse:** Wie ist es nach der Veröffentlichung der Ergebnisse weitergegangen? Wie waren die Rückmeldungen zu Ihrer Veröffentlichung?

» **Prof. Dr. Stefan Görres:** Vielfach ist der Bericht als Print-Version angefordert oder die Datei von der Website des ZQP heruntergeladen worden. Radio Bremen hat auf seiner Website anlässlich der Wiederholung des Films auf die Untersuchung hingewiesen. Wir wollten das Thema über unsere Veröffentlichung aber nicht skandalisieren. Zum einen spricht der Film für sich und die Zuschauerrückmeldungen selbst haben ja gezeigt, dass das Thema in der Bevölkerung angekommen ist. Von politischer Seite aus – so entsteht jedenfalls der Eindruck – muss es aber erst immer wieder Grenzsituationen wie die Corona-Krise geben, um Pflegende als systemrelevant zu entdecken.

» **Impulse:** Die Ergebnisse Ihrer Untersuchung spiegeln die Realität in der häuslichen Versorgung wider. Was sollte Ihrer Meinung nach passieren?

» **Prof. Dr. Stefan Görres:** Wenn ein Fazit aus dem Bremen-Tatort »Im toten Winkel« und den Kommentaren von Zuschauer\*innen auf den Social Media-Plattformen zu ziehen ist, dann das: Emotionen wie Angst, Furcht und Wut werden von der Politik deutlich unterschätzt, vor allem aber die ihnen innewohnenden gewaltigen politischen Kräfte. »Wir steuern auf unkartiertes Gelände zu«, sagte Bundespräsident Steinmeier in seiner Antrittsrede zum Amt des Bundespräsidenten. Wenngleich diese Feststellung ein anderes Thema betraf, so beschreibt sie doch ebenfalls die Situation in der Pflege sehr treffend: Weder sind wir dazu in der Lage mit Bestimmtheit zu sagen, wer uns in Zukunft pflegt, wie und wo wir gepflegt werden, noch, wer wovon die Pflege bezahlt. Das darf so nicht stehen bleiben. Wir müssen Pflege neu erfinden und als Teil unserer Kultur entdecken. Wir leben in einer fortschrittlichen und hoch entwickelten Gesellschaft. Ökonomische Sicherheit, hochgradige Technisierung, Wohlstand und Lebensqualität sind wichtig, aber noch wichtiger ist eine humane Gesellschaft. Das ist der eigentliche Gradmesser für Zivilisation. Hieran sollten wir uns messen lassen und Pflege ist ein zentraler Indikator für Humanität.

» **Impulse:** »Weiter so wie bisher ist keine Option« ziehen Sie als Fazit in Ihrem Bericht. Was meinen Sie damit genau?

» **Prof. Dr. Stefan Görres:** Natürlich wird es keine einfachen Antworten geben. Das Leben ist komplexer geworden und ebenso die Bedingungen, unter denen Pflegende arbeiten müssen. Gefragt ist »Mut zur Komplexität und zu innovativen Lösungen«, aber »(...) noch viel mehr Mut verlangt es, in Richtung Zukunft zu denken und nicht darauf zu hoffen, die Antworten in der Vergangenheit zu finden«, so in Anlehnung an eine Rede von Steinmeier. Es spricht vieles dafür, dass Politiker\*innen die aus meiner Sicht berechtigten Anliegen der Bevölkerung deutlicher wahrnehmen müssen als bisher. Die Zukunft der Pflege kann sich nur dann positiv entwickeln, wenn sich auch die Denkweise der Politiker\*innen sowie der Planer\*innen verändert: »Putting people first« lautete ehemals ein Motto von Bill Clinton als es darum ging, Amerika zu ändern. Und dieses für die Pflege sehr zutreffende Motto wartet (immer noch) darauf, umgesetzt zu werden.

Link zum Abschlussbericht: [www.zqp.de/wp-content/uploads/Abschlussbericht-Tatort.pdf](http://www.zqp.de/wp-content/uploads/Abschlussbericht-Tatort.pdf) (03.09.2020)

Das Interview haben geführt:

Prof. Dr. Susanne Fleckinger, Birgit Wolff

Literatur beim Interviewpartner

PROF. DR. STEFAN GÖRRES, Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Grazer Straße 4, 28359 Bremen, E-Mail: [sgoerres@uni-bremen.de](mailto:sgoerres@uni-bremen.de)



SUSANNE FLECKINGER<sup>1</sup>, HEINER FRIESACHER

## Advance Care Planning Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase als kommunikativer Prozess

Das eigene Sterben gehört nicht zu den Themen, mit denen man sich gerne beschäftigt. Gleichwohl haben die meisten Menschen mehr oder weniger konkrete Vorstellungen dazu und möchten vor allem selbstbestimmt sterben. Diese Selbstbestimmung ist jedoch in manchen Fällen eingeschränkt, zum Beispiel bei von Demenz betroffenen Menschen, die häufig in einem Spannungsfeld zwischen Autonomie und Angewiesenheit, Unabhängigkeit und Abhängigkeit leben. Eine Kultur der Sorge, die dieses Spannungsfeld in ihrer Praxis anerkennt, schafft Ermöglichungsbedingungen für das selbstbestimmte Wohlergehen eines Menschen, auch im Sterben. Um dabei den vielfältigen individuellen Vorstellungen gerecht zu werden, sind pluralistische Konzepte einer gesundheitlichen Vorausplanung für die letzte Lebensphase gefordert.

### Advance Care Planning: Grundlage für einen kommunikativen Prozess

Ein erstes derartiges Konzept stellte in den USA der 1990er Jahre das Advance Care Planning (ACP) in der Intensivmedizin und -pflege dar: Man wollte weg vom bloßen Ausfüllen von Formularen und hin zu einem intensiven Gesprächsprozess zwischen den Betroffenen, ihren Angehörigen und Behandler\*innen – begleitet von einer genauen sowie aussagekräftigen und validen Dokumentation auf Grundlage dieser Gespräche. Die Grundidee von ACP besteht also darin, sich am kommunikativen Prozess der Vorausplanung zu orientieren. In Deutschland schuf man zunächst das Instrument der individuellen Patientenverfügung: Damit existiert seit 2009 die Möglichkeit, sehr genau die eigenen Wünsche zum Sterben

zu formulieren (§ 1901a/b BGB). In der Praxis scheitern diese Patientenverfügungen aber oftmals an unklaren Formulierungen, manchmal sind sie einfach nicht auffindbar oder werden von Ärzt\*innen und auch Angehörigen übergangen. Und in manchen Handlungsfeldern wie der Intensivpflege oder auch der stationären Altenhilfe waren die Strukturen für die Umsetzung schwierig bzw. sind es noch.

Abhilfe sollte hier durch die Verankerung der »gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase« (GVP) ins SGB V (§ 132g) geschaffen werden. Im Sinne des ACP-Ansatzes wird hiermit die Möglichkeit für krankenversicherte Bürger\*innen geschaffen, dass geschulte Gesprächsberater\*innen (in der Regel Pflegende) über mehrere Gesprächstermine mit ihnen und ihren An- und Zugehörigen bedürfnisorientiert über medizinische und pflegerische Behandlung und Betreuung am Lebensende reden: Erörtert werden sollen dabei psychosoziale Hilfen und Angebote der Sterbegleitung, mögliche Notfallsituationen sowie palliative Versorgungsmaßnahmen. Das Ergebnis der individuellen Behandlungspräferenzen wird in schriftlicher Form (Notfallbogen, Patient\*innenverfügung usw.) dokumentiert.

### Voraussetzungen und Ziele des ACP-Ansatzes

Die Voraussetzung für einen gelingenden Gesprächsprozess sind dabei gute fachliche, ethische und juristische Kenntnisse sowie strukturell angemessene Rahmenbedingungen. Das Ziel ist es, die Selbstbestimmung der Betroffenen im Versorgungsprozess zu erhöhen, eine umfassende medizinische, pflegerische, hospizliche und seelsorgerische Begleitung nach Maßgabe der individuellen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase sicherzustellen (§ 132g Abs. 2 SGB V) und auch eine Über-, Unter-, Fehl- und Ungleichbehandlung zu vermeiden. Um dies zu ermöglichen, ist eine Praxis des Caring, der sorgenden Zuwendung und Achtsamkeit, notwendig: Fürsorge und Selbstbestimmung bedingen sich gegenseitig.

### Für eine umfassende Umsetzung der gesundheitlichen Vorausplanung braucht es nicht zuletzt auch eine gesamtgesellschaftliche Debatte

Allerdings ist die Umsetzung der GVP noch nicht umfassend geregelt, denn bislang wird sie als Kassenleistung lediglich für Versicherte in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach § 43 SGB XI und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung nach § 75 SGB XII angeboten, aber zum Beispiel nicht in Krankenhäusern, in der ambulanten Pflege oder in Hospizvereinen. Zudem gibt es Lücken in der Umsetzung mit Blick etwa auf den Rettungsdienst und die Notfallhilfe sowie auf der Intensivstation. Eine umfassende Umsetzung der GVP steht also noch aus: Voraussetzung dafür sind allerdings die Partizipation aller relevanten Akteur\*innen an der Erarbeitung einzelner Instrumente und Konzepte sowie schließlich eine gesamtgesellschaftliche Debatte sowohl über Schmerz, Leid, Sterben und Tod als auch über Vorstellungen des guten Lebens.

Literatur bei den Verfasser\*innen

1: Anschrift siehe Impressum

DR. PHIL. HEINER FRIESACHER, Freier Dozent an verschiedenen Universitäten, Hochschulen und Bildungseinrichtungen,

E-Mail: heiner@friesachers.de

TANJA SÄDTLER<sup>1</sup>, SILKE WENDLAND, BIRGIT WOLFF<sup>2</sup>

## Wohl.Fühlen Gewaltprävention und sexuelle Selbstbestimmung in (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen

Ein Paar bewegt sich lächelnd über den Flur. Die Hände suchen den Körperkontakt des jeweils anderen. Beide nicken freundlich einem Bekannten zu, eine kurze Unterhaltung findet statt, über das Wetter und über das heutige Mittagessen. Die beiden gehen weiter bis vor ihr Zimmer, öffnen die Tür, küssen sich und schließen sie wieder hinter sich. Eine Szene wie sie in jedem Studierendenwohnheim oder Hotel stattfinden kann – aber auch in jeder Pflegeeinrichtung? Das Bedürfnis nach Sicherheit gehört ebenso wie das nach einer selbstbestimmten Sexualität zu den Grundbedürfnissen aber auch Grundrechten eines Menschen. Das Verlangen nach Sinnlichkeit und einer gelebten Sexualität begleitet die meisten Menschen bis ins hohe Alter. Die Realität in Pflegeeinrichtungen sieht jedoch häufig anders aus.

### Wohl.Fühlen beginnt jetzt

Das von der BARMER Niedersachsen/Bremen geförderte dreijährige Projekt Wohl.Fühlen ist im September 2019 gestartet und wird von der LVG & AFS in Zusammenarbeit mit dem pro familia Landesverband Niedersachsen e. V. durchgeführt. Es berücksichtigt gezielt diese beiden Grundbedürfnisse. Wohl.Fühlen greift zwei bisher wenig beachtete Handlungsfelder des Leitfadens »Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI« auf: Zum einen die Sexualität als Aspekt psychosozialer Gesundheit und zum anderen die Prävention von Gewalt (vgl. Präventionsbericht 2019). Insgesamt sechs stationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen in Niedersachsen und Bremen werden dabei begleitet, hierzu gesundheitsförderliche Maßnahmen zu planen und umzusetzen. Das Besondere: Die Projekt-Steuerungsgruppen der beteiligten Einrichtungen bestehen jeweils zu einer Hälfte aus Beschäftigten wie Leitungs-, Pflege- und Betreuungskräften sowie hauswirtschaftlichem Personal, zur anderen Hälfte aber aus Bewohner\*innen/Tagesgästen und Angehörigen. Alle arbeiten gemeinsam und auf Augenhöhe zusammen und entwickeln so Ideen, die von der gesamten Einrichtung angenommen und getragen werden können. Dieses Vorgehen verwirklicht die im Leitfaden geforderte Partizipation der Menschen mit Pflegebedarf.

### Schon der Weg ist Teil des Ziels

Die sensiblen, aber wichtigen Themen Sexualität und Gewalt werden in den Kontext der Gesundheitsförderung gestellt und für die Pflege »besprechbar« gemacht. Denn nur was benannt werden kann, kann auch überprüft und gegebenenfalls verändert werden. Durch die im Projekt konsequent verfolgte partizipative Arbeitsweise findet von Anfang an ein gleichberechtigtes und wertschätzendes Miteinander aller Beteiligten statt – allein dies hat bereits gesundheitsförderliche Effekte. Einrichtungsübergreifend bieten regelmäßige Netzwerktreffen die Möglichkeit, Erfahrungen auszutauschen und voneinander zu profitieren.

### Wohl.Fühlen trotz Covid-19?

Die pandemiebedingten Kontaktbeschränkungen der vergangenen Monate haben gezeigt, dass die Inhalte von Wohl.Fühlen unter den vorherrschenden Bedingungen nicht nur nach wie vor wichtig sind, sondern durch diese eine ganz spezifische Bedeutung erhalten. Die strengen Quarantäne- und Isolationsmaßnahmen verhinderten insbesondere in Pflegeeinrichtungen die Möglichkeit der Pflegebedürftigen ihre Angehörigen zu sehen und an einem gemeinschaftlichen Leben teilzunehmen. Angespante Personalsituationen und die Angst vor Ansteckung ließen soziale Bedürfnisse der Pflegebedürftigen in den Hintergrund rücken und sorgten zum Teil für Ausnahmesituationen in den Einrichtungen. Die Herausforderung für das Projekt liegt nun in der ohnehin schon nicht üblichen Beteiligung der Bewohner\*innen und Gäste der Tagespflege bei der Entwicklung von Maßnahmen. Auch ohne Kontaktbeschränkungen lag die Teilnahme von Bewohner\*innen, Angehörigen sowie gesetzlichen Betreuer\*innen in den Steuerungsgruppen bei lediglich 6 Prozent (Präventionsbericht 2019). Die in den nächsten Monaten vorrangig zu klärenden Fragen sind deshalb:

- » Wie kann eine partizipative Zusammenarbeit aller Beteiligten trotz Abstands- und Hygieneregeln gelingen?
- » Wie können Bedürfnisse nach Nähe, Berührung und sozialen Kontakten in Zeiten einer Pandemie gelebt werden?
- » Wie gelingt es eine Realität zu schaffen, in der sich Bewohner\*innen, Tagesgäste, Angehörige und Beschäftigte sicher fühlen, aber ihrer Grundrechte und Selbstbestimmung nicht beraubt werden?

Das gesamte Vorgehen wird durch die Hochschule Fulda wissenschaftlich evaluiert und die Ergebnisse veröffentlicht. Weitere Informationen zum Projekt sind zu finden unter: [t1p.de/wohlpunktuehlen](http://t1p.de/wohlpunktuehlen)

Literatur bei den Verfasserinnen, 1, 2: Anschrift siehe Impressum  
SILKE WENDLAND, pro familia Landesverband Niedersachsen e.V.,  
Dieterichsstraße 25 A, 30159 Hannover, E-Mail: [silke.wendland@profamilia.de](mailto:silke.wendland@profamilia.de)

MELANIE ZIRVES

## Aktivitätenteilnahme und psychische Gesundheit in der stationären Langzeitpflege

Künftig wird in Deutschland insbesondere der Bevölkerungsanteil der über 80-Jährigen steigen. Damit einhergehend wird eine zunehmende Heimunterbringung prognostiziert. Institutionen der stationären Langzeitpflege wird jedoch häufig nachgesagt, dass sie abhängiges oder gar depressives Verhalten im Alter begünstigen. Da immer mehr Menschen in ein solches Setting umziehen, rückt in der internationalen Versorgungsforschung zusehends die Frage in den Fokus, welche Effekte sogenannte organisationale Determinanten auf das Wohlbefinden hochaltriger Bewohner\*innen haben. Zu Letzterem gehören beispielsweise der Erhalt der Selbstständigkeit und der sozialen Einbindung. Einzelne Strukturelemente der Organisation, wie beispielsweise die Personalstruktur, wirken



sich auf Prozesshandlungen, wie zum Beispiel die adäquate Aktivierung, aus und tragen zur Veränderung der Lebensqualität der Bewohner\*innen bei. Dabei kommt der Einbindung in Aktivitäten eine zentrale Rolle zu: Sie kann sowohl dazu beitragen, den Übersiedlungsprozess ins Heim angenehmer zu gestalten als auch die Selbstständigkeit bei der Alltagsplanung und Pflege sozialer Kontakte im neuen Umfeld zu fördern.

### Forschungsergebnisse

Die Bevölkerungsgruppe der über 80-Jährigen gilt als besonders vulnerabel und ist gleichzeitig weit weniger untersucht als jene der sogenannten jungen Alten (65–80 Jahre). Im Datensatz der NRW80+-Studie, der von 08/2017–02/2018 erhoben wurde, flossen Daten von 1863 befragten über 80-Jährigen ein, die anhand einer Zufallsstichprobe aus dem Melderegister (N=8040 Personen aus 94 Gemeinden) rekrutiert wurden. Davon lebten 150 Befragte in Alten(pflege)heimen. Auf Basis dieser Daten wurde unter anderem untersucht, an welchen Aktivitäten diese 150 Bewohner\*innen – die im Durchschnitt 90 Jahre alt und zu 74 Prozent weiblich waren, über das Jahr gesehen teilnahmen und wie sich die Häufigkeit sowie Variabilität ihrer Aktivitätenteilnahme auf ihr Wohlbefinden auswirkten. Die Analyse lieferte folgende Ergebnisse: Besuche empfangen ist mit 95 Prozent die am häufigsten genannte Aktivität. Es folgen Fernsehen und Spaziergänge. Rund 40 Prozent nahmen im vergangenen Jahr an sportlichen Angeboten, Kaffeekränzchen, Cafébesuchen oder Spielangeboten teil. Denksport, lesen und künstlerische Aktivitäten lagen im unteren Drittel (20–30 Prozent). Weniger als 10 Prozent nahmen an Kinobesuchen, Reisen, Ehrenämtern, politischen Events oder Weiterbildungen teil.

### Effekte von Aktivitäten auf das psychische Wohlbefinden

Sportliche Aktivitäten, Spaziergänge und Kaffeekränze wurden zu mindestens 75 Prozent einmal wöchentlich durchgeführt. Auch hatten 73 Prozent der Bewohner\*innen mindestens einmal wöchentlich Besuch. Interessanterweise steht aber nicht die Häufigkeit der Teilnahme mit dem psychischen Wohlbefinden der Bewohner\*innen im Zusammenhang. Vielmehr ist es das Faktum, an unterschiedlichen Aktivitäten teilzunehmen, das sich positiv auf die über 80-jährigen Bewohner\*innen auszuwirken scheint. So konnte hier ein posi-

ver Zusammenhang zwischen der Teilnahme an unterschiedlichen Aktivitäten und dem positiven Affekt – einem Aspekt reduzierter depressiver Symptomatik – festgestellt werden.

### Gelingensfaktoren zur Förderung der psychischen Gesundheit

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass Aktivitätsangebote einen hohen Anteil an der Alltagsgestaltung haben. Die bisherige Forschung lässt auch den Schluss zu, dass Maßnahmen zur Aktivierung von Bewohner\*innen einen positiven Einfluss auf den Erhalt ihrer Selbstständigkeit sowie Mobilität und Lebensqualität haben. Ob eine einzelne Person jedoch zu Aktivitäten motiviert werden kann, hängt davon ab, ob kontinuierlich ausgebildetes Personal in den Einrichtungen arbeitet. Die Personalstruktur wiederum wird unter anderem durch die Heimleitung und die politischen Bedingungen determiniert. Auch Trägerschaft sowie Ausbildung und Weiterbildungsmöglichkeiten können ausschlaggebend sein. Demnach spielen Personalmanagement und politische Begebenheiten auf übergeordneter Ebene eine zentrale Rolle, wenn es um das Wohlbefinden hochaltriger Bewohner\*innen geht. Hier gilt es zu intervenieren und flächendeckend Aktivitätsangebote für hochaltrige Bewohner\*innen zu fördern und zu etablieren.

Literatur bei der Verfasserin

MELANIE ZIRVES, Universität zu Köln, Humanwissenschaftliche Fakultät, NRW Forschungskolleg GROW, E-Mail: melanie.zirves@uni-koeln.de

## RAINER CENTMAYER, MARCO HAHN, JOHANNA BOETTCHER Asylsuchende in der Pflege

Geflüchtete wollen Sicherheit, ankommen, lernen, ihr eigenes Geld verdienen und wertvolle Mitglieder der Gesellschaft werden. Pflegeeinrichtungen mit einem hohen Personalanteil an Migrant\*innen haben Marktvorteile, weil es dort Bewegung, Innovation und ein Lernen von- und miteinander gibt. Gleichzeitig wird in Deutschland mehr Gesundheits- und Pflegepersonal benötigt. Durch die Zunahme von Pflegebedürftigen mit Migrationsgeschichte sind auch Pflegenden mit transkulturellen Kompetenzen gesucht.

### Barrieren abbauen und Zugänge schaffen

Ein Hindernis für geflüchtete Menschen, eine Ausbildung im Pflegebereich zu beginnen, ist das Erfordernis eines Schulabschlusses. Durch hohe Zugangsbarrieren, Diskriminierung auf dem Ausbildungs- und Arbeitsmarkt und fehlende Förderangebote werden jedoch Zugänge erschwert. Hochmotivierte Asylsuchende werden ausgebremst, da ihr Schulabschluss oder sogar der Berufsabschluss in der Pflege nicht anerkannt wird oder ihre Papiere aus dem Heimatland aufgrund von Vertreibung und Krieg nicht mehr nachzuweisen sind. Gestufte Pflegeausbildungen unterschiedlicher Qualifizierungsniveaus mit gekoppelten erweiterten Schulabschlüssen wären deshalb wünschenswert.

### Bildung ermöglichen: Die Berufsfachschule Paulo Freire

Ein Praxisbeispiel, um Barrieren abzubauen, ist der Ausbildungsgang Sozialassistenz an der Berufsfachschule Paulo Freire, der Menschen unterschiedlichster Herkunft seit 2012

eine solide berufliche Perspektive ermöglicht. Die Berliner Schule bietet jährlich 100 Ausbildungsplätze an. Zudem werden vier Pflegebasiskurse mit jeweils bis zu 25 Plätzen koordiniert, welche Berufsorientierung, Grundlagenwissen und praktische Einsätze in der Pflege realisieren. Alle Angebote sind auf die besonderen Bildungsbedarfe von Geflüchteten und Migrant\*innen zugeschnitten. Ergänzend werden Nachhilfe, Sprachförderung, soziale Beratung und Unterstützung beim Übergang von Schule in den Beruf angeboten. Die zweijährige Sozialassistent\*innenausbildung ist eine staatlich anerkannte berufliche Erstausbildung, die den Absolvent\*innen Wege in die dreijährige Pflegefachausbildung oder in das Fachabitur ermöglicht. Aufgrund bestehender Kooperationen haben Absolvent\*innen die Möglichkeit, direkt in den Beruf einzusteigen oder weiterführende Fachausbildungen zu absolvieren. Die Berufsbildungsreife ist für die Sozialassistentenausbildung zwingend erforderlich. Es fehlen jedoch bisher staatlich anerkannte Angebote, die eine pflegerische Qualifizierung und den Erwerb der Berufsbildungsreife ermöglichen. In Kooperation mit der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung von Berlin wird momentan an der BFS Paulo Freire ein Bildungsangebot geschaffen, das vorwiegend Geflüchtete auf den nachträglichen Erwerb der Berufsbildungsreife vorbereitet und zugleich Erfahrungen mit dem Berufsfeld Gesundheit/Pflege ermöglicht.

#### **Arbeitsverbot oder Fachkräfte-Gewinnung?**

Geflüchtete unterliegen teilweise einem Arbeitsverbot, das auch die Aufnahme einer dualen Ausbildung ausschließt. Dies betrifft insbesondere Geduldete, denen die mangelnde Mitwirkung an ihrer eigenen Abschiebung vorgeworfen wird. Eine Chance kann hier die sogenannte »Ausbildungsduldung« bieten. In Zeiten des Fachkräftemangels sollte diese Möglichkeit verstärkt genutzt werden. Anstatt Pflegefachkräfte aus den entlegensten Orten der Welt anzuwerben und den dortigen Versorgungssystemen zu entziehen, sollte Geflüchteten die Chance gegeben werden, hier tätig zu werden.

#### **Folgerungen: Vielfalt pflegen!**

Unterschiedlich gestufte Pflegeausbildungen und begleitende Maßnahmen wie Sprachförderung, Lern- und soziale Beratung holen die Lernenden ab und ebnen einen Weg bis hin zur Fachausbildung. Ein Beharren auf tradierten Ausbildungsstrukturen dagegen wird zu höheren Abbruchquoten führen und keinen nachhaltigen Beitrag zur Überwindung des Fachkräftemangels leisten. Nicht zu unterschätzen sind Vorbehalte und Rassismus in der Pflege. Gegengesteuert kann hier zum Beispiel die eLearning Plattform »Vielfalt Pflegen« als kostenlose Fortbildungsmöglichkeit zu Themen der Transkulturalität in der Pflege. Realisiert wurde diese durch die Berufsfachschule Paulo Freire in Zusammenarbeit mit dem Bundesministerium für Gesundheit. Die Anpassungen der Bildungsinstitutionen lohnen sich: aus Geflüchteten werden Kolleg\*innen, die die Vielfalt des Pflegeberufes widerspiegeln.

Literatur bei den Verfasser\*innen

RAINER CENTMAYER, »Vielfalt Pflegen«,

E-Mail: r.centmayer@pflege-lernen.org,

MARCO HAHN, Berufsfachhochschule Paulo Freire im Zentrum Überleben,

JOHANNA BOETTCHER, Beauftragte des Senats von Berlin für Integration und Migration

#### ANGELIKA MAASBERG

### Kita-Preis

## »Gute und gesunde Kita für alle! Kita-Qualität durch Gesundheitsförderung stärken«

In den vergangenen Jahren haben sich Bildung und Gesundheit in Kindertagesstätten (Kitas) grundlegend verändert. So sind zum Beispiel die Qualitätsanforderungen in den Einrichtungen gestiegen, es gibt bundeslandspezifische und verbindliche Bildungspläne, das Arbeitsschutzgesetz fordert zur Überprüfung der Mitarbeiter\*innengesundheit auf und in quantitativer Hinsicht nimmt der Ausbau der Kindertagesbetreuung unter Dreijähriger zu. Mit dem »Gute-KiTa-Gesetz« hat auch die Bundesregierung unter anderem der Förderung von Lebenskompetenzen, sprachlicher Bildung, professioneller Qualifizierung sowie der Bewegung und gesunden Ernährung eine besondere Bedeutung gegeben.

Vor diesem Hintergrund ist der Stellenwert von Prävention und Gesundheitsförderung im Allgemeinen gewachsen und hat auch in der Kita an Bedeutung gewonnen. So greifen zum Beispiel immer mehr Einrichtungen die Themen Erzieher\*innengesundheit, Gefährdungsbeurteilungen, Psychische Gesundheit und Ernährungs- und Bewegungskonzepte für alle auf. In diesem Rahmen setzen sie Maßnahmen und Strategien zur Förderung und zum Aufbau gesundheitsfördernder Strukturen und Arbeitsbedingungen um. Aufgrund dieser Entwicklung möchte das Kompetenzzentrum für Gesundheitsförderung in Kitas in den nächsten zwei Jahren Kindertagesstätten, die Prävention und Gesundheitsförderung in ihren Arbeitsalltag integrieren, stärken und unterstützen. Hierzu soll unter anderem mit Hilfe eines Wettbewerbs die tägliche Praxis von engagierten Einrichtungen wertgeschätzt und mit einem Kita-Preis ausgezeichnet werden.

#### **Veränderungen auf verschiedenen Ebenen sind wichtig**

Der Kita-Preis »Gute und gesunde Kita für alle! Kita-Qualität durch Gesundheitsförderung stärken« wird, in Kooperation mit der BARMER Landesvertretung Niedersachsen/Bremen, an Kindertageseinrichtungen vergeben. Dabei stützt sich das Ausschreibungskonzept unter anderem auf den Leitfaden »Gesunde Kita für alle!« zur Gesundheitsförderung im Setting Kindertagesstätte und den damit verbundenen Handlungsfeldern, wie zum Beispiel Beschäftigte, Mädchen und Jungen, Eltern sowie Vernetzung und Kooperation. Ziel ist es, Fachkräfte und Teams bei der Gestaltung einer gesunden und entwicklungsfördernden Lebens-, Lern- und Arbeitswelt in Kindertageseinrichtungen zu unterstützen. Zudem werden nachhaltige Veränderungen auf verschiedenen Ebenen angestrebt, um die kindlichen Entwicklungs- und Bildungschancen zu verbessern. Damit verbindet eine gute und gesunde Kita die Umsetzung des Bildungs-, Erziehungs- und Betreuungsauftrags von Kindertagesstätten mit dem Aufbau von Gesundheitskompetenzen und der Förderung der Gesundheit aller Beteiligten.

#### **Ziele**

Mit Hilfe des Wettbewerbs sollen die gute Arbeit der Einrichtungen und erfolgreiche Modelle zur Gesundheitsförderung in Kitas sichtbar werden. Begleitende Maßnahmen wie zum

Beispiel Hospitationen, Erfahrungsaustausch und Qualifizierungen flankieren das Programm. Gute Ideen und Ansätze werden weitergetragen und auch die Vernetzung zwischen den teilnehmenden Einrichtungen und Interessierten wird gefördert. Dabei ist ein Grundgedanke das voneinander lernen und dass nicht jede Kita das Rad neu erfindet, sondern dass sich pädagogische Fachkräfte, Leitungen und Träger an den Vorerfahrungen anderer Einrichtungen orientieren, bewährte Ansätze und Ideen übernehmen beziehungsweise anpassen und mit anderen Anregungen kombinieren, so wie es für die eigene Arbeit erforderlich ist.

### Rahmenbedingungen

Der Kita-Preis ist eine Auszeichnung für Kindertageseinrichtung in Niedersachsen und Bremen. Die Bewerbungsphase läuft von September bis Ende Dezember 2020. Teilnehmen können alle Kindertageseinrichtungen, die die Gesundheit der Kinder, Mitarbeiter\*innen und Eltern in den Blick nehmen und Maßnahmen nachhaltig umsetzen, um zur Verbesserung der Gesundheit aller beizutragen. Bei der Preisträger-Auswahl (durch Juryvertreter\*innen aus Wissenschaft und Praxis) zählen die oben beschriebenen Handlungsfelder, genutzte Beteiligungsformate, entscheidende Entwicklungsprozesse sowie Ansätze und Pläne für die Zukunft. Insgesamt werden zehn Einrichtungen mit dem Preis ausgezeichnet. Die besten fünf Kitas erhalten einen Preis im Wert von je 3.000 Euro, die zweckgebunden einsetzbar sind. Die Bewerbungen können bei [kogeki@gesundheit-nds.de](mailto:kogeki@gesundheit-nds.de) eingereicht werden.

Weitere Informationen erhalten Sie unter [www.kogeki.de](http://www.kogeki.de).

Weitere Informationen bei der Verfasserin, Anschrift siehe Impressum

ANDREAS TESCHE, THOMAS HARTMANN, UTE SONNTAG<sup>1</sup>

## Zehn Gütekriterien für eine gesundheitsfördernde Hochschule 2020

Die zehn Gütekriterien des bundesweiten Arbeitskreises Gesundheitsfördernde Hochschulen (AGH) dienen der Orientierung und als Standard für die Entwicklung von Strategien und Vorgehensweisen zur Förderung der Gesundheit aller Statusgruppen in den Hochschulen. Sie zielen darauf, die interne Diskussion anzuregen und eine gesundheitsförderliche Haltung in der Organisationskultur zu etablieren. Die zehn Gütekriterien bestehen jeweils aus einer thematischen Proklamation sowie den sich darauf beziehenden Erläuterungen. Die Gütekriterien sind in einem zweijährigen Diskussionsprozess entstanden und wurden auf der Jubiläumsveranstaltung »10 Jahre Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen« am 10. Juni 2005 an der Universität Bielefeld verabschiedet. Nach über zehn Jahren erfolgreicher Arbeit mit diesen Qualitätsstandards wurde ein Aktualisierungsprozess angeregt. Eine breit angelegte Diskussion mündete in der Verabschiedung einer aktualisierten Fassung auf der Arbeitskreissitzung des AGH am 31. Januar 2020 erneut an der Universität Bielefeld.

### Worum geht es?

Die zehn Gütekriterien formulieren, worauf es bei der Umsetzung der Idee einer gesundheitsfördernden Hochschule als ganze Organisation ankommt: den Rahmen eines Settingansatzes schaffen, die salutogenetische Sicht, das Verschränken von Verhaltens- und Verhältnisprävention, die Etablierung von hochschulweiten Strukturen und Prozessen, das Realisieren von Gesundheitsförderung als strukturelle Querschnittsaufgabe bei allen Entscheidungen und Prozessen in Beschäftigung, Lehre, Studium, Forschung und Wissensmanagement und vieles mehr.

### Neu hinzugekommene Aspekte

In den letzten Jahren hat sich neben dem betrieblichen das studentische Gesundheitsmanagement etabliert. Diese Entwicklung mit ihren neuen Facetten ist in den zehn Gütekriterien nachgezeichnet worden. Das greift die Vorgaben des 2015 in Kraft getretenen Präventionsgesetzes mit Nennung der Lebenswelt »des Studierenden« (§ 20a SGB V) auf. In Anlehnung an die Okanagan Charter für Hochschulen wurde die Verknüpfung von Gesundheitsförderung mit Aspekten der Nachhaltigkeit formuliert. Besonders die soziale Nachhaltigkeit mit Diversity- und Inklusionsmaximen und die Gesundheitsförderung haben große Überschneidungen. Auch die Begrifflichkeiten haben sich weiterentwickelt: hochschulisches bzw. universitäres Gesundheitsmanagement oder eine sich weiter ausdifferenzierende Einbeziehung aller Statusgruppen finden sich in den Erläuterungen der Gütekriterien als Neuerungen wieder.

Ob und wie Hochschulen diese Kriterien beherzigen, bleibt ihnen überlassen. Hochschulen, die mit der Umsetzung von Gesundheitsförderung starten, sind andere Aspekte wichtig als Hochschulen, die länger in diesem Prozess sind. Der AGH gibt zu einzelnen Themen regelmäßig Impulse durch Tagungen, Workshops und durch Beiträge in den Arbeitskreissitzungen. Theoretische Aufarbeitungen und die Darstellung, welche Modelle guter Praxis zu unterschiedlichen Aspekten bisher entwickelt wurden, werden so einem breiten Publikum aus Hochschulen zugänglich gemacht. So bleiben die Gütekriterien immer ein work in progress, das zukunftsorientierte Grundlagen für den Lebensraum Hochschule aufstellt und insoweit die ständige Weiterentwicklung in Praxis und Theorie dokumentiert. Die Gütekriterien für eine gesundheitsfördernde Hochschule 2020 sind zu finden unter: [www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/Inhalte/O1\\_Startseite/AGH-10-Guetekriterien.pdf](http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/Inhalte/O1_Startseite/AGH-10-Guetekriterien.pdf)

Literatur bei den Verfasser\*innen

ANDREAS TESCHE, Universität Rostock,

E-Mail: [andreas.tesche@uni-rostock.de](mailto:andreas.tesche@uni-rostock.de)

PROF. DR. THOMAS HARTMANN, Hochschule Magdeburg Stendal,

E-Mail: [thomas.hartmann@hs-magdeburg.de](mailto:thomas.hartmann@hs-magdeburg.de)

<sup>1</sup> Anschrift siehe Impressum



YASEMIN ÖZKAYTAN

## Medizinische (Notfall-)Versorgung in der stationären Altenpflege

### Ein Blick auf ländliche Regionen

Die Notfallversorgung in Deutschland verfolgt als wichtigstes Element der öffentlichen Daseinsvorsorge das Ziel einer flächendeckenden und bedarfsgerechten medizinischen Versorgung. Durch die sogenannte Bedarfsplanung soll eine wohnortnahe medizinische Versorgung deutschlandweit ermöglicht werden. In der Realität bestehen jedoch oftmals regionale und wohnformbezogene Unterschiede: Bevölkerungsschwache, eher ländliche Regionen verzeichnen zunehmend Versorgungslücken im Segment der medizinischen (Notfall-)Versorgung. Auch die ärztliche Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen gerät seit geraumer Zeit in den Fokus und wird als defizitär beschrieben. Aufgrund der demografischen Entwicklung ist in den kommenden Jahren im Bereich der Notfallmedizin mit einer weiteren Zunahme hochaltriger Patient\*innen zu rechnen.

### Ärztliche Versorgungssituation in Pflegeeinrichtungen – ein Status quo

Etwa ein Drittel der nach SGB XI als pflegebedürftig eingestuft Menschen in Deutschland wohnt in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege. Die Sicherstellung der ambulanten Notfallversorgung erfolgt für die Pflegeheimpopulation in der Regel durch niedergelassene Arztpraxen, den ärztlichen Bereitschaftsdienst und den Rettungsdienst. Begrenzte medizinische Ressourcen im ländlichen Raum führen immer häufiger zu einer steigenden Inanspruchnahme der Rettungsdienste und Behandlungen in den Notaufnahmen der Krankenhäuser. Dabei können rezidivierende Hospitalisierungen und Rettungsdiensteinsätze ein beachtliches Gesundheitsrisiko für hochaltrige Menschen darstellen, denn sie gelten häufig als Auslöser iatrogenen und nosokomialer Infektionen und Pneumonien. Zudem gehen vermehrte Übergänge zwischen verschiedenen Versorgungssettings mit hohem bis sehr hohem Stress für Senior\*innen einher. Bei Menschen mit Demenz können sie sogar das Erleiden eines Delirs begünstigen. Die überwiegende Mehrheit der Bewohner\*innen stationärer Pflegeeinrichtungen zeichnet sich durch Vulnerabilität und Gebrechlichkeit aus. Diese

physischen und mentalen Gesundheitsbeeinträchtigungen sowie Multimorbidität stellen besondere Herausforderungen in der medizinischen und pflegerischen Versorgung dar. Während die pflegerischen Zuständigkeiten, Strukturen und Kostenträger\*innen im stationären Pflegesektor klar definiert sind, ist die ärztliche Versorgungssituation in der stationären Langzeitpflege zum Teil noch uneindeutig und nicht auf die speziellen und doch sehr unterschiedlichen Versorgungsbedarfe der Bewohner\*innen angepasst. Vor dem Hintergrund der steigenden Anzahl an Notfallpatient\*innen und der Heterogenität der veränderten Versorgungsbedarfe, ist die Zusammenarbeit ambulanter und stationärer Versorgungssektoren dringend erforderlich. Der hohe Bedarf an ärztlicher Expertise in Pflegeeinrichtungen gerät jedoch in Konflikt mit dem zunehmenden Fachkräftemangel in ländlichen Regionen. Die aktuelle Versorgungssituation wird den multidimensionalen Ansprüchen dieser vulnerablen Personengruppe, die einen fachübergreifenden medizinisch-pflegerischen Versorgungsbedarf impliziert, nicht gerecht.

### Sektorengrenzen überwinden – eine Chance?

In der Politik wird eine innovative Gestaltung der Versorgungslandschaft angestrebt, um der angeführten Problematik zu begegnen. Der Gemeinsame Bundesausschuss fördert mit dem Innovationsfond neue Versorgungsformen, die über die bisherige Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherungen hinausgehen. Eine Vielzahl an Förderprojekten verfolgt beispielsweise das Ziel der (digitalen) Vernetzung medizinischer, pflegerischer und sozialer Institutionen und der Integration eines ambulanten Case & Care Managements im ländlichen Raum. Durch den Einsatz telemedizinischer Anwendungen in Form obligatorischer Televisiten in stationären Pflegeeinrichtungen oder des »Telenotarztes« soll eine Kontinuität der medizinischen (Notfall-)Versorgung von Pflegeheimbewohner\*innen vorerst regional sichergestellt werden. Erfolgreiche Projektinhalte sollen zukünftig in die Regelversorgung integriert werden. Versorgungskonzepte ohne sektorale Grenzen könnten demnach eine Chance darstellen, die vielschichtigen und neuen Ansprüche einer bedarfsgerechten Versorgungslandschaft zu erfüllen.

Literatur bei der Verfasserin

YASEMIN ÖZKAYTAN, NRW Forschungskolleg GROW, Wohlbefinden bis ins hohe Alter | Gerontological Research On Well-Being, Universität zu Köln, Tel.: (02 21) 47 01 18 3, E-Mail: y.oezkaytan@uni-koeln.de, www.grow.uni-koeln.de

MARTINA HERR UND HOLGER GEIS

## Leitfaden der Stadt Hannover zur gendersensiblen Pflege

»Das ist uns in unserer Pflegepraxis noch nicht passiert!«, »Wir sind gegenüber jeder Lebenseinstellung tolerant« oder »Auf unserem Wohnbereich werden mehrfacherkrankte Pflegebedürftige versorgt. Glauben Sie mir, die haben ganz andere Sorgen!« So viel zu manchen Einstellungen, die in der ambulanten und stationären Altenpflege wahrzunehmen sind, wenn es um die Berücksichtigung von Bedürfnissen und Bedarfen älterer Lesben, Schwuler, bisexueller bzw. trans- und intersexueller Menschen (LSBTI\*) geht.

### Inhalte des Leitfadens

Zur Unterstützung von Führungskräften in der ambulanten und stationären Altenpflege im Umgang mit älteren LSBTI\* hat die Landeshauptstadt Hannover in Kooperation mit dem Arbeitskreis Ältere LSBT – unterstützt durch Fördermittel des Landes Niedersachsen – einen Leitfaden erarbeitet. Dieser enthält einen Informationsteil sowie ein modular aufgebautes Schulungskonzept. Glossar und »Werkzeugkoffer« ergänzen den Leitfaden. Das Schulungskonzept greift die Themenkomplexe Begriffe, Geschichte, Identität und Praxis der Altenpflege auf, beschreibt zu erreichende Lernziele, mögliche Modulhalte und gibt methodische Hinweise. Alle Methoden werden im Werkzeugkoffer erläutert und um Handreichungen, Literatur- sowie Medienhinweise ergänzt.

### Geschichtlicher Hintergrund

Dass sich ältere LSBTI\* nicht leicht zu erkennen geben, hat damit zu tun, dass sie in einer Geschichte stehen, in der sie Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen durchleben mussten und in der ihre Neigungen als krank angesehen wurden. Die strafrechtliche Verfolgung von Homosexualität wurde im Jahr 1994 abgeschafft. Die Rehabilitation der nach § 175 StGB Verurteilten erfolgte erst im Jahr 2017. Die über Jahrzehnte von den Kassen refinanzierten Konversionstherapien, die gleichgeschlechtlich Liebende »umpolen« sollten, wurden 2019 abgeschafft. Transsexualität wird erst im Katalog der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) 11, der 2022 verabschiedet wird, nicht mehr als psychische Störung klassifiziert werden. Intersexuell zu sein bleibt auch nach 2022 eine Störung. Im März dieses Jahres hat das Robert Koch-Institut im Rahmen seiner Gesundheitsberichterstattung (endlich einmal) die gesundheitliche Lage von LSBTI\*-Menschen in den Fokus genommen. Neben der Erkenntnis, dass es zu wenige Studien gibt, die sich mit der Gesundheit dieser Minderheit befassen, wird eines klar herausgearbeitet, nämlich, dass die Zugehörigkeit zu ihr mit gesundheitlichen Risiken verbunden ist. Doch rühren diese nicht von der sexuellen Orientierung her. Vielmehr ist es die erwartete oder tatsächliche mangelnde Akzeptanz und die Furcht vor Diskriminierung, die psychisch belastend ist und zu Erkrankungen führen kann (sog. Minderheitenstress). Ferner sieht man einen Handlungsbedarf, was das Wissen von Menschen in Gesundheits- und Pflegeberufen bezogen auf die Gesundheitssituation und die Lebenslagen von LSBTI\* anbelangt.

### Mitdenken und Wertschätzen

Pflege zielt darauf ab, Menschen mit Pflegebedarf zu betreuen, Krankheiten zu lindern und Gesundheit zu fördern. Das umfasst die ganzheitliche Sorge um das Wohlbefinden und schließt somit auch das sexuelle Wohlbefinden als wichtigen Gesundheitsfaktor und Beitrag zur Lebensqualität ein. Ältere LSBTI\* erwarten von Pflegeeinrichtungen keine »Extrawurst«, sie erwarten ein Mitdenken ihrer Geschichte (zum Beispiel in der Biographiearbeit). Sie erwarten ferner eine wertschätzende Haltung, die sich durch die gesamte Einrichtung ziehen muss und auch im Falle der stationären Pflege auf die Mitbewohner\*innen bezogen sein muss. Um sich als LSBTI\*-Senior\*in gut gepflegt und versorgt zu wissen, bedarf es eines Umfelds, das geprägt ist von Geborgenheit (im Anderssein), Vertrauen (in die Akzeptanz der jeweiligen Identität durch Pflegenden und Betreuenden) und Sicherheit (vor Diskriminierung). Diver-

sität im Alter ist normal und Vielfalt bringt Farbe in den Alltag. Eine wertschätzende Haltung und das Einnehmen einer breiteren Perspektive sorgt für das Sichtbarwerden von Menschen, die sich nicht in Schablonen von Heteronormativität der Mehrheitsgesellschaft pressen lassen. Wer diese Umsicht nicht in die eigene Pflegepraxis aufnimmt, setzt die personenzentrierte, individuelle Pflege einem Risiko aus. Der Leitfaden der Stadt Hannover zur gendersensiblen Pflege steht als Download zur Verfügung unter: <https://www.seniorenberatung-hannover.de/media/shared/infoseiten/veroeffentlichungen/Fobimo-Leitfaden.pdf> (20.08.2020).

Literatur bei den Verfasser\*innen

MARTINA HERR, HOLGER GEIS, Landeshauptstadt Hannover,

E-Mail: [Martina.Herr@Hannover-Stadt.de](mailto:Martina.Herr@Hannover-Stadt.de), [Holger.Geis@Hannover-Stadt.de](mailto:Holger.Geis@Hannover-Stadt.de)

### NINA HILDEBRANDT UND CAROLIN SCHRÖER

## Was sagen erwerbslose Menschen zum Thema Gesundheit?

### Eine Bedarfserhebung in Bremerhaven

Zahlreiche Studien kommen übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass es einen klaren Zusammenhang zwischen Erwerbslosigkeit und Gesundheit gibt. Oft bildet sich ein Teufelskreis: besonders langzeiterwerbslose Menschen kommen ohne Unterstützung nicht mehr aus der Spirale von Arbeitslosigkeit und gesundheitlichen Beeinträchtigungen heraus. Im Rahmen des Projekts »Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung in der kommunalen Lebenswelt« werden bedarfsgerechte und niedrigschwellige Angebote im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention für (langzeit-)erwerbslose Menschen entwickelt und umgesetzt. Um für Bremerhaven zu ermitteln, was es braucht, um vorhandene und neu entwickelte Unterstützungsstrukturen besser anzunehmen, führte die LVG & AFS im Februar 2020 eine Onlinebefragung (97 Teilnehmer\*innen) und eine Fokusgruppe (14 Teilnehmer\*innen) mit erwerbslosen Menschen durch.

### Das subjektive Gesundheitsverständnis von erwerbslosen Menschen

Aus den Ergebnissen der Befragung wird deutlich, dass die befragten erwerbslosen Menschen ein vielfältiges Verständnis von Gesundheit und Krankheit haben: Themen wie Wohlbefinden, Selbstbestimmung sowie soziale und finanzielle Faktoren werden in die Definition der eigenen Gesundheit mit einbezogen. Eine Aussage war beispielsweise: »Ich fühle mich gesund, wenn ich mich wohlfühle und keine Schmerzen und finanziellen Probleme habe.« Eine andere Person sagte: »Ich fühle mich krank, wenn ich mich so schlecht fühle, dass ich das Gefühl habe, den Alltag nicht meistern zu können.«

### Hemmnisse und Bedarfe bezüglich gesundheitsförderlicher Angebote

Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention erreichen erwerbslose Menschen nur bedingt. Es wurde daher gefragt, weswegen die Befragten diese Angebote bisher (teilweise) nicht in Anspruch nehmen. Die am häufigsten genannten Gründe sind die Kosten der bestehenden Angebote, fehlende



Kinderbetreuung und Zeitmangel. Zusätzlich werden von einigen Befragten fehlende Informationen und fehlende Motivation als Hindernisse angegeben. Besonders bei den Rahmenbedingungen und der Informationsweitergabe scheint es dementsprechend Handlungsbedarf zu geben. Nur einzelne Befragte geben an, dass Unbehagen, Stigmatisierung und Angst vor demütigenden Situationen dazu führen, dass bestehende Angebote teilweise nicht in Anspruch genommen werden. Bei den Faktoren, die eine Teilnahmebereitschaft an gesundheitsförderlichen Angeboten erwerbsloser Personen erhöhen, werden mit großem Abstand kostenlose Formate genannt. Ebenso sind wohnortnahe Angebote im Quartier und solche, bei denen es keine Verpflichtung zur regelmäßigen Teilnahme gibt – wie etwa den Präventionskursen der Krankenkassen – gewünscht. Etwa ein Drittel der befragten Erwerbslosen wünscht sich mehr Informationen zu gesundheitsförderlichen Angeboten. Konzepte für die ganze Familie oder eine Kinderbetreuung können nach Angaben der Befragten ebenfalls die Teilnahmebereitschaft steigern.

### Fazit

Die Ergebnisse der Bedarfserhebung, die hier nur exemplarisch aufgeführt werden konnten, machen deutlich, dass häufig die recht einfach anpassbaren Rahmenbedingungen von Angeboten ein Hindernis darstellen. Im Dialog mit der Gruppe der Erwerbslosen lassen sich Lösungen für einige dieser Hindernisse finden. Ebenso fällt auf, dass ein guter Informationsfluss unabdingbar ist, um das Angebotsnetzwerk bekannt zu machen und die Teilnahme von Erwerbslosen an gesundheitsförderlichen Angeboten zu erhöhen. Hier kann die Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung eine zentrale Rolle spielen. Mitarbeitende vom Jobcenter oder der Agentur für Arbeit stehen in regelmäßigem Kontakt mit dieser Personengruppe und können daher einen effektiven Zugangsweg darstellen. Es braucht auf der Arbeitsmarktseite eine stärkere Sensibilisierung (zum Beispiel mittels Schulungen) für den Zusammenhang von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit und die Verankerung vom Thema Gesundheit im Beratungsablauf. Dennoch muss der Einbezug dieses Themas im Beratungsprozess unbedingt auf Freiwilligkeit basieren und somit abgegrenzt werden von den formalen (An-)Forderungen, die der gesetzliche Arbeitsauftrag der Jobcenter und Agenturen für Arbeit mit sich bringen. Das Prinzip der Freiwilligkeit ist für die Gesundheitsförderung unerlässlich.

Literatur bei den Verfasserinnen, Anschrift siehe Impressum

SUSANNE STIEFLER, KATHRIN SEIBERT

## Präventive Hausbesuche und Alternativen Präventionspotentiale bei älteren Menschen mit Pflegebedarf im häuslichen Setting

Präventive Hausbesuche sind Maßnahmen, die auf die Förderung älterer Menschen abzielen, die in der eigenen Häuslichkeit leben. In einem anlassunabhängigen Hausbesuch werden individuelle Bedarfe strukturiert erfasst, zugeschnittene Präventionsziele formuliert und Beratungsbedarfe offengelegt. Zielgerichtete Maßnahmen bei präventiven Hausbesu-

chen dienen etwa der Stärkung der Selbsthilfefähigkeiten, der Verbesserung des Wohnumfelds, der Beratung zu lokal verfügbaren Maßnahmen zur Gesundheitsförderung oder der Vermeidung sozialer Isolation. Förderungsbedarfe spiegeln sich im Erhalt der Selbsthilfekompetenz, einer Vermeidung oder Verzögerung von Einzügen in ein Pflegeheim, der Vermeidung von Klinikaufenthalten, der Reduktion der Mortalität oder erhöhter Lebensqualität wider. Meist richten sich präventive Hausbesuche an Menschen im höheren Lebensalter, wobei mögliche vorbestehende Beeinträchtigungen ein weiteres Kriterium für die Teilnahme darstellen können.

### Bedarfsanalyse der Inanspruchnahme präventiver Hausbesuche

In Bremen wurde im Jahr 2011 im Auftrag des Deutschen Roten Kreuzes Kreisverband e. V. eine Bedarfsanalyse zur Inanspruchnahme präventiver Hausbesuche mittels Fragebogenerhebung durchgeführt. Befragte, die stärkere Einschränkungen in ihrer Mobilität aufwiesen, zeigten dabei vermehrtes Interesse an diesem Angebot. Bei einem Großteil der Befragten lagen altersbedingte gesundheitliche Beschwerden vor, die die Fähigkeit, den Alltag selbstständig zu gestalten, erschwerten. Dabei handelte es sich weitestgehend um körperliche Beschwerden, seltener spielten nach Angabe der Befragten Einsamkeit, soziale Isolation oder psychische Probleme eine Rolle. Inzwischen wurde das Angebot aktivierender Hausbesuche mit Gesprächs- und Aktivierungsanteilen mit Bring-Struktur eingeführt.

### Wirksamkeit von präventiven Hausbesuchen

Die Wirkung von präventiven Hausbesuchen wird in der Fachliteratur viel diskutiert. Eine systematische Übersichtsarbeit aus dem Jahr 2018 zeigte keinen signifikanten Einfluss auf die Mortalität und den funktionalen Status durch die Durchführung präventiver Hausbesuche. Einerseits ließ sich zwar sowohl eine Reduktion von Krankenhausaufnahmen sowie Sturzereignissen und eine Verbesserung der Lebensqualität ausmachen, andererseits aber auch eine höhere Rate an Pflegeheimeinzügen. Letzteres sei womöglich auf eine verstärkte Durchführung von Assessments und Beratung zu Zugang und Möglichkeiten für einen Heimeinzug zurückzuführen. Ein aktuelles Scoping Review weist darauf hin, dass präventive Hausbesuche tendenziell eine Pflegebedürftigkeit hinauszögern oder vermeiden können. Jedoch werden auch heterogene Effekte für unter anderem Mortalität, stationäre Krankenhausaufenthalte und Pflegeheimaufnahmen beschrieben.

### Alternativen zu präventiven Hausbesuchen

Sich um das eigene gesundheitliche Wohlbefinden zu kümmern, physische Fähigkeiten und Fitness zu erhalten und Beeinträchtigungen oder Erkrankungen vorzubeugen, sind entscheidende Faktoren, die älteren Menschen ein unabhängiges Leben ermöglichen. Als Strategie zur Unterstützung dieser Faktoren haben sich komplexe Interventionen herausgebildet. Diese werden als eine Kombination mehrerer Komponenten beschrieben: etwa eine Kombination aus einem geriatrischen Assessment, aus Hausbesuchen und Telefonanrufen durch Pflegefachpersonen oder Hausärzt\*innen und krankheitsspezifischen Schulungsangeboten. Für komplexe Interventionen ist unter anderem bekannt, dass diese die subjektive Gesundheit erhöhen und das Auftreten von Sturz-

ereignissen verringern können. In den letzten Jahren stehen vermehrt auch digitale Möglichkeiten der Unterstützung zur Verfügung. Diese reichen von sensorbasiertem Monitoring (für Sturzereignisse), digitalen Anwendungen für das Selbstmanagement bei chronischen Erkrankungen oder zur kognitiven und physischen Aktivierung bis hin zu Plattformen zur Vernetzung und Beratung. Obgleich ältere Menschen als zunehmend offen gegenüber digitalen Technologien beschrieben werden, stehen vor allem auch hinsichtlich einer Kombination von präventiven Hausbesuchen mit digitalen Alternativen umfassende Ergebnisse zu Wirksamkeit und Effekten für pflegebedürftige Menschen noch aus.

Literatur bei den Verfasserinnen

SUSANNE STIEFLER (M.A.) & KATHRIN SEIBERT (M.Sc.), Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung, Abteilung für Pflegewissenschaftliche Versorgungsforschung, Grazer Straße 4, 28359 Bremen, E-Mail: sstiefler@uni-bremen.de, kseibert@uni-bremen.de

PETRA HOFRICHTER

## Wer pflegt Herrn K.? Pflege von wohnungslosen Menschen

Das Leben auf der Straße macht krank: Wohnungslose Menschen leben häufiger in gesundheitsschädlichen Umgebungen, sie leiden vermehrt unter akuten und chronischen Erkrankungen und sind von Angeboten der Gesundheitsförderung, der medizinischen Versorgung und der Pflege häufig ausgegrenzt.

### Was macht die besondere Situation von pflegebedürftigen Wohnungslosen aus?

Sie sind im Durchschnitt jünger, meist mobiler, manchmal auch suchtmittelabhängig oder psychisch krank – und scheinen mit ihren Ausgangsvoraussetzungen und Bedürfnissen weder in das System der Pflegestufen und der Abläufe eines Pflegedienstes zu passen noch entsprechen sie dem Bild der\* des Pflegeheimbewohner\*in. Eine Erhebung über den Pflegebedarf wohnungsloser Menschen gibt es nicht. Das Hilfesystem bietet für wohnungslose Menschen vereinzelt niedrigschwellige Versorgungsangebote (zum Beispiel Krankenstuben für Obdachlose).

### Pflegesystem und Wohnungslosenhilfe noch immer zu wenig miteinander verzahnt

Der Großteil der (deutschen) wohnungslosen Menschen ist krankenversichert und hat daher Anspruch auf Behandlungspflege nach § 37 SGB V. Dennoch kommt die medizinische Hilfe nicht allen Patient\*innen zugute: Voraussetzung für die Beantragung der Grundpflege ist eine ärztliche Untersuchung. Sofern die Wohnungsloseneinrichtung nicht mit einem Pflegedienst oder einer Hausarztpraxis kooperiert, können der gesundheitliche Zustand der\*des Klient\*in weder beurteilt noch weitere Schritte zur Unterstützung und Versorgung eingeleitet werden. Dazu zählt zum Beispiel die Einstufung in Pflegestufen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK). Kommt es doch zur Begutachtung, so fallen die Betroffenen durch das Raster der Begutachtungs-

kriterien, da Kompetenzen wie Körperpflege, Ernährung, Mobilität, hauswirtschaftliche Versorgung ausschlaggebend sind und psychische Beeinträchtigungen nicht ausreichend berücksichtigt werden.

### Arbeitskreis »Wohnungslosigkeit und Gesundheit« in Hamburg

Der Arbeitskreis der Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Hamburg ist ein Zusammenschluss von Akteur\*innen des Gesundheits-, Sucht- und Wohnungslosenhilfebereiches. Gemeinsam wird das Ziel verfolgt, die sektorenübergreifende Zusammenarbeit der Wohnungslosen- und Suchthilfe, der Hospiz- und Palliativarbeit und der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung zu fördern.

### Impulse für eine gute Pflege für Herrn K.

Einen Schwerpunkt bildete das Thema Wohnungslosigkeit und Pflege. In der vom Arbeitskreis veröffentlichten Broschüre »Wer pflegt Herrn K.« wurden Lücken benannt und gute Praxisansätze vorgestellt ([www.hag-gesundheit.de](http://www.hag-gesundheit.de)). Dazu zählen zum Beispiel Informationen zu rechtlichen Grundlagen: So können Obdachlose Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V auch dann erhalten, wenn ihnen zur Durchführung der Behandlungspflege ein vorübergehender Aufenthalt in einer Einrichtung oder in einer geeigneten Unterkunft zur Verfügung gestellt wird. Im Kontext stationärer Hilfen gilt seit 2015: Krankenkassen müssen häusliche Krankenpflege auch in Heimen für obdachlose Menschen gewähren, die als Einrichtungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII betrieben werden. Die in der Broschüre veröffentlichten Praxisbeispiele beschreiben wie sich zum Beispiel Pflegeeinrichtungen in ihren Teams für die Pflege obdachloser Menschen aufstellen können (und mit der Aufnahme von jungen Bewohner\*innen das Haus vielfältiger gestalten) oder wie eine gute Vernetzung mit ambulanten Pflegediensten gelingen kann.

### Bedarfe der Menschen in den Blick nehmen

Kranke, pflegebedürftige wohnungslose Menschen sind auf ein qualifiziertes und vernetztes Versorgungsangebot angewiesen. Sektorenübergreifende Kooperation kann dann gelingen, wenn die Bereiche über Strukturen, Fachwissen und Ressourcen verfügen, die mehr Interdisziplinarität und Sensibilisierung für Menschen in prekären Wohnverhältnissen und Obdachlosigkeit zulassen. Daher braucht es einen Perspektivwechsel: Bei der Entwicklung von guten Ansätzen sollten die Bedarfe dieser vulnerablen Adressatengruppe in den Mittelpunkt der Planung gestellt werden. Und: Für Taten braucht es Daten – qualitative und quantitative Daten, die Auskunft über die gesundheitliche Situation und den Pflegebedarf von wohnungslosen Menschen geben.

Literatur bei der Verfasserin

PETRA HOFRICHTER, Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAG), Hammerbrookstraße 73, 20097 Hamburg, E-Mail: [petra.hofrichter@hag-gesundheit.de](mailto:petra.hofrichter@hag-gesundheit.de)



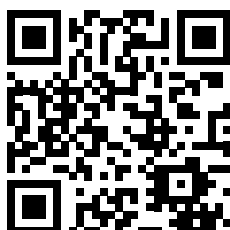
### Prävention und Gesundheitsförderung – Entwicklungen und Perspektiven

Psychische Erkrankungen manifestieren sich meist schon in jungen Lebensjahren und werden häufig erst spät erkannt und behandelt. Daher gewinnen präventive Maßnahmen sowie Früherkennung an Bedeutung. Dieses Buch ist der sechste Band einer Buchreihe zur Prävention psychischer Störungen und zur Förderung der psychischen Gesundheit. In dem Buch wird die Wirksamkeit verschiedener Methoden zur Prävention von bisher wenig erforschten psychischen Störungen in unterschiedlichen Lebenswelten untersucht. Thematisiert werden unter anderem Methoden zur Prävention psychischer Erkrankungen bei Migrant\*innen oder Aufmerksamkeits-Hyperaktivitätsstörungen bei Kindern. Verschiedene Studien und Modellen stützen die gemachten Aussagen und es werden Fortschritte der Gesundheitsförderung und Psychologie auf hohem wissenschaftlichem Niveau aufgezeigt. (Iam)

HANNA CHRISTIANSEN, DAVID EBERT, BERND RÖHRLE:  
Prävention und Gesundheitsförderung Bd. VI,  
Entwicklungen und Perspektiven.  
dgtv-Verlag, Tübingen, 2018, 488 Seiten,  
ISBN 978-3-8715-9624-7, 38,00 Euro

### #highways2health – der digitale Wandel in der Gesundheitsförderung

Auf der Website [www.highways2health.de](http://www.highways2health.de) veröffentlicht die LVG & AFS regelmäßig Podcasts und Blogbeiträge von und mit Expert\*innen aus Wissenschaft sowie Praxis zu Themen rund um den digitalen Wandel in Gesundheitsförderung und Prävention. In den neuesten Beiträgen kommen Expert\*innen aus Schule und Pflege zu Wort und berichten, wie sie digitale Medien und Anwendungen während der Covid-19-Pandemie nutzen, welche Potenziale sie bieten und wo es Nachbesserungsbedarf gibt. Im Kontext von Covid-19 beschäftigt uns auch die Frage nach dem Umgang mit Falschnachrichten in der Gesundheitskommunikation: Gerade in den sozialen Medien kursieren nicht erst seit Beginn der Pandemie zunehmend Unwahrheiten und Verschwörungstheorien. Wie entstehen sie und wer verbreitet sie? Und was kann man dagegen tun? Im dritten Quartal dieses Jahres werden die Themenschwerpunkte Soziale Lage und Digitalisierung, Digitale Gesundheitsanwendungen, sowie eSports im Fokus stehen. Lesen und hören Sie rein! Alle Beiträge finden Sie auf [www.highways2health.de](http://www.highways2health.de)



### Digitale Gesundheitskommunikation. Zwischen Meinungsbildung und Manipulation.

Die Kommunikation gesundheitsbezogener Informationen und deren qualitative Beurteilung wird immer schwieriger. Hinzu kommen Fragen, ob digitale (Präventions-) Angebote tatsächlich die Gesundheitskompetenz steigern und Optimierungschancen bereithalten? Die Autor\*innen erläutern praxisnah Chancen und Risiken. Zudem werden Entwicklungen auf das deutsche Gesundheitswesen dargestellt. Dabei geht es um die Nutzung digitaler Medien, die Ansprache verschiedener Dialoggruppen und deren digitaler Affinität sowie um ethische, rechtliche und qualitätsbezogene Aspekte. Anschließend folgt der spannende Blick auf politische und philosophische Implikationen in einer »postfaktischen« Welt. (fhr)

VIVIAN SCHERENBERG, JOHANNE PUNDT (HRSG.):  
Digitale Gesundheitskommunikation.  
Zwischen Meinungsbildung und Manipulation.  
Apollon University Press, Bremen,  
ISBN 978-3-943001-30-3, 54,90 Euro

### Interkulturelle Kommunikation in der Medizin

Im Mittelpunkt des Buches steht die Bedeutung interkultureller Kommunikation für das vertrauensvolle Arzt-Patienten-Verhältnis im Praxis- und Klinikalltag. Anhand kultur-, sozial- und religionsanthropologischer Aspekte werden Verhaltensschemata in der Kommunikation zwischen medizinischem Fachpersonal, Akteur\*innen in der Integrationsarbeit und eingewanderten oder geflüchteten Menschen analysiert. Mithilfe von Fallbeispielen werden die verschiedenen Fachbereiche der Medizin mit einbezogen und spezifische Handlungsempfehlungen gegeben. Das Buch richtet sich an Ärzt\*innen und Psycholog\*innen sowie an andere Berufsgruppen in der Sozial- und Integrationsarbeit. (kah)

ANTON GILLESSEN, SOLMAZ GOLSABAHI-BROCLAWSKI,  
ANDRE BIAKOWSKI, ARTUR BROCLAWSKI (HRSG.):  
Interkulturelle Kommunikation in der Medizin.  
Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, 2020,  
349 Seiten, ISBN 978-3-662-59011-9, 49,99 Euro

## Kollegiale Beratung für Gesundheitsberufe

Das Handbuch wendet sich insbesondere an Lehrende, Aus- und Fortbildende und Lernende, die im Gesundheitsberuf tätig sind. Herzstück dieses Buches ist ein übersichtliches und praxisorientiertes Anleitungsprogramm zur Kollegialen Beratung, das speziell für Gesundheitsberufe entwickelt und wissenschaftlich begleitet wurde. Strukturiert wird der dem Programm zugrundeliegende Phasenverlauf einer Kollegialen Beratung erläutert und durch verschiedene Fallbeispiele untermauert. Besonders hilfreich sind die tabellarisch aufgeführten Abläufe der einzelnen Phasen, die passenden Methoden sowie die dazugehörigen und vielfältigen Arbeitsmaterialien. Das Buch ist sowohl als Lehr- als auch als Lernbuch konzipiert und ermöglicht einen erleichterten Einstieg in die Kollegiale Beratung. (ts)

MARION RODDEWIG: Kollegiale Beratung für Gesundheitsberufe. Ein Anleitungsprogramm. Mabuse Verlag, Frankfurt a.M., 2018, 166 Seiten, ISBN 978-386321-402-9, 29,95 Euro

## Alter und Pflege im Sozialraum

In diesem wissenschaftlichen Band wird das Thema Alter und Pflege im Sozialraum vor dem Hintergrund theoretischer Erkenntnisse und empirischer Analysen betrachtet. Trotz der Komplexität des Themas ist es den Autor\*innen gelungen eine verständliche Themenfolge zu erstellen. Durch Betrachtung der unterschiedlichen Lebensverhältnisse werden die grundlegenden Probleme im Bereich des Alterns dargestellt. Dabei fokussieren die Autor\*innen auf die Entwicklungsprozesse der Lebenslagen unter Berücksichtigung von Kriterien wie Alter, Geschlecht, Gesundheit, Einkommen und soziale Vernetzung. Im Zusammenhang mit Vernetzungsstrukturen werden die Unterschiede innerhalb verschiedener Kulturen und Lebensgewohnheiten aufgezeigt. Das Buch richtet sich an Studierende und ein Fachpublikum. (yaü)

CHRISTIAN BLECK, ANNE VAN RIESSEN, REINHOLD KNOPP (HRSG.): Alter und Pflege im Sozialraum. Springer Fachmedien, Wiesbaden, 2018, 308 Seiten, ISBN 978-3-658-18013-3, 46,99 Euro

## Handbuch Bewegungs- und Sportgerontologie

Durch die Vielzahl unterschiedlicher Fachdisziplinen und der Beteiligung von insgesamt 60 Autor\*innen wird das Feld der Bewegungs- und Sportgerontologie in diesem Sammelwerk in vielen Facetten sehr umfassend und zugleich gut gegliedert dargestellt. Thematisiert werden Bereiche wie die demographische Entwicklung, Sozial- und Umweltgerontologie, die physische und psychische Entwicklung von Koordinations- und Leistungsfähigkeit im Alter, Ernährung sowie Möglichkeiten beziehungsweise Limitationen von Assistenzsystemen oder Maßnahmen der Bewegungsförderung. Das Buch eignet sich als wissenschaftliches Nachschlagewerk für den studentischen sowie beruflichen Kontext und gibt den aktuellen Erkenntnisstand wieder. (ssc)

URS GRANACHER; HEINZ MECHLING, CLAUDIA VOELCKER-REHAGE (HRSG.): Handbuch Bewegungs- und Sportgerontologie. Hofmann-Verlag, Schorndorf, 2018, 680 Seiten, ISBN 978-3-7780-4940-2, 69,90 Euro

## Praxisbuch Demenzbegleitung von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung

Das Praxisbuch basiert auf einem Forschungsprojekt der Autorin. Zunächst werden Erfahrungen in Bezug auf Menschen mit demenziellen Erkrankungen in Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe dargestellt sowie theoretische Hintergründe erläutert. Hauptfokus ist die Vorstellung eines Bildungsangebots, in dem sich Menschen mit (kognitiven) Beeinträchtigungen Wissen und Informationen aneignen können, um alltagsnahe Bewältigungsstrategien im Umgang mit Demenz zu entwickeln. Das Bildungsangebot zielt darauf ab, den gemeinsamen Alltag für Bewohner\*innen, Mitarbeiter\*innen und Menschen mit demenziellen Erkrankungen konfliktfreier zu gestalten. Dieses Praxisbuch stellt auch einen hohen Nutzen über die Eingliederungshilfe hinaus dar. (at)

HEIKE LUBITZ, BETTINA LINDMEIER: Praxisbuch Demenzbegleitung von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung. Beltz Juventa, Weinheim Basel, 2018, 178 Seiten, ISBN 978-3-7799-3937-5, 19,95 Euro

## Ach, die Fakten. Wider Aufstand des schwachen Denkens.

Die Thematik »Fake News« und das Problem des schwachen Denkens werden in dem Buch von Rolf Arnold untersucht. Er nimmt die öffentliche Debatte über Falschnachrichten und fingierte Neuigkeiten zum Anlass, zu überprüfen, was Denken vor Scheinzusammenhängen schützt und stellt sich der Frage, was Fakt, Tatsache und Evidenz bedeuten. Mithilfe von zehn Bedingungen und Kriterien zur Vermeidung von schwachem Denken fordert er die Lesenden zur Selbstreflexion auf. Er macht darauf aufmerksam, dass sich die eigenen Sichtweisen in verschiedenen Situationen verändern können und betont die Bereitschaft zur Selbstausrichtung und Selbstveränderung. (kah)

ROLF ARNOLD: Ach, die Fakten! Wider Aufstand des schwachen Denkens. Carl Auer Verlag, Heidelberg, 2018, 178 Seiten, ISBN 978-3-8497-0226-7, 29,95 Euro

## Erwerbsverlauf und Gesundheit älterer weiblicher Beschäftigter

Trotz der gesellschaftlichen Relevanz wurden die Zusammenhänge zwischen der Erwerbssituation von Frauen im höheren Erwerbsalter und ihrer Gesundheit bisher nur wenig erforscht. In ihrer Dissertation behandelt die Autorin dieses Thema, indem sie die Beziehungen zwischen Erwerbssituationen und unterschiedlichen gesundheitlichen Aspekten, wie etwa gehäuften psychischen Erkrankungen bei Frauen in männerdominierten Berufen, darstellt. Zur Veranschaulichung der Ergebnisse dienen verschiedene Abbildungen und Tabellen. Die mit dieser Arbeit gewonnenen Kenntnisse können dabei helfen, neue Maßnahmen zu entwickeln und somit eine lange und gesunde Erwerbstätigkeit von Frauen zu ermöglichen. Das Buch ist insbesondere wissenschaftlich Interessierten aus den Bereichen der Arbeits- und Gesundheitswissenschaften und dem Betrieblichen Gesundheitsmanagement sowie Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertretungen zu empfehlen. (lam)

SILKE TOPHOVEN: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit: Erwerbsverlauf und Gesundheit älterer weiblicher Beschäftigter. Wbv Media, 2018, Bielefeld, 214 Seiten, ISBN 978-3-7639-4128-5, 29,90 Euro

# Termine LVG & AFS

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



### »Gesundheit konkret!«: Öffentlichkeitsarbeit in der Gesundheitsförderung und Prävention: Pressearbeit im Fokus

06. Oktober 2020, Bremen

Öffentlichkeitsarbeit ist ein wichtiges Element, um Angebote und Projekte im Rahmen der Gesundheitsförderung und Prävention sichtbar(er) zu machen. Mit der zweiten Fortbildung soll mit Inputs, einem gezielten Erfahrungsaustausch sowie praktischen Übungen die Pressearbeit fokussiert werden. Dabei werden unter anderem die folgenden Fragen beleuchtet: Welche Kommunikationskanäle gibt es und sollten bedient werden? Wie schreibe ich eine Presseinformation? Wie interessiere ich andere für mein Thema?

### Kommunizieren und informieren im Studentischen Gesundheitsmanagement (SGM)

27. Oktober 2020, online

In der digitalen Reihe »Gemeinsam gedacht, digital gemacht!« möchten wir zu aktuellen Fragestellungen aus dem Feld gesundheitsfördernde Hochschule ins Gespräch kommen. Im Fokus stehen Kurzvorträge, Praxisberichte sowie ein lebendiger Erfahrungsaustausch mit Referierenden des Karlsruher Instituts für Technologie (KIT) und der Technischen Universität Karlsruhe (TUK) zum Thema Kommunikation. Dabei werden Konzepte und Theorien betrachtet aber auch Fragestellungen, wie besondere Ereignisse in der Hochschule kommunikativ gut aufbereitet werden können. Eingeladen sind praxiserfahrene Gesundheitsmanager\*innen bzw. Projektverantwortliche für Studentisches Gesundheitsmanagement aus Hochschulen sowie interessierte Studierende.

### XXX. Niedersächsische Suchtkonferenz

27. Oktober 2020, online

Die 30. Niedersächsische Suchtkonferenz möchte die Frage näher beleuchten, wie es gelingt, die Kategorie Geschlecht in der Suchtprävention und Suchthilfe angemessen zu berücksichtigen und den Zugang zu und die Umsetzung von Beratung und Behandlung dadurch zu verbessern. Diese Thematiken werden in Bezug auf frauen- bzw. mändersensible Suchtarbeit in zwei Vorträgen aufgegriffen. Anschließend gibt es die Möglichkeit zum Austausch.

### »Gesundheit konkret!«: Jungen- und Männergesundheit – verstehen, ansprechen und voranbringen in heterogenen Arbeitsfeldern

30. Oktober 2020, Bremen

Präventionsangebote, die hinsichtlich der Themen, der Art und dem Kontext der Bewerbung allzu oft nach einem Standard konzipiert werden, lassen Genderaspekte häufig außen vor. Im Fokus der Veranstaltung stehen zum Beispiel die Fragen: Wie können Gesundheits- und Krankheitsverhalten, Risiko- und Schutzfaktoren von Jungen und Männern sowie die Zusammenhänge mit Geschlechterrollen-erwartungen eingeordnet werden? Und was sind die Grundlagen erfolgreicher Gesundheitskommunikation?

Die nachfolgenden Veranstaltungshinweise (Stand August 2020) erfolgen aufgrund der anhaltenden Covid-19-Pandemie vorbehaltlich. Bitte informieren Sie sich auf unserer Webseite (<https://gesundheit-nds.de/index.php/veranstaltungen>).

### Deine Krankheit – macht mich krank. Angehörige von depressiv Erkrankten gendersensibel begleiten und stärken

30. Oktober 2020, online

Nicht nur an einer Depression erkrankte Menschen sind von dieser schweren Krankheit betroffen: Häufig benötigen auch ihre Kinder oder Eltern, Partner\*innen, Freund\*innen oder Kolleg\*innen Unterstützung. Für Familienangehörige kann es herausfordernd sein, ihr Alltags- und Familienleben unter Rahmenbedingungen der Erkrankung zu organisieren. Was kann eine Depression bei Angehörigen bewirken? Werden ihre Sorgen und Belastungen bis hin zu völliger Überforderung im Versorgungssystem überhaupt gesehen? Wie sehen ihre Bedarfe aus? Auf der Tagung der AG Gender und Depression des Bündnisses gegen Depression in der Region Hannover möchten wir mit Ihnen darüber ins Gespräch kommen.

### Partizipative Gesundheitsforschung – Erfahrungen und Perspektiven

02.–03. November 2020, online

Partizipative Gesundheitsforschung ist ein vielversprechender Ansatz, um mit Menschen gemeinsam herauszufinden, wie ihre Gesundheit gefördert werden kann. Aber wie können Wissenschaft, Praxis und Zivilgesellschaft zusammenarbeiten? Welche Potenziale und Herausforderungen sind mit dem Ansatz verbunden? Die erste deutschsprachige Tagung zu diesem Thema bietet eine Möglichkeit, sich zu diesen und weiteren Fragen eingehender auszutauschen. Veranstalter ist PartKommPlus – Forschungsverbund für gesunde Kommunen, der seit sechs Jahren im Rahmen des Förderprogramms »Präventionsforschung« der Bundesregierung partizipative Forschungsprojekte umsetzt.

### Wie können Netzwerke lebendig, partizipativ und wirkungsvoll gestaltet werden? Workshop 1

03. November 2020, Hannover

Wie kann es gelingen, Netzwerkarbeit lebendig, partizipativ und wirkungsvoll zu gestalten? Mit dieser Frage sind Netzwerke häufig konfrontiert, insbesondere dann, wenn sie schon lange aktiv sind. Im Rahmen des ersten Workshops werden grundlegende Bausteine der Netzwerkarbeit vermittelt und unter anderem die folgenden Fragen beleuchtet und diskutiert: »Wie kann es gelingen, dass Teilnehmende eine aktive Rolle einnehmen?« und »Was ist für die Ergebnissicherung wichtig?« Der Workshop richtet sich sowohl an erfahrene Akteur\*innen, als auch an solche, die ein Netzwerk aufbauen möchten.

### Nachkriegskinder, Kriegsenkel und Depression – Krieg und Nachkrieg in der Familiengeschichte

12. November 2020, online

Krieg hinterlässt Spuren. Sichtbar an Gebäuden und Städten, unsichtbar in den Seelen der Menschen. Das Ende des 2. Weltkriegs ist mehr als 75 Jahre her. Die Thematisierung der psychischen Folgen von Flucht und Vertreibung, von Beteiligung an Kriegshandlungen und Zerstörung erfolgt erst seit den 2000er Jahren. Die Erziehung, das Schweigen sowie Traumata und Depression können Ursachen sein, dass auch die Kinder der Kriegsgenerationen von diesem Geschehen beeinflusst sind. Wie lassen sich Fähigkeiten und Kraftquellen entdecken, um sich diesem Thema der eigenen Biografie zu stellen? Diesem Thema widmet sich dieses Online-Seminar des Bündnisses gegen Depression in der Region Hannover.

## 7. Jahrestagung der Gesundheitsregionen Niedersachsen: Gesundheit verbindet – regional, intersektoral, genial?!

19. November 2020, Hannover

Die Gesundheitsregionen Niedersachsen setzen sich regional und landesweit für neue integrierte Versorgungsformen im Gesundheitswesen ein. Auf der 7. Jahrestagung sollen Chancen und Hürden integrierter Versorgung gemeinsam und zukunftsweisend in den Blick genommen werden. Akteur\*innen aus Politik, Wissenschaft und den Gesundheitsregionen stellen vorhandene Lösungsansätze vor und berichten von Bundes-, Landes- und regionaler Ebene und diskutieren zukünftige Perspektiven. Wie in jedem Jahr werden regionale Projektansätze vorgestellt und Praxiserfahrungen geteilt.

## Altern in Vielfalt – Gesundheitsförderung von älteren Menschen mit Zuwanderungsgeschichte

24. November 2020, online

In vier Modellkommunen wurde der Frage nachgegangen, welche Unterstützung sich ältere Menschen mit Migrationshintergrund wünschen, um ihre Gesundheit zu verbessern. Die tatsächlichen Bedarfe von älteren Menschen mit Migrationshintergrund und Ihrer Angehörigen stehen oft noch nicht im Fokus der etablierten Seniorenarbeit. Die Erfahrungen aus den Kommunen werden vorgestellt und gemeinsam wird reflektiert, welche Denkanstöße mit in die eigene Arbeit integriert werden können. Dies wird mit einem Vortrag über eine diversitätssensible Versorgung von älteren Menschen mit Migrationshintergrund untermauert.

## Good Practice-Lernwerkstatt: Voraussetzung für Beteiligungsprozesse: Niedrigschwellige Arbeitsweise und Empowerment

24. November 2020, Hannover

Diese Kriterien sind zentrale Voraussetzungen für die Ermöglichung von Partizipation, damit Menschen, um die es geht, erreicht und gehört werden können. In der Lernwerkstatt wird Basiswissen zu den zwei ausgewählten Good Practice-Kriterien vermittelt. Anhand von Impulsen und Praxisbeispielen wird die Bedeutung der jeweiligen Kriterien für die praktische Arbeit aufgezeigt und zusammen mit den Teilnehmenden auf ihre Arbeitssituationen übertragen.

## Bitte Abstand halten! Strategien gegen Einsamkeit im Alter nicht nur in Zeiten von Corona

25. November 2020, Bremen

In den Medien wird viel über Einsamkeit und soziale Isolation von älteren Menschen berichtet. Als Gründe werden neben einem Anstieg von Altersarmut auch Urbanisierung und Digitalisierung genannt. Doch ist das wirklich so? Wie viele Menschen leben sozial isoliert und wie verbreitet ist das Gefühl der Einsamkeit in der älteren Bevölkerung? Was können die Gründe dafür sein? Und inwieweit hat die Covid-19-Pandemie diese Situation weiter verstärkt? Was wird unternommen, um sozialer Isolation und Einsamkeit im Alter entgegen zu wirken? Diesen und weiteren Fragen möchten wir im Rahmen des Fachtags nachgehen.

## Forum »Krebsnachsorge in Niedersachsen«

02. Dezember 2020, Hannover / online

Ziel der Nachsorge bei Krebsbehandlungen ist es, frühzeitig Rückfälle zu erkennen, Therapiefolgen zu lindern und die Lebensqualität positiv zu beeinflussen. Längere Überlebensraten und die aktuellen demographischen sowie epidemiologischen Entwicklungen zeigen, dass sich die Bedarfe an die Nachsorgekonzepte geändert haben. Hinzu kommt, dass Informationen zur Relevanz und auch zur Existenz der Nachsorgeuntersuchungen nicht immer optimal kommuniziert werden. Das Forum zur Krebsnachsorge in Niedersachsen will in diesem Kontext versuchen Lücken zu schließen und lädt sowohl Akteur\*innen aus der medizinisch-therapeutischen Versorgung, der Beratung als auch Betroffene und Angehörige zu Vorträgen und Diskussionen ein.

## Wie können Netzwerke lebendig, partizipativ und wirkungsvoll gestaltet werden? Workshop 2

03. Dezember 2020, Hannover

Ein Netzwerk bietet die Möglichkeit verschiedene Perspektiven auf das Thema Gesundheit zusammenzubringen, um Potenziale entsprechend zu entfalten und gemeinsame Strategien zu entwickeln. Im zweiten Workshop liegt der Fokus auf der Rolle der Moderation und der Verstärkung von Netzwerken. Der Workshop richtet sich an erfahrene Akteur\*innen, als auch an solche, die ein Netzwerk aufbauen möchten.

## Digitale Reihe »Lesungen im Dialog – Psychiatrie mal anders«

Die Landesstelle Psychiatriekoordination Niedersachsen lädt zu dieser fünfteiligen digitalen Lesungsreihe ein. Alle Interessierten können sich dem facettenreichen Thema »Psychiatrie« auf besondere Weise nähern. Eine Reihe, die insbesondere auch Psychiatrieerfahrene und Angehörige einladen soll, einen ganz anderen Versuch zu wagen ins Gespräch zu kommen.

## Zoom-Lesungen:

»Mein Selbstmord ist mein Anfang«, Merle Meier

01.10.2020

»Depression abzugeben: Erfahrungen aus der Klappe«, Uwe Hauck

22.10.2020

»Aufopfern ist auch keine Lösung«, Janine Berg-Peer

12.11.2020

»Wahnsinn um drei Ecken«, Friederike Samstag

03.12.2020

## VORSCHAU

## Altenpflege und Seniorenzahnmedizin – Mundgesundheit braucht gute Pflege

15. Januar 2021, Hannover



## FORTBILDUNGSPROGRAMM

für Führungskräfte und Beschäftigte in der Pflege und Betreuung

**Der neue »Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege«**

06. Oktober 2020

**Das zielführende Mitarbeitergespräch – So kann es gelingen!**

26. Oktober 2020

**Beratungswissen in der Pflege – 2-tägige Grundlagen**

27.–28. Oktober 2020

**Gewalt in der Pflege – Sie fängt nicht erst beim Schlagen an**

05. November 2020

**Die Seele baumeln lassen – Entspannungsmethoden**

in der Seniorenbetreuung

10. November 2020

**Wie es in den Wald hineinschallt ... – Gewaltfreie Kommunikation in der Pflege**

11. November 2020

**Versteckte Leistungen – Verordnungsmanagement und Abrechnungsfragen**

12. November 2020

**Sexualität kennt kein Alter – Mehr Offenheit in der Pflege**

17. November 2020

**Catch me if you can – Mitarbeitende finden, fördern und binden**

18. November 2020

**Objektbilder – Interaktive Kunst gestalten**

19. November 2020

**Aktivierungsboxen – Kreative Ideen für zwischendurch**

24. November 2020

**Ernährung im Alter – Zwischen Frust und Lust**

25. November 2020

**Alles in Farbe – Aktivierung mit und durch Kreidefarbe**

30. November 2020

Weitere Informationen unter: [www.carealisieren.de](http://www.carealisieren.de)



## FORTBILDUNGSPROGRAMM

**Sinn oder Unsinn? – Wahnhafte Erleben im Alter**

20. Oktober 2020, Hannover

**MAKS-Therapie®**

13. November 2020, Hannover

**Lebenswelt Bett als ein Ort der Begegnung und Teilhabe**

01. Dezember 2020, Hannover



## ELTERN-PROGRAMM SCHATZSUCHE

Weiterbildungsdurchgang in Niedersachsen Herbst 2020

**Modul I: Die Schatzsuche beginnt**

05. Oktober 2020, Hannover

**Modul II: Entwicklung zwischen Risiko und Resilienz**

06. Oktober 2020, Hannover

**Modul III: Umgang mit Vielfalt**

12. November 2020, Hannover

**Modul IV: Kommunikation und Kooperation mit Eltern**

13. November 2020, Hannover

**Modul V: Das Eltern-Programm Schatzsuche I**

10. Dezember 2020, Hannover

**Modul VI: Das Eltern-Programm Schatzsuche II**

11. Dezember 2020, Hannover

Weitere Informationen unter: [www.schatzsuche-kita.de](http://www.schatzsuche-kita.de)



Kompetenzzentrum  
für Gesundheitsförderung  
in Kitas

## FORTBILDUNGSPROGRAMM

**Natur bewegt erleben – Bewegungsanreize der Natur nutzen**

01. Oktober 2020, Oldenburg/Wildenloh

**Dialogwerkstatt – Gute und Gesunde Kita für alle!**

Wie kann das gelingen?

04. November 2020, Hannover

**Dialogwerkstatt – Gute und Gesunde Kita für alle!**

Wie kann das gelingen?

12. November 2020, Oldenburg/Wildenloh

**Dialogwerkstatt – Gute und Gesunde Kita für alle!**

Wie kann das gelingen?

18. November 2020, Lüneburg

**Wenn die Seele überläuft – Burnout-Prävention für pädagogische Fachkräfte**

19. November 2020, Hannover

**Dialogwerkstatt – Gute und Gesunde Kita für alle!**

Wie kann das gelingen?

25. November 2020, Osnabrück

**Wenn die Seele überläuft – psychische Gesundheit in der Kita**

10. Dezember 2020, Edewecht

Weitere Informationen unter: [www.kogeKi.de](http://www.kogeKi.de)

## HINWEIS

Aufgrund des aktuellen Ausbruchs des Coronavirus werden derzeit einige Veranstaltungen abgesagt, verschoben oder in einem anderen Format durchgeführt. Bitte informieren Sie sich auf den jeweiligen Webseiten der Veranstaltungen, ob diese wie geplant stattfinden.

## NIEDERSACHSEN

**20.10.2020 » 17 Leopoldina Lecture: Verlorene Jahre – Hintergründe und Folgen sozialer Ungleichheit**, Hannover, Kontakt: VolkswagenStiftung, Anke Harwardt-Feye, Tel.: (05 11) 83 80 29 2, E-Mail: harwardt-feye@volkswagenstiftung.de, Internet: www.volkswagenstiftung.de

**11.–13.11.2020 » Kinder stark machen. Prävention sexualisierter Gewalt in der Kita**, Reinhausen bei Göttingen, Kontakt: Akademie Waldschlösschen, Pia Zeiher, Tel.: (05 592) 92 77 0, E-Mail: info@waldschloesschen.org., Internet: www.waldschloesschen.org

**11.–13.12.2020 » Trans\*Aktiv: Gesundheitspolitik – Aufklärung und Abbau von Diskriminierung im Gesundheitssystem**, Reinhausen bei Göttingen, Kontakt: Akademie Waldschlösschen, Tel.: (05 592) 92 77 0, E-Mail: info@waldschloesschen.org, Internet: www.waldschloesschen.org

## BUNDESWEIT

**29.10.2020 » Quer denken, Perspektiven lenken – Health in All Policies**, Saarbrücken, Kontakt: Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Saarland, Tel.: (06 81) 59 53 50 94 1, E-Mail: l.joest@pugis.de, Internet: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

**02-03.11.2020 » Online-Konferenz: Partizipative Gesundheitsforschung – Erfahrungen und Perspektiven**, Online-Veranstaltung, Kontakt: Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin, Andreas Bethmann, Tel.: (0 30) 50 10 10 90 6, E-Mail: andreas.bethmann@khsb-berlin.de, Internet: www.partkommplus.de

**10.–11.11.2020 » 59. DHS Fachkonferenz SUCHT: »Suchthilfe: kommunal denken – gemeinsam handeln«**, Online-Veranstaltung, Kontakt: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, Doris Kaldewei, Tel.: (02 381) 90 15 35, E-Mail: kaldewei@dgs.de, Internet: www.dhs.de

**13.11.2020 » Fachtagung der DGSGB**, Kassel-Wilhelmshöhe, Kontakt: Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V., Tel.: (02 34) 50 77 11 00, E-Mail: geschaeftsstelle@dgsgb.de, Internet: www.dgsgb.de

**25.–28.11.2020 » DGPPN Kongress 2020 »Psychiatrie in der sozialen Lebenswelt«**, digitales Event, Kontakt: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Tel.: (06 21) 41 06 13 7, E-Mail: dgppn.registrierung@mcon-mannheim.de, Internet: www.dgppnkongress.de

**26.–27.11.2020 » Kongress zu Digitalisierung, Sport und Gesundheit 2020**, online Veranstaltung, Kontakt: Technische Universität Kaiserslautern, Dr. rer. nat. Max Sprenger, Tel.: (06 31) 20 54 44 1, E-Mail: max.sprenger@hochschulsport.uni-kl.de, Internet: www.uni-kl.de

**27.11.2020 » 4. Fachtag Demenz**, Berlin, Kontakt: Bundesakademie für Kirche und Diakonie (bakd), Dr. Gabriele Beckert, Tel.: (0172) 73 92 85 5, E-Mail: gabriele.beckert@ba-kd.de, Internet: www.ba-kd.de

**27.11.2020 » Online-Konferenz: Alle unter einem Dach – Mehrgenerationenhäuser als Demografiegestalter**, Kontakt: Kompetenzzentrum Frühe Bildung der Hochschule Magdeburg-Stendal in Kooperation mit dem Kompetenzzentrum Soziale Innovation – Sachsen-Anhalt, E-Mail: kfb@h2.de, Internet: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

**27.11.2020 » 3. Community Health Konferenz**, Bochum, Kontakt: hsg Bochum – Hochschule für Gesundheit, Forschungskommission des DoCH, Tel.: (02 34) 77 72 70, E-Mail: communityhealthconference@hs-gesundheit.de, Internet: www.hs-gesundheit.de

**16.12.2020 » Nationales Digital-Health-Symposium 2020 – Auf dem Weg zum europäischen Gesundheitsdatenraum**, Online Veranstaltung, Kontakt: Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V., Tel.: (0 30) 85 61 12 32 0, E-Mail: info@gvg.org, Internet: www.gvg.org/verband

## INTERNATIONAL

**12.–16.10.2020 » 16<sup>th</sup> World Congress on Public Health 2020**, Online-Veranstaltung, Kontakt: World Federation of Public Health Associations, E-Mail: infowcph2020@thetriumph.com, Internet: www.wcph2020.com

**17.–18.11.2020 » 23. Wissenschaftliche Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Public Health. Sozialkapital – Sozialer Zusammenhalt stärkt die Gesundheit**, Graz (Österreich), Kontakt: Österreichische Gesellschaft für Public Health, E-Mail: oegph@svs.at, Internet: www.svs.at