

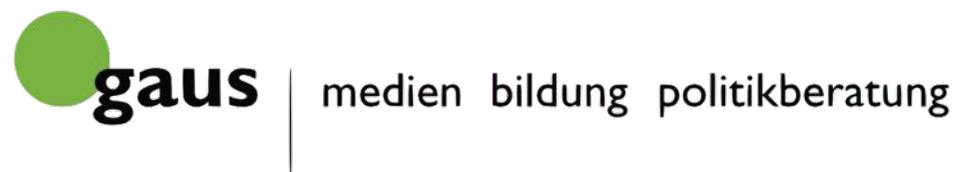
GESUNDES NRW

INNOVATIVE PROJEKTE, MODERNE INITIATIVEN UND ENGAGIERTE
MENSCHEN FÜR EIN ZUKUNFTSFÄHIGES GESUNDHEITSWESEN

HERAUSGEGEBEN VON KURT-GEORG CIESINGER

IMPRESSUM

© gaus gmbh – medien bildung politikberatung 2015



Herausgeber:

Kurt-Georg Ciesinger

Verlag:

gaus gmbh – medien bildung politikberatung
Märkische Str. 86-88, 44141 Dortmund
0231-477379-30, office@gaus.de

Bilder:

Sabine Schollas

Pia Rauball, gaus gmbh

ART DIRECTORS' COMMENT

Die Fotografien in diesem iBook sind exklusiv für diese digitale Zusammenstellung dreier Ausgaben der Zeitschrift *transfær* gemacht. Sie sind im Fitnessstudio des TSC Eintracht Dortmund entstanden – einem traditionsreichen Verein, der wie die in diesem Buch vorgestellten Projekte daran arbeitet, die Gesundheit und Lebensqualität der Menschen zu verbessern.

Für die Erlaubnis, diese Fotografien erstellen und verwenden zu dürfen, bedanken wir uns recht herzlich!



Turn- und Sport-Club Eintracht von 1848/95
Korporation zu Dortmund

TSC EINTRACHT DORTMUND

Die Detailaufnahmen der Fitnessgeräte und die Ergebnisse der Projekte des Gesundheitsministeriums NRW stecken das breite Spielfeld von Gesundheit und Lebensqualität ab – als persönlichen und gesellschaftlichen Wert, im Kleinen wie im Großen.

Sie, liebe Leserin und lieber Leser, sind nun eingeladen, sich natürlich in die Texte, aber auch in die Mikrowelten der Bilder zu vertiefen und zu erraten, was sie zeigen. Schließlich steckt insbesondere unsere Lebensqualität häufig im Detail!

Dabei wünschen wir Ihnen viel Freude!



Sabine Schollas und Pia Rauball, gaus gmbh

FÖRDERHINWEISE

Dieses Buch basiert auf Ergebnissen folgender Projekte:

- „ampaq – Aktion, Mitarbeiterzufriedenheit, Patientenzufriedenheit und Qualität im deutschen Gesundheitswesen“ (FKZ GW02-016 A-E), „Entwicklung und Etablierung eines biografieorientierten, kultursensiblen Überleitungsmanagements im Kreis Unna“ (FKZ 005-GW03-092 A-C)
- „Bedarfsgerechte Unterstützung für von Gewalt betroffene oder traumatisierte ältere bis hochaltrige Frauen in Form von Konzeptentwicklung für trauma-sensible Begleitung, Beratung, Pflege und Therapie“ (FKZ GW03-031)
- „Demografiesensible Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum – Innovative Strategien durch Vernetzung“ (StrateGIN) (FKZ 01HH11026)
- „Entwicklung und Etablierung eines biografieorientierten, kultursensiblen Überleitungsmanagements im Kreis Unna“ (FKZ 005-GW03-092 A-C)
- „Gender-Med-AC – Arbeit, Familie und Karriere in innovativen Unternehmen der Gesundheitsregion Aachen“ (FKZ 005-GW02-014 B)
- „Gesund älter werden“ – Aufbau eines regionalen Kompetenznetzwerkes Demenz und Entwicklung von Leitlinien zur Demenzfrüherkennung“ (FKZ 1230.1.1)
- klinikPROgender – Gendersensible Personalarbeit im Krankenhaus – Fachkräfte gewinnen und sichern (FKZ GW02-056 A-B)
- „Lokale Allianzen für Mensch mit Demenz“
- MedLife – Implementierung neuer Arbeitszeit- und Organisationsmodelle in deutschen Krankenhäusern durch Transfer europäischer Best-Practice-Beispiele (FKZ GW02-046 A-B)
- „PFiF! – Nutzung der Potenziale von Frauen in und für Führungspositionen im Gesundheits- und Sozialwesen durch Instrumente der Organisations- und Personalentwicklung“ (FKZ 005-GW02-085 A-C)
- „Teilhabe am Leben“ – Integration von demenziell erkrankten Menschen in das dörfliche Leben in Legden (FKZ GW03-116)

Die Projekte „ampaq“, „Bedarfsgerechte Unterstützung für ältere Frauen“, „Biografieorientierte Überleitung“, „Gender-Med-AC“, „klinikPROgender“, „MedLife“, „PFiF!“ und „Teilhabe am Leben“ werden gefördert durch das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW und die Europäische Union, Europäischer Fonds für regionale Entwicklung.

Das Projekt „Gesund älter werden“ wird gefördert durch das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW.

gefördert vom:

**Ministerium für Gesundheit,
Emanzipation, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen**



EUROPÄISCHE UNION
Investition in unsere Zukunft
Europäischer Fonds
für regionale Entwicklung

Das Projekt StrateGIN wird gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und die Europäische Union (Europäischer Sozialfonds).

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung



EUROPÄISCHE UNION



DLR Projektträger



Förderschwerpunkt
Innovationsfähigkeit im
demografischen Wandel

Das Projekt „Lokale Allianzen für Mensch mit Demenz“ wird gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

1

ZU DIESEM BUCH

Das elektronische Pendant zur Zeitschrift
„transfær – Impulse für Arbeit, Bildung, Gesund-
heit, Lebensqualität“

transfær

Das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW hat in den vergangenen Jahren zahlreiche Projekte gefördert, um die Lebensqualität und Gesundheit in unserem Land weiter zu verbessern. Themen waren z.B. „Information, Kommunikation und Qualität in einem geschlechtergerechten Gesundheitswesen“ und „Altersgerechte Versorgungsmodelle, Produkte und Dienstleistungen“.

In Zusammenarbeit mit dem Projektträger ETN des Forschungszentrums Jülich wurden seit Sommer 2014 drei Ausgaben der Zeitschrift *transfær* zur Veröffentlichung von Projektergebnissen aus laufenden Vorhaben des MGEPA aufgelegt.

Die Zeitschrift *transfær* – Impulse für Arbeit, Bildung, Gesundheit, Lebensqualität wurde im Jahr 2014 als praxisorientierte Schwesterzeitschrift des renommierten Wissenschaftsmagazins *præview* aufgelegt. Ziel ist es, Ergebnisse aus der laufenden Forschung und Entwicklung „schnell und schlank“ in Politik und Praxis zu transferieren. Der Verlag der Zeitschriften *transfær* und *præview*, die gaus gmbh – medien bildung politikberatung in Dortmund, hat selbst jahrzehntelange Erfahrung bei der Durchführung von Projekten für verschiedene Landes- und Bundesministerien und sichert damit den „richtigen Ton“ – sowohl für die Praxis als auch für die Politik.

In den drei Ausgaben in Kooperation mit ETN und MGEPA steuerten 57 Autorinnen und Autoren aus 36 Institutionen, Einrichtungen und Unternehmen 44 Artikel bei. Beteiligt waren neun laufende Projekte aus der Förderung durch das MGEPA und ein Dutzend weiterer Projekte und Initiativen aus NRW. Ministerin Barbara Steffens leitete jede Ausgabe mit einem eigenen Artikel ein.

Die ersten beiden Hefte beschäftigten sich mit Themen der Versorgung älterer Menschen in unserer Gesellschaft: „Teilhabe am Leben im Quartier – Zukunftskonzept Demenzfreundliche Kommune“ und „Biografieorientiertes, kultursensibles Überleitungsmanagement – Patientenorientierte Versorgung durch professionsübergreifende Zusammenarbeit“. Die positive Resonanz seitens der Leser zeigte, dass sowohl die Inhalte wie auch die kurze und prägnante Form den Bedarf und den Geschmack der Praxis treffen.

Die dritte Ausgabe zum Thema „Moderne Organisations- und Personalentwicklung im Gesundheitswesen – effizient, gendersensibel und wertschätzend“ richtete den Blick in das Gesundheitssystem hinein: Wie können wir die Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten attraktiv, d.h. wertschätzend, gesundheitsförderlich und gendergerecht gestalten?

Die Ausgaben können über den Verlag (www.gaus.de) bestellt werden und werden sechs Wochen nach Erscheinen der Printversion allen Lesern kostenlos auf der Website www.zeitschrift-praewiew.de über ein Artikelarchiv online zugänglich gemacht.

Dieses elektronische Buch fasst alle Artikel dieser Ausgaben zusammen und eröffnet über diesen Kanal einen neuen Transferweg für die Ergebnisse. Denn: **„Transfer ist das Ziel der *transfær*!“**

Kurzdarstellung der einzelnen Ausgaben der Zeitschrift bzw. Kapitel dieses Buches

transfær 3/2014 – Kapitel 1

Teilhabe am Leben im Quartier – Zukunftskonzept Demenzfreundliche Kommune

Eine Begleiterscheinung des demografischen Wandels – weniger Kinder werden geboren, es gibt mehr ältere und hochaltrige Menschen – ist die Zunahme von Menschen mit Demenz oder anderen altersbedingten kognitiven Beeinträchtigungen. Demenz ist jedoch nicht das Schicksal Einzelner, sondern betrifft viele – in der Familie, im Freundes- oder Bekanntenkreis, im beruflichen und sozialen Umfeld.

Das Projekt „Teilhabe am Leben“ hat zum Ziel, Voraussetzungen für ein möglichst selbstbestimmtes Leben von Menschen mit Demenz und ihren Familien exemplarisch im funktionierenden Sozialraum der Stadt Legden im westlichen Münsterland zu schaffen.

Diese Ausgabe der *transfær* stellt die Ergebnisse des Projektes aus den unterschiedlichen Perspektiven der Gemeinde, der professionellen Dienstleister vor Ort, der Bürger und wissenschaftlicher Experten vor.

transfær 4/2014 – Kapitel 2

Biografieorientiertes, kultursensibles Überleitungsmanagement. Patientenorientierte Versorgung durch professionsübergreifende Zusammenarbeit

Eine funktionierende Kommunikation zwischen unterschiedlichen Versorgern ist in der geriatrischen Versorgung ein wesentlicher Baustein für eine erfolgreiche Behandlung der Patienten. Klassische Überleitungskonzepte berücksichtigen bislang allerdings nur unzureichend kulturelle und biografische Besonderheiten der Patienten.

Dabei können weitergehende Informationen über den kulturellen Hintergrund, das soziale Umfeld sowie spezifische Informationen zur Biografie die Versorgung der geriatrischen Patienten im Krankenhaus enorm verbessern.

In dieser Ausgabe wird ein aktueller, aber bereits erfolgreich erprobter Ansatz des „kultursensiblen, biografieorientierten Überleitungsmanagements“ vorgestellt und hinsichtlich der Chancen zur Verbesserung der Versorgung ältere Menschen diskutiert. Dabei kommen sowohl Praktiker aus der Alten- und Krankenpflege, Technikexperten und Pflegewissenschaftler wie auch Vertreter kommunaler Strukturen und Interessenverbände zu Wort.

Moderne Organisations- und Personalentwicklung im Gesundheitswesen – effizient, gendersensibel und wertschätzend

Die Notwendigkeit und das Bewusstsein für Qualität in der täglichen Arbeit ist eine der tragenden Säulen im Gesundheitswesen. Die Forschung in den letzten Jahren – insbesondere in Skandinavien – konnte aufzeigen, dass die Qualität der Behandlungen von Patientinnen und Patienten sowie die Qualität der Personalorganisation deutlicher als früher angenommen von Genderaspekten beeinflusst werden. Diese wissenschaftlichen Erkenntnisse sind in der Praxis aber weitgehend unbekannt. Es stellt sich deshalb die Frage, mit welchen Instrumenten und Argumenten eine gendersensible Versorgung und Personalentwicklung in die Einrichtungen des Gesundheitswesens getragen werden kann.



2

TEILHABE AM LEBEN FÜR MENSCHEN MIT DEMENZ

Eine Begleiterscheinung des demografischen Wandels – weniger Kinder werden geboren, es gibt mehr ältere und hochaltrige Menschen – ist die Zunahme von Menschen mit Demenz oder anderen altersbedingten kognitiven Beeinträchtigungen. Demenz ist jedoch nicht das Schicksal Einzelner, sondern betrifft viele – in der Familie, im Freundes- oder Bekanntenkreis, im beruflichen und sozialen Umfeld.

Das Projekt „Teilhabe am Leben“ hat zum Ziel, Voraussetzungen für ein möglichst selbstbestimmtes Leben von Menschen mit Demenz und ihren Familien exemplarisch im funktionierenden Sozialraum der Stadt Legden im westlichen Münsterland zu schaffen.

Dieses Kapitel stellt die Ergebnisse des Projektes aus den unterschiedlichen Perspektiven der Gemeinde, der professionellen Dienstleister vor Ort, der Bürger und wissenschaftlicher Experten vor.

**„MENSCHEN MIT
DEMENZ WOL-
LEN IN UNSERER
MITTE LEBEN.“**

**„Menschen mit Demenz wollen in unserer Mitte leben. Und
sie haben ein Recht darauf!“**

Barbara Steffens, Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW

**Ministerium für Gesundheit,
Emanzipation, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen**



Wie wollen wir leben?

Stellen wir die uns manchmal unbequeme Frage gleich zu Beginn: Welchen Platz haben in unserer Gesellschaft alte Menschen, vor allem jene mit einer dementiellen Erkrankung?

Wenn wir hierauf eine ehrliche Antwort geben, dann stellen wir fest, dass unsere Gesellschaft des stetigen „Höher – Schneller – Weiter“ Menschen mit Einschränkungen keinen Raum lässt, nicht im Arbeitsleben, nicht auf der Straße, nicht in den kulturellen Einrichtungen und manchmal noch nicht einmal in den eigens geschaffenen sozialen Einrichtungen.

Gerade Menschen mit einer Demenz „passen“ anscheinend nicht in unser Leben, mit ihren Bedürfnissen, ihrer veränderten, verwirrenden Lebensweise. Sie werden oft genug als störend empfunden.

Doch wir täten gut daran, Demenz als selbstverständlichen Bestandteil des Lebens, als „Normalität“ zu betrachten, statt Parallelwelten zu schaffen. Menschen mit Demenz wollen in unserer Mitte leben. Und sie haben ein Recht darauf! Unser Bestreben sollte es sein, gemeinsam und vor Ort zu überlegen, was wir brauchen und wer alles mitwirken muss, damit wir den Aufgaben, vor die uns die älter werdende Gesellschaft stellt, bestmöglich gerecht werden.

Soziale Sicherheit setzt flexible Gestaltung voraus

Dazu gehört auch, den sozialrechtlichen Rahmen nach den Bedürfnissen der Menschen auszugestalten. In unseren Sozialversicherungssystemen zeigt sich immer noch ein Denken, das die Bedarfslagen nur dann anerkennt, wenn sie in die vorgegebenen Strukturen passen. Hier brauchen wir dringend eine Umkehr: nämlich flexible, anpassungsfähige Strukturen, die die sozialen und kulturellen Lebenswirklichkeiten der Menschen aufgreifen. Denn mit der Alterung unserer Gesellschaft wächst das Aufgabenfeld. Bei der Demenz gehen wir derzeit davon aus, dass sich die Zahl der Erkrankten bis zum Jahr 2050 verdoppeln wird.

Anfang der 1990er Jahre fanden demenzielle Erkrankungen bei den Vorbereitungen der Pflegeversicherung im Leistungskatalog noch keinen Niederschlag. Heute müssen wir sagen: Demenz ist schon lange nicht mehr ein Randaspekt, es ist vielmehr ein Kernthema, im Übrigen nicht nur für die Pflegeversicherung. Umso bedauerlicher ist es, dass es trotz zahlreicher Expertinnen- und Expertenrunden beim Thema Demenz nur schleppend vorangeht. Eine grundsätzliche, umfassende und hinreichende Regelung für die Leistungserbringung bei Demenzerkrankung ist bis heute ein weitgehend unerfüllter Wunsch. Immer wieder wurden nur kleinere Maßnahmen bei Novellierungen der Pflegegesetzgebung auf den Weg gebracht.

Inklusion findet vor Ort statt

Jeder Mensch will selbst entscheiden können, wie, mit wem und wo er lebt und wohnt. Daran ändern weder Alter noch Unterstützungsbedarf etwas. Während junge Menschen ihren Radius stetig erweitern, entscheiden sich die Menschen im Alter häufiger für ihr vertrautes Wohnumfeld, sie wollen „zu

Hause bleiben“, ihre im Lauf der Jahre gewachsenen sozialen Bezüge behalten. Das ist bei Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen nicht anders.

Es zeigt sich also vor Ort, ob wir in einer Gesellschaft leben, die das Alter wertschätzt, die aufmerksam, selbstverständlich und zupackend auf Hindernisse reagiert, die Erfahrungen alter Menschen als Bereicherung empfindet und ihnen einen festen Platz im alltäglichen Leben zuweist.

Wie genau aber muss ein Quartier, ein soziales Umfeld gestaltet sein, damit Menschen, die an einer Demenz erkranken, weiterhin wie gewohnt dort leben können? Welche Rahmenbedingungen brauchen sie? Auf welchen Ressourcen können sie aufbauen? Und nicht zuletzt: Was brauchen die Angehörigen? Wie können wir sie entlasten?

Positiv: Viele einzelne Projekte vor Ort geben Antworten

Die Antworten auf diese Fragen sind vielfältig, weil es so unterschiedliche Quartiere und so unterschiedliche Lebensentwürfe gibt. Es ist deshalb gut, dass sich die Menschen in ihrem Engagement und Ideenreichtum nicht von der Schwerfälligkeit der Systeme entmutigen lassen. Ich bin froh, dass wir mit der „Landesinitiative Demenz-Service“ in Nordrhein-Westfalen einen organisatorischen Rahmen zur Entwicklung einer Infrastruktur bereitstellen konnten, die Demenzerkrankten und den sie betreuenden Angehörigen konkret Hilfe und Unterstützung bringt: 13 Demenz-Servicezentren, nahezu 2.000 niedrigschwellige Angebote, organisierter Wissenstransfer zwischen Wissenschaft und Praxis, Modellförderung durch Land, Bund und Europäische Union für innovative Ansätze – neben den Angeboten zur Entlastung und Unterstützung im Betreuungsalltag bei häuslicher Pflege stand dabei immer das Ziel im Vordergrund, Demenz zu enttabuisieren.

Denn wir brauchen einen offenen Umgang mit dem Thema. Nur so können wir den besonderen Bedürfnissen von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen in unserem persönlichen Verhalten gerecht werden.

Nur so können wir die Unsicherheit gegenüber Demenzerkrankten verringern. Es gibt schon viele positive Beispiele – von Einkaufsläden, Gesundheitszentren, Beratungsbüros. Trotzdem können wir alle täglich neu lernen. Dabei braucht Politik die Unterstützung und die Erfahrung der Bürgerinnen und Bürger, die oft genug einfallsreich und unkonventionell den Brückenschlag zwischen Sozialgesetzbüchern und Alltag vorleben.

Die ganze Palette von Optionen, Ansätzen, Gelegenheiten, die auch in diesem Heft beschrieben werden, zeigt auf, wie wir diesen Weg gemeinsam gehen können. Es sind die Menschen vor Ort, die vielen hauptberuflichen und ehrenamtlichen

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die im konkreten Handeln dazu beitragen, Ideen auf kommunaler Ebene wachsen zu lassen. Sie alle sind Vorbild und geben eine Anregung dafür, was auch anderenorts erreicht werden kann.



TEILHABE AM LEBEN FÜR MENSCHEN MIT DEMENZ

**Teilhabe am Leben für Menschen mit Demenz – Hintergründe
und Ziele des Projektes**

Matthias Wittland



Eines der Themen, welches die Gesellschaft aktuell und auch weiterhin beschäftigen wird, ist der demografische Wandel. Wurde dieser zunächst häufig in Zusammenhang mit dem Fachkräfte- und Nachwuchsmangel in der Arbeitswelt gesehen, so rücken immer mehr auch die alternde Gesellschaft und das Thema Pflege sowie die ärztliche Versorgung in den Fokus und hiermit einhergehend auch die Auseinandersetzung mit dem Thema Demenz. Dieses ist kein Wunder angesichts aktueller Daten: Das Bundesministerium für Gesundheit prognostizierte im April 2014, dass sich die Zahl der Demenzerkrankten bis 2030 auf 2,2 Mio. Betroffene erhöhen könnte.

Parallel haben sich die Möglichkeiten der Diagnose und Früherkennung in den letzten Jahren deutlich verbessert, sodass Betroffene in einem immer früheren Stadium der Erkrankung informiert sind. Jedoch hilft diese frühe Erkenntnis nur bedingt, denn neben allen Hilfen im therapeutischen, pflegerischen und ärztlichen Bereich gilt es, die Betroffenen in der Mitte der Gesellschaft zu behalten.

Demenz löst nach wie vor bei den Erkrankten und deren Umfeld Ängste aus und kann zur Abschiebung des Themas in einen medizinischen, pharmakologischen, pflegerischen Randbereich führen. Häufig wird das Thema in die Hand von Fachleuten oder Versorgungseinrichtungen übergeben.

Menschen mit Demenz haben in den jeweiligen Krankheitsstadien nach wie vor sehr unterschiedliche Ressourcen. Sie wollen mitreden und mitgestalten, vor allem, wenn es um ihre eigenen Belange geht. Wichtig ist deshalb, neben der Selbstbestimmung und Selbständigkeit die Teilhabe am öffentlichen Leben sicherzustellen.

Durch die 2008 in Kraft getretene und durch die Bundesregierung ratifizierte UN-Konvention (Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, dazu gehören auch Menschen mit Demenz) ist es nunmehr ein gesellschaftlicher Auftrag, die Inklusion und Teilhabe am Leben sicherzustellen. Hier setzt das Projekt „Teilhabe am Leben“ in der Gemeinde Legden im westlichen Münsterland an.

Die Gemeinde Legden, mit den Ortsteilen Legden und Asbeck sowie den umliegenden Bauernschaften, umfasst insgesamt ca. 7.000 Einwohner. Bis 2030 ist mit einer Zunahme des Anteiles der Bewohner ab 60 Jahren von 42% zu rechnen. Dies bedeutet, dass der Bedarf an altengerechten Angeboten in den Bereichen der medizinischen Versorgung, Pflege, Mobilität, des barrierefreien Einkaufens und Wohnens wächst, um die Lebensqualität im Alter zu erhalten und älteren Menschen möglichst lange ein selbständiges Leben in den eigenen vier Wänden und vor allem auch in dem gewohnten sozialen Umfeld zu ermöglichen.

Die Gemeinde Legden ist mit dem Projekt „ÄLTER werden im ZukunftsDORF – Leben und lernen über Generationen“ Bestandteil der Regionale 2016. Ziel ist es, älteren Menschen mit Hilfe entsprechender Kompensations- und Begleitstrategien so lange wie möglich ein selbstbestimmtes Leben im Dorf zu ermöglichen. Handlungsempfehlungen werden in den Bereichen Versorgung, Service und Betreuung, Mobilität, Leben und Lernen entwickelt und anhand von konkreten modellhaften Projekten im

„Zukunftslabor Legden“ umgesetzt. Die gesellschaftliche Integration von demenziell erkrankten Menschen wird dabei als eine der zentralen Zukunftsaufgaben gesehen.

Gerade zu Beginn einer demenziellen Erkrankung versuchen viele Betroffene, ihr „Problem“ vor anderen zu verbergen. Sie reagieren aggressiv oder ablehnend, wenn sie von Angehörigen oder Freunden auf ihre Schwierigkeiten angesprochen werden. Viele demenziell Erkrankte brechen bewusst soziale Kontakte ab und ziehen sich komplett zurück. Dabei können eine frühzeitige Diagnose und eine damit verbundene professionelle Begleitung (medikamentöse Behandlung, gezielte Therapien und Übungen) helfen, den Krankheitsverlauf zu verlangsamen.

Mit fortschreitender Krankheit sind Demenzkranke dann immer schlechter in der Lage, sich ihrer Umgebung anzupassen. Ihr Wohlbefinden hängt in hohem Maße davon ab, dass sich die Umwelt auf ihre Beeinträchtigungen einstellt. Diese Anpassung der Umwelt und damit verbunden eine „Teilhabe am Leben“ für demenziell erkrankte Menschen wird in dem Projekt für das „ZukunftsDORF“ Legden umgesetzt und erprobt.

Die besondere Herausforderung des Projektes besteht darin, der Legdener Bevölkerung einen niedrighwelligen und einfachen Zugang zu den bestehenden und neu entwickelten Angeboten zu gewährleisten. Bereits jetzt gelingt es vielen Menschen nicht mehr, den Überblick über das bestehende Angebot im Gesundheitswesen zu behalten, um so für sich den richtigen Versorgungs- und Hilfemix zusammenzustellen. Demenzkranke versuchen darüber hinaus häufig, ihren Alltag selbst zu meistern, weil sie das krankheitsbedingte Schwinden ihrer Fähigkeiten nicht erkennen (wollen). Gerade deshalb ist es wichtig, dass Angehörige, Freunde, Nachbarn und sonstige Kontaktpersonen Hilfebedarfe erkennen und die Inanspruchnahme von Beratungs- und Unterstützungsangeboten forcieren.

Vor diesem Hintergrund wird in Legden eine gemeinsame Beratungsstelle sowie ein Kompetenzteam „Teilhabe am Leben“ initiiert, das die Integration der demenziell erkrankten Menschen in allen Lebensräumen (Wohnen, Einkaufen, Freizeitgestaltung, öffentliches Leben) fördert. Das Kompetenzteam, bestehend aus speziell geschulten Ehrenamtlichen und professionellen Kräften, kümmert sich nicht nur um die Betroffenen, ihre Familien und engen Freunde, sondern wendet sich auch an Nachbarn, Akteure aus dem Gesundheits- und Pflegebereich, Beschäftigte aus Einzelhandel, Restaurants und Cafés sowie öffentlichen Einrichtungen und an Vertreter von (Sport-)Vereinen, Kultureinrichtungen und Verbänden.

Das Team wirkt dezentral und zeichnet sich durch eine Art aufsuchende Hilfe aus, d.h. die demenziell Erkrankten werden von den Teammitgliedern in ihrem persönlichen Umfeld (Vereine, Nachbarschaft, Supermarkt etc.) angesprochen und ermutigt, mit ihrer Erkrankung offensiv umzugehen und Hilfe anzunehmen. Darüber hinaus sensibilisieren die Teammitglieder auch das Umfeld der demenziell Erkrankten für die Krankheit und geben praktische Tipps für den Umgang mit den Erkrankten. Erst durch diese Einbindung des gesamten dörflichen Sozialraums kann eine echte „Teilhabe am Leben“

erreicht werden, die über eine Akzeptanz der Erkrankung im direkten Umfeld der Betroffenen hinausgeht.

Der besondere Vorteil der geplanten Unterstützungsstruktur besteht darin, dass nicht eine einzige, institutionell verankerte Anlaufstelle etabliert wird, sondern dass in Legden ein „Team Teilhabe am Leben“ über die institutionellen – und miteinander konkurrierenden – Strukturen hinweg verankert wird.

Die fachliche Schulung und Begleitung der Teammitglieder übernimmt die Caritas. Die Gemeinde Legden fördert durch die Einführung einer Bonuskarte mit Vergünstigungen in Legden und Umgebung (kostenlose Nutzung von Freizeiteinrichtungen und kulturellen Angeboten, Schulungs- und Coachingangebote, Unterstützung bei der Sicherstellung der Mobilität) für die Teammitglieder die Gewinnung von Ehrenamtlichen, die sich im Kompetenzteam engagieren.

Das Kompetenzteam „Teilhabe am Leben“ übernimmt konkret folgende Aufgaben:

- Enttabuisierung des „Angst-Themas“ in allen Bevölkerungsgruppen und in möglichst allen Lebensbereichen (Wohnen, Einkaufen, Freizeitgestaltung, öffentliches Leben),
- Netzwerkarbeit zum Thema Demenz auf lokaler und regionaler Ebene
- Schaffung eines niedrighschwelligigen und einfachen Zugangs der Bevölkerung zu Angeboten im Bereich Demenz und Demenzprävention durch individuelle Beratung sowie durch Schulung und Training,
- Einbindung Demenzkranker in das soziale Leben und Schaffung der Möglichkeit zum Verbleib im gewohnten sozialen Umfeld durch direkte Vermittlung in das jeweils passende und richtige Angebot,
- Management des schrittweisen Übergangs in professionelle Pflegestrukturen.

Zum Zeitpunkt der Drucklegung befand sich das Projekt etwa auf der Mitte der Laufzeit. Diese Ausgabe der Zeitschrift *transfær* fasst somit nur die Zwischenergebnisse aus der Perspektive der verschiedenen eingebundenen Akteure des „Teams Teilhabe am Leben“ zusammen. Wir sind stolz darauf, bereits so viel erreicht zu haben, und werden über den weiteren Fortgang kontinuierlich berichten.

Der Autor

Matthias Wittland ist ausgebildeter Altenpfleger und nach Tätigkeiten als Pflegedienst- und Heimleitung im stationären Altenhilfebereich seit 1999 als Geschäftsbereichsleiter beim Caritasverband für die Dekanate Ahaus-Vreden tätig.



ÄLTER WERDEN IM ZUKUNFTSDORF

„Älter werden im ZukunftsDORF – Leben und Lernen über Generationen“: Das Regionale 2016 Projekt der Gemeinde Legden

Annika Lacour



Unter dem Motto „ZukunftsLAND“ sucht das westliche Münsterland im Rahmen der Regionale 2016 gemeinsam neue Wege in die Zukunft. Bis zum Jahr 2016 sollen strukturwirksame Projekte und modellhafte Lösungen für die kommenden Herausforderungen des ländlich geprägten Raumes entwickelt und umgesetzt werden. Die Gemeinde Legden ist mit ihren innovativen Projekten, die unter dem Begriff „ZukunftsDORF“ versammelt werden, eine Preisträgerin der Regionale 2016.

Für vieles, was in Legden Wirklichkeit werden soll, gibt es noch keine Vorbilder, deshalb versteht sich Legden als „Zukunftslabor“. Mit vielen Projektbausteinen in vier unterschiedlichsten Themenbereichen – Versorgung, Service & Betreuung, Mobilität, Leben & Lernen – wird der Versuch unternommen, den Veränderungen der Gesellschaft im Zuge des demografischen Wandels zu begegnen und eine nachhaltige Entwicklung zu erzielen, welche auch Modell für andere Regionen sein kann. Welche Methoden, Strategien oder Arbeitsweisen sich dafür am besten eignen, wird hier getestet.

Die in Legden entwickelten Projekte im Handlungsfeld Versorgung sind in den Beiträgen dieser Ausgabe der transfær intensiv beschrieben: „Teilhabe am Leben“, „Gesund älter werden“ und „Lokale Allianzen“. Diese drei Projekte ordnen sich in Zusammenschau mit den weiteren Initiativen der Regionale, die im Folgenden vorgestellt werden, zu einem Gesamtkonzept des „ZukunftsDORFES Legden“.

Handlungsfeld Service & Betreuung

„Innen vor außen“ ist die Richtschnur für dieses Handlungsfeld. Auf Ebene der Gemeinde steht die Stärkung der Dorfmitte im Fokus. In der Mitte sollen sich die Funktionen bündeln und neue Wohnformen entstehen, bei denen nach dem gleichen Prinzip vorgegangen werden muss: Nach den Flächenbedarfen der Menschen muss eine Immobilie zukunftsfähig von innen nach außen geplant werden.

Eine Maßnahme des Projektbausteins „Innen leben – Neue Qualitäten entwickeln“ ist die Entwicklung eines interkommunalen Flächenmanagements in der LEADER-Region Ahaus, Heek und Legden. Ziel ist es, einen bewussten und nachhaltigen Umgang mit den Flächen der Region zu bewirken, um so die Inanspruchnahme weiterer Freiflächen im Außenbereich zu vermeiden und so diese ökologisch und ökonomisch wertvollen Flächen zu schonen.

Dieser Grundsatz soll sich auch innerhalb der bebauten Gebiete widerspiegeln: Bereits vorhandene freie Flächen sollen möglichst einer (Neu-)Nutzung zugeführt werden. Mit einer älter werdenden Bevölkerung geht auch ein steigender Bedarf an barrierefreien Immobilien einher. Im Projektbaustein „Neue Wohnformen – Bauen im Bestand“ wird barrierefreies Wohnen thematisiert. In der Gemeinde Legden wurde der erste barrierefreie Neubau 2012 von privaten Investoren realisiert. Eine der entstandenen Wohneinheiten wurde für ein Jahr als Musterwohnung eingerichtet, die zur Besichtigung offen stand und die Möglichkeiten und Vorteile einer barrierefreien Wohnung aufzeigte. Andere private Investoren zogen mit weiteren barrierefreien Bauprojekten nach.

Handlungsfeld Mobilität

Um so lange wie möglich selbstbestimmt in den eigenen vier Wänden zu leben, müssen Menschen mobil sein und bleiben. Auch den Bürgerinnen und Bürgern mit Mobilitätseinschränkungen soll ermöglicht werden, sich selbständig im Dorf zu bewegen, für sich selbst zu sorgen und am Dorfleben teilzuhaben. Im Ortsteil Legden sind zentral an der Hauptstraße und in unmittelbarer Nähe nicht nur wichtige öffentliche Einrichtungen wie zum Beispiel das Rathaus und der Bürgerservice gelegen, sondern auch medizinische Einrichtungen wie Ärzte, Apotheke und das Gesundheits- und Präventionszentrum Münsterland. Ebenso ist direkt im Ortskern die katholische Kirche St. Brigida mit weiteren Einrichtungen der katholischen Kirchengemeinde. An der Hauptstraße entlang sind auch Einzelhandelsgeschäfte zu finden.

Das sichere Erreichen dieser Einrichtungen ist gerade für ältere Menschen von großer Bedeutung; dies ist Ziel des Projektbausteins „Barrierefreier Ortskern“. Ein barrierefrei gestalteter Ortskern mit vielen Versorgungseinrichtungen ist aber nur dann ein großer Vorteil für alle, wenn dieser auch erreichbar ist. Insbesondere für die Menschen aus dem Ortsteil Asbeck und aus den Außenbereichen, aber auch für die Bewohnerinnen und Bewohner in den entfernter gelegenen Wohngebieten im Ortsteil Legden ist ein zukunftsfähiges Mobilitätsangebot sehr wichtig, welches das Erreichen der Einrichtungen im Ortskern auch ohne Auto ermöglicht. Mit diesen Themen beschäftigen sich die Akteure des Projektbausteins „Nahmobilität“.

Handlungsfeld Leben & Lernen

Um das Projekt erfolgreich umzusetzen, muss eine breite Basis im Dorf geschaffen werden. Dabei sollen sich dann eben nicht nur ältere Bürgerinnen und Bürger einbringen, sondern insbesondere auch die jüngeren Generationen sollen einbezogen werden. Durch „Leben & Lernen über Generationen“ soll ein entspanntes, aufmerksames und nachhaltiges Miteinander der Bürgerinnen und Bürger in Legden entstehen.

Mitten im Ortskern von Legden wird ein bisher brachliegendes Grundstück in einen integrativen Begegnungsgarten für alle Generationen umgewandelt: der Dahliengarten. Durch diese nun begehbare ca. 4.000 Quadratmeter große Fläche werden im Ortskern nicht nur neue Wegeverbindungen geschaffen, auch die Aufenthaltsqualität wird deutlich erhöht. In die Planungen waren viele Legdener Vereine, Bürgerinnen und Bürger und viele Expertinnen und Experten aus unterschiedlichen Fachdisziplinen eingebunden. Im Frühjahr 2015 wird der Dahliengarten eröffnet werden.

Mit verschiedenen intergenerativen Veranstaltungen und Aktionen sollen Menschen aus unterschiedlichen Altersgruppen im Rahmen des Projektbausteins „Wissen weitergeben“ zusammengebracht werden, um voneinander zu lernen und sich auszutauschen. Den Auftakt bildet die erste Erprobung der Idee „Wissens-Camp“: Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Alter von 11 bis 90 Jahren treffen sich in regelmäßigen zeitlichen Abständen und jedes Treffen steht dann im Zeichen eines Lebensjahrzehnts.

Der Inklusionsgedanke findet sich auch vor allem im Projektbaustein „Integration älterer Menschen mit Handicap“ wieder. Ziel ist die Entwicklung hin zu einer inklusiven Gemeinschaft, bei der Rücksichtnahme und Toleranz über alle Generationen gelebt wird. Die Minderung von natürlichen Berührungspunkten auf allen Seiten ist dabei der erste Schritt. Ältere Menschen und Menschen mit körperlichen oder geistigen Handicaps werden im Abbau ihrer Ängste unterstützt, um so eine Isolation zu vermeiden. Gesunden und jüngeren Menschen wird die Sichtweise Älterer mit Hilfsmitteln wie Rollstuhl oder Alterssimulationsanzug verdeutlicht, um so mehr gegenseitiges Verständnis zu erzielen.

Der Friedhof soll nicht nur als Ort der Trauer und des Abschieds wahrgenommen werden, sondern auch als Ort der Erinnerung und der Begegnung. Dazu wurde der Projektbaustein „Der Friedhof, Ort der Erinnerung und der Begegnung“ entwickelt. Durch Gedenkfeiern für Verstorbene und themenbezogene Lese-, Sing- und Konzertabende bzw. -nachmittage soll die Erinnerung an freudige, positive Momente im Vordergrund stehen und in der Begegnung mit anderen Hinterbliebenen Austausch stattfinden. Durch offene Gesprächsangebote in angenehmer Atmosphäre sollen Möglichkeiten geschaffen werden, die den Menschen in ihrer Trauer helfen.

Die obige knappe Darstellung der verschiedenen Initiativen zeigt bereits deutlich, wie sich die verschiedenen Projekte mosaikartig zu einem Gesamtkonzept zusammenfügen: zu der Vision eines Dorfes, das seinen Bürgern ein Leben und ein Altern im Quartier ermöglicht und die Gemeinschaft des dörflichen Sozialraumes stärkt.

Die Autorin

Annika Lacour, M.A., studierte Regionalmanagement und Wirtschaftsförderung in Lüneburg und Göttingen und ist seit 2013 Projektkoordinatorin im Rahmen des LEADER Projektes „Lernen vom ZukunftsDORF – Legden auf dem Weg in die Zukunft“ (Az 33.4 L5-8) und des Regionale 2016 Projektes „Älter werden im ZukunftsDORF – Leben und Lernen über Generationen“.

lacour@legden.de

www.zukunftsdorf-legden.de



TEIL SEIN TROTZDEMENZ

Teil sein trotzDEMENZ

Birgit Leuderalbert



Warum ist das Thema Teilhabe für Menschen mit Demenz und ihren Familien so wichtig, dass eigens dafür ein Projekt für die Gemeinde Legden und Asbeck im Rahmen des Regionale Projekts „Älter werden im ZukunftsDORF“ auf den Weg gebracht wurde?

Gründe dafür sind zum einen der Tatsache geschuldet, dass sich unsere Gesellschaft ändert: Weniger Kinder werden geboren, es gibt immer mehr ältere und hochaltrige Menschen. Eine Begleitscheinung dieser Entwicklung ist die Zunahme von Menschen mit Demenz und anderen altersbedingten (kognitiven) Einschränkungen.

Die Gründe sind aber nicht ausschließlich in den steigenden Zahlen Demenzbetroffener zu suchen. Eigentlich ändert sich mit der ersten Diagnosestellung oder den ersten Verdachtsmomenten für eine demenzielle Entwicklung doch nichts. Oder doch?

Fragt man Betroffene, dann ändert sich aus deren Erfahrung doch einiges: Reaktionen der Umwelt ändern sich. Es wird mehr über Personen mit Demenz gesprochen als mit Ihnen. Familie und Freunde trauen Menschen mit Demenz nicht mehr soviel zu und nehmen vorschnell Aufgaben ab. Fehler werden vorausgesehen und unterstellt.

Gleichermaßen gerät aber auch das Familiensystem durcheinander. Rollen in der Familie verändern sich, Unsicherheiten im Umgang miteinander können entstehen. Bei Voranschreiten der Erkrankung gehen Angehörige oft bis an ihre eigenen Belastungsgrenzen und drohen selbst isoliert zu werden.

Teilhabe am Leben bedeutet für Menschen mit Demenz und ihre Familien, sie nicht auf ihre kognitive Einschränkung zu begrenzen, sie weiterhin in die Gesellschaft, sprich in den „normalen“ Alltag, einzubinden und ihnen frühzeitig Unterstützung anzubieten.

Ob Menschen mit Demenz in einem Umfeld leben, das Lebensqualität und Teilhabe fördert, entscheidet sich „vor Ort“ in gelebten Beziehungen. Wichtige Voraussetzungen dafür sind mehr Offenheit und Toleranz im Umgang mit dem Thema Demenz sowie die Wahrnehmung der Vielseitigkeit und Vielfalt von Menschen mit Demenz.

Ebenso facettenreich wie die Betroffenen selbst ist auch, wie sie persönlich den Begriff der Teilhabe füllen. Allen gemeinsam ist oft der Wunsch nach Selbstbestimmung, Wahrung persönlicher Vorlieben und Interessen sowie Teil zu sein von Beziehungen in Familie und Freundes-/Bekanntenkreis.

Die Projektverantwortlichen des Projektes „Teilhabe am Leben“ haben Bürgerinnen und Bürger unterschiedlichen Alters befragt, was sie sich für ein Leben mit Demenz wünschen würden und was für sie selbst „Teilhabe“ bedeuten würde. Die Statements laden dazu ein, sich mit dem Thema Teilhabe mit Demenz auseinanderzusetzen.

Richard Taylor, Demenzbetroffener: „Statt uns zu helfen, Dinge weiter selbst zu tun, werden wir hilflos gemacht. Und zwar von wohlmeinenden Menschen, die ständig nach unseren Fehlern Ausschau

halten.“ (aus dem Buch „Alzheimer und Ich – Leben mit Dr. Alzheimer im Kopf“, Verlag Hans Huber, 2010)

Thomas Behler, Geschäftsführer der Rudi-Assauer-Initiative: „Demenz zu enttabuisieren ist auch eine der Zielsetzungen der Rudi-Assauer-Initiative. Noch erscheint vielen Menschen das Thema weit entfernt. Doch die Inklusion von Menschen mit Demenz wird zukünftig eine große Rolle spielen.“ (auf der Auftaktveranstaltung zur Demenz-Kampagne des „Projektes Teilhabe am Leben“ am 4. Mai 2014 in Legden)

Anna Hessel, amtierende Schützenkönigin Haulingort: „Wenn ich einmal dement bin, würde ich mir wünschen, dass ich mit meiner Erkrankung mitgenommen werde. Teilhabe am Leben mit Demenz bedeutet für mich, dass meine Familie gut unterstützt und betreut wird, und dass ich weiß, wo ich bleiben kann.“

Dr. Volker Schrage, Hausarzt in Legden: „Wenn ich einmal dement bin, würde ich mir wünschen, so lang wie möglich in meiner gewohnten Art und Weise zu leben und meine sozialen Kontakte zu pflegen. Teilhabe am Leben mit Demenz bedeutet für mich, dass die Demenz früh erkannt wird und ich frühzeitig begleitet und therapiert werde, um die Erkrankung möglichst weit aufzuschieben.“

Doris Schlattmann, Landfrauen/Frauengemeinschaft Asbeck: „Wenn ich einmal dement bin, würde ich mir wünschen, möglichst lange Lebensfreude zu spüren. Teilhabe am Leben mit Demenz bedeutet für mich, keine Angst davor zu haben, Hilfe zu benötigen und anzunehmen.“

Barbara Heidbrink, Tagesmutter: „Wenn ich einmal dement bin, würde ich mir wünschen, einbezogen zu werden, mitentscheiden zu können. Alte und gewohnte Ressourcen aufleben lassen zu können. Teilhabe am Leben mit Demenz bedeutet für mich, mit meinem Mann in einer Senioren-WG auf dem Bauernhof zu leben, wo ich selbst im Garten arbeiten darf, wo ich aktiv und auch mal faul sein darf, wo ich ausschlafen darf, wo man Zeit für mich findet und wo ich auch mal abends ein Gläschen Wein am Kamin trinken darf.“

Petra Hruby, Apothekerin: „Wenn ich einmal dement bin, würde ich mir wünschen, dass ich vorher die Zeit gefunden habe, meine Erinnerungen in Fotoalben, Reisetagebüchern und mit Musik festzuhalten. Teilhabe am Leben mit Demenz bedeutet für mich, dass auch die Angehörigen mit Freude das Leben weiter genießen können.“

Josef Honermann, Diakon: „Wenn ich einmal dement bin, würde ich mir wünschen, noch etwas Gutes zu tun, zu feiern und zu tanzen und zum Meer zu reisen. Ich würde gerne täglich lachen, Milchreis mit heißen Kirschen essen und Gott erleben dürfen. Teilhabe am Leben mit Demenz bedeutet für mich, dass ich nicht nur reduziert werde auf meine Defizite und mich die Menschen so nehmen, wie ich bin. Ich möchte mich noch begeistern können und spüren, dass ich noch lebe.“

Markus Bitter, Geschäftsführer Betriebshilfsdienst: „Wenn ich einmal dement bin, würde ich mir wünschen, eine vertrauensvolle Umgebung zu haben, ein Umfeld, in dem ich akzeptiert werde, so wie ich bin. Ich hoffe auf Menschen, die mich unterstützen und mir helfen. Teilhabe am Leben mit Demenz bedeutet für mich, dass ich möglichst lange am gesellschaftlichen Leben teilnehmen kann, und zwar in den Bereichen, in denen ich auch bisher aktiv war.“

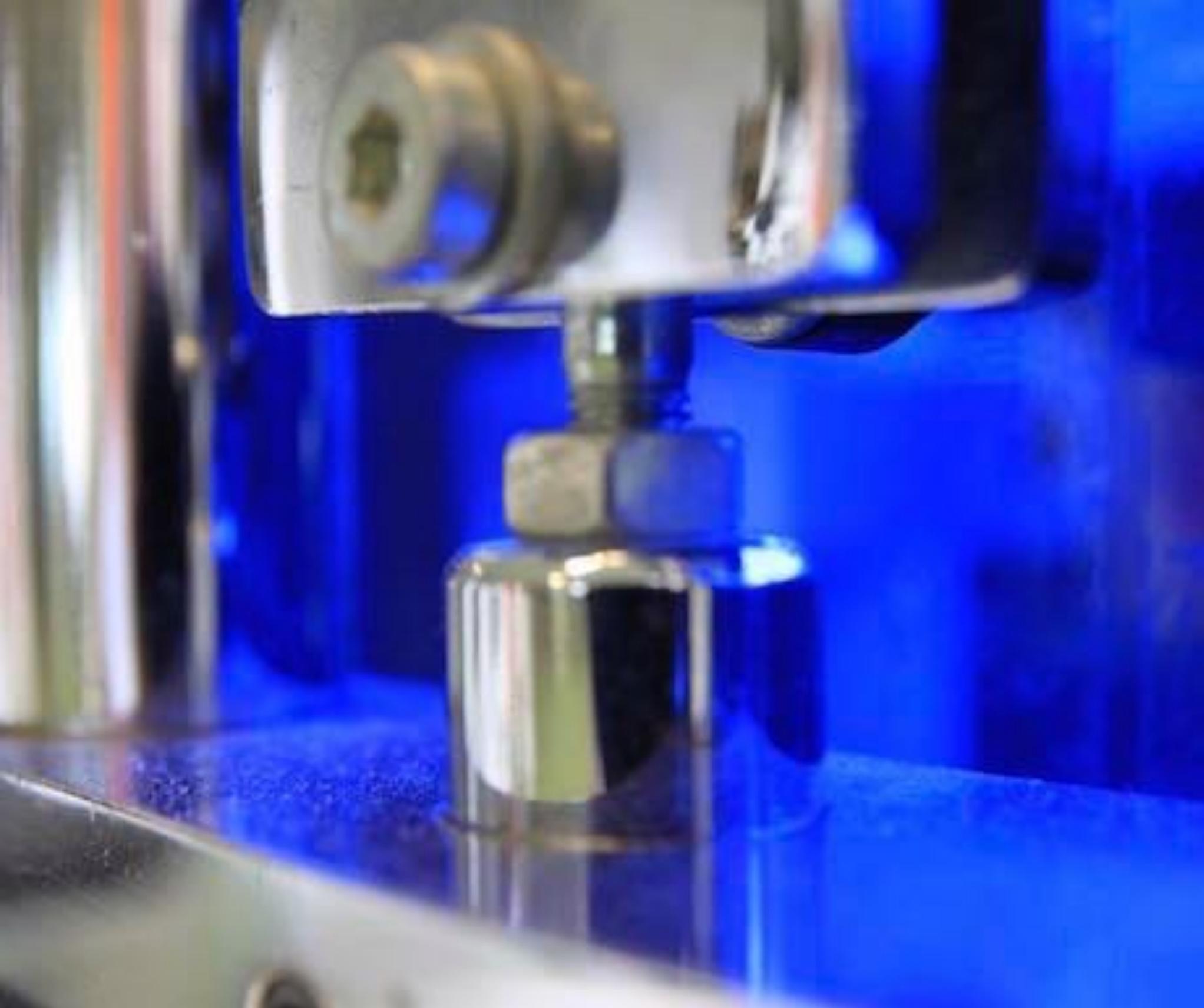
Tatjana Schönknecht, stellv. Pflegedienstleitung der Caritas Mobile Pflege: „Wenn ich einmal dement bin, würde ich mir wünschen, dass meinen Angehörigen Mittel und Wege zur Verfügung stehen, um einerseits meine Betreuung zu gewährleisten und andererseits selbst im Alltag Entlastung zu finden. Ich würde mir wünschen, dass es Menschen gibt, die auf meinen Zustand und mein Befinden eingehen können. Teilhabe am Leben mit Demenz bedeutet für mich, dass ich unabhängig vom Stadium der Erkrankung möglichst bis zum Lebensende in der häuslichen Umgebung und im Kreise meiner Familie verbleiben kann.“

Die Autorin

Birgit Leuderalbert, Dipl.-Sozpäd. und Dipl.-Geront., ist Qualitäts- und Projektbeauftragte beim Caritasverband für die Dekanate Ahaus und Vreden e.V.

Im Rahmen von Projekten beschäftigt sie sich seit mehreren Jahren mit dem Thema Demenz. Ihre Schwerpunkte sind die personenzentrierte Pflege, Dementia Care Mapping, Wohnformen für Menschen mit Demenz und die Förderung des Bürgerschaftlichen Engagements.

b.leuderalbert@caritas-ahaus-vreden.de



ZUKUNFTSDORF ODER DEMENZ- GEMEINDE?

Zukunftsdorf oder Demenzgemeinde? Stehen kommunale Angebote für Ältere und Jüngere in Konkurrenz?

Friedhelm Kleweken



In Deutschland werden die Menschen im statistischen Mittel immer älter. Eine steigende Lebenserwartung ist für jeden Einzelnen erfreulich, für die Gesellschaft insgesamt bedeutet sie aber: Der Anteil älterer Menschen an der Bevölkerung wird immer größer; der Anteil der jüngeren Menschen geht zurück. Der Bedarf an alters- und altersgerechten Angeboten wächst damit stark. Für Themen wie ärztliche Versorgung, Pflege, Mobilität, barrierefreies Wohnen und Einkaufen müssen Lösungen gefunden werden, die die Lebensqualität im Alter erhalten. In Legden wurde erkannt, dass die Bewältigung des demografischen Wandels eine große Herausforderung ist, welche zur erfolgreichen Bewältigung frühzeitig in Angriff genommen werden muss.

Die Idee des Projektes „Älter werden im ZukunftsDORF – Leben und lernen über Generationen“ geht davon aus, dass die Herausforderungen des demografischen Wandels zum Wohle aller Generationen gemeistert werden können. Der Grundgedanke ist dabei: Was für Ältere notwendig und vorteilhaft ist, kommt allen anderen Bürgerinnen und Bürgern auch zugute. Wenn der öffentliche Raum barrierefrei gestaltet ist, wenn ärztliche, pharmazeutische und pflegerische Versorgung auf Dauer gesichert sind und wenn Waren des täglichen Bedarfes im Ort erhältlich bleiben, sind das Pluspunkte für alle Altersstufen. Entstanden ist das Projekt im Rahmen der Regionale 2016 unter dem Motto „ZukunftsLAND“.

Barrierefreiheit zum Beispiel ist vor den Hintergrund des demografischen Wandels eine zentrale Voraussetzung für Teilhabe und eine selbstbestimmte Lebensführung. Sie umfasst dabei viel mehr als das Absenken von Bordsteinen und das Entfernen von Stufen: Barrierefreiheit ist für alle Menschen, unabhängig von Alter oder Handicaps, wichtig und zielt auf eine inklusive Gestaltung der Umwelt ab. Es sollen die Bedürfnisse aller Menschen berücksichtigt und keine Personengruppe ausgeschlossen werden. Dieses Prinzip der Barrierefreiheit lässt sich auch nicht nur auf die bauliche Gestaltung des öffentlichen Raumes anwenden: Das Streben nach einem universellen Design, welches keine Personengruppe ausschließt, sollte sich auch in der Gestaltung von Einrichtungen, Produkten und Dienstleistungen wiederfinden. Die Entwicklung hin zu einer inklusiven Gesellschaft durch ganzheitliches, inklusives Denken und Handeln wird zunehmend auch zu einem Standortfaktor.

Auch spezielle Infrastrukturangebote wie zum Beispiel Kindergarten, Schule oder Altenwohnheim, die voranging für eine bestimmte Altersgruppe geschaffen werden, können generationsübergreifend miteinander vernetzt werden, um so einen Dialog der Generationen zu schaffen. In Legden wird nach diesem Gedanken zum Beispiel ab Sommer 2014 durch Um- und Ausbau eines bestehenden Gebäudes unter einem Dach Platz sein für eine Kindergartengruppe und fünf barrierefreie Wohnungen, welche insbesondere auch älteren Menschen und Menschen mit Handicaps zur Verfügung stehen werden.

Ziel des Projektes in Legden ist es, eine neue Verbindung zwischen den Menschen zu schaffen. So soll den Bürgerinnen und Bürgern unabhängig von Alter oder Handicaps so lange wie möglich ein selbstbestimmtes Leben im Dorf ermöglicht werden. Mit einer guten nachhaltigen Entwicklung soll erreicht werden, dass sich die Bürgerinnen und Bürger in Legden auch in Zukunft wohlfühlen. Durch

„Leben und Lernen über Generationen“ soll ein entspanntes, aufmerksames und nachhaltiges Miteinander der Generationen und der verschiedenen Individuen innerhalb der (Dorf-) Gemeinschaft entstehen.

Im Rahmen des Projektes wurde konsequent von den zukünftigen Anforderungen her ein ganzheitlicher Ansatz entwickelt. Dieser wird in Legden verwirklicht und soll so Legden zum ZukunftsDORF machen. Dies ist kein einmaliger Akt, sondern der Anstoß zu einem Prozess, der sich stetig fortsetzen wird. Bürgerinnen und Bürger von Legden, private Unternehmen, Vereine und kommunale Verantwortliche tragen ihn und erfüllen ihn von Beginn an mit Leben.

Eine Kommune wird zukunftsfähig, wenn sie sowohl Zukunftsdorf als auch Demenzgemeinde ist, denn nur dann kann überhaupt erst ein „Mehrgenerationendorf“ entstehen. Nur gemeinsam, mit einer breiten Basis innerhalb der Bevölkerung, können die zukünftigen Herausforderungen und die mit dem demografischen Wandel einhergehenden Strukturveränderungen erfolgreich gestaltet werden. Ein Miteinander der Generationen und eine Orientierung an den Ressourcen jedes einzelnen Menschen, unabhängig von Alter, Handicap oder altersbedingten Einschränkungen wie z.B. Demenz, ist wichtig, um das Ziel zu erreichen: Wo Hilfe benötigt wird, soll Hilfe bereit stehen. Wo das Alter oder andere Einschränkungen ihre Tribute fordern, soll das Dorf Hilfe, Begleitung und Unterstützung anbieten, um diese gemeinsam zu bewältigen. Durch den Fokus auf Prävention, Früherkennung und Förderung des Erhalts der Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit wird nicht nur die Lebensqualität jedes Einzelnen erhöht, sondern auch die der Dorfgemeinschaft. So werden letztendlich auch die Sozialsysteme entlastet und die Unternehmen vor Ort zunehmend sensibilisiert für eine älter werdende Kundenschaft.

Der Autor

Friedhelm Kleweken ist Bürgermeister der Gemeinde Legden und organisierte in dieser Funktion die Bewerbung der Gemeinde im Rahmen der Regionale 2016 mit dem Gesamtkonzept „Älter werden im ZukunftsDORF“, das insgesamt mehr als ein Dutzend Einzelprojekte, 20 Institutionen, Vereine und Unternehmen sowie Hunderte Akteure integriert.



ENTTABUISIERUNG DES THEMAS DEMENZ

Enttabuisierung des Themas Demenz – Ein Konzept zur Sensibilisierung der Öffentlichkeit

Birgit Leuderalbert



Nach wie vor ist Demenz ein Thema, über das nicht gerne gesprochen wird. Ein Tabuthema, begleitet von Angst, Scham und Unsicherheit bei Betroffenen und dem sozialen Umfeld. Die Erkrankung wird oftmals allein mit Hilfe- und Pflegebedürftigkeit und kognitiven Abbauprozessen verbunden. Nur wenige Betroffene haben aus Angst vor Ausgrenzung und „Entrechtung“ den Mut, sich öffentlich zu ihrer Krankheit zu bekennen. In der Folge ziehen sie sich aus ihrem sozialen Umfeld zurück und mit ihnen nicht selten ihre direkten Angehörigen. Gleichermaßen wissen Angehörige, Freunde und Bekannte oftmals nicht, wie sie mit den Veränderungen bei Menschen mit Demenz umgehen können und meiden ihrerseits den Kontakt. Ein Teufelskreis, an dessen Ende nicht selten die Isolation der erkrankten Personen und deren Familien steht.

Beschäftigt man sich mit der Teilhabe für Menschen mit Demenz, dann sind Aufklärung und Information zum Thema Demenz wesentliche Voraussetzungen dafür. Demenz ist nicht das Schicksal einzelner Betroffener, sondern betrifft jeden von uns – in der Familie, im Freundes- oder Bekanntenkreis, im beruflichen und sozialen Umfeld. Vor diesem Hintergrund ist ein wesentliches Handlungsfeld im Projekt „Teilhabe am Leben“ die Entwicklung eines Konzepts zur Sensibilisierung der breiten Öffentlichkeit und zur Enttabuisierung der Erkrankung. Zielsetzung eines solchen Konzepts ist es, der Erkrankung Demenz den Schrecken zu nehmen, die Vielfältigkeit von Menschen mit Demenz darzustellen, sie nicht allein auf ihre kognitiven Defizite zu beschränken sowie ein Bewusstsein in der Gesellschaft zu schaffen, dass Demenz uns alle angeht.

Ein solches Konzept zur Sensibilisierung kann jedoch nur dann Erfolg versprechen, wenn es auf die Bedarfe und Bedürfnisse der Menschen vor Ort zugeschnitten ist. Die Inhalte müssen zu den Bürgerinnen und Bürgern in der Kommune passen. Hier unterscheidet sich eine kleine und ländliche Kommune wie die Gemeinde Legden mit rund 7.000 Einwohnern naturgemäß von größeren Städten und Kommunen.

Daher wurden in der Projektarbeit unterschiedliche Netzwerkpartner aus Haupt- und Ehrenamt im Rahmen von „Ideenschmieden“ frühzeitig eingebunden. Im Rahmen der Ideenschmieden bestätigte sich die Annahme, dass Information und Aufklärung rund um das Thema Demenz Ausgangspunkt für gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit Demenz und ihren Familien ist. Information und Aufklärung wurden sowohl von hauptamtlichen Mitarbeitern der Einrichtungen von Versorgung, Pflege und Therapie gefordert als auch von Vertretern aus Vereinen, kirchlichen Einrichtungen, Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe sowie von pflegenden Angehörigen. Darüber hinaus lieferten die Ideenschmieden konkrete Ansatzpunkte, wie eine solche Informations- und Aufklärungsarbeit geleistet werden kann. So entstand ein Sensibilisierungskonzept, welches sich in drei Aufgabenbereiche gliedert:

1. Demenz-Kampagne

Die Demenz-Kampagne „Information tut gut!“ ist eine auf fünf Wochen angelegte, konzentrierte Veranstaltungsreihe rund um das Thema Demenz. Beginnend mit einer Auftaktveranstaltung umfasst sie zu den Themen Demenz in der Familie, Demenz und Bewegung sowie Demenz und Spiritualität ver-

schiedene Veranstaltungen und Aktionen. Wesentliches Merkmal ist, dass die haupt- und ehrenamtlichen Netzwerkpartner und insbesondere Meinungsbildner aus der Gemeinde Legden mit ihren Kompetenzen in das Gesamtprogramm eingebunden sind. Zum einen kann dadurch eine höhere Akzeptanz der Demenz-Kampagne in der Bevölkerung erreicht werden, zum anderen aber auch der Zugang zu neuen Netzwerkpartnern, wie z.B. Kindergärten, Familien mit Kindern, Kirche, (Sport-) Vereinen, entstehen. Ganz bewusst wurden auch neue, unkonventionelle Informationswege gesucht. So sind neben klassischen Informationsveranstaltungen auch Aktionen Gegenstand der Demenz-Kampagne, wie z.B.

- „Fragen und Antworten am Büchertisch“ mit den örtlichen katholischen Büchereien,
- „Hus und Hof“, ein Bauernhofbesuch für demenzbetroffene Familien,
- „Min dorp – Min Ledden“, ein Walkingangebot einer therapeutischen Einrichtung,
- „Rudelsingen“ mit dem Kirchenchor,
- „Oma ist ... Oma“, Kindergartenkindern spielerisch Veränderungen bei Alter und Demenz vorstellen.

Ziel ist es, Formate, die sich in der Demenz-Kampagne bewähren, zu einem regelmäßigen Angebot für die Gemeinde Legden zu verstetigen. Zielgruppe sind nicht nur die demenzbetroffenen Personen selbst, sondern auch ihre Familien und das soziale Umfeld.

2. Zielgruppenspezifische Schulungen

Um den Wunsch aus den Ideenschmieden nach Information und Aufklärung zu entsprechen, werden zielgruppenspezifische Schulungen durchgeführt. Dabei sollen insbesondere Zielgruppen ins Auge gefasst werden, die in ihrem beruflichen und/oder sozialen Umfeld Kontakt zu Menschen mit Demenz haben, z.B.

- haupt-/ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Feuerwehr und Polizei,
- -Mitglieder von Sportvereinen, Heimatverein, Seniorengemeinschaft etc.,
- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Einzelhandel, Verwaltung, Versicherung und Banken,
- Kinder und Jugendliche.

Die zielgruppenspezifischen Schulungen vermitteln Basiswissen zum Krankheitsbild Demenz und zum Umgang mit Menschen mit Demenz. Je nach Zielgruppe findet eine Ausdifferenzierung der Inhalte zu den jeweiligen Berührungspunkten mit Menschen mit Demenz statt und eine Vermittlung von praktischen Hilfestellungen in konkreten Alltagssituationen. Bei der Durchführung der Schulungen wird Wert darauf gelegt, dass verschiedene Methoden zum Einsatz kommen, die Lern- und Verände-

rungsprozesse bei den Teilnehmenden anstoßen sollen. Die Schulungen sprechen Vertreter einzelner Berufsgruppen an, aber auch interessierte Bürgerinnen und Bürger aus der Gemeinde Legden.

3. Fortlaufende Information

Der dritte Bestandteil des Sensibilisierungskonzeptes ist die fortlaufende Information zur Aufrechterhaltung des Interesses am Thema Demenz. Wichtig ist hierbei zum einen ein Wiedererkennungseffekt, der durch eine einheitliche Gestaltungslinie für das Projekt „Teilhabe am Leben“ gegeben ist, zum anderen aber auch der Einsatz unterschiedlicher Medien und Zugangswege.

- a) Die Website www.teilhabe-legden-asbeck.de richtet sich zum einen an die Bürgerinnen und Bürger der Gemeinde Legden und umgebende Gemeinden, die Informationen zum Projekt und zum Unterstützungsnetzwerk vor Ort erfahren wollen. Sie finden dort Ansprechpartner zu Angeboten vor Ort und aktuelle Termine. Andererseits können auch andere Projektinitiativen Informationen zum Projekt dort abrufen. Eine Ergänzung wird ein noch zu entwickelnder Internet-Blog sein.
- b) Plakate/Postkarten in öffentlichen Einrichtungen, Gaststätten, Einzelhandel etc. sollen über zwei fiktive Personen mit Demenz die Vielseitigkeit der Erkrankung und der Personen mit Demenz verdeutlichen sowie auf verbliebene Ressourcen von Menschen mit Demenz hinweisen.
- c) Fortlaufende Presseartikel informieren über Projekthinhalte und aktuelle Veranstaltungen und Aktionen. Besonders erfolgreich war eine Veröffentlichung in der regionalen Presse, in der örtliche Persönlichkeiten ihre Wünsche zu einem Leben mit Demenz und ihre Vorstellungen zur Teilhabe mit Demenz mitgeteilt haben.
- d) Aktionen mit den haupt- und ehrenamtlichen Netzwerkpartnern über die Demenzkampagne hinaus: z.B. „Königsabend“ – Erinnerungsnachmittag an frühere Schützenpaare der örtlichen Schützenvereine, Infotag in der örtlichen Apotheke, „1-Tag-Kraft“ – ein Entlastungsangebot für pflegende Angehörige. Wie auch bei der Demenz-Kampagne soll hier über möglichst niedrigschwellige Angebote ein leichter Zugang zum Thema Demenz geschaffen werden.

Die Erfahrung des Projektes „Teilhabe am Leben“ zeigt, dass eine Sensibilisierungskampagne zum Thema Demenz immer auf die spezifische Situation vor Ort angepasst sein muss. Unabdingbar ist die Einbeziehung von Netzwerkpartnern und örtlichen Meinungsträgern. Der im Projekt eingeschlagene Weg, über „Ideenschmieden“ unterschiedliche Zielgruppen zu beteiligen, erwies sich als eine gelungene Möglichkeit, Akzeptanz in der breiten Bevölkerung herzustellen.

Die Autorin

Birgit Leuderalbert ist Leiterin des Projektes „Teilhabe am Leben“ bei der Caritas Pflege & Gesundheit.



LOKALE „IDEEN- SCHMIEDEN“

**Lokale „Ideenschmieden“ zur Aktivierung ehrenamtlicher
Strukturen**

Miriam Klöpfer



Ein zentraler Bestandteil des Projektes „Teilhabe am Leben“ ist die Initiierung und nachhaltige Etablierung eines Unterstützungsnetzwerkes für die gesellschaftliche Teilhabe am Leben, bestehend aus speziell geschulten ehrenamtlichen und professionellen Akteuren.

Erfahrungsgemäß handelt es sich im fortgeschrittenen Stadium der Demenz um kein „Einzelschicksal“ mehr, sondern die gesamte Familie und das umliegende soziale Umfeld sind von den Folgen der Erkrankung im alltäglichen Leben betroffen. Deshalb erschien es für uns als Projektverantwortliche vor Ort umso wichtiger, ein Netzwerk zu schaffen, welches das Ziel hat, das angstbesetzte Tabuthema Demenz in der Gesellschaft zu entschärfen und Unsicherheiten im Umgang mit der Erkrankung zu reduzieren, um die Teilhabe am sozialen Leben für betroffene Familien weiterhin zu ermöglichen.

Gesellschaftliche Teilhabe kann nur gelingen, wenn ehrenamtlich Engagierte und hauptamtlich Tätige sich für ein selbstbestimmtes Leben mit Demenz in ihrer jeweiligen Rolle und Funktion in der Gemeinde Legden einsetzen. Das Projekt „Teilhabe am Leben“ unterstützt ehrenamtlich und hauptamtlich engagierte Personen, die als Fürsprecher und „Aufklärer“ im sozialen Umfeld des demenzbetroffenen Bürgers tätig werden möchten.

Das „Unterstützungsnetzwerk Demenz“, das aktuell in Legden aufgebaut wird, hat es sich zur Aufgabe gemacht, bereits bestehende Angebote für den Bürger transparenter und niedrigschwellig zu gestalten. In Form von vernetzten und kooperierenden Strukturen unter den Anbietern von Versorgung, Pflege und Therapie sowie Vereinen und Verbänden werden bereits zum jetzigen Projektstand neue Ideen zur gesellschaftlichen Teilhabe demenzbetroffener Familien entwickelt. Das dörfliche Leben in Legden verfügt über ein gutes nachbarschaftliches Unterstützungsnetzwerk im privaten Umfeld sowie über eine beeindruckende Anzahl von Vereinen und Verbänden aus unterschiedlichen ehrenamtlichen Bereichen wie Kunst, Kirche, Musik, Sport, Hobby und Kultur.

Doch wie kann man selbst in einer kleinen Gemeinde wie Legden jeden einzelnen Akteur zu Wort kommen lassen? Und wie weckt man das Interesse z.B. bei Schulen und Kindergärten, die im ersten Moment keinen direkten Berührungspunkt zur Thematik haben?

Die Idee, zielgruppenspezifische Workshops mit leitfadengestützten Fragestellungen durchzuführen, schien die sinnvollste Methode zu sein. Persönlicher Kontakt, offene Fragestellungen in Form eines „Viereckengesprächs“, die Ansammlung erster Ideen und die anschließende Diskussion bzgl. zukünftiger Handlungsfelder des Projektes stießen bei allen Teilnehmern auf positive Resonanz. Gemeinsam Ideen schmieden für ein Leben mit Demenz, sprich „Ideenschmiede“, löste den Arbeitstitel „Workshop“ ab. Kernthemen in jeder zielgruppenspezifischen Ideenschmiede waren diese Fragen: Was ist notwendig, damit Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen trotz der Erkrankung weiterhin am Leben teilhaben können? Welche Vorstellungen, Wünsche und Erwartungen haben die Betroffenen und ihre Familien? Was können Einrichtungen der Altenhilfe, ärztlich-therapeutische und ergänzende Dienste beitragen? Was muss noch konkret getan werden, damit sich Teilhabe realisieren lässt? Für fünf Zielgruppen wurden solche Ideenschmieden mit großem Erfolg durchgeführt:

Ideenschmiede für pflegende Angehörige: Da die Zielgruppe der an Demenz erkrankten Personen nicht persönlich erreicht werden konnte, luden wir stellvertretend eine Gruppe von pflegenden Angehörigen ein, um sie zu Möglichkeiten der Teilhabe zu befragen. Dabei stellte sich heraus, dass die Demenzerkrankung für betroffene Familien in allen Fällen zwangsläufig zur Zerreißprobe wird.

Ideenschmiede für Vereine und Verbände: Während einige Vereinsvertreter konkrete Erfahrungen mit demenzerkrankten Vereinskollegen gemacht haben, berichten viele, dass Demenz eher keine Rolle im Verein spielt, da Kontakte vorher oftmals abbrechen. Um den Kontakt zu halten und soziale Isolation zu vermeiden, bedarf es einer konkreten Person im Verein („Multiplikator“), die für die Kontaktförderung und als Bindeglied zwischen Betroffenen und Verein fungiert.

Ideenschmiede für kirchliche Einrichtungen: Auch die kirchlichen Einrichtungen sind sich einig darüber, dass die Demenzthematik in der Bevölkerung und im sozialen Miteinander an Brisanz gewinnt. Durch Aufklärung und eine positivere Darstellung der Demenzerkrankung in der Öffentlichkeit käme man dem Ziel gesellschaftlicher Teilhabe einen großen Schritt näher.

Ideenschmiede für Kinder- und Jugendeinrichtungen: Die Akteure von Kinder- und Jugendeinrichtungen haben bisher keine Berührungspunkte zu Demenz. Dennoch halten sie es für unumgänglich, Kinder und Jugendliche frühzeitig über den demografischen Wandel und seine daraus resultierenden Folgen, wie z.B. vermehrte Demenzerkrankungen, altersentsprechend zu informieren, um somit Ängste und Unsicherheiten im Umgang damit abzubauen.

Ideenschmiede für Anbieter aus Versorgung, Pflege und Therapie: Die professionellen Anbieter aus verschiedenen Fachdisziplinen tagten mehrfach, um die jeweils in den anderen Ideenschmieden entwickelten präzisen Fragestellungen bzw. Anforderungen aufzugreifen und in Angebote umzusetzen.

Die Ergebnisse der Ideenschmieden waren wie erwartet vielfältig und oft sehr spezifisch. Unter Moderation des Projektes wurden darauf aufbauend aus der Gemeinde heraus folgende Angebote beispielhaft entwickelt:

1. Aufklärung und Information: Unter dem Titel „Information tut gut“ wurde eine Kampagne gestartet, die in der Gemeinde ein Bewusstsein für das Thema Demenz schaffen, Unsicherheit nehmen und Ängste abbauen soll. Zudem wurde eine gemeinsam von mehreren Akteuren getragene zentrale Kontaktstelle für Ratsuchende eingerichtet.
2. Selbsthilfe: In Fortführung der Ideenschmieden wurden eine Austauschbörse für Erfahrungen und verschiedene Gesprächskreise für Betroffene und Angehörige eingerichtet.
3. Sensibilisierung für das soziale Umfeld: In Vereinen wurden Multiplikatoren etabliert, die für die Integration demenzbetroffener Mitglieder Sorge tragen. In Kooperation verschiedener Träger werden lokale „Demenzbegleiter“ ausgebildet und zielgruppenspezifische Schulungen angeboten.

4. Bewegungsangebote: Die Physiotherapeuten bieten, auch in Zusammenarbeit mit den ortsansässigen Sportvereinen, integrative Sportangebote für betroffene Familien, für Demenzerkrankte mit Partnern, Enkeln und Kindern und Bewegungsangebote im gewohnten Umfeld an.
5. Angebote zur Förderung der kulturellen Teilhabe: Zur Sicherung der Teilhabe am kulturellen Leben der Gemeinde werden spezielle Museumsführungen, Sing- und Musikkreise angeboten.

Über alle Ideenschmieden gibt es eine gemeinsame Erfahrung: Information und Wissen über die Erkrankung baut verbundene Ängste und Unsicherheit im Umgang mit Demenz ab und kommt dem Ziel sozialer und gesellschaftlicher Teilhabe trotz Demenz in Legden und Asbeck ein großes Stück näher.

Nur durch das Engagement der Akteure aus den Ideenschmieden konnte die projektbezogene Demenzkampagne unter dem Motto: „Information tut gut“ (vgl. den Beitrag von Birgit Leuderalbert) viele gute Ideen zur Förderung von Teilhabe in das dörfliche Leben in Legden und Asbeck einbinden.

Die Autorin

Miriam Klöpfer ist examinierte Krankenschwester und Diplom-Pflegewissenschaftlerin. Seit 2008 ist sie als Pflegeberaterin in der Beratungsstelle für pflegende Angehörige und ältere Menschen in Gronau beim Caritasverband Ahaus-Vreden tätig. Als Mitarbeiterin im Projekt „Teilhabe am Leben“ ist es ihr ein Anliegen, das soziale Umfeld für die Thematik zu sensibilisieren und somit gesellschaftliche Teilhabe für betroffene Familien weiterhin ermöglichen zu können.



INTERVIEW

Pflege, Medizin und Physiotherapie – Drei Seiten einer Medaille

Kurt-Georg Ciesinger im Interview mit Matthias Wittland, Volker Schrage und Horst Mehlhose



Gemeinsam gegen Demenz

In der Gemeinde Legden arbeiten Akteure des Gesundheitswesens – Hausärzte, Physiotherapeuten und Pflegekräfte – professionsübergreifend und auf Augenhöhe zusammen. transfær-Redakteur Kurt-Georg Ciesinger sprach mit dem Leiter der Caritas Pflege & Gesundheit, Matthias Wittland, Dr. med. Volker Schrage von der Hausarzt-Praxis Münsterland und Horst Mehlhose, dem Geschäftsführer des Gesundheitszentrums Westmünsterland über diese bemerkenswerte und seltene Zusammenarbeit.

Meine Herren, wie kam es denn überhaupt zur Zusammenarbeit?

Wittland: Kennengelernt haben wir uns bereits bei der Konzeption der ersten Projekte im Rahmen der „Regionale 2016“ in Legden. Wir hatten jeder eigene Ideen und mussten uns zwangsläufig abstimmen, damit die Initiativen in Legden in der Summe zu einer „runden Sache“ wurden.

Schrage: Wir sind mit dem Projekt „Gesund älter werden“ ja aus medizinischer, hausärztlicher Sicht zum Thema Demenzfrüherkennung und -behandlung unterwegs. Das Projekt „Teilhabe am Leben“ widmet sich aus pflegerischer Sicht den bereits Erkrankten und deren Integration ins dörfliche Leben. Das sind nach unserer Auffassung nur zwei Seiten derselben Medaille.

Mehlhose: Und wenn man uns Physiotherapeuten dazu nimmt, sind es sogar drei Seiten einer Medaille (lacht).

Wenn sie das so darstellen, klingt es nach einem einfachen und harmonischen Prozess der Abstimmung.

Schrage: Ach, so harmonisch dürfen Sie sich die erste Phase der Zusammenarbeit gar nicht vorstellen. Auch wir mussten uns erst finden und lernen, dass wir miteinander leistungsfähiger sind als aneinander vorbei oder gar gegeneinander. Wir brauchen eine multiprofessionelle Zusammenarbeit auf Augenhöhe unter der Respektierung der jeweiligen Kompetenzen des anderen. Das verhindert Reibungsverluste und macht unsere Arbeit leichter!

Wittland: Ich glaube, wir haben eines recht schnell festgestellt: Was uns alle eint, ist das Ziel, für den Patienten die bestmögliche Versorgung zu organisieren. Und das geht eindeutig besser, wenn man sich austauscht und eng zusammenarbeitet. So kann man dann auch Standesdünkel und Professionseitelkeiten überwinden.

Mehlhose: Wenn man einmal über seinen Schatten gesprungen ist und tatsächlich mit „den anderen“ zusammengearbeitet hat, dann sieht man Erfolge in der Versorgungsqualität, aber auch in der Zufriedenheit der Patienten. Und das ist uns Gesundheitsdienstleistern, bei allem ökonomischen Druck, doch immer noch das Wichtigste.

Was sind für Sie rückblickend die wichtigsten Voraussetzungen, dass ihre Zusammenarbeit gelingen konnte?

Wittland: Die allererste Voraussetzung ist, die Notwendigkeit einzusehen und die Zusammenarbeit wirklich zu wollen. Am Anfang steht der Aufwand, man muss Vertrauen aufbauen, eigene Vorbehalte überwinden, auch mal was riskieren. Und die Erfolge kommen erst später. Da braucht man schon eine stabile Grundüberzeugung.

Schrage: Wir hatten auch den Vorteil, dass wir alle Profis und anerkannte Experten auf unseren Gebieten sind. Da war die gegenseitige Wertschätzung auf fachlicher Ebene von vornherein gegeben. Das ist vielleicht für uns Ärzte das Wichtigste: zu lernen, andere Professionen wertzuschätzen. Und die persönliche Ebene hat sich dann nach und nach entwickelt.

Mehlhose: Das darf man aber nicht unterschätzen, diese persönliche Ebene. Wenn wir uns nicht sympathisch finden würden, nicht offen miteinander reden und nicht zusammen lachen könnten, dann wäre auch aus unserer Zusammenarbeit wahrscheinlich nichts oder zumindest weniger geworden. Wer arbeitet schon freiwillig mit Leuten zusammen, die er nicht leiden kann?

Wittland: Deshalb legen wir auch großen Wert darauf, dass sich unsere Teams kennenlernen und betreiben für dieses professionsübergreifende Teambuilding einigen Aufwand.

Mehlhose: Mittlerweile klappt das aber sehr gut. Ich glaube, unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben manchmal weniger Vorbehalte den anderen Professionen gegenüber als wir Leiter das ursprünglich hatten.

Schrage: Man muss aber auch dabei am Ball bleiben und Konflikte früh erkennen und bearbeiten. Zwischen Professionen entstehen viel schneller Missverständnisse als unter Fachkollegen. Aber hier in Legden klappt die Zusammenarbeit sehr gut. Und dabei soll es bleiben!

In welchen Bereichen arbeiten Sie denn konkret zusammen?

Wittland: Wir haben in Legden eine gemeinsame Anlaufstelle zum Thema Demenz ins Leben gerufen. Anlass waren die Äußerungen vieler Betroffener und Angehöriger, die in der ersten Zeit nach der Diagnose von einer Beratungsstelle zur anderen laufen mussten. Der eine war auf dieses Thema spezialisiert, der andere beriet zu jenem Thema. Aber alle Beratungsangebote waren zu wenig miteinander vernetzt und kaum aufeinander abgestimmt, sodass es sich für die Betroffenen als extrem komplex und überfordernd darstellte, angepasste Hilfen zu bekommen.

Schrage: Dabei kann man gerade bei einer demenziellen Erkrankung durch eine Kombination verschiedener Maßnahmen den Krankheitsverlauf verzögern. Hier setzt unsere interdisziplinäre Beratung an. Man kann bei einer demenziellen Erkrankung nicht allein die medizinischen oder die gesellschaftlichen Aspekte betrachten. Beides beeinflusst sich gegenseitig.

Mehlhose: Wichtig ist es uns in diesem Zusammenhang, auch andere Akteure in Legden einzubinden. So beraten und schulen wir zum Beispiel gemeinsam mit der Caritas Multiplikatoren zum Thema Demenz in den Sportvereinen vor Ort. Wir verfügen über die sportwissenschaftlichen Kenntnisse, die

Caritas hat die Experten zum Thema Demenz. Durch die Verbindung dieser Expertise gewinnen die Schulungen enorm an Qualität.

Sie arbeiten ja nicht nur therapeutisch zusammen, sondern auch bei der Diagnose, z.B. der Demenzfrüherkennung.

Mehlhose: Ja, das ist mein Lieblingsbeispiel für die unentdeckten Chancen der professionsübergreifenden Zusammenarbeit. Wie lange haben Hausärzte Kontakt mit dem Patienten? Zwei, drei Minuten. Und ambulante Pfleger vielleicht maximal zehn Minuten. Wir Physiotherapeuten sehen den Patienten locker eine Dreiviertelstunde pro Anwendung! Was wir da für Zeit haben, quasi begleitend diagnostisch tätig zu werden. Man muss uns nur mit einbeziehen.

Wittland: Wir Pflegenden feilschen mit den Kostenträgern um jede Sekunde mit dem Pflegebedürftigen, die wir im Rahmen der psychosozialen Betreuung refinanziert bekommen, und der Physiotherapeut hat mit ihnen stundenlangen direkten Kontakt während der Anwendungen. Genau deshalb bilden wir jetzt die Physiotherapeuten zum Thema Demenzerkennung weiter. So können die Physiotherapeuten den Pflegenden und den Ärzten wertvolle Hinweise zum Demenzfortschritt der Patienten geben. Das ist vielleicht kein Befreiungsschlag im Gesundheitswesen, aber schon mal ein erster Schritt.

Schrage: Aus meiner langjährigen Erfahrung als Arzt kann ich nur sagen, dass diese Zusammenarbeit auf Augenhöhe neu und absolut zentral für den Erfolg ist. Das deutsche Gesundheitssystem ist von großer Qualität, aber wir leiden doch unter verquasten hierarchischen Strukturen. Kaum einer meiner Berufskollegen würde einem Physiotherapeuten oder einer Pflegefachkraft diagnostische Arbeit zutrauen oder sich gar mit ihm zum Thema Demenz beraten. Was wir hier machen, ist sicher nur ein erster Schritt, wie Matthias Wittland sagt, aber der erste Schritt einer Revolution.

Vielen Dank Ihnen allen für die offenen und mutigen Worte.



PROFESSIONSÜBER- GREIFENDE ZU- SAMMENARBEIT

**„Grundregeln“ professionsübergreifender Zusammenarbeit –
Ein Bericht aus der Kooperationspraxis**

Kurt-Georg Ciesinger



Gemeinsam gegen Demenz

„Nur mit einem Gesundheitssystem, bei dem der Mensch mit seinen Bedürfnissen im Mittelpunkt steht, werden wir in Zukunft eine gute Versorgung sicherstellen können. Wir benötigen eine verstärkte sektorübergreifende Zusammenarbeit und multiprofessionelle Teams aus Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit unterschiedlichen Qualifikationen.“ NRW-Gesundheitsministerin Barbara Steffens am 24.9.2013 in einer Rede an der Hochschule für Gesundheit in Bochum

Interdisziplinarität, Multiprofessionalität, sektorübergreifende Zusammenarbeit: Diese Themen stehen in vielen Branchen und Handlungsfeldern mit Recht ganz oben auf der Agenda. Das Gesundheitssystem ist dabei allerdings eher Nachzügler als Vorreiter.

Denn es gibt wohl kaum eine Branche, die ähnlich starre und ab- wie ausgrenzende Professionsstrukturen vorweist wie die Gesundheitsbranche. Berufe sind in einer strengen Hierarchie geordnet, teils auf rechtlicher Basis, teils durch faktische Machtausübung. Die gegenseitige Wertschätzung zwischen diesen Hierarchieebenen ist ebenso gering wie die zwischen Berufen „auf gleicher Ebene“. Und selbst die Anerkennung der jeweiligen Fachkompetenzen anderer Disziplinen ist kein Merkmal der Berufskulturen. All diese Vorbehalte und Grenzziehungen führen zu einer Abschottung der Disziplinen voneinander und einer gestörten Kommunikation untereinander. Manchmal scheint es, dass der Patient der einzige Akteur im Gesundheitswesen ist, der mit allen involvierten Disziplinen spricht – und oft genug ist er die Kommunikationsbrücke zwischen den ärztlichen, therapeutischen und pflegenden „Dienstleistern“.

Frau Ministerin Steffens gebührt daher Hochachtung, dieses schwierige Thema auf die politische Agenda gesetzt zu haben. Hochachtung gebührt aber auch denjenigen Initiativen, die vor Ort, sozusagen auf eigene Faust, multiprofessionell zusammenarbeiten. Diese Zusammenarbeit gründet sich oft auf der simplen Wahrnehmung der Verpflichtung, dem Patienten die bestmögliche Versorgung zu bieten.

Eine solche Initiative wird in dieser Ausgabe der *transfær* beschrieben. Verschiedene Projekte arbeiten zum Wohle des Patienten und des Sozialraumes miteinander und überwinden dabei Standesdünkel und Vorurteile. Diese Projekte und ihre aus verschiedensten Disziplinen (Medizin, Physiotherapie, Psychologie, Gerontologie, Alten- und Krankenpflege) stammenden Akteure mussten auch die Zusammenarbeit erst lernen, gegenseitigen Respekt auf- und Vorbehalte abbauen.

Auf Basis dieser Erfahrungen hat sich die Kooperation der Projekte eine eigene „Verfassung“ gegeben, in der die Zusammenarbeit der Projekte und Akteure konsensual festgelegt und von allen beteiligten Personen unterzeichnet wurde.

Dieses Dokument ist, wenn auch nur als ein bescheidener Anfang, wegweisend für eine neue Philosophie der Kooperation im Gesundheitswesen: Partizipativ, auf Augenhöhe und am Wohl des Patienten orientiert.

Grundregeln der Zusammenarbeit der Projekte „Teilhabe am Leben“, „Gesund älter werden“, „Biografieorientiertes Überleitungsmanagement“ und „Lokale Allianzen“

Präambel

Das Angebot einer qualitativ hochwertigen Dienstleistung zum Wohle aller Bürgerinnen und Bürger der Gemeinde Legden ist das verbindende Ziel aller Projektbeteiligten. Dies ist nur zu erreichen, wenn die Dienstleistungen abgestimmt, professionsübergreifend und partnerschaftlich erbracht werden. Um dieser gemeinsam getragenen Idee eine verbindliche Grundlage zu geben, werden folgende Vereinbarungen zur Zusammenarbeit getroffen:

- 1.** Die Projektbeteiligten der unterschiedlichen Professionen erkennen die Fachkompetenz der anderen Berufsgruppen an und gehen miteinander wertschätzend um.
- 2.** Die Kommunikation zwischen den Projektpartnern erfolgt im Innenverhältnis direkt und nicht-hierarchisch. Kontakte im Außenraum, vor allem gegenüber dem Projektförderer, erfolgen nur über die Projektleitungen, bzw. per Delegation und werden in einer Projektsteuerungsgruppe (s.u.) koordiniert.
- 3.** Strategische Fragen werden in einer Projektsteuerungsgruppe, bestehend aus Herrn Ollmann oder Ciesinger, Herrn Schrage und Herrn Wittland einvernehmlich vereinbart.
- 4.** Alle Projektbeteiligten üben einen konstruktiven Umgang mit Problemen. Kritik wird offen und direkt geäußert, Konflikte unmittelbar angesprochen. Ziel ist die Problemlösung, nicht die Klärung der Schuldfrage.
- 5.** Ein regelmäßiger und gesicherter Austausch der Beteiligten findet im Rahmen von projektübergreifenden Quartalssitzungen statt. Die Teilnahme aller Beteiligten ist obligatorisch.
- 6.** Es werden gemeinsame Gestaltungsstandards für Informationsmedien vereinbart (Flyer, Prospekte, Internet, etc.). Ziel ist die Durchgängigkeit und gemeinsame Verwendbarkeit.
- 7.** Projektübergreifende Informationen, die nach außen gerichtet sind, wie z.B. Pressemitteilungen, Interviews, etc., werden in dieser Projektsteuerungsgruppe abgestimmt, um ein einheitliches Bild zu gewährleisten.
- 8.** Weitergehende und neue Projektinitiativen auch einzelner Partner werden, um Irritationen im Außenraum zu vermeiden, im Vorfeld in der Projektsteuerungsgruppe abgestimmt.

9. Absprachen hinsichtlich Aufgaben der Partner werden eingehalten. Wenn die Einhaltung sich als problematisch erweist, wird dies unverzüglich dem Projektsteuerungskreis mitgeteilt.
10. Da in der bisherigen Projektarbeit viele Ideen formuliert wurden, die bislang nicht umgesetzt werden konnten, sollen die Ideen im Rahmen der Projektbesprechungen verschriftlicht werden, damit sie in der Projektsteuerungsgruppe abgestimmt und weiter bearbeitet werden.

Der Autor

Kurt-Georg Ciesinger ist Geschäftsführer der gaus gmbh –medien bildung politikberatung und berät die Kooperation der Gesundheitsprojekte in Legden.



DIE PERSPEKTIVE VON MENSCHEN MIT DEMENZ

**„Zuerst wollte ich nicht hingehen, aber dann war es doch
sehr schön“ – Teilhabe aus der Perspektive von Menschen
mit Demenz**

Karin Welling

Was bedeutet Teilhabe aus der Perspektive derjenigen Menschen, die mit einer Demenz leben? Niemand kann so authentisch darüber berichten, wie die Personen selbst: Welche Erfahrungen machen Menschen mit Demenz, was wünschen sie sich und was ist ihnen im Zusammensein mit anderen Menschen wirklich wichtig?

Um diesen Fragen auf die Spur zu kommen, lasse ich drei Personen zu Wort kommen: Zum einen unterhalte ich mich mit Frau Lydia Feldhoff (Name geändert), einer 82-jährigen Frau, die seit circa drei Jahren mit einer Demenz lebt. Außerdem ziehe ich Publikationen zu Rate, in denen zwei Menschen mit Demenz, Helga Rohra und Christian Zimmermann, mit Hilfe einer Schreibassistenz über sich selbst und ihr Leben mit Demenz berichten.

Helga Rohra, 1953 geboren, lebt seit ihrem 54. Lebensjahr mit einer Lewy-Body-Demenz. Sie hat inzwischen sogar eine eigene Homepage (www.helgarohra.de) kreiert, auf der sie über sich und ihre Aktivitäten berichtet. In ihrem Buch „Aus dem Schatten treten. Warum ich mich für unsere Rechte als Demenzbetroffene einsetze“ schreibt Helga Rohra: „Demenz wird in weiten Teilen der Bevölkerung vom Ende her gedacht. Das Bild, das in den Köpfen vorherrscht, ist von den späten Stadien geprägt. Dabei wird häufig vergessen, dass eine Demenz auch irgendwann anfängt“ (S. 28). Helga Rohra „(...) will den Menschen vermitteln, dass es einen gewaltigen Unterschied gibt zwischen dem, wie wir Betroffene wirklich sind, und dem Bild, das die meisten von uns haben“ (S. 77).

Christian Zimmermann, 1950 geboren, lebt seit seinem 57. Lebensjahr mit einer Demenz vom Alzheimer-Typ. Gemeinsam mit Peter Wißmann hat er ein Buch mit dem Titel „Auf dem Weg mit Alzheimer. Wie es sich mit einer Demenz leben lässt“ veröffentlicht. In diesem Buch schreibt er über die vielen „Angstmacher“, die im Zusammenhang mit dem Phänomen Demenz kursieren. „Wer Alzheimer hat, verliert seine Persönlichkeit oder ist gar keine Person mehr. Das ist Unfug!“, sagt Christian Zimmermann, „Ich bin immer noch ich! Ich war Christian Zimmermann, bevor ich die Diagnose erhalten habe, und ich bin es auch nach der Diagnose“ (S. 38).

Selbstaussagen wie diese können Menschen mit und ohne Demenz Mut machen. Sie sind Ausdruck der Teilhabe von Menschen mit Demenz und helfen, Demenz aus der Binnenperspektive zu begreifen. Sie tragen dazu bei, eigene Unsicherheiten und Ängste abzubauen, denn diese verhindern oftmals, dass wir einem Menschen mit Demenz als Person begegnen und ihn als solchen einbeziehen. Wie schnell geschieht es, dass wir „über“ Menschen mit Demenz berichten oder sprechen, dass wir meinen zu wissen, was gut und richtig für sie sei – alles natürlich in guter Absicht. Scheinbar ist es für Menschen ohne Demenz gar nicht so einfach, Menschen mit Demenz tatsächlich einzubeziehen und ihnen auf Augenhöhe zu begegnen. Studien belegen, dass Menschen mit Demenz unterschätzt werden, das betrifft auch und insbesondere ihre kommunikativen Fähigkeiten, die ihnen oftmals per se aberkannt werden. Es ist gut, dass es nun auch in Deutschland immer mehr Initiativen gibt, die Menschen mit Demenz einbeziehen und sie für sich selbst sprechen lassen.

„Für uns ist wichtig, eine Aufgabe zu haben, dazugehören und etwas mit anderen zu machen – so wie früher eben.“

Frau Lydia Feldhoff erzählt mir in unserem Gespräch: „Eigentlich hat sich da nicht viel geändert, ich geh’ normalerweise überall noch gerne hin. ... Obwohl ich schon lange Zeit selbst nicht mehr Tennisspielen kann, geh’ ich da Mittwochnachmittags hin, wenn das Spiel zu Ende ist. ... Wir machen auch noch was mit anderen, wir treffen uns alle vier Wochen mit unseren Freunden und beklönen den Tagesklatsch und Probleme der Allgemeinheit, das machen wir schon seit etlichen Jahren und das machen wir auch jetzt noch.“

Wie wichtig es ist, mit anderen Menschen im Kontakt zu sein und eine Aufgabe zu haben, schreibt auch Helga Rohra, deren Demenz mit 54 Jahren sehr früh begann: „Wenn ich mich daran erinnere, in welch tiefes Loch ich gestürzt bin, als ich meinem Beruf nicht mehr nachgehen konnte, wird mir bewusst, wie wichtig es ist, eine Aufgabe zu haben. Vielleicht liegt darin der Schlüssel zur Bewältigung der Demenz. Eine Aufgabe zu haben, bedeutet freilich für jeden etwas anderes. (...) Für mich besteht sie im Austausch mit anderen Menschen mit und ohne Demenz“ (S. 110).

Ähnliches schreibt auch Christian Zimmermann: „Soziale Beziehungen halten fit und uns mittendrin. (...) Ich habe mir von Anfang an gesagt, dass ich auch nach der Diagnose mein altes Leben weiterführen will, und dazu gehört auch, dass ich in Kontakt mit meinen Freunden und Bekannten bleibe. Wir unternehmen immer noch viel gemeinsam (...). Niemand hat sich zurückgezogen“ (S. 90f).

„Wir brauchen Menschen, die sich kümmern ohne uns zu bevormunden und die einen nicht vergessen, auch wenn’s mal nicht so gut läuft.“

Frau Feldhoff erzählt mir in unserem Gespräch: „Manchmal trau’ ich mich nicht, aber die Gruppe geht immer weiter. Ich bin auch mal länger nicht dagewesen, weil es mir nicht gut ging. (...) Und da ist die Maria, die kümmert sich dann und holt auch die, die aus irgendwelchen Gründen nicht kommen konnten. Das ist wichtig, weil sonst könnte es vielleicht auch passieren, dass man da nicht mehr hingehet.“

Menschen mit Demenz brauchen andere Menschen, die sich kümmern und sie einbeziehen. Dabei wird oftmals vergessen, dass Menschen mit Demenz noch viele Fähigkeiten besitzen. Christian Zimmermann und Peter Wißmann schreiben, dass das Wort Alzheimer in den Köpfen vieler Menschen zu der Vorstellung führt: „Der andere kann jetzt ganz viele Dinge nicht mehr. Und das führt wiederum dazu, dass gar nicht mehr genau hingeschaut wird, sondern wie selbstverständlich von dem Angehörigen oder einer anderen Person Dinge übernommen werden, die der andere ohne Weiteres selbst tun könnte“ (S. 54). Auch für Frau Feldhoff ist es wichtig, dass sie selbst noch etwas machen kann, sie sagt: „Ich helfe gerne, die anderen brauchen nicht alles allein zu machen, wenn ich etwas nicht mehr kann, dann sage ich das auch.“ Und auch Helga Rohra schreibt: „Keine Frage, wir lassen uns gerne helfen. (...) Aber seien Sie so nett und fragen sie vorher, ob ich Hilfe benötige“ (S. 102).

„Achtsamkeit, Langsamkeit, Zeit und Geduld ermöglichen uns dabei sein zu können.“

Von Frau Feldhoff, Frau Rohra und Herrn Zimmermann erfahre ich, dass Achtsamkeit, Langsamkeit, Zeit und Geduld wichtige Dinge sind, die es Menschen mit Demenz ermöglichen, tatsächlich teilzunehmen. Menschen ohne Demenz sind für Menschen mit Demenz oftmals viel zu schnell. Teilhabe fängt also bereits damit an, dass ich mich unmittelbar im Kontakt auf das Tempo meines Gegenübers einstelle.

Ich habe eine Menge gelernt und erfahren, sowohl in den Gesprächen mit Frau Lydia Feldhoff als auch aus den Büchern von Helga Rohra und Christian Zimmermann. Eigentlich, so stelle ich fest, haben Menschen mit Demenz ähnliche Vorstellungen, Bedürfnisse und Wünsche wie Menschen ohne Demenz. Ob sie teilnehmen können oder nicht, hängt nicht so sehr von ihnen selbst ab, sondern davon, ob wir fähig sind, ihnen als Person zu begegnen und sie teilhaben zu lassen.

Abschließend frage ich Frau Lydia Feldhoff, was sie sich von anderen Menschen wünscht. Sie sagt: „Ich wünsche mir, dass ich nicht nur geholt werde, (sondern) dass die Leute das auch gerne haben, wenn ich dabei bin.“

Literatur

Zimmermann, C. & Wißmann, P. (2011). Auf dem Weg mit Alzheimer. Wie es sich mit einer Demenz leben lässt. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.

Rohra, H. (2011). Aus dem Schatten treten. Warum ich mich für unsere Rechte als Demenzbetroffene einsetze. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.

Die Autorin

Karin Welling, Gesundheits- und Krankenschwester, Diplom-Pädagogin, DCM-Evaluatorin und Trainerin, arbeitet freiberuflich im Feld der Versorgung von Menschen mit Demenz und ihren Familien und ist hier in den Bereichen (Hochschul-) Bildung, Beratung und Prozessentwicklung tätig. Im Rahmen ihres Dissertationsprojektes forscht sie zur Thematik Interaktionen mit Menschen mit Demenz.

wellingkarin@hotmail.com



SENSIBILISIERUNG IM QUARTIER

Sensibilisierungsstrategien im Quartier: Möglichkeiten und Grenzen – Erfahrungen aus der Projektarbeit in Legden und Asbeck

Christiane Weiling



Sensibilisierungsstrategien im Quartier verfolgen das Ziel, Menschen in einem räumlich abgegrenzten Bereich bestimmte Sachverhalte oder Probleme bewusst zu machen und sie im Idealfall dafür zu gewinnen, an der Entwicklung von Problemlösungen mitzuarbeiten.

Im „Masterplan altengerechte Quartiere.NRW“ heißt es im Vorwort von Frau Ministerin Barbara Stefens: „Quartier – das ist fast immer die Nachbarschaft, der unmittelbare Lebensraum, der gerade im Alter, wenn die Lebenskreise kleiner werden, an Bedeutung gewinnt. Quartier – das sind die persönlichen Netzwerke, die zu mehr Lebensqualität für die Menschen beitragen.“ Dabei spielt es keine Rolle, ob sich dieser unmittelbare Lebensraum mitten in der Großstadt oder auf dem Dorf befindet. Die Art und vielleicht auch die Intensität der persönlichen Netzwerke unterscheiden sich; sie sind aber überall vorhanden.

Was bedeutet das für Sensibilisierungsstrategien im Quartier? Zunächst einmal ist es wichtig, dass die Menschen, die im Quartier leben oder arbeiten, diejenigen sind, die im Fokus aller Aktivitäten stehen. Eine Sensibilisierung – für welches Thema auch immer – wird keinen Erfolg haben, wenn man Vorhandenes nicht berücksichtigt und darauf aufbaut. Bei jeder Sensibilisierungskampagne muss es darum gehen, vorhandene Stimmungen aufzunehmen, sie zu verstärken oder auch abzuschwächen. Sensibilisierungskonzepte, die am grünen Tisch entwickelt werden und Bestehendes ignorieren, werden vor Ort nur eine geringe Akzeptanz finden.

Das bedeutet für Projektakteure, dass sie sich zunächst mit den Strukturen im Quartier auseinandersetzen müssen. Es gilt, wichtige Gruppen, Meinungsbildner und Multiplikatoren zu identifizieren und Kontakte zu ihnen zu knüpfen. Die Menschen im Quartier müssen dort abgeholt werden, wo sie gerade stehen. Das kann in einem Projekt dazu führen, dass geplante Projektbausteine modifiziert, im Extremfall sogar komplett verändert oder über Bord geworfen werden müssen, weil sie mit der aktuellen Situation im Quartier nicht kompatibel sind. Häufig gibt es nicht vorhersehbare Entwicklungen im Quartier, die dazu führen, dass zwischen der Planungs- und der Realisierungsphase eines Projektes massive Veränderungen oder Stimmungsumschwünge im Quartier eintreten, die bei der weiteren Arbeit berücksichtigt werden müssen.

Auch im Projekt „Teilhabe am Leben“ sahen sich die Projektverantwortlichen mit einer solchen Situation konfrontiert: Aufgrund verschiedener Pressemeldungen und Diskussionen im Gemeinderat sowie in der breiten Öffentlichkeit herrschte eine skeptische Stimmung in der Gemeinde. Viele Einwohner hatten Angst, dass sich Legden zu einem Alten- oder Demenzdorf entwickeln könnte und die Interessen der jüngeren Bevölkerung zukünftig nicht ausreichend berücksichtigt würden. Die Projektverantwortlichen nahmen diese Stimmung ernst und legten den Fokus der Angebote und Projektaktivitäten nicht primär auf die demenziell Erkrankten, sondern vor allem auch auf deren Familien (berufstätige Angehörige, Kinder und Enkelkinder) sowie auf Nachbarn, Freunde und Kollegen. Mit großem Erfolg, wie die Beiträge von Birgit Leuderalbert und Miriam Klöpfer in dieser Ausgabe eindrücklich beschreiben.

Um solche Stimmungen wahrzunehmen und aufgreifen zu können, müssen sich die Projektverantwortlichen selbst ins Quartier begeben, Menschen treffen und Vertrauen aufbauen. Am einfachsten gelingt das, wenn man auf lokale „Mittler“ zurückgreifen kann, die den Weg ins Quartier ebnen. Im Projekt „Teilhabe am Leben“ gab es diese Mittler: Bürgermeister Friedhelm Kleweken sowie eine Mitarbeiterin der Caritas Pflege & Gesundheit, die in Legden wohnt und arbeitet, kannten die Strukturen vor Ort sehr gut, führten viele persönliche Gespräche und sorgten so dafür, dass erste Kontakte des Projektes zu wichtigen Akteuren aus dem Quartier aufgebaut werden konnten.

Im nächsten Schritt geht es dann darum, mit diesen „Mittlern“ relevante Gruppen zu definieren, für die das Thema der Sensibilisierung von Interesse sein könnte. Im Projekt „Teilhabe am Leben für Menschen mit Demenz“ waren dies Angehörige, professionelle Anbieter von Gesundheits- und Pflegeleistungen, Vereine und Verbände, Schulen und Kindergärten sowie der Handel. Wichtige Vertreter der einzelnen Gruppen wurden im Rahmen der Sensibilisierungsaktivitäten zusammen gebracht, um persönliche Berührungspunkte zum Thema zu schaffen und um Hemmschwellen und Ängste abzubauen. Dies erfolgte im Rahmen von sogenannten Ideenschmieden (vgl. auch den Beitrag von Miriam Klöpfer in diesem Heft).

Diese Ideenschmieden wurden als Instrument zur Reduzierung vorhandener Ängste und Vorbehalte gegenüber dem Thema Demenz genutzt. Ziel war es, zentrale Akteure des Quartiers in einer Gruppensituation anzusprechen, vom Sinn des Projektes zu überzeugen und in den weiteren Projektverlauf konkret und aktiv einzubinden. Dies sollte sich im Sozialraum herumsprechen, sodass sich daraus sukzessive ein erster Meinungsumschwung im Quartier ergeben könnte.

Um für eine möglichst breite Akzeptanz der Ideenschmieden im Quartier zu sorgen und eine positive Mund-zu-Mund-Propaganda zu forcieren, wurden zunächst Ideenschmieden mit den Gruppen durchgeführt, die am einfachsten zu erreichen waren und die die meisten Berührungspunkte zum Thema hatten. Im Projekt „Teilhabe am Leben“ war dies die Gruppe der Angehörigen von demenziell Erkrankten. Die Gruppe der Schulen und Kindergärten, die bezüglich des Themas Demenz als eher schwierig eingestuft wurde, wurde bewusst erst zu einem relativ späten Zeitpunkt zu einer Ideenschmiede eingeladen.

Aus den Ideenschmieden heraus entwickelten sich Ansätze für eine mögliche Mitarbeit der Teilnehmenden im Projekt. Der Einstieg in die Projektbeteiligung erfolgte auch hier wieder möglichst niedrigschwellig und aufbauend auf bestehenden Aktivitäten und Angeboten sowie Interessen der verschiedenen Akteure.

Erst nach diesen Vorarbeiten sollte die eigentliche „Sensibilisierungskampagne“ im Quartier durchgeführt werden. Sind wichtige Gruppen aus dem Quartier überzeugt und für ein Thema gewonnen, kann es gelingen, eine breit angelegte Öffentlichkeitsarbeit unter Beteiligung möglichst vieler unterschiedlicher Gruppen und Akteure erfolgreich durchzuführen.

Diese sensible und akteurzentrierte Vorgehensweise des Projektes erbrachte große und nachhaltige Erfolge. Bereits jetzt, zur Mitte der Projektlaufzeit, kann man festhalten, dass alle wichtigen Akteure des Quartiers nicht nur erreicht, sondern konkret und aktiv einbezogen wurden. Hieraus lassen sich einige Erfahrungswerte ableiten, die auch anderen Projekten, die Quartiersstrukturen aktivieren wollen, dienlich sein können:

- Vorhandene Angebote müssen berücksichtigt und weiterentwickelt werden. Es geht nicht darum, die Ideen von Projektverantwortlichen ins Quartier zu tragen, sondern Stimmungen und Ideen aus dem Quartier aufzunehmen, zu unterstützen und zu verstärken.
- Wo immer es möglich ist, sollten die entwickelten Angebote und Unterstützungsleistungen auch anderen Gruppen zugute kommen (attraktive Spazierwege oder verkehrsberuhigte Bereiche für demenziell Erkrankte werden beispielsweise auch vom Rest der Bevölkerung gerne angenommen).
- Vor dem Start einer Sensibilisierungskampagne müssen wichtige Akteure ins Boot geholt werden. Deren Meinungen und Ideen müssen bei der weiteren Arbeit berücksichtigt werden, auch wenn sie dem ursprünglichen Konzept der Projektverantwortlichen widersprechen. Die Meinungsbildner im Quartier sind diejenigen, die maßgeblichen Einfluss auf den Erfolg oder Misserfolg jeder Sensibilisierungskampagne haben.
- Nicht jeder möchte sich mit dem Thema der Sensibilisierungskampagne beschäftigen. Das sollte respektiert werden! Wenn im Quartier der Eindruck entsteht, die Bevölkerung vor Ort soll indoktriniert werden, ist eine Sensibilisierungskampagne zum Scheitern verurteilt.
- Es muss deutlich gemacht werden, dass auch andere Interessen in der Prioritätensetzung des Quartiers wichtig sind und dass diese zukünftig ebenfalls berücksichtigt werden.

Die Erfahrungen aus dem Projekt „Teilhabe am Leben“ zeigen: Die Aktivierung eines Quartiers ist auch für angstbesetzte und tabuisierte Themen möglich – aber nicht von außen, sondern nur durch die Arbeit in und mit dem Quartier.

Die Autorin

Christiane Weiling ist Bereichsleiterin Gesundheits- und Seniorenwirtschaft bei der gaus gmbh – medien bildung politikberatung.

weiling@gaus.de



LOKALE ALLIANZEN

Synergien im Sozialraum: Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz

Daniela Balloff, Martina Schrage



**Lokale Allianz für
Menschen mit Demenz**

Die Menschen in Deutschland erreichen – aufgrund einer immer besseren gesundheitlichen Versorgung – ein immer höheres Lebensalter und werden durch den allgemeinen Bevölkerungsrückgang zu einer quantitativ und qualitativ immer bedeutenderen Gruppe. Insbesondere der Anteil Hochaltriger wird sich in den nächsten Jahren drastisch erhöhen: Waren nach Berechnungen des Statistischen Bundesamtes im Jahr 2000 noch 12,9 Mio. Menschen in Deutschland, d.h. ca. 16% der Bevölkerung, über 75 Jahre, so sind es heute schon 19,7 Mio. (24%). In nur zehn Jahren werden es nochmals zwei Mio. mehr sein, dies entspricht dann 27% der Gesamtbevölkerung.

Die höhere Lebenserwartung ist zunächst sehr erfreulich für unsere Gesellschaft. Aber es ergeben sich damit auch neue Herausforderungen an das Sozialwesen, da hochaltrige Menschen mehr Einschränkungen aufweisen als jüngere. Vor allem demenzielle Erkrankungen nehmen mit dem Lebensalter exponentiell zu: Laut der Berliner Altersstudie liegt der Anteil demenzkranker Menschen unter 70 Jahren nur bei etwas über einem Prozent, über 75 sind es bereits 6%, über 80 gar 13%. Über 90-Jährige haben ein statistisches Risiko von mehr als einem Drittel, an Demenz zu erkranken. Demenz wird damit auch in einer kleinen Gemeinde wie Legden perspektivisch zu einem quantitativ bedeutsamen Problem der Menschen werden, seien sie als Patienten betroffen, als Familie, Freunde oder Nachbarn.

Vor diesem Hintergrund beteiligt sich die Gemeinde Legden seit 2013 an der Initiative „Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Bis zum Jahr 2016 will das Ministerium in ganz Deutschland 500 (!) solcher Allianzen initiieren. Ziel ist es, Demenzerkrankten und ihren Angehörigen direkt in ihrem Wohnumfeld die bestmögliche Unterstützung zu bieten. Dazu hat das BMFSFJ vier Handlungsfelder definiert:

- Grundlagen und Information: Die Forschung zu medizinischen und sozialen Themen rund um Demenz soll ausgebaut werden.
- Gesellschaftliche Verantwortung: Die Gesellschaft und das Nahfeld der Menschen mit Demenz sollen für deren Bedürfnisse sensibilisiert werden.
- Unterstützung von Betroffenen und ihren Familien: Hier sollen insbesondere die Zusammenarbeit Ehrenamtlicher und professioneller Akteure und auch die Wertschätzung für deren Arbeit gefördert werden.
- Gestaltung des Unterstützungs- und Versorgungssystems: Die Versorgung der Menschen mit Demenz soll durch adäquate Wohnformen, kompetente Behandlung und individuelle Betreuung verbessert werden.

Zum heutigen Stand gibt es in Deutschland etwas über hundert solcher Allianzen mit unterschiedlichen thematischen Schwerpunkten, weniger als 20 davon in NRW. Die Gemeinde Legden befindet sich hier also bundes- wie landesweit unter den Vorreitern.

Das Projekt der Lokalen Allianz in Legden wird koordiniert über die Kontaktstelle im Gesundheits- und Präventionszentrum Münsterland. In der Gemeinde Legden bestehen schon eine Reihe von Initiativen und Angeboten rund um das Thema Demenz, von denen die Projekte „Teilhabe am Leben“ und „Gesund älter werden“ (beide werden in dieser Ausgabe der transfær beschrieben) als wichtigste zu nennen sind.

Ziel des Projektes „Lokale Allianz Legden“ ist es daher nicht, selbst Leistungen aus dem Bereich der Pflege oder Betreuung zu erbringen, ein neues Netzwerk aufzubauen oder sich an die Spitze bestehender Ansätze zu stellen. Das Projekt soll vielmehr zusammen mit den bereits engagierten und partiell bereits organisierten lokalen Akteuren arbeiten und punktuell dort unterstützen, wo Hilfe sinnvoll ist.

So übersetzte die Lokale Allianz Legden die breit gefassten Handlungsfelder der Bundesinitiative in folgende konkrete lokale Ziele:

- Unterstützung des Aufbaus einer Beratungsstelle für demenziell Erkrankte und ihr soziales Umfeld in der Gemeinde Legden,
- Unterstützung der Zusammenarbeit der Gesundheits-Projekte in der Gemeinde Legden,
- Vernetzung mit anderen Projekten aus dem Bundesprogramm „Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz“,
- Überregionaler Transfer der Ergebnisse und Erfahrungen.

Diese Zielsetzungen wurden im Vorfeld eng mit den Akteuren, Netzwerken und Projekten vor Ort abgestimmt. In mehreren intensiven Sitzungen wurden die gegenseitigen Schnittstellen definiert, Überlappungen sondiert und Synergien identifiziert. Im Ergebnis ist es gelungen, die Projekte mit ihren jeweiligen Ressourcen so auszurichten, dass ein maximaler Nutzen für die Patienten, betroffenen Bürger und auch für die Gemeinde erzielt wird.

Das Projekt Lokale Allianz Legden nutzt bei der Arbeit die örtliche Anbindung und die Integration in die Gemeinde. So organisiert das Projekt die lokale Information und „Werbung“ für die neu entstehenden Unterstützungsangebote der Gesundheitsprojekte in Legden.

Im Rahmen einer Beratungsstelle, die die drei Projekte „Teilhabe am Leben“, „Gesund älter werden“ und „Lokale Allianzen“ gemeinsam betreiben und bei der die Projekte arbeitsteilig für eine möglichst umfassende Ansprechbarkeit und zeitliche Verfügbarkeit sorgen, beteiligt sich das Projekt kompetent bei der Vermittlung Hilfesuchender in entsprechende Beratungsstrukturen. Durch die lokale Einbindung des Projektes gibt es durchaus auch Situationen der direkten Ansprache von Betroffenen und die Ermutigung zum Aufsuchen von Unterstützungs- und Hilfestrukturen, die die anderen Projekte substanziell bieten können.

Das Projekt wird perspektivisch die Erfahrungen des „Modelldorfes Legden“ mit seinen vielfältigen innovativen Ansätzen in die Transferkanäle der Initiative „Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz“ des Bundesfamilienministeriums einspeisen. Hierdurch können bundesweit viele ähnliche Gemeinden, Netzwerke und Quartiere von den Erfahrungen in Legden profitieren.

Aber auch anders herum wird Transfer organisiert: Durch die Einspeisung der Ergebnisse und Erfahrungen aus dem Bundesprogramm „Lokale Allianzen“ nach Legden werden Entwicklungsprozesse vor Ort beschleunigt. So wurde vor kurzem ein Erfahrungsaustausch mit der schon länger aktiven „Nachbar-Initiative“ in Dülmen organisiert – eine Exkursion, an der sich alle Legdener Projekte mit großem Erkenntnisgewinn beteiligten.

Das Beispiel der Lokalen Allianz Legden in ihrer erfolgreichen Zusammenarbeit mit den Projekten „Teilhabe am Leben“ und „Gesund älter werden“ zeigt, wie viel erreicht werden kann, wenn Ressourcen gebündelt, Initiativen vernetzt und Akteure zusammengebracht werden – und nicht versucht wird, das Rad neu zu erfinden.

Die Autorinnen

Daniela Balloff ist Projektleiterin der Lokalen Allianz für Menschen mit Demenz in Legden.

Martina Schrage ist Geschäftsführerin der MQM Medical Quality Management GmbH und stellvertretende Bürgermeisterin der Gemeinde Legden.



GESUND ÄLTER WERDEN

„Gesund älter werden“ – Demenzfrüherkennung und -prävention aus ärztlicher Sicht

Volker Schrage, Bernd Balloff



Die Sicherung der Lebensqualität älterer Menschen wird vor allem dann zu einer belastenden Aufgabe für ihr gesamtes Umfeld, wenn zu den „normalen“ altersbedingten Einschränkungen geriatrische Erkrankungen wie die Demenz hinzukommen. Das Krankheitsbild Demenz ist aus medizinischer Sicht gut erforscht, Diagnose- und Therapieverfahren stehen seit langem ebenso zur Verfügung wie das sozialmedizinische Wissen über die Entstehungs- und Bedingungsbeziehungen. Während aus medizinischer wie auch gesellschaftlicher Perspektive der Behandlung und Betreuung von Demenzpatienten also breiter Raum gegeben wird, finden sich in den Bereichen Früherkennung und Prävention bislang viel zu wenige Ansätze.

Demenz ist eine alterskorrelierte neurodegenerative Erkrankung, die sich in der Regel ab der siebten Lebensdekade mit wahrnehmbarer Symptomatik manifestiert und deren Häufigkeit in der Bevölkerung ab diesem Lebensalter auch exponentiell ansteigt. Die Folgen von altersbedingter Demenz beinhalten unter anderem Beeinträchtigungen der geistigen Leistungsfähigkeit, des Erlebens und des Verhaltens der Betroffenen. Die Krankheit ist nicht reversibel.

Projekte und Anwendungen im Bereich der Intervention, also des Eingriffes in den bestehenden Krankheitsverlauf zur Symptomlinderung und der Förderung eines besseren Umganges mit den Krankheitsfolgen, sind weit verbreitet. Der Bereich der Früherkennung und Prävention von Demenz stellt sich in Deutschland und vor allem im ländlichen Raum jedoch aktuell stark unterentwickelt dar.

Zwei Faktoren sind in diesem Bereich von entscheidender Bedeutung: Zum einen ermöglicht die Fokussierung der ganzheitlichen Betrachtung eines Patienten die Einbeziehung von Risikofaktoren demenzieller Erkrankungen. So können primärpräventiv spezielle Risikofaktoren der Krankheit bewusst reduziert werden, um ein Eintreten der Demenz zu verhindern oder hinauszuzögern (Prävention). Dies kann z.B. ganz simpel durch kognitives Training und spezielles Bewegungstraining erfolgen. Zum anderen kann durch das frühe Erkennen der Diagnose „Demenz“ (Früherkennung) sekundärpräventiv die Aufschiebung des Symptomeintritts oder bei bereits vorhandenen Symptomen die Linderung eben dieser erarbeitet werden.

Das Projekt „Gesund älter werden“

Diese Maßnahmen der Früherkennung und Prävention sind zentraler Gegenstand des Projektes „Gesund älter werden“. Das übergeordnete Ziel ist die Verbesserung und Effektivitätssteigerung der regionalen medizinischen Versorgungssituation im Bereich Früherkennung, flankiert durch eine systematische Präventionspolitik.

Das Projekt besteht aus zwei Bausteinen: Zum einen wird ein Kompetenz- und Qualitätsnetzwerk Demenz mit systematisch ausgewählten, regionalen medizinischen bzw. gesundheitswissenschaftlichen Kooperationspartnerinnen und -partnern aufgebaut, das sowohl die Programmentwicklung und -umsetzung verantwortet, als auch die nachhaltige Stabilität des Netzwerks sicherstellt. Als Partnerinnen und Partner wurden dabei Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner und andere relevante Fachärztin-

nen und Fachärzte aus der Region, aber auch zahlreiche Gesundheitsdienstleisterinnen und -dienstleister gewonnen, die über gute Zugänge besonders zu entsprechenden Risikogruppen verfügen. Die Koordinierungsstelle für das „Kompetenznetzwerk Demenz“ wurde im Gesundheits- und Präventionszentrum Münsterland in Legden eingerichtet.

Neben der Koordinierung des regionalen Kompetenznetzwerks wird der fachliche Dialog mit wissenschaftlich anerkannten Demenzexpertinnen und -experten organisiert. Die perspektivische Nutzung telemedizinischer Unterstützungsfunktionen soll dabei vorbereitet und in einer späteren Phase für die Praxis adaptiert und getestet werden.

Zum anderen wird – als zweiter Baustein des Projektes – ein Handlungsleitfaden für die konkrete Praxis entwickelt, der als verbindliche Grundlage die regionale Umsetzung des Programms inhaltlich steuert und dessen Qualität sicherstellt. Der Handlungsleitfaden umfasst wissenschaftlich abgesicherte Leitlinien und Qualitätskriterien, Verfahrensweisen und Instrumente sowie eine Anleitung und Vereinbarung zur Sicherstellung der erforderlichen Zusammenarbeit und des Informationsaustausches.

Im westlichen Münsterland fehlen – wie generell im ländlichen Raum – sowohl Fachärzte als auch physiotherapeutische Angebote, die sich auf das Thema Demenzfrüherkennung spezialisiert haben. Die Eigenschaften der Hausärzte, d.h. die Spezialisierung auf die Familienmedizin und die genaue Kenntnis des sozialen Umfeldes ihrer Patientinnen und Patienten, könnten sie aber zu dem zentralen „Anker“ für Demenzfrüherkennung und -prävention machen. Nicht nur können sich Betroffene und deren Angehörige an die behandelnden Hausärzte wenden, es können auch die sozialen und familiären Ressourcen der/des Betroffenen von Seiten des Arztes aus aktiviert werden.

Das Projekt wird – anders als viele andere Initiativen – „von unten nach oben“, d.h. ausgehend von den Akteuren vor Ort, entwickelt. Ein weiteres wichtiges Merkmal von „Gesund älter werden“ ist die Betonung und tatsächliche Umsetzung von Interdisziplinarität. Ein Demenzpatient wird hier fachübergreifend nicht nur von ärztlicher Seite versorgt, sondern auch von physio- und ergotherapeutischer Seite. Diese professionsübergreifende Zusammenarbeit ist dabei nicht trivial, sondern sehr voraussetzungsreich und in unserem hochspezialisierten und extrem arbeitsteiligen Gesundheitssystem eher selten zu finden. Zum Wohle des Patienten ist sie aber unabdingbar.

Das Projekt leistet damit einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungsqualität und der Versorgungsbreite für die Zielgruppe der demenziell Erkrankten und Demenzgefährdeten und ergänzt damit die weiteren regionalen Initiativen, allen voran das Projekt „Teilhabe am Leben“, das in dieser Ausgabe der transfær vorgestellt wird und mit dem enge Kooperationsbeziehungen und Abstimmungsprozesse gepflegt werden.

Durch den Aufbau neuer, qualitativ hochwertiger Versorgungsstrukturen werden letztendlich auch neue Kompetenzen der Beschäftigten im Gesundheitswesen aktiviert und eine neue Form der Zusammenarbeit der unterschiedlichen Akteure etabliert. Eine moderne, vernetzte, interdisziplinäre Versor-

gungsstruktur stellt vielleicht auch ein attraktiveres Betätigungsfeld für jüngere Beschäftigte aus dem Pflege- und Gesundheitsbereich und für junge Ärztinnen und Ärzte dar. Dies ist insbesondere im Hinblick auf den mittlerweile dramatischen Fachkräftemangel im ländlichen Raum von erheblicher Bedeutung.

Das Projekt wird alle Ergebnisse für einen breiten Transferprozess zur Verfügung stellen, denn das Ziel ist es, die bereits gemachten guten Erfahrungen der professionsübergreifenden Zusammenarbeit zu kommunizieren und Initiativen an anderen Orten und zu anderen Themen zu inspirieren und zur Nachahmung anzuregen.

Die Autoren

Dr. Volker Schrage ist Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin und Experte für Gesundheitsförderung und Prävention. Gemeinsam mit seinem Kollegen Bernd Balloff, Facharzt für Innere Medizin mit Spezialisierung auf Kardiologie, betreibt er das Gesundheits- und Präventionszentrum Münsterland in Legden.

v.schrage@hausarzt-legden.de, b.balloff@hausarzt-legden.de



BEWEGUNGSORI- ENTIERTE ANSÄT- ZE

**Bewegungsorientierte Ansätze zur Einflussnahme auf das
Krankheitsbild Demenz**

Fanny Natzschka, Stefan Wittland, Horst Mehlhose



Wird die Diagnose Demenz gestellt, ist das für die Betroffenen und ihre Angehörigen oftmals ein Schock. Und obwohl Demenzerkrankungen bisher nicht heilbar sind, können sie doch behandelt werden. Nach der Diagnose muss so schnell wie möglich ein umfangreiches Therapieprogramm aufgestellt werden, um die Krankheit positiv zu beeinflussen. Immerhin kann durch gezielte Maßnahmen das Fortschreiten der Symptome verlangsamt werden. Somit wird ermöglicht, dass Betroffene so lange wie möglich in ihrem gewohnten häuslichen Umfeld leben und die Belastungen für pflegende Angehörige möglichst gering gehalten werden.

Nicht-medikamentöse Therapien stehen dabei immer mehr im Vordergrund. Sie können die geistigen und körperlichen Ressourcen aktivieren und die Lebensqualität erhöhen. Gerade die so genannten „activities of daily life“ (ADL), also die eigenständige Lebensführung, basieren auf körperlicher Leistungsfähigkeit. Dazu gehören das für gesunde Menschen so normale Gehen, Treppensteigen oder Aufstehen von einem Stuhl. Ist die Muskulatur zu schwach, fallen die körperlichen Aktivitäten immer schwerer und die eigenständige Lebensführung wird unmittelbar gefährdet. Grund für die immer schwächer werdende Muskulatur ist die mangelnde Bewegung älterer Menschen. Dadurch bilden sich die Muskulatur und die motorischen Fähigkeiten wie Kraft und Koordination zurück. Offensichtlich wird das durch ein unsicheres und schwankendes Gangbild, durch Fehlversuche beim Aufstehen oder – im schlimmsten Fall – durch Stürze (bei an Demenz erkrankten Menschen ist das Sturzrisiko um ein Dreifaches höher!). Auch alltägliche Angelegenheiten wie Haare kämmen, anziehen oder waschen können dadurch zum Problem werden.

Durch Kraft- und Koordinationstraining kann dem Abbau der Muskulatur entgegengewirkt werden. Durch gezielte Kräftigungsübungen für die Beine, den Rumpf und den Schultergürtel sowie Gleichgewichtsübungen als Sturzprophylaxe kann die allgemeine Fitness erhalten bzw. gesteigert werden. Somit haben ältere Menschen die nötige Sicherheit, sich auch ohne Hilfe fortzubewegen und ihren Alltag selbstständig zu führen.

Eine Vielzahl an wissenschaftlichen Studien belegt, dass gezieltes Kraft- und Gleichgewichtstraining positive Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf hat. Patienten mit leichter bis mittelschwerer Demenz reagieren auf körperliches Training mit verbesserter Motorik und einer besseren körperlichen Leistungsfähigkeit. Bei ausreichender Trainingsintensität ist sogar bei über 80-jährigen Personen eine Steigerung der Kraft um über 100% innerhalb von drei bis sechs Monaten möglich (Fiatarone, 1994). Darüber hinaus werden auch die kognitiven Leistungen und das psychische Befinden positiv beeinflusst.

Grundlage sollte also in jedem Fall ein umfangreiches individuelles Krafttraining sein, bei dem vor allem die Muskelgruppen trainiert werden, die im Alltag eine wesentliche Rolle spielen. Ob das Training an Geräten oder mit dem eigenen Körpergewicht erfolgt, hängt von der körperlichen Grundvoraussetzung des einzelnen Patienten ab. Ergänzt werden kann das Krafttraining durch ein abwechslungsreiches koordinatives Training mit instabilen Unterlagen, weichen Materialien und wackeligen Untergrün-

den. Dabei werden u.a. Reaktion, Gleichgewicht und Orientierungsfähigkeit trainiert. Das komplette Trainingsprogramm wird von einem Trainer oder einem Therapeuten angeleitet und betreut.

Durch spielerisches Lernen in Gruppen kann hingegen sehr gut die kognitive Aktivität gefördert werden. Durch den Einsatz von Musik, Kleingeräten oder Alltagsgegenständen werden mehrere Sinne gleichzeitig angesprochen. Auch Denkspiele oder das Einbeziehen von körperlicher Bewegung kann den Trainingserfolg erhöhen. Bei Letzterem kann die Bewegung auch im Sitzen stattfinden, sodass gehbehinderte Patienten die Möglichkeit haben, zumindest Rumpf und Arme zu trainieren, zumal man davon ausgehen muss, dass das Ausgangsniveau bezüglich der körperlichen Leistungsfähigkeit der Teilnehmer sehr unterschiedlich ist. Der Vorteil von Gruppentraining liegt nahe: Die Atmosphäre wirkt sich positiv auf die Teilnehmer aus und zieht auch den Schwächsten in der Gruppe mit.

Die Gesundheitszentrum Westmünsterland GmbH bietet mit den Abteilungen Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie und medizinische Trainingstherapie viele Möglichkeiten, um in enger Verstrickung miteinander für die ganzheitliche Versorgung von Patienten mit Demenz da zu sein. Dank langjähriger Erfahrung mit geriatrischen Patienten und in Zusammenarbeit mit Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten erstellen die Therapeuten des Gesundheitszentrums Westmünsterland interdisziplinäre Behandlungskonzepte.

Ein bereits bestehendes Angebot für die Zielgruppe bildet z.B. die Hockergymnastik. Dieser Kurs greift die Möglichkeit auf, in einer Gruppe zu trainieren, um die positive Dynamik für die Teilnehmer wie oben beschrieben zu nutzen. Selbstverständlich ist auch die medizinische Trainingstherapie eine Option, die Muskeln und das Herz-Kreislauf-System zu trainieren. Die Trainerinnen und Trainer bieten ausreichend Hilfestellungen an, um auch älteren Mitmenschen die Möglichkeit zu geben, an den Geräten zu trainieren. In diesem Falle kann ein sehr individuelles Training erfolgen, welches unter anderem die Themen Sturzprophylaxe oder ADL behandelt. Nicht zuletzt haben die Teilnehmer eines solchen Bewegungsangebotes die Möglichkeit, sich mit anderen Betroffenen auszutauschen und beim Spaß am Sport einfach mal von ihrem Alltag abzuschalten.

Im Projekt „Teilhabe am Leben – Integration von Menschen mit Demenz in das dörfliche Leben in Legden und Asbeck“ werden zukünftig in Zusammenarbeit mit den in das Projekt eingebundenen lokalen Akteuren weitere Bewegungsangebote für Demenzerkrankte und ihre Familien entstehen. Ideen wie Walkinggruppen, therapeutisches Reiten, Fußball für Betroffene und ihre Enkel oder Bewegungsangebote in gewohnter Umgebung sollen Anklang finden und umgesetzt werden.

So tragen auch die physiotherapeutischen Angebote dazu bei, Voraussetzungen zu schaffen, die ein möglichst selbstbestimmtes Leben von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen in Legden und Asbeck möglich machen.

Die Autorin, die Autoren

Horst Mehlhose ist Geschäftsführer der Gesundheitszentrum Westmünsterland GmbH. B.A. Sportwissenschaftlerin Fanny Natzschka ist dort Fachbereichsleiterin Medizinische Trainingstherapie. Stefan Wittland ist leitender Physiotherapeut der Gesundheitszentrum Westmünsterland GmbH am Standort Legden. www.gz-westmuensterland.de

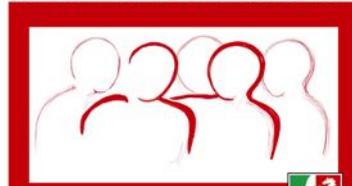


BAULICHE ANFORDERUNGEN

Bauliche Anforderungen an ein demenzfreundliches Wohnumfeld – Eine Checkliste

Ursula Kremer-Preiß

Landesinitiative Demenz-Service



Nordrhein-Westfalen



Informations- und Koordinierungsstelle

Die Möglichkeit, sich draußen im bekannten Umfeld aufzuhalten und zu bewegen, ist für Menschen mit Demenz im Hinblick auf ihre Lebensqualität und ihr Wohlbefinden von erheblicher Bedeutung. Das Erleben und die damit verbundenen Gefühle schwanken bei Menschen mit Demenz jedoch zwischen den Polen des Zugewinns an positiven Erfahrungen und Erfahrungen der Verunsicherung. Damit das Wohnumfeld für sie positiv nutzbar bleibt, muss es auf ihre besonderen Bedürfnislagen ausgerichtet sein. Die Bedürfnislagen bei der Nutzung des Wohnumfeldes sind bei Menschen mit Demenz zum einen durch altersbedingte Einschränkungen und zum anderen durch besondere Einschränkungen aufgrund ihres Krankheitsbildes geprägt.

Gestaltungsanforderungen aufgrund des Alters

Da viele Menschen mit Demenz älter sind, haben sie wie andere ältere Menschen Einschränkungen, die es ihnen erschweren, sich im Außenbereich selbstständig zu bewegen. Sie haben vielfach Einschränkungen in der Mobilität oder Sinnesbeeinträchtigungen. Das Wohnumfeld ist auf diese Beeinträchtigungen häufig nicht bedarfsgerecht ausgerichtet: Wege und Plätze sind nicht barrierefrei gestaltet, sie haben Stufen und Schwellen, Außengastronomie behindert die Nutzung der Wege, Wege sind zu steil, es fehlen Sitzgelegenheiten oder öffentliche Toiletten. Daneben sind die Angebote für den täglichen Bedarf vielfach nicht mehr fußläufig erreichbar und erschweren so eine selbstständige Haushaltsführung im Alter. Verbindungen des ÖPNV sind ungünstig und können die notwendige Mobilität oft nicht bedarfsgerecht sicherstellen. Andere alternative Mobilitätsangebote sind zu wenig ausgebaut (z.B. Bürgerbus, Rufbus) oder zu teuer (z.B. Taxi). Zusätzlich fehlen Begegnungsmöglichkeiten vor Ort, die vor allem für die wachsende Zahl alleinlebender älterer Menschen sehr wichtig sind.

Gestaltungsanforderungen aufgrund der Demenz-Erkrankung

Neben diesen allgemein altersbedingten Anforderungen an eine Wohnumfeldgestaltung ergeben sich für Menschen mit Demenz besondere Herausforderungen aufgrund ihres Krankheitsbildes: Sie haben Schwierigkeiten bei der Verarbeitung von (neuen) Informationen und sie haben Probleme, sich an Namen von Personen, Orten und Objekten oder Aufgaben zu erinnern, und können sich so immer schlechter im öffentlichen Raum orientieren. Unter Umständen erkennen sie nicht, wo sie sind oder sie erinnern sich nicht, wohin sie gehen wollen und warum. Orientiert sind sie eher in vertrauten Umgebungen, die regelmäßig aufgesucht werden. Lange eintönige Gebäudezeilen und Straßenzüge ohne klare Wegekennzeichnungen erschweren ihnen zudem die Orientierung. Kreuzungen sind für sie häufig nicht übersichtlich genug gestaltet, Weggabelungen nicht eindeutig genug markiert. Als Orientierungshilfen im Außenbereich nutzen Menschen mit Demenz vor allem vertraute Gebäude und Landmarken (z.B. Sehenswürdigkeiten, Kirchen, aber auch Telefonhäuser, markante Bäume oder Gärten). Bauliche Veränderungen im Wohnumfeld können daher für sie zu erheblichen Orientierungsproblemen führen.

Durch Reizüberflutungen im Außenbereich – Menschenansammlungen, Lichtreklame, Schilderwald – werden Orientierungsprobleme und Ängste verstärkt. Visuelle Hinweise dürfen deshalb nicht zu viel-

fältig sein und müssen ein einfaches und eindeutiges Design aufweisen. Sie sollten vor allem an vertraute Erfahrungen anknüpfen. Auch die Funktionen der öffentlichen Räume sind für Menschen mit Demenz häufig nicht mehr „lesbar“. Dadurch sind ihnen physische und soziale Gefahren im öffentlichen Raum wie Straßen- und Bahnübergänge oder Gewässer weniger bewusst, was zu einer erheblichen Gefährdung führen kann.

In allgemeinen Kultur-, Freizeit- oder Begegnungsveranstaltungen fühlen sich Menschen mit Demenz häufig überfordert. Die soziale Teilhabe im öffentlichen Raum erfolgt bei Menschen mit Demenz niederschwelliger, durch beobachtende Teilnahme oder spontane Einzelbegegnung mit Nachbarn und Bekannten aus dem Quartier. Jedoch sind die Kommunikationsplätze im öffentlichen Raum vielfach nicht ausreichend mit Sitzgelegenheiten ausgestattet oder zu unübersichtlich gestaltet.

Checkliste: Anforderungsprofile an ein demenzfreundliches Wohnumfeld

Berücksichtigt man diese Bedürfnisse, so lassen sich vier Anforderungsprofile für ein demenzfreundliches Wohnumfeld benennen.

1. Wohnumfeld nutzbar machen

Das Wohnumfeld muss so gestaltet sein, dass es auch bei physischen, sensorischen oder kognitiven Einschränkungen nutzbar ist, hier geht es z.B. um

- Barrierefreiheit auf Wegen und Plätzen (stufenlose Fußwege, breite Gehsteige, barrierefreie Zugänge öffentlicher Plätze etc.),
- Sicherung einer (fußläufig) erreichbaren Infrastruktur (Geschäfte, Kirchen, Arztpraxen etc.),
- Sicherung der Mobilität (ÖPNV-Anbindung, Sitzmöglichkeiten an barrierefreien Haltestellen etc.).

2. Wohnumfeld lesbar machen

Um das Wohnumfeld nutzen zu können, müssen sich Menschen mit Demenz hier orientieren und die Funktionen der öffentlichen Räume erfassen können. Dafür bedarf es z.B. der

- Einfachheit und Eindeutigkeit der Wege- und Platzgestaltung (unkompliziertes Straßennetz, abwechslungsreiche Bebauung, übersichtliche Fußwegeführung, Zugänge zu Gebäuden sichtbar gestalten etc.),
- Vertrautheit und Einfachheit bei Orientierungshilfen (Vermeidung von Reizüberflutung durch zu viele Schilder und Plakate, Erhaltung vertrauter Landmarken wie alte Bäume oder alte Gebäude, gut lesbare Straßenschilder, Standorthinweise etc.).

3. Wohnumfeld sicher machen

Aufgrund des besonderen Bewegungsdrangs und der mangelnden Fähigkeit, Gefahren einschätzen zu können, muss ein demenzfreundliches Wohnumfeld die Aspekte der Sicherheit besonders berücksichtigen. Dabei geht es z.B. um die

- Vermeidung von Gefahren bei der Straßennutzung (Verkehrsberuhigungen, eindeutige Abtrennung von Geh- und Radwegen, Sitzmöglichkeiten an Wegekrenzungen etc.),
- Vermeidung von Gefahren bei der Nutzung öffentlicher Räume (gute Straßenbeleuchtung, Vermeidung angstbesetzter Räume wie Unterführungen, Absicherung von Baustellen, Gewässern und Bahnlinien etc.).

4. Wohnumfeld sozial erlebbar machen

Für Menschen mit Demenz ergeben sich durch Gedächtnisstörungen oder besondere emotionale Befindlichkeiten sowie ihren eingegrenzten Aktionsradius zunehmend Probleme, am sozialen Leben teilzuhaben. Es gilt deshalb u.a.

- Begegnungsräume im Quartier zu schaffen (quartiersbezogene Gemeinschaftseinrichtungen, Stadtteilbüro),
- Möglichkeiten zum geselligen Austausch im Freien zu eröffnen (einladende Plätze und Grünanlagen, barrierefreie Sitzmöglichkeiten),
- Kontakte im Wohnumfeld zu ermöglichen (Nachbarschaftsvereine, Freizeitangebote, Straßenfeste etc.).

Wenn es gelingt, das Wohnumfeld barrierearm, sicher und sozial anregend zu gestalten und es lesbar zu machen, ergibt sich nicht nur für Menschen mit Demenz, sondern für alle Quartiersbewohnerinnen und -bewohner ein Gewinn.

Die Autorin

Ursula Kremer-Preiß ist Mitarbeiterin der Informations- und Koordinierungsstelle der Landesinitiative Demenz-Service NRW im Kuratorium Deutsche Altershilfe. Ihre Themenschwerpunkte sind u.a. neue Wohnformen im Alter sowie die Beratung bei Planung und Umsetzung altersgerechter Wohnformen und quartiersbezogener Wohnkonzepte.

Die Landesinitiative Demenz-Service NRW wird gefördert vom Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW und von den Landesverbänden der Pflegekassen.

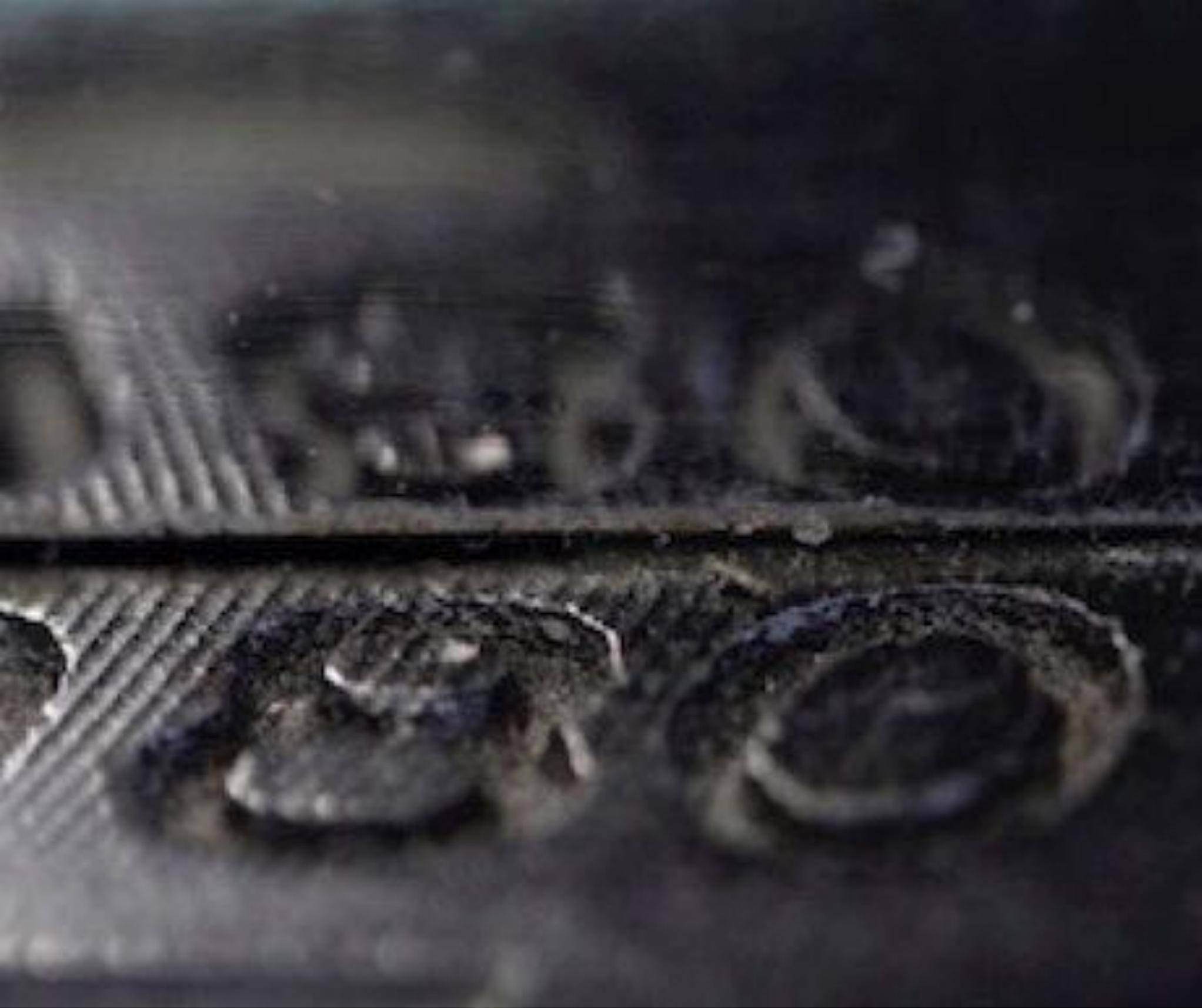
Checkliste: Download und weitere Informationen

Bei diesem Beitrag handelt es sich um Auszüge aus der Broschüre „Checkliste zur Gestaltung eines demenzfreundlichen Wohnumfeldes, Teil 1: Bauliche Anforderungen.“ Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe, 2014.

Die Checkliste wurde von der Arbeitsgruppe der Landesgruppe Demenz-Service Nordrhein-Westfalen und der Informations- und Koordinierungsstelle der Landesinitiative Demenz-Service Nordrhein-Westfalen im Kuratorium Deutsche Altershilfe entwickelt. Sie fußt auf der Ergebnisauswertung einer Literaturrecherche, Experteninputs (Stadtplaner), Erfahrungen der Arbeitsgruppenmitglieder sowie der mündlichen Befragung von Menschen mit Demenz und/oder ihren Angehörigen durch die Demenz-Servicezentren. Für die bedarfsgerechte „Quartiersbegleitung“ wird derzeit eine weitere Checkliste (Teil 2) erarbeitet.

Kostenloser Download der vollständigen Broschüre mit Checklisten und Literatur:

www.demenz-service-nrw.de



STÄDTE DES LANGEN LEBENS

Städte des langen Lebens

Marita Gerwin, Martin Polenz



Fachstelle
Zukunft Alter

Unsere Gesellschaft befindet sich in einem historisch einmaligen Prozess des Älterwerdens. Nie zuvor lebten so viele Menschen in fortgeschrittenem Alter in unseren Städten und Gemeinden. Die sogenannte „fernere Lebenserwartung“ gibt an, wie lang ein Mensch – statistisch gesehen – im Durchschnitt noch lebt, wenn er das 60. Lebensjahr vollendet hat. In Deutschland lag dieser Wert im Jahr 1910 bei etwa 13,5 Jahren (bei Frauen etwas höher, bei Männern etwas niedriger). Heute können sich 60-Jährige auf etwa 23 weitere Lebensjahre einstellen. Die Forschung weist bereits seit vielen Jahren darauf hin, dass es sich bei den „Älteren“ nicht um eine homogene Gruppe handelt, die einheitliche Entscheidungen trifft oder einen einheitlichen Lebensstil pflegt. Auch die körperlichen und geistigen Fähigkeiten unterscheiden sich bei Menschen eines Geburtsjahrgangs deutlich voneinander. Alter bedeutet Vielfalt. Vielfalt der Lebensentwürfe, der Kompetenzen, der Potenziale. Alter kann aber auch Einschränkungen, Erkrankungen und Verluste bedeuten.

Auf der lokalen Ebene werden die gesellschaftlichen Veränderungen konkret. Die eigene Nachbarschaft, das Quartier oder die Stadt sind die Orte, die als unmittelbare Lebensumgebung wahrgenommen werden. Hier entscheidet sich, wie die gewonnenen Jahre gelebt werden.

Gestaltungsaufgaben

Um unsere Städte zu „Städten des langen Lebens“ weiterzuentwickeln, müssen wir sie gestalten und dabei der ganzen Bandbreite des Alters gerecht werden. Hier sind einerseits infrastrukturelle Anpassungen (Absenken von Bordsteinen, barrierearmer Wohnraum, Verkehrs- und Mobilitätskonzepte etc.) gefragt. Andererseits benötigen wir soziale Innovationen, die den sich ändernden Anforderungen gerecht werden.

Für eine älter werdende Gesellschaft ist Demenz zunehmend eine Herausforderung. Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Alter und dem Auftreten von Demenz-Erkrankungen. Je älter wir werden, desto wahrscheinlicher ist es, dass wir oder eines unserer Familienmitglieder mit einer Demenz leben werden. Auf der Suche nach der Stadt des langen und guten Lebens heißt die Frage also: Wie sehen Bedingungen aus, die es Menschen mit Demenz ermöglichen, ihr Leben nach ihren Vorstellungen und Wünschen zu leben?

Lange Zeit wurde die Herausforderung exklusiv von Fachleuten, etwa aus den Bereichen Medizin oder Pflege, verhandelt. Und es ist auch zwingend erforderlich, dass hier neue Antworten auf die Frage gefunden werden, wie eine gute und verlässliche Versorgung von Menschen mit Demenz organisiert werden kann. Das Zusammenspiel der unterschiedlichen beteiligten Professionen, Kostenträger und Dienstleister muss ineinandergreifen und aufeinander abgestimmt sein. Hier stehen wir in vielen Bereichen leider erst am Anfang.

Die gesellschaftliche Dimension des Themas ist aber größer. Menschen mit Demenz können nicht auf die demenzspezifischen Symptome reduziert werden. Wer mit einer Demenz lebt, pflegt Gewohnheiten, verfolgt Ziele, hegt Wünsche und hat Interessen. In all diesen Dingen unterscheiden sich Men-

schen mit und ohne Demenz nicht voneinander. Menschen mit Demenz benötigen allerdings für eine möglichst selbstständige Gestaltung des eigenen Lebens ein stützendes, ein sorgendes Umfeld.

Wer immer leidenschaftlich Musik gespielt hat, wird dies auch mit einer Demenz weiterhin tun wollen. Wer jedes Jahr verkleidet als Jeck in der fünften Jahreszeit den persönlichen Höhepunkt des Jahres erlebt hat, den wird der Karneval auch mit einer Demenz nicht loslassen.

„Demenzfreundlichkeit“

Was wir also brauchen, ist eine Umgebung, die es Menschen mit Demenz ermöglicht, ihre eigenen Ideen und Ziele so eigenständig und so weitgehend wie möglich zu verwirklichen. Hierzu benötigen wir eine sehr gute medizinische und pflegerische Versorgung, ein gutes Beratungsangebot und eine enge Abstimmung zwischen allen beteiligten Akteuren – beruflich wie bürgerschaftlich organisiert. Darüber hinaus aber benötigen wir eine lokale Atmosphäre, die deutlich macht: Menschen mit Demenz gehören dazu.

Diese Atmosphäre setzt sich zusammen aus einer sensibilisierten Umgebung, aus Nachbarn und Freunden, die über Hintergrundwissen zu Demenz verfügen. Dazu zählen Bekannte, die ohne falsche Scheu über das Thema Demenz sprechen können. Eine förderliche Atmosphäre führt auch dazu, dass Familien professionelle wie bürgerschaftliche Unterstützung von außen in Anspruch nehmen können, ohne skeptische Blicke von Freunden, Angehörigen oder Nachbarn fürchten zu müssen. Verfügbare Hilfen werden schneller genutzt, Familien spürbar entlastet.

Die Arnsberger Lern-Werkstadt Demenz

In der Stadt Arnsberg arbeiten seit vielen Jahren zahlreiche Partner aus allen Bereichen der Gesellschaft an dieser Aufgabe. Kindergärten und Schulen integrieren Lerninhalte zum Thema „Demenz“ in ihren Alltag, Kooperationen zwischen Jugend- und Alteneinrichtungen entstehen, bürgerschaftlich Engagierte entwickeln neue Angebote für Menschen mit Demenz und ihre Familien. Durch Schulungen erwerben Bäckereien, Ordnungsamt, Banken oder Busfahrer Wissen und Sensibilität für den Umgang mit Menschen mit Demenz in Alltagssituationen.

Die unterschiedlichen Aktivitäten werden durch die „Fachstelle Zukunft Alter“ der Stadt Arnsberg koordiniert und zusammengeführt. Über die Jahre entstand so ein großes Netzwerk aus unterschiedlichen Partnern, deren zentraler Knotenpunkt diese kommunale Stelle ist.

Ziel dieser Bemühungen ist es, neue Allianzen zu bilden, Wissen und Einstellungen in der Bevölkerung zu beeinflussen, damit Menschen mit Demenz in ihrem Alltag auf ein verständnisvolles Umfeld vertrauen können, aber auch, damit betroffene Familien möglichst früh Hilfe und Beratung von außen in Anspruch nehmen und sich ohne falsche Scham helfen lassen.

Der Begriff „Lern-Werkstadt“ macht deutlich, dass Arnsberg sich als lernende, sich entwickelnde Stadt versteht, die Wege hin zu einer Stadt des langen und guten Lebens erkundet. Insofern ist die

„Lern-Werkstadt Demenz“ ein Beispiel für die Gestaltbarkeit des demografischen Wandels auf der lokalen Ebene.

Die wichtigsten Ergebnisse aus der Arnsberger Lern-Werkstadt Demenz sind in das gleichnamige Handbuch für Kommunen eingegangen: <http://www.projekt-demenz-arnsberg.de/handbuch>.

Die Autorin, der Autor

Marita Gerwin (Dipl.-Sozialpädagogin) und Martin Polenz (Dipl.-Geograf) leiten die Fachstelle Zukunft Alter der Stadt Arnsberg. Themenschwerpunkte der Fachstelle sind:

Förderung des aktiven Alterns, Ermöglichung des lebensbegleitenden Lernens, Unterstützung von bürgerschaftlichem Engagement im Alter, Gesundheitsförderung, Berücksichtigung der Bedürfnisse älterer Menschen in der städtischen Entwicklung, Förderung der Chancengleichheit, Anregung von Kooperationen zwischen verschiedenen Partnern und Förderung der Solidarität und Zusammenarbeit zwischen den Generationen.



3

VERSORGUNG DURCH PROFES- SIONSÜBERGREI- FENDE ZUSAM- MENARBEIT

Eine funktionierende Kommunikation zwischen unterschiedlichen Versorgern ist in der geriatrischen Versorgung ein wesentlicher Baustein für eine erfolgreiche Behandlung der Patienten. Klassische Überleitungskonzepte berücksichtigen bislang allerdings nur unzureichend kulturelle und biografische Besonderheiten der Patienten.

Dabei können weitergehende Informationen über den kulturellen Hintergrund, das soziale Umfeld sowie spezifische Informationen zur Biografie die Versorgung der geriatrischen Patienten im Krankenhaus enorm verbessern.

In diesem Kapitel wird ein aktueller, aber bereits erfolgreich erprobter Ansatz des „kultursensiblen, biografieorientierten Überleitungsmanagements“ vorgestellt und hinsichtlich der Chancen zur Verbesserung der Versorgung ältere Menschen diskutiert. Dabei kommen sowohl Praktiker aus der Alten- und Krankenpflege, Technikexperten und Pflegewissenschaftler wie auch Vertreter kommunaler Strukturen und Interessenverbände zu Wort.



EIN REIBUNGSLOS- SES ZUSAMMEN- WIRKEN DER KRÄFTE

„Es kommt ganz entscheidend auf ein reibungsloses Zusammenwirken der Kräfte an.“

Barbara Steffens, Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW

**Ministerium für Gesundheit,
Emanzipation, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen**



Teamarbeit ist in vielen Bereichen unseres Lebens ein Schlüssel zum Erfolg: in der Familie etwa, auf dem Sportplatz oder im Verein. Im Gesundheitswesen ist es nicht anders. Auch hier kommt es ganz entscheidend auf ein reibungsloses Zusammenwirken der Kräfte an. Ein Zusammenwirken, von dem die Versorgung insgesamt profitiert, ebenso wie die einzelnen Akteurinnen und Akteure. Damit dies gelingt, ist zuallererst eine grundsätzlich andere Sichtweise erforderlich. Wir müssen Gesundheit und Krankheit viel stärker ganzheitlich betrachten. Unser derzeit noch viel zu stark gegliedertes System von Gesundheitsleistungen, Pflege und Rehabilitation muss künftig an den individuellen Bedarfen der Patientinnen und Patienten ausgerichtet werden. Die besondere Herausforderung besteht in der dafür notwendigen interdisziplinären und professionsübergreifenden Zusammenarbeit aller Beteiligten. Die medizinischen und pflegerischen Versorgungssysteme sind in ihrer heutigen Ausprägung dazu kaum in der Lage, denn sie fördern viel zu oft Einzelinteressen statt Zusammenarbeit – was nicht selten zulasten des jeweils anderen Leistungssystems und damit zulasten der Patientinnen und Patienten geht.

Wir brauchen dringend eine wirklich patientinnen- und patientenorientierte Versorgung. Was heißt das konkret?

Im Hinblick auf die verschiedenen Bedarfe unserer älter werdenden Gesellschaft brauchen wir den Erfahrungsreichtum der unterschiedlichen Wissensgebiete. Aber jede Spezialisierung ist für die einzelne Patientin, den einzelnen Patienten nur sinnvoll, wenn sie zu einer tatsächlichen Verbesserung der eigenen Gesundheit beiträgt. Wir sind stolz auf unseren NRW-Spitzenplatz in der Gesundheitsforschung und der Hightech-Medizin. Doch wer mit einer schweren Erkrankung im Krankenhaus liegt, braucht auch verständliche Erklärungen über den nächsten Therapieschritt, Motivation, um eigene Selbstheilungskräfte zu aktivieren, konkrete Hilfe z.B. bei Anträgen oder einfach Trost. Dafür müssen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wissen, was im Einzelfall für die Patientin oder den Patienten hilfreich ist. Sie müssen biografische, kulturelle, individuelle Besonderheiten kennen, damit Therapie und Pflege nicht zusätzliche Belastungen zur eigentlichen Behandlung auslösen. Denn wirksam kann eine Behandlung nur sein, wenn die Patientin oder der Patient währenddessen Vertrauen haben kann.

Wir werden zukünftig nicht weniger, sondern mehr „sprechende Medizin“ benötigen. Denn wir werden nicht nur älter, es wird auch mehr Menschen mit altersbedingten Mehrfacherkrankungen und Pflegebedarf geben. Der Bedarf an Gesundheits- und Pflegeleistungen wird sich für verschiedene Krankheitsgruppen unterschiedlich entwickeln. Es wird deutliche Anstiege der Fallzahlen chronischer Krankheiten, wie z.B. Demenz, Diabetes, Herzinfarkt, Schlaganfall, Krebs oder COPD (Chronisch obstruktive Lungenerkrankung) geben. Mehrere Studien zeigen, dass in NRW die Zahl der Menschen mit Pflegebedürftigkeit und Unterstützungsbedarfen bis 2050 wahrscheinlich auf ca. 920.000 Personen ansteigen wird. Hierauf sind wir mit unserem heutigen Gesundheits- und Pflegesystem nicht ausreichend vorbereitet.

Gerade für die steigende Zahl der Menschen mit Demenz fehlt es an einer baulichen wie sozialen Infrastruktur, die es ihnen und ihren Angehörigen mit einem Netz an Unterstützungsangeboten ermöglicht, ihr Leben nach ihren Vorstellungen in ihrem gewohnten Lebensumfeld weiterzuführen. Auch unser Gesundheitswesen ist noch nicht eingestellt auf die größere Zahl von Menschen, die neben der akuten Diagnose einen pflegerischen oder behinderungsbedingten Mehraufwand haben. Die Zahl der an Demenz erkrankten Menschen wird sich in NRW in den nächsten Jahren voraussichtlich verdoppeln – von heute 300.000 auf 600.000 im Jahr 2050. Demenzielle Erkrankungen sind mit einer vielschichtigen Symptomatik verbunden. Sie müssen in die medizinisch-pflegerische Versorgung eingeplant, durchgeführt und evaluiert werden. Darüber hinaus gilt auch hier, die persönliche Lebenswelt der Menschen zu beachten, z.B. dadurch, dass der eigene Tagesrhythmus oder das eigene Essverhalten gelebt werden können, durch Bewegungsfreiheit, organisatorische Veränderungen, deutliche Orientierungshilfen und die Einbeziehung vertrauter Bezugspersonen.

Mit einem funktionierenden Überleitungsmanagement können wir die großen Aufgaben in der Beseitigung von Bruchstellen zwischen einzelnen Leistungs- oder Fachbereichen auf der praktischen Ebene sehr konkret angehen. Die notwendige sektorenübergreifende Versorgung gelingt mit Hilfe eines aussagefähigen Überleitungsbogens besser. Das konnten wir für NRW zeigen. Bei einer Aufnahme z.B. von Menschen mit Demenz ins Krankenhaus oder bei der Entlassung können Komplikationen und Versorgungsunterbrechungen vermieden werden, weil dem weiterbehandelnden Versorgungsteam mit dem Überleitungsbogen frühzeitig alle relevanten Informationen direkt zur Verfügung stehen und eine passgenaue Behandlung und Betreuung umgehend erfolgen können.

Vorausgegangen war diesem Projekt eine intensive Zusammenarbeit mit den Verantwortlichen des NRW-Gesundheitswesens. Beim Überleitungsmanagement sowie in der Verbesserung der medizinischen Versorgung in Alten- und Pflegeheimen haben wir erste Erfolge erzielt.

Die Akteurinnen und Akteure, die sich landesweit zusammengeschlossen haben, wollen vor allem regionale Pilot- und Modellprojekte (unter Einbeziehung der Krankenkassen) fördern. Ziel ist es, neue Versorgungsansätze auszuprobieren und – bei Erfolg – möglichst bald in die Regelversorgung zu überführen. Die Bündelung, Verzahnung und Koordination von Leistungen und Angeboten spielen dabei eine entscheidende Rolle. Mit mehr Kooperation, Transparenz und einer besseren Kommunikation zwischen allen am jeweiligen Behandlungsprozess Beteiligten lassen sich Strukturen und Abläufe professionalisieren – zugunsten einer besseren Ergebnisqualität der Behandlung und einer größeren Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten.

Nicht zuletzt fordert uns die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention auf, Inklusion auch im Gesundheitswesen zu realisieren. Für Menschen mit Behinderungen muss der Zugang zu einer fachlich fundierten, ihren individuellen Bedarfslagen und Bedürfnissen entsprechenden Gesundheitsversorgung möglich sein. Charakteristisch für ihre Versorgung ist häufig die Komplexität von Bedarfslagen: akute Gesundheitsprobleme und dauerhafte körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen beeinflussen sich wechselseitig. Hier müssen nicht nur spezifische fachliche Anforderungen

beachtet werden, sondern auch das Behandlungssetting muss variabel sein. Nicht zuletzt wird es hier in Zukunft viel mehr aufsuchende Behandlungsmöglichkeiten geben müssen, z.B. mobile Arzt-/ Zahnarztpraxen, und eine viel engere Kooperation der verschiedenen Gesundheitsprofessionen. Das gilt im Übrigen in besonderer Weise für die Sicherstellung der frühzeitig beginnenden Rehabilitation. Sie muss zukünftig auch in ambulanten Formen vorgehalten und in die Lebenswelt der Menschen vor Ort integriert werden.

Das klingt anspruchsvoll? Das ist anspruchsvoll! Diesen neuen Anforderungen können wir nur mit einer ausreichenden Zahl von bestens ausgebildetem Fachpersonal gerecht werden. Prognosen gehen heute davon aus, dass das Erwerbspersonenpotenzial in Nordrhein-Westfalen um ca. ein Viertel von derzeit rd. 8,7 Millionen auf 6,6 Millionen im Jahr 2050 sinkt. Das heißt: Immer weniger Menschen stehen für die Versorgung von immer mehr Patientinnen und Patienten bzw. Personen mit Pflegebedarf zur Verfügung. Wir werden es also auf allen Ebenen mit einer durchweg veränderten Bedarfsstruktur zu tun haben. Das bedeutet: Wir müssen beim beginnenden Wettbewerb um den fehlenden Nachwuchs ein interessantes Tätigkeitsfeld und attraktive Arbeitsbedingungen anbieten können. Und wir müssen den Menschen, die im Gesundheitsbereich arbeiten, mehr Zeit für ihre eigentlich wichtige Arbeit, die Versorgung der Patientinnen und Patienten, einräumen. Wir müssen Abläufe vereinfachen, Bürokratie abbauen, Möglichkeiten der Delegation (Stichwort: EVA) schaffen. Zu den verbesserten Rahmenbedingungen zähle ich neben dem finanziellen Aspekt vordringlich die Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie Aufstiegs- und Weiterbildungsmöglichkeiten.

Um die genannten Punkte zu verwirklichen, brauchen wir das Engagement und die Zusammenarbeit aller Akteurinnen und Akteure. Hemmende Sektorengrenzen kosten Geld, sie kosten Zeit und sie binden Personal, vor allem aber gefährden sie die Heilung der Patientinnen und Patienten. Wenn wir unsere qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung dauerhaft erhalten wollen, müssen wir neue Wege probieren.

Nordrhein-Westfalen zeigt, dass dies gemeinsam mit allen Beteiligten und in vielen kleinen Schritten möglich ist. Aber: Wir sind noch nicht am Ziel, wir sind am Anfang.



BIOGRAFIEORIENTIERTE ÜBERLEITUNG

**Das Projekt „Biografieorientierte, kultursensible Überleitung“
– Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Implementierung der Projektergebnisse im Pflegealltag**

Christiane Weiling

Biografieorientiertes, kultursensibles
Überleitungsmanagement 

Jeder Mensch hat Wünsche und Bedürfnisse, die aus seinen ganz individuellen Lebenserfahrungen, seiner Biografie und seinen kulturellen Wurzeln resultieren. In der Altenpflege und der Behindertenhilfe werden solche biografischen Daten erhoben und in der Pflegeplanung bzw. im Tagesablauf berücksichtigt. Wechselt ein Mensch seinen Aufenthaltsort, zum Beispiel aufgrund eines Unfalls oder einer Erkrankung, werden solche biografieorientierten Informationen im Regelfall nicht an den Weiterversorger übermittelt. Kann der Patient sich in dieser Situation nicht umfassend äußern, können seine biografischen Besonderheiten, seine Vorlieben und Abneigungen, dementsprechend nicht umfassend bei der Versorgung berücksichtigt werden.

Diese Problematik war der Ausgangspunkt für das Projekt „Biografieorientierte, kultursensible Überleitung“. Im Rahmen des Projektes wurden ergänzend zu den klassischen Überleitungsbögen biografieorientierte Zusatzbögen entwickelt, auf denen die wichtigsten biografischen Informationen handschriftlich oder mit Hilfe unterschiedlicher EDV-Systeme übersichtlich erfasst werden. Diese Bögen werden dann mittels gesicherter EDV-Systeme oder in Papierform zum Weiterversorger geleitet und können dort für die weitere Versorgung gezielt genutzt werden. Dabei hat die Einhaltung aller Datenschutzbestimmungen höchste Priorität.

Vor der Konzeption entsprechender Überleitungsinstrumente war es allerdings wichtig zu klären, warum bestimmte Informationen in der Praxis nicht weitergegeben bzw. vom Weiterversorger nicht berücksichtigt werden.

Deutlich wurden folgende Hemmnisse:

- Das Ausfüllen von Überleitungsbögen wird von Pflegekräften häufig als unnötiger administrativer Aufwand empfunden.
- Überleitungsbögen kommen vielfach nicht bei den verantwortlichen Pflegekräften des Weiterversorgers an.
- Die Überleitungsbögen enthalten teilweise unzureichende oder veraltete Informationen.
- Andere Überleitungsbögen und weitergehende Informationen (z.B. gerontopsychiatrische Anamnesebögen) sind so umfangreich, dass sie vom Weiterversorger nicht auf einen Blick erfasst werden können. Das führt unter Zeitdruck oft dazu, dass diese Informationen in der praktischen Arbeit nicht beachtet werden.

In einer Arbeitsgruppe, zu der alle interessierten Einrichtungen aus dem Kreis Unna eingeladen waren, wurden basierend auf diesen Analyseergebnissen über mehrere Monate hinweg konkrete Instrumente zur biografieorientierten Überleitung entwickelt. Aus dieser Arbeitsgruppe kristallisierten sich dann sechs Einrichtungen (ambulante, teilstationäre und stationäre Altenpflege, Behindertenarbeit und Krankenhaus) heraus, mit denen die neuen Instrumente modellhaft erprobt wurden.

In der Arbeitsgruppe ergaben sich fünf Anforderungen, die ein Konzept zur biografieorientierten Überleitung in jedem Fall erfüllen muss, damit es in der praktischen Arbeit akzeptiert wird:

1. Der Nutzen für alle Beteiligten muss deutlich formuliert und kommuniziert werden.

Das Ausfüllen eines biografieorientierten Überleitungsbogens bedeutet für die Pflegekräfte zunächst zusätzliche Arbeit. Sie werden das Instrument nur dann gewissenhaft ausfüllen, wenn das Ganze für sie mit einem konkreten Nutzen verbunden ist. Ein solcher Nutzen für die Pflegekräfte, die Krankenhäuser sowie die Pflegebedürftigen (u.a. patientenorientiertere Versorgung, Reduzierung von Konflikten, Steigerung der Versorgungsqualität) wurde mit den Partnern erarbeitet.

2. Es muss ein Verständnis für die Arbeitsweisen und Bedürfnissen der unterschiedlichen Akteure vorhanden sein.

Eine funktionierende Überleitung ist verbunden mit der Bereitschaft zur Zusammenarbeit. Diese ist innerhalb des Pflegesektors häufig nur rudimentär vorhanden. Es existieren viele Vorbehalte und Missverständnisse zwischen den unterschiedlichen Versorgern. Insbesondere zwischen der Altenhilfe und den Krankenhäusern wurden im Projektverlauf auf der Ebene der Nicht-Leitungskräfte immer wieder Differenzen deutlich. Um das Verständnis der Partner untereinander zu verbessern, wurden alle Instrumente in einer interdisziplinären, einrichtungsübergreifenden Arbeitsgruppe entwickelt. Dabei wurde Wert darauf gelegt, dass in dieser Arbeitsgruppe nicht nur Leitungskräfte, sondern auch Mitarbeiter „von der Basis“ vertreten waren.

3. Der zusätzliche Aufwand für die Einrichtungen sollte möglichst gering sein.

Der Anteil administrativer Aufgaben ist in den letzten Jahren immer weiter gestiegen. Diese Entwicklung wird von vielen Pflegekräften als Belastung empfunden. Darüber hinaus ist die Arbeit in der Pflege durch hohe Arbeitsverdichtung gekennzeichnet. Zusatzaufgaben bedeuten aufgrund fehlender Zeitfenster psychische Belastungen für die Beschäftigten. Aus diesem Grund wird in den Anleitungen zum Ausfüllen des biografieorientierten Bogens immer wieder betont, dass nur die wichtigsten Aspekte dargestellt werden sollen. Die Erfassung und Darstellung der Informationen erfolgt in übersichtlichen Formularen, strukturiert nach den üblichen Arbeitsabläufen in der Pflege (grundsätzliche Informationen zum Umgang mit dem Patienten, Informationen zu Ernährung, Bewegung und Lagerung etc.). Leitfragen sollen die Pflege- und Betreuungskräfte bei der Zusammenstellung der relevanten Informationen unterstützen.

4. Es muss eine Ankopplung an bestehende Instrumente und vorhandene Technik gewährleistet werden.

In der Pflege bestehen häufig Hemmschwellen und Unsicherheiten im Umgang mit neuen Technologien. Daher war es im Modellprojekt wichtig, die Technik einzig und allein als Hilfsmittel zur besseren Überleitung zu betrachten. Um den Pflege- und Betreuungskräften Sicherheit im Umgang mit der

Technik zu geben, wurden die EDV-basierten Instrumente auf die vorhandene Technik in den jeweiligen Einrichtungen abgestimmt. Das Beiratsmitglied Prof. Frank-Peter Oltmann von der Ev. Fachhochschule Rheinland-Westfalen-Lippe formuliert es so: „Der Vorteil des Projektes liegt darin, dass die Einrichtungen dort abgeholt werden, wo sie gerade stehen.“ Wer die Arbeit mit Word-Dokumenten gewohnt ist, kann die biografieorientierten Überleitungsdaten in ein Word-Formular eingeben; wer den Umgang mit Online-Masken bevorzugt, gibt seine Daten in ein webbasiertes System ein; wer die Daten lieber handschriftlich erfasst, kann ein Datenerfassungstablett mit Texterkennungsoftware nutzen.

5. Die Vermittlung der erforderlichen Kompetenzen bei allen Beteiligten soll möglichst arbeitsplatznah und praxisorientiert erfolgen.

Präsenzschulungen stellen Pflegeeinrichtungen häufig vor große Probleme. Es kommt zu Überstunden oder zusätzlicher Arbeitsbelastung bei den anderen Teammitgliedern. Im vorliegenden Projekt werden die Schulungsinhalte daher im Rahmen von Selbstlerneinheiten und kurzen Coachings arbeitsbegleitend und mit minimalem Zeitaufwand durchgeführt. Es geht bei den Lerneinheiten in erster Linie darum zu sensibilisieren, das eigene Verhalten zu reflektieren und bei Bedarf eine Verhaltensänderung herbeizuführen. Erfahrungen aus anderen Projekten zeigen, dass durch solche Lernimpulse bei den Lernenden oft eine große Wirkung erzielt wird, da das Gelernte direkt im Arbeitsalltag umgesetzt werden kann.

Gespräche mit Unternehmensleitungen sowie Pflege- und Betreuungskräften haben gezeigt, dass die Berücksichtigung dieser fünf Punkte die Bereitschaft zur Erprobung des biografieorientierten Überleitungskonzeptes wesentlich erhöht hat. Anfängliche Vorbehalte und Berührungsängste konnten auf allen Seiten abgebaut werden und es entstand die Bereitschaft, sich auf das neue Konzept einzulassen. Eine nachhaltige Verankerung wird dann gelingen, wenn sich in der praktischen Arbeit erste konkrete Erfolgserlebnisse einstellen.

Die Autorin

Christiane Weiling ist Bereichsleiterin Gesundheits- und Seniorenwirtschaft bei der gaus gmbh – medien bildung politikberatung und Gesamtkoordinatorin des Projektes „Biografieorientierte, kultursensible Überleitung“. weiling@gaus.de



INTERVIEW

Biografieorientierte Überleitung – der professionsübergreifende Dialog bringt Vorteile für alle Beteiligten

Kurt-Georg Ciesinger im Interview mit Martina Bosse, Anja Wordel und Rainer Thurn

Biografieorientiertes, kultursensibles
Überleitungsmanagement



Im Kreis Unna tauschen Akteure aus der Altenpflege, der Behindertenarbeit und den Krankenhäusern mit Hilfe biografieorientierter Überleitungsbögen Zusatzinformationen zu Vorlieben, Wünschen und Abneigungen der zu versorgenden Menschen aus.

transfær-Redakteur Kurt-Georg Ciesinger sprach mit Martina Bosse, der pädagogischen Leitung der Lebensarche Königsborn in Unna, Anja Wordel, der stellvertretenden Pflegedirektorin des Ev. Krankenhauses in Unna, und Rainer Thurn, dem Geschäftsführer des auf die Versorgung demenziell erkrankter Menschen spezialisierten ambulanten Pflegedienstes pflege zuhause unna GmbH, über diese weitgehende und nicht alltägliche Kommunikation im Rahmen eines vom Gesundheitsministeriums NRW und der EU geförderten Projektes.

Wie kam es denn überhaupt dazu, dass Sie sich am Projekt „Kultursensible, biografieorientierte Überleitung“ aktiv beteiligen?

Bosse: In viele Projekte im Pflegebereich werden wir als Behinderteneinrichtungen nicht eingebunden. Das Projekt zur biografieorientierten Überleitung richtete sich explizit an alle Gruppen von Menschen, die ihre Bedürfnisse in einer Pflegesituation nicht adäquat äußern können. Das trifft auf unsere Bewohner in allen Fällen zu. Deshalb haben wir in diesem Projekt eine Chance gesehen, durch einen überschaubaren Aufwand zu einer besseren Versorgung unserer Bewohner im Krankenhaus beizutragen.

Thurn: Wir sind ein Pflegedienst in Unna, der sich speziell um demenziell erkrankte Menschen kümmert. Gerade für diese Zielgruppe ist der Wechsel der gewohnten Umgebung immer mit massiver Verunsicherung verbunden. Da hilft es ungemein, wenn im Krankenhaus oder in der Kurzzeitpflege vertraute Rituale eingehalten werden oder gewohnte Gegenstände im Bett liegen bzw. auf dem Nachttisch stehen. Wenn wir durch die Weitergabe ergänzender Informationen dazu beitragen können, entspricht das unserem Anspruch nach einer qualitativ hochwertigen und patientenorientierten Versorgung.

Wordel: Wir stellen im Krankenhausalltag fest, dass immer mehr Menschen bei uns behandelt werden, bei denen es in der Versorgung zu Missverständnissen oder Konflikten kommt, weil uns entsprechende Hintergrundinformationen fehlen. Das bedeutet in der täglichen Arbeit einen zeitlichen Mehraufwand und führt zu Stress für die Pflegekräfte. Aber auch für die Patienten sind solche Situationen alles andere als angenehm. Wenn man da vorbeugen kann, ist das doch eine gute Sache.

Wenn Sie das so darstellen, klingt es nach einem einfachen und plausiblen Konzept, das bei allen Einrichtungen gut ankommen müsste.

Bosse: Die Grundidee finden die meisten Einrichtungen im Prinzip schon plausibel. Aber in der praktischen Umsetzung ist damit natürlich ein Mehraufwand für uns als Einrichtung verbunden. Jeder Mit-

arbeiter muss für alle Bewohner, für die er verantwortlich ist, die entsprechenden Rituale, Vorlieben und Abneigungen schriftlich festhalten. Das bedeutet für die Führungskräfte schon viel Überzeugungsarbeit gegenüber den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.

Thurn: Es ist ja auch eine Herausforderung zu entscheiden, welche Zusatzinformationen ich grundsätzlich erfasse und weitergebe. Wenn ich die ganze Sache ernst nehme, muss ich mir für jeden Kunden genau überlegen, welche Dinge wirklich wichtig sind und an den Weiterversorger übermittelt werden müssen. Es geht ja nicht darum, sich gegenseitig mit Informationen zu erschlagen, sondern sich auf das Wesentliche zu konzentrieren und das dann möglichst prägnant zu formulieren. Dafür brauchen die Mitarbeiter das entsprechende Schulungs- und Sensibilisierungsangebot und auch das kostet wieder Zeit. Aus unserer Sicht rechnet sich das Ganze aber, sonst wären wir nicht dabei... (lacht)

Wordel: Es kam im Projekt auch immer wieder das Argument, dass entsprechende Informationen ja auch im persönlichen Gespräch weitergegeben werden können. Das ist im Prinzip richtig, aber im Regelfall telefonieren wir als Krankenhaus erst mit der Pflegeeinrichtung oder dem Pflegedienst, wenn „das Kind schon in den Brunnen gefallen ist“. Man ruft ja nicht im Vorfeld bei jedem Pflegedienst an und fragt, ob es bestimmte Rituale gibt, die wir als Krankenhaus einhalten sollen. Normalerweise erfolgt ein solches Telefonat erst dann, wenn ein Patient eine ganze Weile partout nichts essen oder trinken will, wenn er auffallend unruhig oder aggressiv ist. Dann ist es aber eigentlich schon zu spät...

Was sind für Sie rückblickend die wichtigsten Voraussetzungen, dass das biografieorientierte Überleitungskonzept gelingen konnte?

Wordel: Die wichtigste Erkenntnis liegt aus meiner Sicht darin, dass wir uns darüber einig sind, dass wir nur gemeinsam eine gute Versorgung hinbekommen können. Es nützt ja nichts, darüber zu schimpfen, dass die Überleitungsbögen, die wir aus den Pflegeeinrichtungen bekommen, unvollständig oder veraltet sind. Wir müssen uns an einen Tisch setzen und gemeinsam überlegen, wie das ganze System funktionieren kann.

Thurn: Das stimmt. Auch wir als ambulanter Pflegedienst haben uns schon häufiger darüber geärgert, dass Informationen, die wir ans Krankenhaus gegeben haben, in der Versorgung einfach nicht beachtet wurden. Das passiert im Arbeitsalltag immer wieder und ist ja auch in gewisser Weise menschlich. Die Situation wird sich aber nur dann verbessern, wenn wir miteinander reden, uns besser kennenlernen und verstehen, warum es manchmal an der einen oder anderen Stelle hakt. Nur dann können wir alle aus Fehlern lernen...

Bosse: Deshalb war es auch so wichtig, dass in die Arbeitsgruppe zur Entwicklung des Bogens Vertreter aus den unterschiedlichen Einrichtungen eingebunden waren. Wir machen in der praktischen Arbeit immer wieder die Erfahrung, dass wir uns viel Zeit für die Übergabe eines Bewohners an die weiterversorgende Einrichtung nehmen, dass die Informationen in der Versorgung dann aber doch

nicht berücksichtigt werden. Deshalb ist es so wichtig, miteinander zu sprechen und sich gegenseitig besser kennenzulernen.

Thurn: Das ist richtig. In der Praxis ist es zwischen den Pflegekräften im Krankenhaus und den Kolleginnen und Kollegen in der Alten- und Krankenpflege oder Behindertenbetreuung oft mehr ein Gegen- als Miteinander. Das ist in vielen Fällen bestimmt dem Arbeitsdruck in allen Bereichen geschuldet, hilft uns aber bei einer patientenorientierten Versorgung überhaupt nicht weiter. Davon müssen wir gemeinsam wegkommen und da bietet das Projekt zur „Biografieorientierten Überleitung“ eine erste Chance.

Wie sieht der Prozess der „Biografieorientierten Überleitung“ denn konkret aus?

Thurn: Wir haben im Kreis Unna biografieorientierte Zusatzbögen entwickelt, die den klassischen Überleitungsbogen ergänzen. Das war uns ganz wichtig. Wir wollten den normalen Überleitungsbogen nicht ersetzen, sondern nur die Informationen hinzufügen, die aus unserer Sicht die Versorgungsqualität bestimmter Gruppen erhöhen können.

Wordel: Das betrifft alle möglichen Gruppen von Patienten. Bestimmte Rituale und Gewohnheiten, die uns wichtig sind, hat ja jeder von uns. So lange ich die äußern kann, ist auch alles in Ordnung. Wenn das aber nicht funktioniert, egal ob aufgrund einer Behinderung, einer demenziellen Erkrankung, sprachlicher Barrieren oder einer Situation, in der ich psychisch oder physisch extrem angeschlagen bin, kommt es dazu, dass ich mich unwohl fühle. Und das dann auch noch im Krankenhaus oder in einer Pflegeeinrichtung, wo ich mich sowieso tendenziell eher hilflos fühle. Da hilft es dann ungemein, wenn das Pflegepersonal bestimmte Dinge beachtet, die mein Wohlbefinden erhöhen und nicht noch zusätzlich zu Schamgefühlen oder unangenehmen Situationen führen.

Bosse: Genau solche Informationen werden auf den biografieorientierten Zusatzbögen schriftlich festgehalten und in übersichtlicher Form an den Weiterversorger übermittelt. Der Bogen gliedert die Informationen in fünf Kategorien: grundlegende Informationen zur Kommunikation, die für alle Pflegepersonen wichtig sind. Darüber hinaus Informationen zu Ernährung, zu Bewegung und Lagerung, zu Körperpflege und Ausscheidung, zur medikamentösen Versorgung, Wundbehandlung und medizinischen Versorgung sowie zum Umgang bei akuter Krankheitsphase. Diese Strukturierung macht die Menge der Informationen überschaubarer und erhöht die Chance, dass die Informationen auch gelesen und beachtet werden.

Thurn: Und darum geht es ja, dass die Informationen auch genutzt werden...

Wordel: Wir sind noch nicht so weit, dass wir behaupten können, alles läuft bestens, aber wir haben uns schon ein ganzes Stück aufeinander zubewegt. Wir reden miteinander und haben verstanden, wie wichtig es ist, Informationen auszutauschen und die vorhandenen Informationen in der Versorgung zu nutzen. Ich denke, wenn es die ersten Erfolge in der praktischen Erprobung gibt, wächst

auch die Bereitschaft anderer Einrichtungen, das umfassende Überleitungskonzept im Kreis Unna zu nutzen und die Vorteile dieser umfassenden Informationsweitergabe zu erkennen.

Bosse: Wobei wir betonen möchten, dass es natürlich trotzdem noch des persönlichen Gespräches miteinander bedarf. Der Überleitungsbogen unterstützt das Ganze nur und hilft, den einen oder anderen Konflikt zukünftig zu vermeiden.

Vielen Dank Ihnen allen für den Einblick in die laufende Projektarbeit.



SENSIBILISIERUNGS- STRATEGIEN FÜR PFLEGEKRÄFTE

**Sensibilisierungsstrategien für Pflege- und Betreuungskräfte
– Die ersten Ansätze aus dem Projekt**

Corinna Augustiniak

Biografieorientiertes, kultursensibles
Überleitungsmanagement



Die Überzeugung und das Engagement der Beschäftigten aller beteiligten Pflege- und Betreuungseinrichtungen hat eine zentrale Bedeutung für den Erfolg des Projektes. Durch eine Sensibilisierung für das Projektziel – also ein Überleitungsmanagement, das kultursensible und biografische Daten berücksichtigt – wird eine Akzeptanz für die Abläufe und die Etablierung der im Projekt neu konzipierten Überleitungsinstrumente geschaffen. Dies ist die Grundlage für eine erfolgreiche Erprobungsphase.

Dabei ist allen Projektakteuren bewusst, dass die Dokumentation von Daten bereits einen großen Teil innerhalb der Arbeitsabläufe von Pflege- und Betreuungskräften einnimmt und oftmals eine ungeliebte und sehr zeitaufwändige Aufgabe ist. Deswegen war es von Anfang an wichtig, den Nutzen für die zu versorgenden Menschen und die teilnehmenden Einrichtungen aufzuzeigen. Die Entwicklung und Durchführung entsprechender Schulungs- und Sensibilisierungsangebote für die Einrichtungen und deren Beschäftigte war daher die Schwerpunktaufgabe der ESTA-Bildungswerk gGmbH im Projekt „Biografieorientiertes, kultursensibles Überleitungsmanagement“.

Bereits in den ersten Gesprächen mit Multiplikatoren, Arbeitsgruppen-Teilnehmenden und möglichen Modelleinrichtungen wurden dazu zwei wichtige Punkte deutlich.

1. Es ist unabdingbar, sich dem Thema mit konkreten Beispielen aus der alltäglichen Berufspraxis zu nähern und jeden Beteiligten mit seinen Erfahrungen einzubeziehen.

Zunächst stellte sich heraus, dass viele Menschen Beispiele nennen können, in denen die Kenntnis über biografieorientierte und kultursensible Daten geholfen hätte, einen Konflikt während einer Pflege- oder Betreuungssituation zu vermeiden. Dies nutzen wir als Anknüpfungspunkt, um das Sensibilisierungsmodul „Bedeutung von biografieorientiertem, kultursensiblen Arbeiten in der Pflege und Betreuung“ zu entwickeln. Dieses Modul besteht aus kurzen Lerneinheiten zur Steigerung der Kultursensibilität, zur Erhebung und Nutzung biografieorientierter Daten und abschließend zu einem biografieorientierten, kultursensiblen Überleitungsmanagement. Dabei liegt der Schwerpunkt nicht auf der Vermittlung von möglichst viel Wissen, sondern in der Weitergabe von kurzen, inhaltlich relevanten Informationen, die als Denkanstöße dienen sollen. Anschließend folgen eine Reflexion der Teilnehmenden und eine interne Diskussion im Team.

Dazu zwei Beispiele: Für die Steigerung der Kultursensibilität sollen sich die teilnehmenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bewusst machen, dass sich eine kultursensible Pflege und Betreuung nicht ausschließlich auf die Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund bezieht. Außerdem sollen sie erkennen, dass die Berücksichtigung biografieorientierter Daten in der Pflege und Betreuung nicht nur für bestimmte Gruppen, wie zum Beispiel Menschen mit einer Demenzerkrankung oder Behinderung, wichtig ist. Vielmehr zeigen alle Menschen individuelle, kulturelle und biografische Unterschiede zu ihren Mitmenschen, die in Pflege- und Betreuungssituationen berücksichtigt werden sollten.

In den ersten Lerneinheiten wird also direkt nach Beispielen aus der eigenen Erfahrung der teilnehmenden Pflege- und Betreuungskräfte gefragt, um den Reflexionsprozess daran anzuknüpfen. In ei-

nem zweiten Schritt werden die Teilnehmenden gebeten, ihre Beispiele unter einem besonderen Gesichtspunkt erneut zu reflektieren und im Team zu diskutieren. Dieser Ablauf hat mehrere wichtige Ziele: Zunächst sollen die teilnehmenden Pflege- und Betreuungskräfte ihr eigenes Handeln in Bezug auf eine biografieorientierte, kultursensible Versorgung reflektieren und evtl. anpassen. Weiterhin sollen möglichst viele unterschiedliche Beispiele gesammelt werden, in denen die Bedeutung einer biografieorientierten, kultursensiblen Versorgung verdeutlicht wird. Diese dienen als Grundlage, um die mögliche Verbesserung der Pflege- und Betreuungssituation für den zu versorgenden Menschen herauszuarbeiten, die Steigerung der Qualität des eigenen Handelns in diesen Situationen aufzuzeigen und im letzten Schritt mehr Akzeptanz für die Notwendigkeit der Weitergabe relevanter biografischer und kultureller Informationen an andere Versorger zu schaffen.

Die ersten Erfolge zeigen sich bereits jetzt in der Auswertung der Beispiele in den Modellbetrieben, in denen das Sensibilisierungsmodul durchgeführt wird. Hier wurde von den teilnehmenden Pflege- und Betreuungskräften eine große Bandbreite an hervorragenden Beispielen dafür eingereicht, wie wichtig die Berücksichtigung biografischer und kultursensibler Daten bei der Versorgung von Menschen ist. Dabei hat sich auch immer wieder gezeigt, wie viel gute Biografiearbeit bereits von den Fachkräften geleistet wird und welche Strategien bereits genutzt werden, um auf kulturelle Unterschiede einzugehen.

Die Bewusstmachung der bereits geleisteten Biografiearbeit und deren immense Bedeutung für den zu versorgenden Menschen bei den Pflege- und Betreuungskräften verdeutlicht die Wichtigkeit der richtigen Überleitung dieser Informationen für das Wohlbefinden der zu versorgenden Menschen.

2. Die Kommunikation zwischen allen Beteiligten, die an den unterschiedlichen Stellen in die Pflege und Betreuung involviert sind, ist ein wichtiger Baustein zum Erfolg.

Der zweite Punkt, der uns von Beginn an in den Gesprächen mit Multiplikatoren, Arbeitsgruppen-Teilnehmenden und möglichen Modelleinrichtungen auffiel, ist der Wunsch nach mehr Kommunikation zwischen den einzelnen stationären, teilstationären und ambulanten Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe sowie den Krankenhäusern. Die Einsatzbereiche, Arbeitsschwerpunkte und Arbeitsaufträge der Fachkräfte in den verschiedenen Einrichtungen und Betrieben können sehr unterschiedlich sein.

Für die einzelnen Fachkräfte ist es oftmals schwierig, die internen Arbeitsabläufe der anderen Versorger zu verstehen, da ihnen der Einblick fehlt. Hier wurde mehrfach der Wunsch nach einem Austausch geäußert, um eine Verständnisgrundlage für die Arbeitsabläufe und Informationswege zu schaffen. Klare und verständliche Informationswege und ein funktionierender Datenaustausch sind für die Zielsetzung des Projekts und eine erfolgreiche Zusammenarbeit zugunsten der zu versorgenden Menschen ein wichtiges Kriterium. Zudem zeigt sich der Nutzen eines biografieorientierten, kultursensiblen Überleitungsmanagements deutlich, wenn für alle Beteiligten ersichtlich ist, wo und wie die biografischen Daten erhoben, weitergeleitet und genutzt werden. Aus diesem Grund soll im weite-

ren Projektverlauf der professionsübergreifende Austausch durch gemeinsame Veranstaltungen und Transferaktivitäten gefördert werden.

Werden diese beiden Punkte bei der Konzeption von Sensibilisierungsangeboten im Projekt berücksichtigt, ist ein wichtiger Schritt zur nachhaltigen Nutzung der geschulten Inhalte im Pflege- und Betreuungsalltag gemacht.

Die Autorin

Dipl.-Päd. Corinna Augustiniak ist pädagogische Mitarbeiterin der ESTA-Bildungswerk gGmbH. Im Projekt „Biografieorientiertes, kultursensibles Überleitungsmanagement im Kreis Unna“ entwickelt sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin die Schulungsprogramme und coacht die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Modellbetriebe im Umgang mit dem Überleitungsbogen und der individuellen Anwendung für die unterschiedlichen Betriebe und Einrichtungen. Die Sensibilisierung aller Beteiligten unter der Prämisse der bestmöglichen Versorgung des Menschen und des geringsten Aufwandes für die Pflegekräfte steht hierbei im Fokus ihrer Arbeit.



DATENSCHUTZ IN DER PFLEGE

Moderne Medien in der Pflege – Wo bleibt der Datenschutz?

Gerhard Weiling, Alexander Freynik

Biografieorientiertes, kultursensibles
Überleitungsmanagement



In den letzten Jahren halten neue Medien verstärkt Einzug in den Pflegealltag. Statt der herkömmlichen handschriftlichen Datenerfassung mit Papier und Bleistift kommen vermehrt mobile Datenerfassungsgeräte zum Einsatz. Nicht zuletzt auf Grund des allgemein vorhandenen Hypes um Smartphones und Tablets sind dies zurzeit die bevorzugten Endgeräte am Bett des Patienten.

Zeitersparnis, sofortige Verfügbarkeit und die problemlose gemeinsame Nutzung sind die unbestrittenen Argumente für diese Technologien. Hierbei wird jedoch oftmals vergessen, dass die erfassten Daten, die das BDSG (Bundesdatenschutzgesetz) als „besondere personenbezogene Daten“ einstuft, eines erhöhten Schutzes bedürfen. Dabei muss klargestellt werden, dass das BDSG nicht die Daten schützt, sondern die betroffenen Personen und deren Interessen.

Im Projekt „Biografieorientierte Überleitung“ musste genau diese Problematik aufgelöst werden. Zu den oben skizzierten, oftmals im Widerspruch zueinander stehenden Interessen kommt noch die Anforderung aus der Praxis, eine möglichst breite Palette an Ein- und Ausgabeschnittstellen anzubieten. Um eine möglichst hohe Akzeptanz für das neue Überleitungskonzept zu schaffen, sollen die Beschäftigten bezüglich technischer Kompetenzen dort abgeholt werden, wo sie stehen.

Datenschutz von digitalen Inhalten ist heutzutage eigentlich kein prinzipielles Problem mehr. Die zur Anwendung kommenden Verschlüsselungsalgorithmen sind ausreichend sicher und die notwendigen Schutzmechanismen allseits bekannt und etabliert. Zudem richten sich die wenigsten Angriffe gegen die Verschlüsselungsverfahren; hier ist der Aufwand immens und die Aussichten sind gering. Allerdings sind solche „sicheren“ Daten unkomfortabel in der Handhabung: der Anwender muss sich authentifizieren, die Daten entschlüsseln und weitere organisatorische Hürden überwinden, um die Daten zu nutzen. Das alles ist im Pflegealltag äußerst unpopulär, weil aufwändig und zeitraubend. Schließlich will die Pflegekraft mit Menschen arbeiten und nicht mit der neuesten Verschlüsselungs- und Authentifizierungstechnik kämpfen. Die bisher verwendeten Papierakten konnte man in einem Safe unterbringen und den Schlüssel einigermaßen sicher aufbewahren, um im Sinne des BDSG zu handeln. Dies war einfach zu handhaben und bedeutete wenig Arbeitsaufwand.

Die heutigen Techniken bieten jedoch viele Angriffspunkte, die in der Entwicklung und Nutzung einer entsprechenden Softwarelösung berücksichtigt werden müssen:

- Ausspähen von Passwörtern und Zugangsdaten,
- Abgriff eines Mobilgerätes durch zufälligen Fund oder gezielten Diebstahl,
- Mitlesen des Datenstroms bei der Datenübertragung zum Server,
- Einbruch in den zentralen Datenspeicher,
- Angriff gegen eine schlecht programmierte Software.

Dabei reicht es oftmals schon aus, eine Hürde zu überwinden, um dann nicht nur an eine Patientenakte zu gelangen, sondern sofort auf alle Patientendaten eines Unternehmens zugreifen zu können. Für Angreifer mit ausreichender krimineller Energie ein lukratives Aufwands-Ertrags-Szenario.

Aus den genannten Angriffspunkten ergibt sich eine Liste von Basisanforderungen, die an jede sichere IT-Lösung zu stellen sind:

- komplette Ende-zu-Ende Verschlüsselung beim Übertragen der Daten,
- verschlüsselte Speicherung der Daten auf Servern und den Endgeräten unter Einsatz anerkannter öffentlicher Verschlüsselungsverfahren,
- Verwendung von Zertifikaten und Prüfsummen für Anwendungen und Geräte,
- Authentifizierung von Benutzern über mehrere Kanäle und Verfahren (Besitz, Wissen, biometrisches Merkmal, Einmalpasswort-Systeme, Second-Channel Kommunikation),
- Verbot der Nutzung eigener Hard- und Software (BYOD = bring your own device), um Unterwanderung durch andere Softwareprodukte auszuschließen
- Beschränkung von Nutzerrechten auf den Geräten (so viel wie nötig – so wenig wie möglich),
- Analyse der eingesetzten Software auf Sicherheitslücken zur Minimierung von Schwachstellen,
- Hosting der Daten auf deutschen oder europäischen Servern, um den Anforderungen des BDSG zu entsprechen und die Angriffsfläche zu minimieren.

Wenn diese Anforderungen erfüllt werden, ist von einer sicheren Datenverarbeitung auszugehen, die vom Benutzer zu überspringenden Hürden sind dann jedoch oft so hoch, dass die Softwarelösung im Arbeitsalltag nicht verwendet wird. Die einmalige Eingabe einer vierstelligen PIN wird sicherlich akzeptiert, die Abfrage eines komplexen zwölfstelligen Kennworts bei jedem neuen Erfassungsvorgang ist der sichere Tod jeder Anwendung.

Ein Kompromiss zwischen der Datensicherheit und der Bedienerfreundlichkeit lässt oft eine Seite deutlich zu kurz kommen. Daher sind neue, intelligente Lösungen gefragt, die bei hohem Bedienkomfort die Datensicherheit nur geringfügig oder gar nicht reduzieren. Davon sollen zwei interessante Varianten vorgestellt und bewertet werden.

Einsatz von Smartphones mit Fingerabdrucksensoren: Dafür sprechen die komfortable Handhabung sowie die einfache Integration in die Software. Problematisch wird es bei Arbeiten, die mit verschmutzten oder durch Handschuhe geschützten Fingern durchgeführt werden. Dazu kommt, dass mit dieser Variante der Anwender ein eigenes biometrisches Merkmal einem Gerät, den dort installierten Anwendungen und den dahinter stehenden Unternehmen anvertrauen muss. Das führt die erreichte Sicherheitsstufe eigentlich ad absurdum.

Eine Alternative ist der Einsatz von NFC-Chips bei Pflegekraft und Patient. Diese Variante wird auch im Projekt zur biografieorientierten Überleitung genutzt, weil sie gegenüber der biometrischen Authentifizierung einige Vorteile bietet: Die Chips sind günstig (ca. zehn Cent), robust und in vielen Formen (Aufkleber, vergossener Plastikchip, ...) verfügbar. Die praktische Anwendung ist unkompliziert: Ein kurzes Berühren von NFC-Tag und Gerät reicht, um die Informationen zu verarbeiten. Auf dem NFC-Tag kann neben einer ID zur Identifizierung auch ein Schlüssel zur Autorisierung gespeichert werden. Bei Verlust oder Missbrauchsverdacht kann ein Chip vom System abgemeldet werden und ein neuer Rohling kann von einem berechtigten Benutzer oder im Vier-Augen-Prinzip mit einem neuen Schlüssel beschrieben werden.

Datenschutz und Datensicherheit sind nicht zum Nulltarif zu haben. Unternehmen, die die relativ hohen Investitionskosten nicht scheuen und vor der Speicherung ihrer Biometriedaten nicht zurückschrecken, können auf Geräte mit Fingerabdrucksensor zurückgreifen. Für alle anderen bieten mit NFC-Tags gesicherte Anwendungen ebenfalls optimalen Schutz. Mitarbeiter, die das immer noch für zu aufwändig erachten, kann man nach wie vor auch mit Papier und Bleistift ausstatten. Aber allen Beteiligten sollte man vor Augen halten, was ihnen anvertraut wird: sehr persönliche und intime Daten ihrer Patienten.

Die Autoren

Gerhard Weiling ist Geschäftsführer der solvecon gmbh. Er beschäftigt sich intensiv mit den Themen Datenbankentwicklung und Datenschutz. weiling@solvecon.de

Alexander Freynik ist Mitarbeiter der solvecon gmbh. Sein Arbeitsschwerpunkt ist die Entwicklung kundenorientierter Softwaresysteme. freynik@solvecon.de



NEUE MEDIEN IM SOZIALBEREICH

**Grundsätzliche Erwägungen zum Einsatz neuer Technologi-
en im Kontext sozialer Dienstleistungen**

Frank-Peter Oltmann



**EVANGELISCHE FACHHOCHSCHULE
RHEINLAND-WESTFALEN-LIPPE**

University of Applied Sciences

Informations- und Kommunikationstechnologien (IuK) begleiten mittlerweile fast alle Bereiche unseres Lebens, sei es privat oder beruflich. So haben beispielsweise Smartphones, Tablet-PCs oder Navigationsgeräte unser (Zusammen-)Leben in den letzten zwei Jahrzehnten gleichsam revolutioniert. Während wir uns im Bereich der Freizeitgestaltung diesen Technologien nach Wunsch zu- oder abwenden können, liegt es in beruflichen Zusammenhängen – vereinfacht formuliert – im Ermessen des Arbeitgebers bzw. den ihn treffenden Sachzwängen, wie und in welchem Maße wir mit entsprechenden Geräten oder Verfahren umgehen.

Unabhängig davon, in welchen Branchen oder beruflichen Kontexten IuK zum Einsatz kommen, gilt die Regel, dass sich komplexe Technologien „nicht neutral im Sinne eines reinen Werkzeuges, also etwa eines Schreibgerätes wie Bleistift oder Schreibmaschine“ verhalten (Kreidenweis 2012, S. 24). Schon während der Entwicklungs- und Implementierungsphase beeinflussen sie immer und in erheblichem Maß das soziale System, in dem sie eingesetzt werden. Somit erscheint es nicht trivial, sich bereits in der Frühphase eines Projektes oder einer Innovation mit den möglichen Folgen außerhalb des eigentlich bearbeiteten Problems oder Phänomens zu beschäftigen.

Dies gilt umso mehr, wenn es sich um ein Einsatzfeld im Kontext sozialer, also per se persönlicher, Dienstleistungen handelt. Beziehen wir dies nun konkret auf das Berufsfeld der Pflege, so bedarf es zunächst einer Definition der zentralen Begrifflichkeiten, von denen ein sowohl fachlich als auch sozial-ethisch gelingender Technikeinsatz abhängt.

Werfen wir also zuerst einen Blick auf das Selbstverständnis der Pflege als Profession. „Pflegearbeit“, so Böhle et al. (1997, S. 19) „ist hochgradig situations- und kontextgebundene Beziehungsarbeit, die ihre fachliche Begründung in der komplexen, z.B. auch sinnlich mehrschichtigen Wahrnehmung von Gesamtsituationen findet.“ Die Autoren betonen hier also besonders die Erbringungszusammenhänge als konstituierend, auf denen dann die fachlich-pflegerische Aktivität aufsetzt. Hülsken-Giesler (2008) umschreibt diese Implikation als „doppelte Handlungslogik“, welche sich aus allgemeingültigem Regelwissen und hermeneutischem Fallverstehen ableitet.

Versuchen wir nun, dieser hybriden Konstruktion pflegerischer Profession eine adäquate Definition von Technik gegenüber zu stellen, muss zunächst betont werden, dass ein Technikbegriff, der allein auf die Funktionstüchtigkeit eines Artefaktes abstellt, einer kritischen Reflexion nicht gerecht wird. Deshalb bemühe ich an dieser Stelle eine Definition von Grunwald (2002, S. 41), die sowohl die Dynamik als auch die kritische Selbstreflexion eines emanzipierten Technikverständnisses widerspiegelt. „In der Möglichkeit des ‚Immer-wieder‘ steckt der semantische Kern des Technikbegriffs. In der Verwendung des Technikbegriffs wird darauf reflektiert, inwiefern dieses ‚Immer-wieder‘ sich durchhalten lässt und inwiefern die nahe gelegte Regelmäßigkeit umgesetzt werden kann. Kurz gesagt: In der Rede über Technisches reflektieren wir die Möglichkeiten und Grenzen der Konstruktion von Situationsinvarianzen.“

Auf der Grundlage dieser beiden Definitionen ist es dann auch möglich, die Bedingungen für einen gelingenden Einsatz von IuK in der Pflege zu entwerfen, ist es uns doch grundsätzlich gelungen, den augenscheinlichen Antagonismus zwischen empathischer Zuwendung auf der einen und kalter Technik auf der anderen Ebene aufzulösen. Voraussetzung ist allerdings, dass Grundbedingungen dafür geschaffen werden müssen, damit beide Ebenen sich nicht dem Zugriff von verantwortlich handelnden Menschen entziehen bzw. verweigern können.

Um diese Grundlage sicherzustellen, bedarf es dann einer Profession, deren Bezugslinien aus a) der Frage der technischen Machbarkeit, b) des sozial-politisch Gewünschten und c) anwaltschaftlichen Funktionen für die vom Einsatz tangierten Personengruppen (Klienten und Professionelle) sich gleichberechtigt kreuzen und die diese regelmäßig in Bezug zueinander setzen. Gemeint ist die noch recht junge Profession der Pflegeinformatik, die sich nach meiner Einschätzung in weiten Teilen auf die Grundimplikationen der Sozialinformatik berufen kann. Diese Grundimplikationen beschreibt Wendt (2000, S. 20) wie folgt: „Die Sozialinformatik hat Informations- und Kommunikationssysteme in der Sozialwirtschaft und in der sozialen Arbeit zum Gegenstand. Sie befasst sich mit der systematischen Verarbeitung von Informationen im Sozialwesen in ihrer technischen Konzipierung, Ausführung und Evaluation, und sie geht damit verbunden den Bedingungen, Wirkungen und sozialen Begleiterscheinungen des Technologieeinsatzes nach. Kurz: Die Sozialinformatik nimmt fachliche Verantwortung für den Produktionsfaktor Information im System sozialer Dienstleistungen und ihrem Umfeld wahr.“

Lassen Sie mich nun die notwendigen Bedingungen für einen gelingenden Einsatz von IuK in der Pflege kurz skizzieren. Dies ist am anschaulichsten an der Linie tatsächlicher und potenzieller Kritikpunkte zu bewerkstelligen. Die wohl wichtigsten Bedenken und Widerstände kreisen immer wieder um folgende Themenstellungen. Zuvorderst befürchten Pflegende, der Einsatz von IuK könnte die Beziehungsarbeit zwischen Pflegenden und Patienten gefährden bzw. beeinträchtigen. Als ein Grund hierfür wird die Vernachlässigung der situations- und kontextabhängigen Variablen des einzelnen Falles als Folge von Standardisierungsprozessen gesehen. Gleichzeitig befürchten Pflegende, dass durch die Bedienung neuer Technik die ohnehin knapp bemessene Zeit mit den Patientinnen und Patienten weiter beschnitten werden könnte. Dies führe dann wiederum zu einer tendenziellen Vernachlässigung der körperlichen Aspekte pflegerischer Tätigkeiten. Das gesamte, hier sehr verkürzt dargestellte Kritikbündel findet seinen Kulminationspunkt in der Befürchtung einer potenziellen Deprofessionalisierung der Pflege zugunsten von standardisierten und technikzentrierten Entscheidungsstrukturen.

Auf Grundlage dieser, durchweg nachvollziehbaren und in vielen Einrichtungen und Diensten genau in der befürchteten Form beobachtbaren Gefahren, lassen sich folgende Handlungsempfehlungen ableiten.

1. Einsatz und Anwendung neuer Technologien müssen sich an den Besonderheiten der Zielgruppen und Professionellen orientieren und nicht umgekehrt. Also gilt es, beide Adressatengruppen von Beginn an in die Planung und Entwicklung einzubeziehen.

2. Die entwickelten Tools müssen leicht erlernbar und anwendbar sein und der Nutzenwert für jeden einzelnen Mitarbeiter muss deutlich sichtbar gemacht werden.
3. Bei aller Standardisierung (z.B. Möglichkeiten der institutions- und disziplinübergreifenden Übermittlung und Auswertung) müssen die situations- und kontextuellen Determinanten jedes Falles darstellbar und verwertbar sein.
4. Schon in der Pflegeausbildung müssen grundlegende Kompetenzen zur Technikakzeptanz (z.B. Transparenz hinsichtlich der Wirkungen) und zur Technikanwendung vermittelt werden.

Gelingt es, diese Handlungsempfehlungen umzusetzen, entsteht eine tragfähige Basis für die Einführung technischer Innovationen in der stationären und ambulanten Pflege bzw., wie bei dem Projekt „Biografieorientiertes, kultursensibles Überleitungsmanagement“, an deren Schnittstelle.

Literatur

Böhle, F., Brater, M. & Maurus, A. (1997). Pflegearbeit als situatives Handeln. Ein realistisches Konzept zur Sicherung von Qualität und Effizienz der Altenpflege. *Pflege*, 10, 18-22.

Grunwald, A. (2002). Das Technische und das Nicht-Technische. Eine grundlegende Unterscheidung und ihre kulturelle Bedeutung. In: G. Banse, B. Meier & H. Wolffgramm (Hrsg.), *Technikbilder und Technikkonzepte im Wandel – eine technikphilosophische und allgemeintechnische Analyse*, 37-48. Karlsruhe: Forschungszentrum Karlsruhe.

Hülsken-Giesler, M. (2008). Der Zugang zum Anderen. Zur theoretischen Rekonstruktion von Professionalisierungsstrategien pflegerischen Handelns im Spannungsfeld von Mimesis und Maschinenlogik. Osnabrück: V & R Unipress.

Kreidenweis, H. (2012). *Lehrbuch Sozialinformatik*. Stuttgart: UTB.

Wendt, W.R. (2000). *Sozialinformatik: Stand und Perspektiven*. Baden-Baden: Nomos.

Der Autor

Prof. Dr. Frank-Peter Oltmann vertritt die Lehrgebiete Sozialmanagement und Sozialverwaltung an der Evangelischen Fachhochschule Rheinland-Westfalen-Lippe in Bochum. oltmann@efh-bochum.de

SEKTORENÜBER- GREIFENDES ÜBER- LEITUNGSMANA- GEMENT

Sektorenübergreifendes Überleitungsmanagement – Warum sollten sich alle Beteiligten um eine Kommunikation auf Augenhöhe bemühen?

Christiane Weiling, Volker Schrage, Matthias Wittland



Gemeinsam für Verantwortung

Patienten bewegen sich im deutschen Gesundheits- und Pflegewesen in ganz unterschiedlichen Versorgungssystemen. Diese sind heute vielfach weitgehend voneinander abgekoppelt, ein umfassender Informationsfluss ist – wegen inkompatibler EDV-Systeme, aufgrund unterschiedlicher Denkweisen und Versorgungsaufträge und schlicht aufgrund mangelnder Kommunikation – im Regelfall nicht gegeben. Das führt in der Praxis zu teils massiven Qualitätseinbußen in der Versorgung.

Ein Beispiel aus der Praxis mag dies verdeutlichen:

Wegen einer akut aufgetretenen Beschwerdesymptomatik im Bauchbereich musste eine palliativ versorgte Bewohnerin eines Altenheims stationär eingewiesen werden. Für diese Einweisung nahm der behandelnde Hausarzt Kontakt zur Inneren Abteilung des Krankenhauses auf. Mit dem Oberarzt wurde die Situation genau besprochen und die mit den palliativen Maßnahmen verbundene Schmerzmedikation abgestimmt. Die Situation schien somit klar geregelt. Leider wurde die Patientin nicht wie geplant auf der inneren Abteilung, sondern auf der chirurgischen Abteilung aufgenommen. Hier lagen die entsprechenden hausärztlichen Informationen nicht vor. Daher wurde eine Behandlung der Patientin mit hochdosierten Schmerz- und Beruhigungsmitteln eingeleitet, die nach ihrer Rückkehr ins Altenheim zu Unruhe- und Angstzuständen führte und in einem mehrwöchigen Prozess langsam rückumgestellt werden musste. Eine Rücksprache mit dem chirurgisch zuständigen Kollegen konnte nicht erfolgen. Bei einem erneuten Telefonat mit dem internistischen Oberarzt wollte dieser hausintern Rücksprache zu halten. Ein Ergebnis dieser Rücksprache liegt bis zum heutigen Tag nicht vor.

Besonders ältere Patienten sind im Nachteil

Die wenigsten Probleme haben in unserem derzeitigen Gesundheitssystem die mündigen Patientinnen und Patienten, die selbst dafür sorgen, dass alle relevanten Informationen beim Weiterversorger ankommen, die nachfragen und umfassende Aufklärung einfordern. Die wachsende Zahl älterer, multimorbider Patientinnen und Patienten bekommt in einem solchen System allerdings erhebliche Probleme, wenn die am Versorgungsprozess beteiligten Experten nicht selbst aktiv für die Weitergabe von Informationen sorgen und intensiv miteinander sprechen.

Eine solche Selbstverpflichtung zur Informationsweitergabe sollte aus dem Selbstverständnis von Pflegekräften und Medizinern, aber auch anderer Professionen im Gesundheitswesen erwachsen. Dabei geht es nicht darum, einem Weiterversorger die Arbeit zu erleichtern, sondern vielmehr darum, dafür zu sorgen, dass ein Patient adäquat und seinen Bedürfnissen entsprechend versorgt werden kann. Das erfordert aber ein Zusammenspiel unterschiedlicher Professionen – und es gibt leider nur wenige Beispiele, wo das gut funktioniert.

Dies liegt vor allem daran, dass die unterschiedlichen Professionen relativ isoliert und unabhängig voneinander agieren. Ärzte, Pflegekräfte und Physiotherapeuten arbeiten in vielen Fällen nebeneinander her und nicht im Team. Es gibt keine klaren Regelungen zur Zusammenarbeit zwischen den Professionen. Jede Berufsgruppe hat eigene Vorgesetzte, keiner ist dem Anderen gegenüber weisungsbefugt. Erkannt ist dieses Manko schon lange. Gefordert werden dann aber meist von der Politik oder

den Verbänden veränderte Ausbildungsinhalte oder Neuerungen im Gesundheitssystem. Warum aber sollte man nicht in der täglichen Arbeit einfach einmal damit anfangen, kollegial zusammenzuarbeiten?

Erfolgreiche Initiativen professionsübergreifender Zusammenarbeit

Dass man auch selbst aktiv werden und Veränderungen anstoßen kann, zeigen Initiativen im Kreis Unna und im westlichen Münsterland. Hier wurden keine Forderungen in Richtung Politik und Krankenkassen formuliert, sondern die Beteiligten entwickelten konkrete Lösungen, wie eine patientenorientierte gemeinsame Versorgung innerhalb der bestehenden Rahmenbedingungen aussehen kann.

Im Kreis Unna haben sich bereits 2006 Vertreter des ambulanten und stationären Bereiches an einen Tisch gesetzt und überlegt, wie die Informationsweitergabe für pflegebedürftige Menschen verbessert werden kann. Entwickelt wurde ein kreisweit einheitlicher Überleitungsbogen, der nun von ambulanten Pflegediensten, stationären und teilstationären Altenhilfeeinrichtungen und Krankenhäusern genutzt wird. In einem laufenden Modellprojekt (siehe verschiedene Artikel in diesem Heft) wurde dieser Bogen dann um biografieorientierte Informationen ergänzt. Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Implementierung in der Praxis war, dass dieser Bogen gemeinsam mit Vertretern unterschiedlicher Professionen entwickelt wurde, dass unterschiedliche Sichtweisen offen und ehrlich diskutiert wurden und dass am Ende ein Instrument entstand, das die Kommunikation und Zusammenarbeit der unterschiedlichen Akteure unterstützt und fördert.

Im westlichen Münsterland haben sich niedergelassene Ärzte, Vertreter aus Krankenhäusern, Altenhilfe und ambulanter Krankenpflege sowie Physiotherapeuten zu einem Versorgungsnetzwerk zusammengeschlossen, das sich die bessere Versorgung demenziell Erkrankter sowie die Förderung von Demenzprävention und -früherkennung zum Ziel gemacht hat. Um den Informationsfluss zwischen allen Beteiligten – ob ambulant oder stationär, ob Mediziner, Pflegekraft oder Physiotherapeut – zu verbessern, wird mit der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe und dem Landesgesundheitsministerium NRW ein Modellversuch diskutiert, in dem der gemeinsame Zugriff auf den elektronische Arztbrief und eine intensive IT-Kommunikation entwickelt und erprobt werden sollen.

In der Diskussion wurde für alle Beteiligten darüber hinaus schnell deutlich, dass eine Kommunikation auf Augenhöhe die Grundvoraussetzung für eine zukunftsorientierte Patientenversorgung ist. Die Erkenntnis der Beteiligten: „Was uns alle eint, ist das Ziel, für den Patienten die bestmögliche Versorgung zu organisieren. Und das geht eindeutig besser, wenn man sich austauscht und eng zusammenarbeitet. So kann man dann auch Standesdünkel und Professionseitelkeiten überwinden.“

Das Münsterländer Memorandum

Dass die Beteiligten es mit ihrer Zusammenarbeit ernst meinen und diese auch leben, dokumentieren sie durch das so genannte Münsterländer Memorandum (siehe Folgeseite). Hier wurden verbindliche Regeln zur Zusammenarbeit und zum Miteinander der Professionen entwickelt. Die Initiatoren des Me-

memorandums verpflichten sich, diese Grundregeln der Zusammenarbeit in der eigenen täglichen Arbeit einzuhalten und in ihrem Arbeitsumfeld die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Kolleginnen und Kollegen sich entsprechend verhalten. Darüber hinaus ist es das Ziel der Initiative, die breite Umsetzung des Verhaltenskodex zur professionsübergreifenden Zusammenarbeit auch bei Kolleginnen und Kollegen in anderen Regionen zu forcieren.

Die Initiative in Unna und im Münsterland ist vorangegangen und tut das, was von der Gesellschaft schon lange gefordert wird: Die verschiedenen Professionen des Gesundheitssystems arbeiten auf Augenhöhe und zum Wohle des Patienten zusammen.

Wir, die Initiatoren des Münsterländer Memorandums, rufen alle Akteure des Gesundheitswesens auf, mitzumachen. Unterschreiben Sie das Münsterländer Memorandum, setzen sie die Ziele in Ihrem eigenen Wirkungskreis um und setzen Sie ein Zeichen für ein Gesundheitssystem der Zukunft!

Die Unterschrift ist möglich im Kreishaus Unna, dem Gesundheitszentrum Legden, bei der Caritas Ahaus und der gaus gmbh in Dortmund.

Die Autorin, die Autoren

Christiane Weiling ist Bereichsleiterin Gesundheits- und Seniorenwirtschaft bei der gaus gmbh und Gesamtkoordinatorin des Projektes „Biografieorientierte, kultursensible Überleitung“.

Dr. med. Volker Schrage ist Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin und Leiter des Projektes „Gesund älter werden“.

Matthias Wittland ist Geschäftsbereichsleiter beim Caritasverband für die Dekanate Ahaus-Vreden und verantwortet in dieser Funktion das Projekt „Teilhabe am Leben“.

„Professionsübergreifende Zusammenarbeit für ein besseres Gesundheitssystem“

Münsterländer Memorandum

„Nur mit einem Gesundheitssystem, bei dem der Mensch mit seinen Bedürfnissen im Mittelpunkt steht, werden wir in Zukunft eine gute Versorgung sicherstellen können. Wir benötigen eine verstärkte sektorübergreifende Zusammenarbeit und multiprofessionelle Teams aus Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit unterschiedlichen Qualifikationen.“

NRW-Gesundheitsministerin Barbara Steffens am 24. September 2013
in einer Rede an der Hochschule für Gesundheit in Bochum

Interdisziplinarität, Multiprofessionalität, sektorübergreifende Zusammenarbeit: Diese Themen stehen in vielen Branchen mit Recht ganz oben auf der Agenda. Das Gesundheitssystem zeigt hier allerdings Nachholbedarf.

Denn es gibt wohl kaum eine Branche, die ähnlich starre und ab- wie ausgrenzende Professionsstrukturen vorweist wie die Gesundheitsbranche. Berufe sind in einer strengen Hierarchie geordnet, teils auf rechtlicher Basis, teils durch faktische Machtausübung. Die gegenseitige Wertschätzung zwischen diesen Hierarchieebenen ist ebenso gering wie die zwischen Berufen „auf gleicher Ebene“. Und selbst die Anerkennung der jeweiligen Fachkompetenzen und des beruflichen Erfahrungsschatzes der anderen Disziplinen ist kein Merkmal der Berufskulturen.

All diese Vorbehalte und Grenzziehungen führen zu einer Abschottung der Disziplinen voneinander und einer gestörten Kommunikation untereinander. Manchmal scheint es, dass der Patient der einzige Akteur im Gesundheitswesen ist, der mit allen involvierten Professionen spricht – und oft genug ist er die Kommunikationsbrücke zwischen den

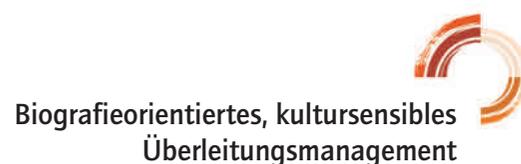
ärztlichen, therapeutischen und pflegenden „Dienstleistern“. Statt die Zusammenarbeit zwischen den Fachdisziplinen zu verbessern und zu intensivieren wird zunehmend den betroffenen Patientinnen und Patienten oder den Angehörigen die aktive Verantwortung für das effiziente Zusammenwirken aller Leistungserbringer aufgebürdet.

Dies ist eine für uns alle nicht mehr länger hinzunehmende Situation!

Die Unterzeichnerinnen und Unterzeichner dieses Memorandums fordern einen gemeinsam von allen Akteurinnen und Akteuren getragenen neuen Verhaltenskodex innerhalb des deutschen Gesundheitssystems, der die partnerschaftliche Zusammenarbeit aller Professionen unter Berücksichtigung der fachlichen Kompetenz auf Augenhöhe zum Wohl der Patientinnen und Patienten zum Ziel hat.

Diese Zusammenarbeit muss sich auf gegenseitigen Respekt und gegenseitige Wertschätzung aller Akteurinnen und Akteure des deutschen Gesundheitswesens gründen.

Eine Initiative der Projekte





Gemeinsam für Verantwortung

Verhaltenskodex zur professionsübergreifenden Zusammenarbeit

Präambel

Die unterschiedlichen Professionen im deutschen Gesundheitssystem haben je eigene, originäre und nicht substituierbare Aufgaben bei der Förderung und dem Erhalt der Gesundheit in Deutschland. Die gemeinsame Verpflichtung aller Berufsgruppen ist das Wohl der Patientinnen und Patienten.

Die Sicherung, Verbesserung und Wiederherstellung der Gesundheit aller Menschen in Deutschland erfordern daher die intensive Zusammenarbeit aller Dienstleisterinnen und Dienstleister über Professions- und Hierarchiegrenzen hinweg.

Grundregeln der professionsübergreifenden Zusammenarbeit

1. Die aktive Verantwortung für die bewusste, intensive und transparente Zusammenarbeit liegt bei den beteiligten Dienstleisterinnen und Dienstleistern selbst.
2. Die Akteurinnen und Akteure sind sich über ihre Rolle im Diagnose- und Behandlungsprozess bewusst und füllen diese zum Wohle der Patientinnen und Patienten aus.
3. Alle Beteiligten erkennen die Fachkompetenz anderer Berufsgruppen an und gehen wertschätzend miteinander um.
4. Die Kommunikation zwischen den Beteiligten erfolgt direkt und nicht-hierarchisch.
5. Die Beteiligten suchen aktiv die Abstimmung mit den jeweils anderen Professionen.

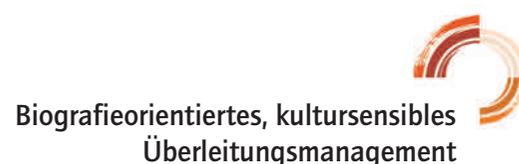
6. Entscheidungen werden unter Einbezug aller notwendigen Expertise der Beteiligten getroffen.
7. Multiprofessionelle Teams arbeiten auf Augenhöhe zusammen. Die Leitung ergibt sich aus sachlichen und rechtlichen Aspekten.
8. Informationen werden im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben direkt ausgetauscht und rückgekoppelt.
9. Kritik wird direkt konstruktiv geäußert und offen entgegengenommen.
10. Alle Beteiligten arbeiten kontinuierlich und gemeinsam an der Verbesserung der Zusammenarbeit und der Leistungsqualität.

Die Unterzeichnerinnen und Unterzeichner dieses Memorandums verpflichten sich, diese Grundregeln der Zusammenarbeit

- in der eigenen täglichen Arbeit einzuhalten,
- hierfür in ihrem Wirkungskreis die notwendigen Voraussetzungen zu schaffen und
- sich im Rahmen einer öffentlichen Diskussion für die breite Umsetzung des Verhaltenskodex zur professionsübergreifenden Zusammenarbeit einzusetzen.

Die Unterzeichner fordern zugleich von der Politik, nach Wegen und Möglichkeiten zu suchen, wie die professionsübergreifende Zusammenarbeit qualitativ ausgestaltet und systematisch unterstützt werden kann.

Eine Initiative der Projekte



IMPULSLERNEN – EIN MODELL FÜR DIE PFLEGE?

Verhaltensänderung durch Impulslernen – ein geeignetes Modell für die Pflege?

Bernd Benikowski, Pia Rauball

Biografieorientiertes, kultursensibles
Überleitungsmanagement



Die Berücksichtigung biografischer und kultursensibler Daten bedeutet für Pflege- und Betreuungskräfte eine Veränderung ihrer bisherigen Arbeitsweise. Die Datenerhebung, -weiterleitung und -nutzung wird ausgeweitet und bedarf der Anwendung neuer Strategien. Das will zunächst einmal gelernt werden.

Nun ist es das Dilemma, dass Lernen und Veränderung Zeit- und Arbeitseinsatz erfordern. In einer Branche, die durch hohe Arbeitsverdichtung gekennzeichnet ist, können Zusatzaufgaben schnell zur psychischen Belastung werden und damit eher schaden als nutzen. Deshalb ist es das A und O, die erforderlichen Kompetenzen der Beschäftigten so effektiv und effizient wie möglich zu vermitteln.

Diese Anforderung erfüllt das didaktische Design des Impulslernens, das Lern- und Arbeitszeit wirtschaftlich und wirkungsvoll miteinander verknüpft, indem die folgenden methodischen Bausteine sinnvoll zu einer didaktischen Prozesskette kombiniert werden:

1. Mikrolerneinheiten

Die Lernenden bekommen während des Arbeitsprozesses sogenannte Mikrolerneinheiten zur Verfügung gestellt, die den nötigen Input zur Bewältigung einer konkreten Aufgabe liefern. Sie werden bewusst kurz gehalten, sodass gezielt nur wenige wichtige Informationen vermittelt werden. Auf diese Weise kann ein größerer Anteil der Informationen gespeichert und verarbeitet werden und muss nicht durch Selektionsmechanismen reduziert werden. Die Bearbeitung dieser Mikroeinheiten dauert durchschnittlich eine halbe Stunde, sodass sie sich zeitlich gut in den Arbeitsprozess integrieren lassen. Die Arbeit kann unterbrochen werden, um sich für ca. 15 bis 30 Minuten einem Lernthema zu widmen, und anschließend wieder fortgesetzt werden.

Es gibt zwei Formen von Mikrolerneinheiten: Lernbriefe und Lernfilme (inklusive Instruktionstext). Für die Filmwiedergabe wird den Lernenden ein Tablet-PC zur Verfügung gestellt, sodass die Teilnehmenden sich mit den mobilen Geräten jederzeit zurückziehen und tatsächlich zu jeder Zeit und an jedem Ort lernen können. Um die Lernarbeit motivierend und wertschätzend zu gestalten, wird auf eine attraktive Gestaltung Wert gelegt. Die Lernmaterialien werden anschaulich und professionell produziert und es wird möglichst hochwertige Technik verwendet.

2. Transferaufgaben

Der zweite methodische Baustein umfasst Impulse für den Transfer in den Arbeitsalltag. Denn das primäre Ziel dieser Lernarchitektur ist nicht, möglichst viel theoretisches Wissen zu vermitteln, sondern die Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu ermutigen, dieses Wissen praktisch anzuwenden! Lernen entfaltet dann seine größte Wirkung, wenn es handlungsorientiert ist und die Lernenden anregt, eine komplexe Aufgabe zu bewältigen. Die Teilnehmenden werden deshalb durch klare Handlungsschritte angeleitet, die Inhalte der Mikrolerneinheit in einer realen beruflichen Situation umzusetzen. Durch den geringen Informationsverlust innerhalb der kurzen Zeit zwischen Input und Handlung wird die Be-

wältigung einer konkreten Aufgabe erleichtert. Das führt zu direkten Erfolgserlebnissen und macht den Nutzen der Lernarbeit erfahrbar, wie das folgende Beispiel veranschaulicht.

Beispielhafte Lernsituation:

Die Teilnehmer haben eine Mikro-Lerneinheit zum Thema „proaktives Verhalten“ am Arbeitsplatz in Form eines Lernbriefes durchgearbeitet. In den folgenden Tagen sollten die Teilnehmer sich dafür sensibilisieren, welche Aufgaben es möglicherweise in ihrem Unternehmen zu erledigen gäbe, ohne eine explizite Aufforderung zu erhalten. Eine Pflegekraft beschrieb ihre Umsetzung folgendermaßen: „Seit längerer Zeit störte mich die Unordnung in unserem Medikamentenschrank. Als ich an einem Morgen etwas Zeit hatte, räumte ich ihn kurzerhand auf. Meine Arbeitskollegen waren ganz überrascht und haben sich gefreut, dass sie nun viel schneller fündig wurden.“

3. Selbstreflexionsaufgaben

Im dritten methodischen Baustein geht es darum, die Umsetzung des Lerninhaltes anhand von gezielten Fragen zu reflektieren. Die Selbstreflexionsfragen werden von den Teilnehmenden schriftlich beantwortet, was die kognitive Vertiefung und Einordnung der gemachten Erfahrungen fördert. Ziel ist es, das abstrakte theoretische Wissen (Mikro-Lerneinheit) über die Handlung langfristig in neue abrufbare Verhaltensmuster zu überführen.

Beispielhafte Lernsituation:

Die Teilnehmer haben eine Mikro-Lerneinheit zum Thema „Umgang mit Stress“ in Form eines Lernbriefes durchgearbeitet. In den folgenden Tagen sollten die Teilnehmer bewusst versuchen, belastende berufliche Situationen anders zu gestalten. Nach der Umsetzung schickte eine Pflegekraft folgende Selbstreflexion an den Coach: „In einer schwierigen Situation mit dem aufgebracht Mann einer Patientin habe ich auf meine Körperhaltung und meinen Gesichtsausdruck geachtet. Ich habe den Angehörigen mit einem Lächeln angesehen, eine gerade Körperhaltung eingenommen und leise bis drei gezählt. Ich habe sofort gemerkt, dass der Mann seine Angriffe etwas zurückgefahren hat. Dadurch ist bei mir der Stresspegel auch sofort runtergefahren. Das fand ich total klasse.“

4. Feedback

Der vierte methodische Baustein umfasst das Trainerfeedback. Die Teilnehmenden erhalten auf ihren Selbstreflexionsbogen eine persönliche, ebenfalls schriftliche Rückmeldung von einem Coach, der einzelne Aspekte zurückspiegelt oder Anmerkungen gibt. Das Feedback des Coaches ergänzt den Lernprozess um eine notwendige externe Perspektive und unterstützt die Teilnehmenden dabei, den Lerneffekt zu erkennen sowie den möglichen Nutzen für die praktische Arbeit richtig zu bewerten.

Beispielhafte Lernsituation:

Thema der Mikro-Lerneinheit war die typische Belastung von Pflegekräften, auf mehrere Anfragen von Patienten und Angehörigen gleichzeitig reagieren zu müssen. Aufgabe war es, die wartenden Patienten/Angehörigen anzusprechen und verbindlich zu signalisieren, wann man sich um das Anliegen kümmern wird. Von ihrem Coach erhielt die Teilnehmerin auf ihre Selbstreflexion das Feedback, noch stärker auf Blickkontakt zu achten und die Reaktion (Verständnis) des Patienten abzuwarten.

Sozialer Rahmen

Da isoliertes selbstgesteuertes Lernen nur den wenigsten Beschäftigten gut gelingt, werden die Selbstlernphasen, bestehend aus den vier beschriebenen Bausteinen, in einen sozialen Rahmen eingebunden. Das Lernprogramm beginnt mit einer Auftaktveranstaltung, in der die Teilnehmenden eine ausführliche Einführung bekommen, die Materialien erhalten und vor allem ihren Coach und die anderen Teilnehmenden kennenlernen. Außerdem finden regelmäßig 60- bis 90-minütige Vor-Ort-Coachings in Kleingruppen statt, in denen Übungen oder vertiefende Lerninhalte angeboten werden und in denen die Lernenden Gelegenheit zum Austausch bekommen.

Mithilfe dieser didaktischen Prozesskette gelingt es, die Arbeitstätigkeit kontinuierlich durch praxisnahe und zielgerichtete Lernimpulse zu durchdringen. So wird mit geringen Abwesenheitszeiten ein deutlicher Kompetenzzuwachs erzielt.

Aus diesem Grund wurde die Lernarchitektur des „Impulslernens“ im Rahmen des Projektes „Biografieorientierte, kultursensible Überleitung“ eingesetzt, um die Pflege- und Betreuungskräfte bei der Reflexion des eigenen Handelns zu unterstützen und eine nachhaltige Verhaltensänderung herbeizuführen.

Die Autorin, der Autor

Dr. Bernd Benikowski ist Bildungswissenschaftler und Geschäftsführer, Pia Rauball, M.A., wissenschaftliche Mitarbeiterin der gaus gmbh – medien bildung politikberatung, Dortmund. Die gaus gmbh entwickelt und implementiert seit Jahren im Rahmen verschiedener Aufträge und Projekte u.a. für das Bundesarbeitsministerium (QUASIE, upgrade, Bildungsseismograph) innovative und arbeitsplatznahe Lernarchitekturen in unterschiedlichen Branchen und konzipiert passgenaue Programme für Unternehmen und Organisationen.



PFLEGEQUALITÄT DURCH BIOGRA- FIEORIENTIERTE ÜBERLEITUNG

Biografieorientierte Überleitung – Eine Chance zur Steigerung der Pflegequalität

Christiane Weiling, Benjamin Freitag

Biografieorientiertes, kultursensibles
Überleitungsmanagement



Jeder Mensch hat Wünsche und Bedürfnisse, die aus seinen ganz individuellen Lebenserfahrungen bzw. seiner Biografie resultieren. Diese Prägung des Individuums erfolgt durch Faktoren wie unser Elternhaus, unsere Freunde, die Gesellschaft, in der wir uns bewegen, unseren Beruf, die Region, in der wir aufwachsen und leben, aber auch durch religiöse Erfahrungen oder einschneidende Ereignisse im Leben.

Das bedeutet, dass es eine Vielzahl von Einflussfaktoren gibt, die uns zu dem machen, was wir sind, und die bestimmte Rituale, Bedürfnisse, Vorlieben und Abneigungen hervorrufen. In der Altenpflege wie in der Behindertenbetreuung werden solche die persönliche Biografie betreffenden Daten gesammelt und in der Pflegeplanung sowie im Tagesablauf berücksichtigt. Im Krankenhaus fehlen entsprechend strukturierte Informationen zu Vorlieben, Gewohnheiten, Ängsten etc. der Patientinnen und Patienten. Wenn diese sich nicht entsprechend äußern können, werden biografische Besonderheiten nicht berücksichtigt. Aber auch wenn neue Pflegekräfte zu einem Pflegebedürftigen kommen, gibt es aus Unwissenheit immer wieder Missverständnisse, die sich vermeiden ließen, wenn bestimmte Informationen vorliegen würden. Eine Folge daraus ist, dass der pflegebedürftige Mensch sich unwohl fühlt. Es kommt zu Konflikten und der Genesungs- bzw. Versorgungsprozess verläuft nicht optimal.

Teilweise beklagen Altenpflege und Behindertenhilfe bei der Rückkehr eines Patienten eine „unzureichende“ Versorgung im Krankenhaus, die in vielen Fällen aus Unwissenheit oder unzureichenden Informationen resultiert. Einen Lösungsansatz zur Vermeidung eines solchen Informationsdefizits bietet das in unserem Projekt entwickelte biografieorientierte Überleitungskonzept.

Eine biografieorientierte Versorgung versucht, die individuellen Wünsche, Gewohnheiten und Bedürfnisse eines Menschen zu berücksichtigen, soweit dies innerhalb der vorgegebenen Abläufe einer Einrichtung möglich ist. Dabei ist es nicht wichtig, worin die Ursachen für bestimmte Vorlieben oder Abneigungen liegen (das lässt sich oft auch nicht eindeutig zuordnen), sondern dass diese Vorlieben und Abneigungen in die Versorgung des Menschen einbezogen werden. Ziel ist es, relevante Informationen, die im gewohnten Umfeld eines Menschen im Laufe der Zeit gesammelt worden sind und die bei der täglichen Versorgung berücksichtigt werden sollten, möglichst strukturiert und in übersichtlicher Form an einen Weiterversorger zu übermitteln. Dieser sollte aufgrund der vorliegenden Informationen anschließend in der Lage sein, einen Pflegebedürftigen bedarfsgerechter und damit auch konfliktfreier zu versorgen.

Ähnliche Zielsetzungen finden sich auch in der aktuellen Diskussion um eine Erweiterung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Erfasst werden soll zukünftig nicht mehr der für die Versorgung erforderliche Zeitaufwand, sondern der Grad der Selbstständigkeit eines Menschen bei Aktivitäten in pflegerelevanten Lebensbereichen wie beispielsweise „kognitive und kommunikative Fähigkeiten“, der „Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen“ oder die „Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte“ (BMG 2013, S. 21). Dadurch kann der besondere Hilfe- und Betreuungsbedarf von Menschen mit kognitiven oder psychischen Einschränkungen besser berücksichtigt werden. Nach dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff hat der Mensch Recht auf eine qualifizierte, an seinem

persönlichen Bedarf ausgerichtete, fördernde und menschenwürdige Versorgung (a.a.O., S. 11). Eine solche pflegerische Unterstützung und Versorgung soll bis zum Lebensende ermöglicht werden.

Ein Beispiel möge verdeutlichen, wie hier das Projekt „Biografieorientiertes, kultursensibles Überleitungsmanagement“ einen wichtigen Beitrag leisten kann:

Frau M. hat in ihrem Leben alle Speisen immer mit viel Zucker versetzt. Als Frau M. in eine stationäre Pflegeeinrichtung kam, wurde dies durch die Biografiearbeit ermittelt und bei der täglichen Nahrungsaufnahme berücksichtigt. Nach einer Einweisung ins Krankenhaus kam es bei Frau M. zu Problemen bei der Nahrungsaufnahme. Frau M. aß nichts mehr und es wurde überlegt, auf eine Ernährung mittels einer Magensonde umzustellen. Eine Pflegekraft informierte sich bei der stationären Pflegeeinrichtung von Frau M. über ihr Essverhalten. Dabei wurde der Hang zum starken Süßen aller Speisen aufgedeckt. Nachdem Frau M. im Krankenhaus alle Mahlzeiten mit viel Zucker gereicht wurden, normalisierte sich ihr Essverhalten und es waren keine weiteren Maßnahmen erforderlich.

Hätte die Pflege im Krankenhaus von dieser Besonderheit im Essverhalten gewusst, wären viele Diskussionen um die Nahrungsaufnahme und damit verbundene Stresssituationen für Patientin und Pflegepersonal vermeidbar gewesen.

Ein Überleitungsbogen mit bedürfnisorientierten strukturierten Informationen kann solche Fälle nicht zu 100% verhindern. Er kann diese Probleme aber verringern und durch die Reduzierung von Konflikt- und Stresssituationen mehr Zeit für eine patientenorientierte Arbeit schaffen.

Fehlende Zeit ist einer der Hauptgründe für die Unzufriedenheit von Pflegepersonal. Studien über Jobverhalten, Motivation, Arbeitszufriedenheit (Bauxel 2011) und den Pflegealltag (DBfK 2009) zeigen, dass die Kerneigenschaft des Berufes für viele Befragte „der Kontakt zu den Patienten“ ist. Der Wunsch der Pflege nach einer patientenorientierten Versorgung wird aber zunehmend durch knappe Zeitvorgaben in der Arbeit erschwert. Aus diesem Grund sind viele Pflegekräfte Instrumenten gegenüber aufgeschlossen, die unnötige und zeitraubende Konflikte vermeiden helfen.

Ein weiteres Beispiel zeigt, wie biografieorientierte Informationen im Überleitungsbogen die Arbeitsbelastung der Pflegekräfte reduzieren können:

Eine ältere Dame, die regelmäßig durch einen ambulanten Pflegedienst versorgt wird, wird ins Krankenhaus eingeliefert. Bei der täglichen pflegerischen Versorgung setzten ihr die Pflegekräfte die Vollzahnprothese vor dem Frühstück ein. Die Frau weigert sich zunehmend, morgens zu essen, und reagiert aggressiv auf das Eintreten des Pflegepersonals ins Zimmer. Nachdem der Konflikt von Tag zu Tag weiter eskaliert, fragen die Pflegekräfte beim Pflegedienst nach und erfahren, dass die Dame morgens eine starke Abneigung gegen das Einsetzen der Zahnprothese hat bzw. diese morgens nur schlecht toleriert. Sie müsse zunächst eine Tasse Kaffee trinken, dann hätte sie keinen Würgereiz

beim Einsetzen der Prothese. Das Krankenhaus übernimmt diesen Ablauf in die morgendliche Pflegetätigkeit und der Konflikt ist gelöst.

Eine biografieorientierte Überleitung ermöglicht also effektivere Abläufe, reduziert Stresssituationen im Pflegealltag und steigert damit die Pflegequalität. Pflegende und Pflegebedürftige können gleichermaßen profitieren: Die einen können patientenorientierter pflegen, die anderen werden entsprechend ihrer Bedürfnisse und Wünsche betreut.

Literatur

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg., 2013). Bericht des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Berlin: BMG.

Bauxel, H. (2011). Studienbericht Jobverhalten, Motivation und Arbeitsplatzzufriedenheit von Pflegepersonal und Auszubildenden in Pflegeberufen. Ergebnis dreier empirischer Untersuchungen und Implikationen für das Personalmanagement und -marketing von Krankenhäusern und Altenpflegeeinrichtungen. Münster: Fachhochschule Münster.

DBfK-Bundesverband (Hrsg., 2009). Wie sieht es im Pflegealltag wirklich aus? – Fakten zum Pflegekollaps. Ausgewählte Ergebnisse der DBfK-Meinungsumfrage 2008/09. Berlin: DBfK.

Die Autorin, der Autor

Christiane Weiling ist Bereichsleiterin Gesundheits- und Seniorenwirtschaft bei der gaus gmbh – medien bildung politikberatung und Gesamtkoordinatorin des Projektes „Biografieorientierte, kultursensible Überleitung“. weiling@gaus.de

Benjamin Freitag, B.A. Sozialwissenschaft, ist Projektassistent der gaus gmbh und betreut Projekte im Bereich der Gesundheitswirtschaft.



BIOGRAFIEORIENTIERTE ÜBERLEITUNG ZUM WOHLER DES PATIENTEN

Gewohnheiten, Selbstbestimmung und Kontrolle – Biografieorientierte Überleitung zum Wohle der Patientinnen und Patienten

Claudia Bessin



„In der Gewohnheit liegt das einzige Behagen des Menschen.“ (Johann Wolfgang von Goethe)

Waren Sie schon mal im Krankenhaus? Wie war es?

Mögliche Antworten könnten sein, dass das Essen überraschend gut oder eher schlecht war. Oder vielleicht haben Sie nicht so gut geschlafen, da es lauter, heller, dunkler, wärmer, kälter oder schlichtweg unruhiger war als zu Hause. Für ältere Patientinnen und Patienten ist ein Aufenthalt im Krankenhaus in der Regel mit Stress verbunden, da es ein Bruch mit der gewohnten Routine ist. Wenn sie zusätzlich nicht mehr gut hören, verstehen sie die Menschen um sich herum vielleicht nur schlecht, vor allem, wenn schnell, undeutlich oder durcheinander gesprochen wird, was weiter verunsichern kann. Der (höhere) Lärmpegel stört die Schlaf- oder Ruhephasen. Und wenn sie sich nicht mehr so gut mitteilen können, haben sie nur wenige Möglichkeiten, Einfluss auf diese unangenehme Situation zu nehmen.

Wie fühlen Sie sich aus dieser Perspektive bei der Vorstellung, ins Krankenhaus zu müssen? Ängstlich? Überfordert? Hilflos? Ausgeliefert? Was könnte helfen?

Überleitungsmanagement gestern und heute

(Pflege-)Überleitung ist im Gesundheitswesen bereits länger ein Thema, das aufgrund der unterschiedlichen Änderungen im System (wie beispielsweise die Einführung der DRGs) und deren Folgen (wie kürzere Verweildauern in Krankenhäusern) stetig an Wichtigkeit gewinnt. Das Institut Arbeit und Technik (IAT) schrieb 2012 in einer Pressemitteilung zur Vorstellung der Ergebnisse des Innovationspanels: „Die Ergebnisse des Innovationspanels zeigen, dass eine strukturierte Patientenüberleitung als Schlüssel für mehr Versorgungskontinuität eine bedeutende Zukunftsaufgabe der Krankenhäuser in NRW ist“ (IAT 2012). Um eine optimale Versorgung zu gewährleisten, müssen immer mehr Informationen über komplexere Krankheitsbilder in kürzerer Zeit zwischen unterschiedlichen Versorgungsstellen ausgetauscht werden.

In der Literatur wird häufig über die Schnittstelle zwischen Krankenhäusern und der ambulanten Betreuung oder den Übergang von häuslicher Pflege in eine stationäre Pflegeeinrichtung geschrieben. Während der Fokus bisher aber eher auf formalen Aspekten der Überleitung liegt, setzt das Projekt „Biografieorientiertes, kultursensibles Überleitungsmanagement“ den Schwerpunkt auf die Bewohnerinnen und Bewohner und deren Gewohnheiten und Rituale.

Gewohnheiten, Selbstbestimmung und Kontrolle

Mögliche Antworten auf die zu Beginn gestellte Frage, was helfen könnte, um Gefühle von Angst, Stress, Hilflosigkeit und Ähnlichem zu vermeiden oder zumindest zu reduzieren, sind Kontrolle und Beteiligung.

Psychologisch betrachtet hilft uns ein Gefühl von Kontrolle, negative Gefühle und das persönliche Belastungsempfinden zu reduzieren (vgl. Anforderungs-Kontroll-Modell, Karasek 1979). Wenn wir Einfluss nehmen können, wenn wir beteiligt werden, befriedigt dies das Grundbedürfnis nach Autonomie und Selbstbestimmung, was wiederum das persönliche Wohlbefinden steigert (vgl. Selbstbestimmungstheorie der Motivation, Deci & Ryan 1985). Diese Aspekte sind allerdings gerade in einer akuten Notsituation – dies ist eine häufige Ursache, weshalb Bewohner einer stationären Altenpflegeeinrichtung in ein Krankenhaus übergeleitet werden – schwer umsetzbar. Je nach Pflegestufe oder Krankheitsbild (z.B. Demenz) wird dies zusätzlich erschwert.

Mit Hilfe eines biografieorientierten Überleitungsmanagements, welches Pflegekräfte über wichtige Gewohnheiten oder Eigenheiten der Patientinnen und Patienten informiert, kann das Bedürfnis nach Autonomie und Selbstbestimmung gestärkt werden. Wenn ich ins Krankenhaus komme und die Pflegekräfte wissen, dass ich zum Beispiel nur reagiere, wenn ich mit Dokortitel vor meinem Namen angesprochen werde, und grundsätzlich nicht im Bett und nur mit lauwarmen Wasser gewaschen werden möchte, fühle ich mich weniger hilflos und fremdbestimmt, sondern respektiert und insofern beteiligt, als dass auf meine unausgesprochenen Wünsche und Routinen Rücksicht genommen wird. Ewald Heup, Hausleitung zweier Seniorenzentren in der Katholischen Stiftung Marienhospital Aachen, bestätigt: „Je mehr Gewohnheiten beibehalten werden können, desto stressfreier ist ein Krankenhausaufenthalt für den Bewohner.“

In Anbetracht des Zeitdrucks sowie des Arbeitspensums, das Pflegekräfte täglich bewältigen, erscheint diese Form der Überleitung jedoch schnell als Zeitfresser. Es könnte auch in Frage gestellt werden, ob es notwendig ist, dass Gewohnheiten berücksichtigt werden, „lediglich“ damit sich die Patientin oder der Patient besser fühlt.

Biografieorientierte Überleitung – Kosten und Nutzen

Grundsätzlich kann die Ergänzung der Patientenbiografie für alle Beteiligten Vorteile haben. Vor allem für die Patientinnen und Patienten beinhaltet diese Orientierung nicht allein eine Steigerung des Wohlbefindens, sondern auch eine Qualitätssteigerung bei der Versorgung. Gerade bei älteren Patientinnen und Patienten ist es für viele Krankenhäuser schwierig, den teils sehr komplexen Versorgungs- und Hilfebedarfen gerecht zu werden. An dieser Schnittstelle kann die Biografieorientierung es Pflegenden ermöglichen, in kurzer Zeit alle relevanten Informationen und Hinweise zum Umgang mit der Patientin oder dem Patienten zu erhalten, sodass das Krankenhaus von den Erfahrungen der Pflegeeinrichtung profitieren kann.

Ergänzend können kleine Hinweise zu Aspekten wie Blick- und Körperkontakt, die Ansprache und Ähnlichem den täglichen Pflegeprozess wesentlich erleichtern und selbst verkürzen. Zum Beispiel, wenn eine Patientin oder ein Patient nur selbst isst, wenn ein bestimmtes Fernsehprogramm läuft. Und von einem reibungsloseren Ablauf der Pflege profitieren auch Pflegekräfte täglich!

Pflegende der stationären Altenpflege stellen die Vorteile einer Biografieorientierung zwar nicht in Frage, doch für sie ergibt sich ein wesentlicher Nachteil. Sie müssen die Daten erheben und dokumentieren, die im Fall der Überleitung weitergegeben werden. Da der Dokumentationsaufwand in der Pflege im Allgemeinen hoch ist, entstehen an dieser Stelle schnell Widerstände bei dem Gedanken „noch etwas dazuzubekommen“. Dies kann dadurch verstärkt werden, dass viele der relevanten Informationen unter Umständen bereits erfasst sind, zum Beispiel im Rahmen der Pflegeplanung. Da diese in der Regel jedoch mehrere Seiten umfasst, macht es wenig Sinn, sie der Überleitung in dem Umfang hinzuzufügen. Hier stellt sich die Frage, welche technischen Möglichkeiten es gibt, relevante Informationen aus der bestehenden Dokumentation zu filtern oder wichtige Sätze direkt beim Erfassen so zu markieren, dass sie nicht nur in der Pflegeplanung, sondern auch im Überleitungsbogen zu sehen sind.

Zusammengefasst kann eine biografieorientierte Überleitung das (Arbeits-)Leben der Pflegenden sowie der Patientinnen und Patienten erleichtern und einen Krankenhausaufenthalt angenehmer machen. Damit dies langfristig genutzt wird, sind drei Aspekte wesentlich: Die Präsentation der Informationen muss so kompakt und benutzerfreundlich wie möglich gestaltet werden, der Mehraufwand für die Erfassung muss so gering wie möglich sein und die Beteiligten, welche damit arbeiten, brauchen schnelle Erfolgserlebnisse, damit der Mehrwert dieses Vorgehens sichtbar wird.

Literatur

Deci, E.L., & Ryan, R.M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum.

IAT (2012). *Klinikwirtschaft NRW: Vielfalt, Verlässlichkeit und Bedarfsorientierung*. IAT stellt Ergebnisse des Innovationspanels beim Gesundheitskongress des Westens vor. Verfügbar unter: http://www.iat.eu/index.php?article_id=1101&clang=0 [16.07.14].

Karasek, R.A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-308.

Die Autorin

Claudia Bessin (M.Sc. A&O Psychologie) ist wissenschaftliche Mitarbeiterin der MA&T Sell & Partner GmbH, Aachen. Ihre Tätigkeitsschwerpunkte liegen in der Forschung, Beratung und Qualifizierung zu Fragen der Personal- und Organisationsentwicklung von Industrie- und Dienstleistungsunternehmen.



NETZWERKE ZUM ÜBERLEITUNGS- MANAGEMENT

**Netzwerke als Voraussetzung für gutes Überleitungsmanage-
ment – Erfahrungen aus dem Kreis Unna**

Hans Zakel



Den vielen erfolgreichen Strategien zur Bewältigung des noch andauernden Strukturwandels zum Trotz gehört der Kreis Unna mit seinen zehn Kommunen seit vielen Jahren nicht gerade zu den reicheren Regionen in NRW. Möglicherweise hat sich gerade aus dieser Situation heraus ein guter Nährboden für Zusammenarbeit, für Kooperationen und jahrzehntelang funktionierende Netzwerke gebildet. Gute Beispiele finden sich in den verschiedensten Themenfeldern von Kultur, Mobilität, Wohnen, Stadtplanung, Natur und Umwelt, Migrationsarbeit, Soziales bis Gesundheit und Pflege. Im Rahmen des „Zukunftsdialoges“, einer Initiative des Landrates zum demografischen Wandel, arbeiten wesentliche Institutionen und Verwaltungen aus der Region zusammen. Derzeit ist der Kreis Unna dank einer bundesweiten Förderung mit der „Nachhaltigkeitsstrategie“ aktiv. Die Geschäftsführer der Träger der Freien Wohlfahrtspflege tauschen sich in ihrer AG regelmäßig mit Politik und Verwaltung aus. 1987 wurde die Psycho-soziale Arbeitsgemeinschaft gegründet – der Kreis Unna koordiniert und unterstützt seitdem rund 500 Fachleute und Multiplikatoren aus dem Themenspektrum Behinderte, Psychiatrie, Sucht, Pflege, Senioren. Das 1989 gegründete „Netzwerk Altenarbeit“ verzeichnet laufend mindestens zehn aktive Fachgruppen und Gremien wie die Kreispflegekonferenz oder die Kreissenorenkonferenz. Das Bündnis für Familie feierte 2014 mit seinen verschiedenen Handlungsfeldern und Akteuren das zehnjährige Jubiläum.

Funktionierende Netzwerke sind ihrerseits ein guter Nährboden für einen effizienten finanziellen und personellen Ressourceneinsatz, für die gemeinsame effektive Arbeit zur Bewältigung der Schwierigkeiten, die Bedürfnisse der Bevölkerung und eine bedarfsgerechte Infrastrukturentwicklung sicherzustellen. Sie können synergetische Effekte generieren – und mehr erreichen als ein einzelner Betrieb, ein einzelner Fachbereich einer Verwaltung oder eine einzelne Kommune. Vor diesem Hintergrund betrachtet ist es keineswegs verwunderlich, dass der Kreis Unna Träger oder Kooperationspartner von vielen unterschiedlichen Modellprojekten des Bundes, Landes oder verschiedener Kostenträger wurde, oft im Einklang mit Förderprogrammen der EU. Die Einführung neuer Angebote und Strukturen auf der Basis erfolgter Sozialplanung kann schließlich bei vorhandenen, etablierten Netzwerken rascher erfolgen und wahrscheinlicher gelingen. Im Themenfeld „Senioren und Pflege“ wurden im Kreis Unna beispielsweise die Einführung örtlicher Pflegekonferenzen, die Integration älterer Zuwanderer, die Erprobung des persönlichen Pflegebudgets in der Pflege oder die Förderung der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege zu „Modellprojekten“.

Als ein besonders wichtiges Thema kristallisierte sich immer wieder die Überleitung von Pflegebedürftigen heraus. Auch in der Kreispflegekonferenz und den Fachgruppen im Netzwerk der Altenarbeit wurde immer wieder betont, dass sich diese „Pflegeüberleitung“ trotz des erheblichen Engagements der beteiligten Betriebe insgesamt noch qualitativ verbessern sollte. Dies bezieht sich auf die Überleitung von Pflegebedürftigen innerhalb der verschiedenen Pflegeangebote, aber auch auf die Beziehungen zwischen Pflegeanbieter und Krankenhaus. Es ergeben sich immer wieder Kommunikationsmängel, die für die Betroffenen höchst unangenehm sein können und für die beteiligten Akteure der Pflege- und Gesundheitsbetriebe zu zeitaufwendigen Recherchen führen. Der „menschliche Faktor“ macht sich bei finanziellen Engpässen, Personalmangel und Arbeitsverdichtungen als Fehlerquelle

bemerkbar, selbst bei dezidierten Strukturplanungen für die Überleitung. Ein Zustand, der in der Fachliteratur und Fachgremien, aber auch seitens der Betroffenenorganisationen wie der Landesseniorenvertretung NRW als grundsätzliches Problem dargestellt wird.

Gemeinsam mit der gaus gmbh und unter Beteiligung sämtlicher Gesundheits- und Pflegebetriebe entwickelte der Kreis Unna im Zuge eines Modellprojektes einen kreisweit einheitlichen Überleitungsbogen. Eine breit aufgestellte Arbeitsgruppe einigte sich schließlich auf den komprimierten kreiseinheitlichen Bogen. Die bisherige Fülle unterschiedlichster Überleitungsbögen wurde dadurch immerhin erheblich reduziert. Dieser 2005 erschienene Überleitungsbogen wurde 2012 aktualisiert.

Deutlich wurde bei all diesen Erörterungen, dass es a) noch immer erhebliche EDV-technische Probleme gibt und es b) oft nicht gelingt, wichtige individuelle Informationen aus der Biografie und Psyche des Patienten/Klienten schnell und klar zu vermitteln. Der Kreis Unna hat sich entsprechend sehr gefreut, dass das Land NRW 2013 aus zahlreichen Projektanträgen das hier vorgestellte Projekt zur Entwicklung, Erprobung und Etablierung eines praxistauglichen biografieorientierten und kultursensiblen Überleitungsmanagements bewilligte. Dabei soll kein zusätzlicher Überleitungsbogen für den Übergang vom Krankenhaus in die Pflegeeinrichtung und umgekehrt entwickelt werden. Vielmehr sollen die bestehenden Überleitungsinstrumente durch Hinweise auf individuelle Bedarfslagen und wesentliche Gewohnheiten der Patienten oder Bewohner ergänzt werden. Strukturierte Zusatzinformationen sollen kurz und übersichtlich für alle Zielgruppen die aus der Biografie resultierenden besonderen Bedarfe darstellen.

Die Fachleute im Kreis Unna aus den Bereichen Gesundheit, Pflege, Gerontopsychiatrie, Behinderte, Senioren, Zuwanderer und Beratung, denen das Projekt in insgesamt sieben verschiedenen Arbeitsgruppen/Gremien auch persönlich vorgestellt wurde, bestätigten die Bedarfslage. Oft sind es kleine Maßnahmen oder Rücksichtnahmen, die aus Unkenntnis fehlen. Mit dem Beispiel eines Demenzkranken, der alleine durch das übliche frühe Wecken im Krankenhaus Aggressionen entwickelte, die dann vier Pflegekräfte beschäftigten, wurde deutlich, dass es keineswegs um zusätzliche kosten-trächtige Investitionen geht. Im Gegenteil: Hinweise auf religiöse, kulturelle oder biografiebedingte Bedarfe und auf vorliegende Handicaps sind Voraussetzung, um Ressourcen effizient einzusetzen und die Zufriedenheit von Personal und Betroffenen zu steigern. Die Experten machten allerdings auch deutlich, dass es angesichts der strukturellen und finanziellen Rahmenbedingungen schwierig werde, solche Zusatzinformationen zu dokumentieren und allgemeine Akzeptanz beim gesamten Personal zu erreichen.

Ob die in der jetzt angelaufenen Praxiserprobung vorgeschlagenen inhaltlichen Lösungsansätze und die sehr nutzerfreundliche EDV-Technik auch skeptische Pflegeheime oder Krankenhäuser überzeugen wird? Die Fortschritte des Projektes werden natürlich nicht nur landesweit, sondern auch in den Netzwerken des Kreises Unna kommuniziert, so auch in der unabhängig vom Projekt neu gegründeten AG der neutralen Pflegeberatung und Krankenhaussozialdienste. Aus Sicht der Projektverantwortlichen und des Kooperationspartners besteht die Überzeugung, dass sowohl Krankenhäuser als

auch Pflegebetriebe von dieser biografieorientierten Überleitung mit den angebotenen EDV-Lösungen profitieren werden, weil dies ihrer eigenen Kundschaft und den Angehörigen spürbare Entlastung bietet und den Zeitaufwand des Personals reduziert, zumal die EDV-Kommunikation auch für die bisherigen Überleitungsinstrumente und weitere Informationsübertragungen nutzbar ist.

Es macht sogar für jeden Menschen Sinn, diese für Genesung und Aufenthalt in Einrichtungen wichtigen individuellen biografischen Hinweise bereits zu Hause vorzubereiten, ähnlich wie Patientenverfügungen oder Betreuungsvollmachten.

Der Autor

Diplom-Sozialwissenschaftler Hans Zakel ist seit 1989 als Sozialplaner beim Kreis Unna tätig und stellvertretender Leiter der Landrats-Stabsstelle Planung und Mobilität. Er erstellt Altenpläne, Pflegebedarfspläne, Sozialberichte und ist als Produktverantwortlicher u.a. zuständig für die Koordinierungsstelle Seniorenarbeit, die psycho-sozialen Netzwerke, das Bündnis für Familie, Inklusion.



GESUNDHEITS- UND PFLEGENETZ- WERK

Das „Gesundheits- und Pflegenetzwerk Plettenberg/Herscheid“

Vera Gerling, Anja Giesecking

Strate**G!N**

Der demografische Wandel fordert insbesondere ländliche Regionen in besonderer Weise. So sinken z.B. die Einwohnerzahlen, viele jüngere Fachkräfte wandern in attraktivere Ballungsgebiete ab, die Anzahl der älteren und pflegebedürftigen Menschen nimmt zu, Versorgungsbedarfe steigen, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte haben Probleme, eine Nachfolge für ihre Praxis zu finden und viele Pflegeeinrichtungen leiden bereits heute unter dem Fachkräftemangel, der sich zukünftig noch verstärken wird.

Vor diesem Hintergrund ist das „Gesundheits- und Pflegenetzwerk Plettenberg/Herscheid“ gegründet worden. Es wird von Vertreterinnen und Vertretern des Märkischen Kreises und den beiden Kommunen getragen und wissenschaftlich begleitet vom BMBF-Projekt „Demografiesensible Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum – Innovative Strategien durch Vernetzung“ (StrateGIN). Das Projekt wird von der Sozialforschungsstelle und dem Institut für Gerontologie an der TU Dortmund in enger Kooperation mit der Brancheninitiative Gesundheitswirtschaft Südwestfalen e.V. durchgeführt. An dem Projekt beteiligt sind alle fünf zu Südwestfalen gehörenden Kreise.

Im Rahmen des Projekts StrateGIN wurde vom Institut für Gerontologie ein sogenannter Risikoindex entwickelt, der für Südwestfalen, für die 59 Städte und Gemeinden in den fünf Kreisen dieser Region sowie – aus Vergleichsgründen – für das Land Nordrhein-Westfalen für die Jahre 2020 und 2030 berechnet worden ist. Als zentrale Indikatoren fungieren dabei der Anteil der Bevölkerungsgruppe ab 80 Jahren, der Anteil der Frauen im Alter ab 80 Jahren, der Anteil der Bevölkerungsgruppe im Alter zwischen 25 und 67 Jahren, der Frauenanteil im Alter zwischen 25 und 67 Jahren sowie die Bevölkerungsdichte.

Die Gemeinde Herscheid im Märkischen Kreis zählt zu den insgesamt zehn Kommunen in Südwestfalen, die über einen stark bis sehr stark erhöhten demografisch induzierten Risikoindex verfügen. Der Risikoindex der benachbarten Stadt Plettenberg, mit der es schon verschiedene Kooperationen gab, liegt im Durchschnitt.

Zwar ist ein hoher Risikoindex nicht zwangsläufig gleichbedeutend mit der Erwartung von Versorgungsdefiziten, er weist aber darauf hin, dass es in der betreffenden Stadt oder Gemeinde besonders dringlich ist, sich mit der Frage der Anpassung der Versorgungsstrukturen an einen demografisch bedingt steigenden Bedarf zu befassen.

Neben diesen analytischen Aktivitäten haben zeitgleich Entwicklungen im Märkischen Kreis stattgefunden, die darauf abzielten, älteren und pflegebedürftigen Menschen einen möglichst langen und selbstbestimmten Verbleib in der gewohnten Umgebung zu ermöglichen. Hierzu gehörten z.B. die Weiterentwicklung der Pflegeberatung, die Stärkung ambulanter Angebote sowie der Aufbau eines lokalen Gesundheits- und Pflegenetzwerks.

Nachdem diese beiden Entwicklungsstränge über den Steuerkreis des Projekts StrateGIN verknüpft worden waren, hat der Märkische Kreis die beiden Bürgermeister der Kommunen Plettenberg und Herscheid gefragt, ob ein Interesse an dem Aufbau eines Gesundheits- und Pflegenetzwerks Pletten-

berg/Herscheid bestehe. Beide Bürgermeister waren und sind sich der Auswirkungen des demografischen Wandels sehr bewusst und vertreten die Auffassung, dass Kooperation und Vernetzung die Gebote der Stunde sind, und stimmten der Beteiligung zu.

Mit diesen Partnern sowie den Wissenschaftlerinnen der beteiligten Institute, der lokalen Seniorenvertretung, weiteren Personen aus den kommunalen Verwaltungen und aus dem Bereich der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung wurde im Sommer 2012 eine Steuerungs- bzw. Dialoggruppe gebildet, die einen Projektfahrplan für das Netzwerk erstellt hat und regelmäßig zusammenkommt, um die Arbeitsergebnisse zu besprechen.

Mit dem Instrument der interkommunalen Zusammenarbeit zielt das Netzwerk darauf ab, die gesundheitliche und pflegerische Versorgung in den beiden Orten mittel- und langfristig sicherzustellen. Dabei sind drei Themenfelder identifiziert worden, die für Plettenberg/Herscheid besonders wichtig sind, nämlich (1) Vermeidung von Einsamkeit und Isolation im Alter, (2) Angebote zur Demenzversorgung und (3) Schnittstellen zwischen stationärer und ambulanter Versorgung.

Nach einer erfolgreichen und sehr gut besuchten Auftaktveranstaltung Anfang Oktober 2013 haben sich zu den Themen drei Runde Tische gebildet, die in vier bis sechs Sitzungen konkrete Lösungsansätze und Handlungsempfehlungen entwickeln, wie die Versorgung optimiert werden kann. Die Runden Tische zielen des Weiteren auf die Vernetzung und den Erfahrungsaustausch der örtlichen Anbieter und ehrenamtlichen Organisationen sowie auf die Identifizierung fehlender Angebote. Damit soll nicht nur die Lebensqualität insbesondere älterer Menschen, sondern auch die Attraktivität der beiden Kommunen insgesamt erhöht werden, um Arbeitskräfte zu halten und zu gewinnen.

An den Runden Tischen arbeiten jeweils zwischen 20 und 30 Personen, zum Teil in doppelter oder dreifacher Funktion. Vertreten sind dort sowohl ehrenamtlich Tätige und kommunale Vertreter/-innen als auch professionelle Anbieter aus allen relevanten Bereichen: Selbsthilfe, Seniorenvertretung, Wohlfahrtsverbände, ambulante und stationäre Pflegeanbieter, (Fach-)Ärztinnen und Ärzte, Apotheken, Krankenhaus, Kirche, Vereine, Wohnungswirtschaft, Therapeutinnen und Therapeuten, Pflegekassen und Vertreter/-innen der Kommunalpolitik. Durch die Beteiligung eines türkischen Moscheevereins werden auch interkulturelle Aspekte berücksichtigt.

Das Verhältnis hauptamtlicher gegenüber ehrenamtlicher Vertreter/-innen beträgt in etwa 70 zu 30. Ältere Menschen nehmen sowohl als Vertreter/-innen von Selbsthilfegruppen, wie bspw. der Deutschen Herzstiftung, als auch der kommunalen Seniorenvertretung an dem Netzwerk teil.

Aktuell haben die drei Runden Tische insgesamt sieben Projektgruppen gebildet, die zu folgenden Themen arbeiten: ehrenamtliche Seniorenbegleitung, Ausbau ambulanter Angebote für demenziell Erkrankte und ihre Angehörigen, Aufklärung/Öffentlichkeitsarbeit Demenz, therapeutische Möglichkeiten, Diabetes, Projektgruppe Pharmazie, Überleitungsmanagement Krankenhaus, Telematik und Wegweiser. Nach Abschluss ihrer Arbeit speisen die Projektgruppen ihre Ergebnisse in die Runden Tische ein.

Die Moderation der Runden Tische erfolgt durch ein Tandem aus Vertreterinnen und Vertretern des Märkischen Kreises, der beiden Gemeinden sowie dem Institut für Gerontologie.

Auf Basis der Ergebnisse der Runden Tische soll für die nächsten Jahre eine Roadmap entwickelt werden, die aufzeigt, welche Handlungsstränge in welcher Verantwortung von welchen Akteuren umgesetzt werden sollen.

Schon jetzt steht fest, dass ein Ergebnis der Runden Tische die Entwicklung eines sogenannten Wegweisers für Seniorinnen und Senioren sein wird, der nicht nur alle bestehenden Angebote auflistet, sondern auch praktische Checklisten enthält (z.B. „Was mache ich, wenn ein Angehöriger pflegebedürftig wird?“).

Auf der kommunalen Ebene hat das Gesundheits- und Pflegenetzwerk durch die Arbeit der Runden Tische bereits einen hohen Bekanntheitsgrad erreicht. Mittlerweile ist auch ein eigenes Logo entwickelt worden.

Das Gesundheits- und Pflegenetzwerk Plettenberg/Herscheid ist insofern einzigartig, als dass es eine der nicht so häufigen interkommunalen Kooperationen darstellt, von einem sehr hohen Engagement aller Beteiligten inklusive der beiden Bürgermeister gekennzeichnet und auf Nachhaltigkeit ausgerichtet ist. Es dient zudem als Modellprojekt und soll in andere Kreise Südwestfalens übertragen werden.

Die Autorinnen

Dr. Vera Gerling ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Gerontologie an der TU Dortmund und Geschäftsführerin der GER-ON Consult & Research UG (haftungsbeschränkt). Ihre z.T. auch internationalen Arbeitsschwerpunkte umfassen u.a. Gesundheitswirtschaft, gesundheitliche und pflegerische Versorgung älterer Menschen, Altern in der Migration, Demografischer Wandel, Wirtschaftskraft Alter sowie Wohnen und Technik im Alter.

Anja Giesecking ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Gerontologie an der TU Dortmund. Ihre Arbeitsschwerpunkte umfassen alternative Wohnmodelle im Alter sowie die gesundheitliche und pflegerische Versorgung älterer Menschen.



DIE LANDESSENI- ORENVERTRE- TUNG

Die Landesseniorenvertretung – Lobby und Sprachrohr der älteren Menschen in Nordrhein–Westfalen

Hilde Jaekel

Die Gesellschaftsstruktur hat sich bereits erheblich verändert. Der Anteil der älteren Menschen gegenüber den jüngeren Menschen wird höher. Dieser Gesellschaftswandel muss gestaltet werden. Der Blick auf die Lebensphase Alter zeigt heute ein verändertes Bild. Die älteren Menschen wollen ihr Leben individuell,

aktiv und selbstbestimmt gestalten. Sie wollen am gesellschaftlichen Leben teilhaben und ihr Erfahrungswissen einbringen können.

Die Landessenorenvertretung Nordrhein-Westfalen (LSV NRW) ist der Dachverband von inzwischen 164 kommunalen Seniorenvertretungen. Sie ist konfessionell ungebunden, verbandsunabhängig und parteipolitisch neutral. Der Vorstand, bestehend aus neun Mitgliedern, arbeitet ehrenamtlich und wird wissenschaftlich beraten und von der Geschäftsstelle unterstützt. Seniorenvertretungen bieten Möglichkeiten der Mitgestaltung. Gemeinsam mit den kommunalen Verwaltungen wollen sie die demografische Entwicklung für alle Generationen lebenswert gestalten. Die Landessenorenvertretung NRW fördert die aktive Teilhabe älterer Menschen an der Gesellschaft und deren Gestaltung, setzt sich für die Integration alter Menschen in allen Lebenslagen ein und wendet sich gegen alle Formen der Ausgrenzung oder Abwertung älterer Menschen. Sie fördert die Initiativen und Aktivitäten Älterer durch „Hilfe zur Selbsthilfe“ und unterstützt ein aktives Zusammenleben sowie den Dialog und die Solidarität zwischen den Generationen.

Auf der Landesebene ist die LSV NRW in vielen Gremien vertreten. Es bestehen Kooperationen mit allen maßgeblichen Akteuren der Altenpolitik. Auch auf Bundesebene besteht eine enge Zusammenarbeit, z.B. in der Bundesarbeitsgemeinschaft der Landessenorenvertretungen (BAG LSV), der Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen (BAGSO) und der Bundesvertretung der Nutzerinnen und Nutzer von Wohn- und Betreuungsangeboten im Alter und bei Behinderungen (BIVA). Eine Teilhabe aller älteren Menschen schließt auch die pflegebedürftigen und behinderten älteren Menschen mit ein. Im Jahre 2004 wurde die LSV NRW Projekt-trägerin der Landesstelle Pflegende Angehörige. Diese Anlaufstelle trägt erheblich zur Unterstützung und Erleichterung von Betroffenen in diesem schwierigen und sensiblen Bereich bei. Im Umgang und in der Betreuung von älteren Menschen mit Einschränkungen sollte wertschätzend und behutsam darauf geachtet werden, dass deren Wünsche, Eigenarten und Gewohnheiten berücksichtigt werden. So können Unsicherheiten und Ängste, etwa bei einem Ortswechsel, vermieden werden. Hier besteht noch großer Bedarf, insbesondere in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern.

Das Projekt „Biografieorientierte Überleitung“ verspricht mit seinen neuen Möglichkeiten, wenn sie denn optimal genutzt werden, eine erhebliche Verbesserung und Erleichterung. Als Mitglied im Beirat des Projektes wird die Landessenorenvertretung NRW die Projektarbeit beobachten und konstruktiv mitarbeiten.

Die Autorin

Hilde Jaekel ist Schriftführerin in der Landessenorenvertretung NRW. Als Diplom-Sozialarbeiterin arbeitete sie langjährig in der Abteilung Familienhilfe des Jugendamtes, in der Betreuung Erwachsener und als Frauenreferentin im Ev. Kirchenkreis Recklinghausen. Sie ist Mitglied des Expertenbeirates im Projekt „Biografieorientiertes Überleitungsmanagement“.

Zitate aus der Sitzung des Expertenbeirats zum Projekt „Biografieorientiertes, kultursensibles Überleitungsmanagement“

„Aus der Sicht von Seniorinnen und Senioren und aus der Sicht der Landessenorenvertretung finde ich dieses Projekt sehr sinnvoll. Die Menschen werden immer älter, damit auch selbstbewusster, und sie sollen vor allem auch selber bestimmen können, wie sie alt werden. Von daher, denke ich, ist dieses Projekt sehr hilfreich, die Würde, die Menschlichkeit vor allen Dingen, beizubehalten oder auch zu vergrößern. Da hakt es heute manchmal noch.“ (Hilde Jaekel)

„Überleitungsmanagement hat auf der einen Seite mit Menschen zu tun – mit Menschen, die in diesem Segment arbeiten, und natürlich auch mit Patientinnen und Patienten. Auf der anderen Seite ist die Thematik aber auch ganz stark mit Technologie verbunden. Ich denke, dass das Modellprojekt die Möglichkeit bietet, hier zwei Dinge zusammenzubringen: nämlich Pflege und die Arbeit mit Menschen und moderne Technologie, die sich auch auf Menschen einstellen kann. Deswegen ist ein Modellprojekt wie dieses mit großem Mehrwert auch für andere Regionen nutzbar.“ (Prof. Dr. Frank-Peter Oltmann, Lehrgebiet Sozialmanagement mit dem Schwerpunkt Sozialverwaltung an der Evangelischen Fachhochschule Rheinland-Westfalen-Lippe, Beiratsmitglied)

„Ich finde das Projekt wichtig, insbesondere wenn man bedenkt, dass das Altwerden und der Aspekt, dass man seinen Lebensabend in einem Heim verbringt, mit negativen Stereotypen besetzt sind. Gerade ein individuelles, biografieorientiertes Überleitungsmanagement könnte helfen, da ein bisschen mehr „Heimat“ zu schaffen – in Situationen, in denen wir uns nicht so wohl fühlen, in denen wir sehr angreifbar sind, in denen wir verletzbar sind. Daher kann das Projekt dort sehr helfen – nicht nur den Bewohnern, sondern auch den Pflegekräften.“ (Claudia Bessin, MA&T Sell & Partner GmbH, Würselen, Beiratsmitglied)

„Ich denke, das Projekt greift mit dem Überleitungsmanagement ein ganz zentrales Thema auf, was heute gerade Pflegeeinrichtungen umtreibt. Denn häufig gibt man eine Bewohnerin, einen Bewohner ab an die Klinik – und was passiert dann? Sie kommen zurück, sind verwirrt oder reden plötzlich nicht mehr. Wenn sich das Pflegepersonal die Mühe macht, im Rahmen der Überleitung zusätzlich biografieorientierte Informationen zu dokumentieren, so entsteht durchaus ein großer Nutzen für die Pflegeeinrichtung selbst. Ich finde hier besonders wichtig, dass dies in die reguläre Dokumentation eingebaut wird, um Aufwand zu minimieren und den Nutzen für die Pflegeeinrichtungen sichtbar zu machen.“ (Monika Goldmann, Sozialforschungsstelle Dortmund, Beiratsmitglied)



GENDERSENSIBLE PATIENTENVER- SORGUNG

Gendersensible Patientenversorgung – das Projekt ampaq

Bo Bäckström, Andreas Schulte Hemming



Im Projekt „ampaq – Aktion, Mitarbeiterzufriedenheit, Patientenzufriedenheit und Qualität im deutschen Gesundheitswesen“ wurde von fünf Projektpartnern untersucht, ob Aktivitäten im Bereich Gender in schwedischen Gesundheitseinrichtungen eine positive Wirkung auf Qualität, Mitarbeiter- und Patientenzufriedenheit haben.

Bei den Besuchen in Schweden wurde diese Frage auch mit Blick auf die eingesetzten Methoden mit Führungspersonal in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen, Forschungsinstituten, Beratungsunternehmen, Gewerkschaften und politischen Gremien diskutiert – hauptsächlich mit Gender-Expertinnen und -Experten – und konnte eindeutig mit Ja beantwortet werden. Wissenschaftliche Recherchen begleiteten diese Diskussionsprozesse.

Prof. Dr. med. Katarina Hamberg, Professorin am schwedischen Universitätskrankenhaus Umeå, weist auf Ergebnisse der medizinischen Forschung in den letzten 20 Jahren hin, die belegen, dass die Behandlung von Patientinnen und Patienten in den Kliniken und Krankenhäusern von einem Gender Bias beeinflusst wird. Gender Bias bedeutet hier, dass Frauen und Männer unterschiedlich betrachtet und behandelt werden, auch wenn es dafür keine objektive Begründung gibt. Gender Bias bedeutet ebenso, dass Frauen und Männer gleich behandelt werden, obwohl es z.B. physiologische Unterschiede gibt. Die Ursachen dieser unbewussten Fehleinschätzungen und „Fehlbehandlungen“ sind in traditionellen Normen, Haltungen und Einstellungen der beteiligten Personen zu finden.

Wie verbessern Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen die Behandlungen der Patientinnen und Patienten unter qualitativen Gesichtspunkten? Wie gelingt es ihnen, den Gender Bias zu vermeiden? Es gilt, ein differenzierteres Bild von seinen Patientinnen und Patienten zu gewinnen, das nicht von unpräzisen Voraussetzungen ausgeht, sondern Unterschiede dort wahrnimmt, wo sie bestehen, um eine individuelle und angemessene, das heißt begründbare, Behandlung und Betreuung zu ermöglichen.

Auf dieser Grundlage wurden an schwedischen Universitäten und Instituten Methoden entwickelt, mit deren Hilfe Gender Biases aufgedeckt und produktiv für Einrichtungen bearbeitet werden können, um herauszufinden, ob die Qualität der Behandlung der Patientinnen und Patienten optimal ist. In Schweden wird dieser Ansatz „Att vända stenar“ (Steine umdrehen) genannt; dabei handelt es sich letztlich um einen Qualitäts-Check-up. Der Ansatz ist praxisnah, mitarbeiterorientiert und auch ohne externe Unterstützung umsetzbar. Vier Methoden dieses Ansatzes sollen hier kurz vorgestellt werden:

Geschlechtsspezifische Statistiken

Durch die Auswertung messbarer Einheiten (Minuten, Stunden, Zentimeter, Gramm usw.) kann das Thema Gender in der Einrichtung sichtbar gemacht werden. Ausgangspunkt der statistischen Auswertungen sind in der Regel die schon vorhandenen Daten in der jeweiligen Organisation. Es wird mit messbaren Einheiten gearbeitet, z.B. Wartezeit, Dosierung, Textlänge, Besuchszeit, Materialverbrauch. In Tabellen und Diagrammen sollen die Angaben zu Frauen und Männern deutlich zu sehen sein.

Reflexionssitzungen

Die Reflexionssitzung ist ein Mittel, die Macht der Gewohnheit zu mindern. In Kliniken kann der Alltag oft stressig und überfüllt mit Aktivitäten sein und Arbeitsroutinen sind oft seit Jahren festgelegt und dadurch „selbstverständlich“ geworden. Diese zu reflektieren und infrage zu stellen, ist daher nicht einfach und teilweise auch nicht erwünscht. Die Kombination beider Faktoren – stressiger Alltag und „festgezurte Arbeitsroutinen“ – erschwert es, Neuerungen zu diskutieren und diese auszuprobieren. Die Reflexionssitzung kann diese „Blockade“ brechen, indem sie versteckte Verbesserungsmöglichkeiten sichtbar macht.

Textanalyse

Zwei Typen von Textanalysen werden unterschieden: quantitative und qualitative. Im ersten Fall wird festgestellt, ob Texte, etwa Patientenunterlagen, die über Männer geschrieben wurden, kürzer oder länger sind als die Texte über Frauen. Ebenso nimmt man in den Blick, ob Texte, die von Männern geschrieben wurden, sich von jenen unterscheiden, die von Frauen geschrieben wurden, wobei auch zu berücksichtigen ist, ob über Frauen oder Männer geschrieben wurde.

Bei der qualitativen Analyse geht es um die im Text verwendeten Ausdrucksweisen. Werden sie den Patientinnen und Patienten gerecht oder sind sie – wenn auch nur unterschwellig – von Voreingenommenheit geprägt? In der quantitativen Analyse können Wörter, Sätze und Seitenanzahl gezählt und in einem Auswertungsraster notiert werden. Bei der qualitativen Auswertung werden Unterschiede und Auffälligkeiten notiert. Für eine Analyse geeignet sind personenbezogene Daten wie z.B. die Pflegedokumentation oder Fallbeschreibungen.

Interviews und Beobachtungen

Interviews ermöglichen einen Zugang zu den Gedanken und Haltungen einer Person: Wie denkt, agiert und argumentiert diese Personen, und warum? So können versteckte Werte der befragten Personen aufgedeckt werden. Hier muss aber berücksichtigt werden, wer fragt und wer antwortet: Frau befragt Frau, Frau befragt Mann, Mann befragt Frau, Mann befragt Mann. Situationsbedingt werden Interviews mit vorgefertigten Fragebögen oder mit offenen Fragen durchgeführt, einzeln oder mit der Gruppe. Die Methode bietet hier mehrere Möglichkeiten: Kolleginnen oder Kollegen befragen sich gegenseitig, Krankenschwestern und -pfleger befragen Patientinnen und Patienten sowie Angehörige, getrennt oder zusammen. Der Unterschied zwischen Interviews und Beobachtungen ist der zwischen sagen und tun. Eine Kombination der beiden Instrumente ist manchmal hilfreich, um mehr Informationen zu erhalten.

Warum sind einige Wäschekörbe voller als andere?

Ein Beispiel aus Danderyds Krankenhaus in Stockholm zeigt, was diese Methoden in der Praxis bedeuten.

In einer Reflexionssitzung des Personals einer Hautklinik des Danderyds Krankenhauses in Stockholm wurde gefragt, ob jemand Unterschiede in der Behandlung von Frauen und Männern kenne oder diesbezüglich etwas Auffälliges beobachtet habe. Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer gaben zunächst an, dass sie solche Unterschiede nicht kennen. Nach einer gewissen Zeit meldete sich eine Teilnehmerin zögerlich zu Wort: „Ich glaube nicht, dass es eine Bedeutung hat, habe aber oft gemerkt, dass die Waschkörbe in den Zimmern mit männlichen Patienten viel voller sind als die in den Zimmern von Frauen.“ Andere bestätigten diese Beobachtung, sodass beschlossen wurde, eine Untersuchung durchzuführen. Es zeigte sich, dass sich die Behandlungen von Männern und Frauen deutlich unterschieden, obwohl die Krankheitsbilder gleich verteilt waren. Die deutlichsten Unterschiede waren:

Männer wurden häufiger stationär behandelt als Frauen, Männer erhielten modernere und teurere Salben und Cremes, bekamen öfter und intensivere Lichttherapien, wurden vom Pflegepersonal intensiver gepflegt als Frauen und nach der Creme-Behandlung mit Handtüchern abgetrocknet. Ein Ergebnis war die „Überbehandlung“ der Männer, während die Frauen zu wenig Behandlung erhielten. Würden Männer dieselbe Behandlung wie Frauen erhalten, wäre mit einer Kostenersparnis von 21% zu rechnen.

Alle Beteiligten waren von diesem Ergebnis überrascht. Die Folge war eine angemessene Behandlung für Männer und Frauen mit kostensparendem Effekt. Die Untersuchung, die mithilfe von Statistiken und Interviews von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen durchgeführt wurde, stieß weitere Untersuchungen in anderen Bereichen an.

Wie sieht es in Deutschland aus? Ist das Phänomen des Gender Bias in Einrichtungen des Gesundheitswesens präsent? Besteht ein Bedarf bezüglich der Verbreitung von Methoden, welche die Identifikation von blinden Flecken hinsichtlich des Themas Gender ermöglichen? Im Projekt ampaq wird versucht, die Frage „Können diese Methoden auch in NRW erfolgreich angewandt werden?“ zu beantworten. Dazu werden sie mittels Erprobungsphasen in ausgewählten Einrichtungen getestet.

Die Autoren

Dipl.-Kfm. Bo Bäckström ist gebürtiger Schwede und Geschäftsführer der Beratungsgesellschaft Albatross 78. Seine Wirkungsfelder sind Organisationserneuerung, Innovationsmanagement, Personalentwicklung und Gender.

Andreas Schulte Hemming ist Mitglied des Vorstands und Wissenschaftlicher Mitarbeiter bei Heureka-Net – Freies Institut für Bildung, Forschung und Innovation e.V. und Senior Consultant bei Kommasystem Unternehmensberatung GBR.

Nähere Informationen zum Projekt: www.ampaq.de



UNTERSTÜTZUNG FÜR TRAUMATI- SIERTE HOCHALT- RIGE FRAUEN

**Bedarfsgerechte Unterstützung für von Gewalt betroffene
oder traumatisierte ältere bis hochaltrige Frauen**

Martina Böhmer

Paula e.v.
Beratungsstelle für Frauen ab 60

Frauen waren und sind auch heute noch in unserer Gesellschaft in hohem Ausmaß von geschlechtsspezifischer Gewalt bedroht. Aktuelle repräsentative Studien dazu (vgl. BMFSFJ 2004) schließen ältere Frauen explizit nicht mit ein. Es ist aber davon auszugehen, dass Frauen, die heute 60 Jahre und älter sind, im Laufe ihres Lebens gleichermaßen sexualisierter sowie körperlicher, psychischer und sozialer Gewalt ausgesetzt waren wie heute jüngere Frauen. Hinzu kommen oftmals Langzeitbelastungen durch traumatische Kriegserlebnisse (wie z.B. Bombardierungen, Vergewaltigungen, Flucht und Vertreibung, erzwungene Migration) sowie aktuelle häusliche Gewalt und Gewalt im Kontext von Pflegebedürftigkeit und geringer Mobilität.

Bei Frauen ab 60 Jahren können durch alterstypische Belastungen, Erkrankungen, Pflegebedürftigkeit und Verluste von körperlicher und kognitiver Selbstständigkeit Gefühle von Hilflosigkeit, Kontrollverlust und dadurch verstärkt Erinnerungen an frühere Ohnmachtserfahrungen wachgerufen werden.

Die betroffenen Frauen sind durch die – für sie oft unerklärlichen – Symptome in hohem Maße verunsichert und verängstigt.

Viele Themen rund um Gewalt und Traumatisierung sind auch gesellschaftlich stark tabuisiert. Die heute älteren Frauen – mit ihrer ganzen Vielfalt an kulturellen, religiösen und sozialen Hintergründen – hatten und haben bisher kaum die Möglichkeit, über schmerzliche Gewalterfahrungen zu sprechen und entsprechende Unterstützungsangebote zu erhalten. Auch ältere Migrantinnen und Frauen, die an einer Demenz erkrankt sind, bekommen mit ihren Gewalterlebnissen und Folgestörungen in der Altenarbeit erfahrungsgemäß keine besondere Aufmerksamkeit.

Wie neuere Forschungsergebnisse und Veröffentlichungen von Fachexpertinnen und -experten belegen (siehe hierzu die Forschungsarbeiten und Veröffentlichungen von u.a. Eichhorn & Kuwert, 2011 und Böhmer, 2011), treten die psychisch und physisch extrem belastenden Folgen von traumatischen Erfahrungen – wie z.B. Albträume, Gedächtnisverlust, Verwirrtheit, Apathie, Herzrasen, Panik, Übererregbarkeit und somatische Symptome – häufig erst im Alter massiv auf. Insbesondere in der Pflege und in der medizinischen Versorgung wird dies oft nicht als mögliche Traumafolgereaktion erkannt. Gesundheitsfachkräfte und auch (pflegende) Angehörige stehen dieser besonderen Vulnerabilität meist hilflos gegenüber.

Frauen, die nun hilfe- und pflegebedürftig geworden sind, können ihre individuellen Überlebensstrategien, die ihnen geholfen haben, ihr Leben nach traumatischen Erfahrungen zu bewältigen, oft nicht mehr aufrechterhalten. Eine alte Frau ist in ihrer Pflegebedürftigkeit in der Regel in einer Situation, in der sie viel Kontrolle abgeben muss, auf andere angewiesen ist, meist nicht mehr selbstbestimmt leben kann und vielem ohnmächtig gegenübersteht.

Durch die notwendige Pflege wird zudem in ihren persönlichen Schutzraum eingegriffen. So kommt es sehr häufig zu Situationen, die traumaaktivierend sind. Das Erkennen des Zusammenhangs zwischen früheren Gewalterfahrungen und Verhaltensänderungen einer alten Frau ist in der Altenarbeit häufig mehr oder weniger zufällig. Das Ergreifen entsprechender Maßnahmen bleibt oft darauf be-

schränkt, dass die Pflege z.B. dann nur von weiblichem Personal durchgeführt wird und dies auch nur, wenn die Personalbesetzung dies zulässt.

Traumatisierungen können Ursachen aller Formen psychischer Störungen sein, z.B. bei Wahrnehmungsstörungen, Apathie, Depression, Angst- und Panikzuständen, regressivem Verhalten, Aggressivität, Zwangshandlungen und auch bei Halluzinationen. Im somatischen Bereich kann es zu chronischen Schmerzen, Schlafstörungen, Übelkeit, Appetitlosigkeit, Essstörungen, Atemstörungen, extremen Schwankungen aller Vitalwerte u.v.a.m. kommen.

Dazu ein Beispiel einer gelungenen Intervention aufgrund von Berücksichtigung möglicher Zusammenhänge zwischen Verhaltensweisen/Symptomen und Erlebtem:

Während meiner Zeit als Altenpflegerin in einem Krankenhaus erlebte ich eine alte Frau, die eines Abends völlig panisch über das nächtliche Erscheinen von Tieren in ihrem Bett erzählte. Diese Halluzinationen wiederholten sich an den folgenden Abenden. Ihr wurde von der Stationsärztin als einzige Maßnahme ein Psychopharmakon, nämlich Haloperidol, verordnet. Die Frau fühlte sich nicht ernst genommen. Bei Gesprächen mit ihr, die während der Pflege stattfanden, erfuhr ich von ihr, dass sie 1945 von amerikanischen Soldaten vergewaltigt worden war. Mir fiel auf, dass die Mitpatientin in ihrem Zimmer täglich Besuch von ihrem Ehemann erhielt, der Amerikaner war und der mit seiner Frau englisch sprach. Das Hören dieser Sprache ließ ganz offensichtlich alte Erinnerungen und Ängste aufkommen. Die alte Frau wurde in ein anderes Zimmer verlegt, sodass sie keinen Kontakt mehr mit dem amerikanischen Mann und der englischen Sprache hatte. Nach wenigen Tagen und nach intensiven Gesprächen hatte sie keine Halluzinationen und Angstzustände mehr, sodass das (völlig unnötige) Psychopharmakon abgesetzt werden konnte. Diese Zufallsdiagnose bewahrte diese alte Frau vor einer langfristigen oder gar lebenslangen Einnahme von Psychopharmaka.

Somatische, psychische und psychiatrische Symptome alter Frauen werden leider häufig als Alterserkrankung, wie z.B. Demenz, HOPS (hirnorganisches Psychosyndrom) oder Altersdepression, diagnostiziert und entsprechend medikamentös behandelt. Alte Frauen erhalten so meist nur eine Symptombehandlung mit oft einer Vielzahl von Medikamenten.

Zu der Gefahr der Traumaaktivierung kommt die der neuen Traumatisierung durch – gewollte und ungewollte – Gewalt in der Pflege. Auch medizinische Diagnosen und Behandlungen, besonders invasive (eindringende) Methoden wie z.B. das Legen eines Katheders, aber auch die Körperpflege an sich, können einen traumatisierenden Charakter haben. Aber es kann ebenso sein, dass eine bestimmte Musik oder eine bestimmte Dekoration in einer Altenhilfeeinrichtung an ein altes Trauma erinnern lassen.

Zielsetzung

Eine traumasensible Beratung, Begleitung und Therapie, die die Erlebnisse der heute alten Frauen mit einbezieht, entlastet nicht nur die betroffenen Frauen, sondern auch deren Angehörige, die Mitar-

beitenden in den Gesundheits- und Altenpflegeberufen und die gesamten Strukturen des Gesundheits- und Versorgungssystems mit grundsätzlich positiven wirtschaftlichen Auswirkungen.

Um den betroffenen Frauen ein möglichst selbstbestimmtes, aktives und würdevolles Leben im Alter zu ermöglichen, werden von Paula e.V. im Rahmen eines durch das MGEPA NRW und die EU geförderten Projektes Fort-, Aus-, und Weiterbildungskonzepte für professionell in der Pflege tätige Fachkräfte unterschiedlichster Professionen entwickelt, um im Pflege- und Gesundheitssektor bedarfsgerechte Unterstützungsangebote für von Gewalt betroffene oder traumatisierte ältere bis hochaltrige Frauen vorhalten zu können.

Die älteren/alten Frauen sollen dazu befähigt werden, so lange wie möglich ein eigenständiges und würdevolles Leben im Alter führen zu können. Krankenhausaufenthalte und Arztbehandlungen sollen minimiert, die Lebensqualität durch adäquate trauma- und kultursensible Unterstützungsangebote gesteigert oder erst wieder hergestellt werden. Und auch wenn ein Krankenhausaufenthalt oder eine Pflege notwendig wird, soll durch die Fortbildung und Aufklärung von Fachkräften in der Altenhilfe/-pflege und/oder Ärztinnen und Ärzten sowie Angehörigen die Behandlung der alten Frauen verbessert werden.

Literatur

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2004). Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Berlin: BMFSFJ.

Böhmer, M. (2011). Erfahrungen sexualisierter Gewalt in der Lebensgeschichte alter Frauen Ansätze für eine frauenorientierte Altenarbeit, Frankfurt/Main: Mabuse Verlag.

Eichhorn, S. & Kuwert, P. (2011). Das Geheimnis unserer Großmütter. Eine empirische Studie über sexualisierte Kriegsgewalt um 1945. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Die Autorin

Martina Böhmer ist Mitgründerin und Geschäftsführerin von Paula e.V., Köln und Leiterin des Projektes „Bedarfsgerechte Unterstützung für von Gewalt betroffene oder traumatisierte ältere bis hochaltrige Frauen“.



4

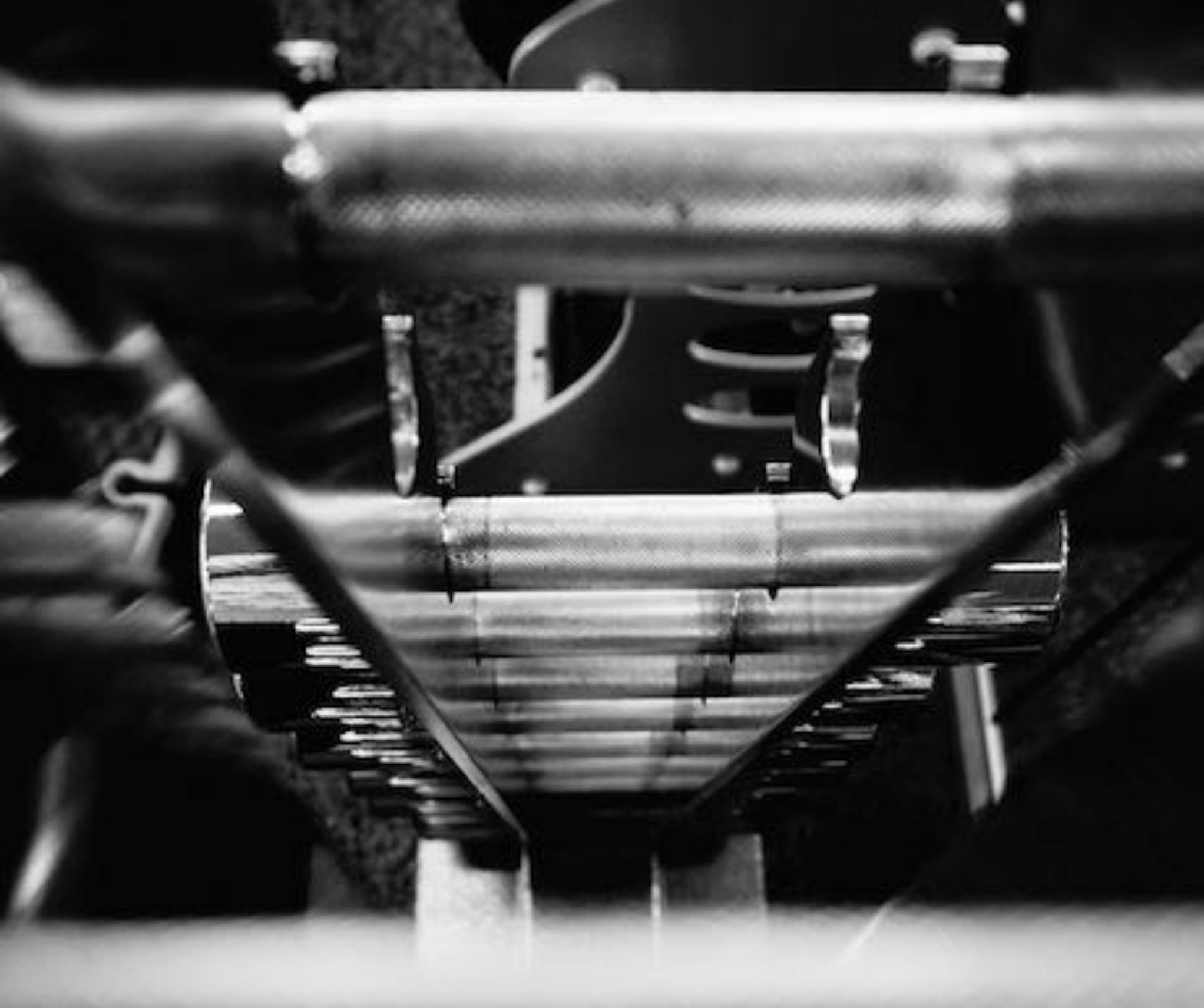
MODERNES GE- SUNDHEITSWESEN

Die Notwendigkeit und das Bewusstsein für Qualität in der täglichen Arbeit ist eine der tragenden Säulen im Gesundheitswesen.

Die Forschung in den letzten Jahren – insbesondere in Skandinavien – konnte aufzeigen, dass die Qualität der Behandlungen von Patientinnen und Patienten sowie die Qualität der Personalorganisation deutlicher als früher angenommen von Genderaspekten beeinflusst werden.

Diese wissenschaftlichen Erkenntnisse sind in der Praxis aber weitgehend unbekannt. Es stellt sich deshalb die Frage, mit welchen Instrumenten und Argumenten eine gendersensible Versorgung und Personalentwicklung in die Einrichtungen des Gesundheitswesens getragen werden kann.

In diesem Kapitel werden Ergebnisse von fünf Projekten zu einer neuen Personal- und Organisationsentwicklung im Gesundheitswesen berichtet: effizient, gendersensibel und wertschätzend.



RAHMENBEDINGUNGEN EINER MODERNEN ARBEITSWELT

„Den Wettbewerb um Fachkräfte können wir nur mit den attraktiven Rahmenbedingungen einer modernen Arbeitswelt bestehen.“

Barbara Steffens, Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW

**Ministerium für Gesundheit,
Emanzipation, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen**



Die Zahl der Erwerbstätigen in Nordrhein-Westfalen wird in den nächsten 15 Jahren um rund eine Million zurückgehen. Die Älteren scheiden aus dem Berufsleben aus und immer weniger Jüngere rücken nach. Nahezu 60.000 Schulabgängerinnen und Schulabgänger weniger werden dem Arbeitsmarkt in NRW bis 2020 im Vergleich zum Schuljahr 2013/2014 zur Verfügung stehen. Der Wettbewerb um die besten Köpfe hat in vielen Branchen längst begonnen. Auch in der Gesundheitsversorgung und der Pflege müssen wir uns ihm stellen, um einem Fachkräftemangel entgegenzuwirken. In der Kranken- und Altenpflege beispielsweise müssen wir schon heute von einem akuten Bedarf von über 4.000 Vollzeitstellen ausgehen. Ein ähnliches Bild werden wir zukünftig auch in anderen Gesundheitsberufen vorfinden. So berichten immer mehr Ärztinnen und Ärzte, dass sie in bestimmten Regionen – auf dem Land oder in Stadtvierteln mit einer überwiegend sozial schwächeren Bevölkerungsstruktur – kaum mehr Nachfolgerinnen und Nachfolger für ihre Praxen finden. In NRW sind heute – nach Umsetzung der neuen Bedarfsplanungsrichtlinie – rund 390 Hausarztsitze unbesetzt. Prognosen gehen für die kommenden zehn bis 15 Jahre davon aus, dass voraussichtlich ca. 5.300 Hausärztinnen und Hausärzte aus Altersgründen aus der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung ausscheiden. In den Facharztbereichen können wir – zumindest rein rechnerisch – grundsätzlich von einer sehr guten bis guten Versorgungssituation ausgehen. Die kassenärztlichen Vereinigungen weisen jedoch darauf hin, dass sich der demografische Wandel für einzelne Facharztbereiche auch dort schon bald spürbar bemerkbar machen wird.

Den intensiver geführten Wettbewerb um gut ausgebildete, engagierte Fachkräfte können wir nur mit den attraktiven Rahmenbedingungen einer modernen Arbeitswelt bestehen: flexible, mitarbeiterinnen- und mitarbeiterfreundliche Arbeitszeiten, Wertschätzung der Arbeit, mehr Teamarbeit, durchlässige Hierarchiestufen, Weiterbildung und Aufstiegsmöglichkeiten – gerade auch für Frauen – sowie eine gute Bezahlung. Diejenigen, die Kindererziehung – und oft zusätzlich die Pflege einer oder eines Angehörigen – mit ihrer Arbeit verbinden müssen, sind auf verbindliche Strukturen und planbare Arbeitszeiten angewiesen. Das betrifft zuallererst Frauen, die heutzutage immer noch die Hauptverantwortung bei der Familienarbeit übernehmen. Dabei würden sie oftmals gerne mehr und länger arbeiten. Doch in einer Betreuungssituation fehlt allzu häufig beides: Ressourcen, auf die sie verlässlich zurückgreifen können, und planbare Arbeitszeiten. Was ist z.B., wenn der Kindergarten anruft und mitteilt, dass das Kind abgeholt werden muss, die Mutter aber gerade im OP steht?

Moderne Organisations- und Personalentwicklungskonzepte im Gesundheitswesen wirken daher in beide Richtungen: Sie machen Gesundheitsberufe zu einem nachgefragten Berufszweig und stellen gleichzeitig sicher, dass mit bestens qualifizierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern die Qualität unserer Gesundheitsversorgung für die Patientinnen und Patienten gesteigert werden kann.

Gerade moderne, kritische Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter brauchen wir für die dringend notwendige Weiterentwicklung unseres Gesundheitssystems. Denn der demografische Wandel bringt nicht nur mit sich, dass immer weniger Menschen geboren werden und dem Arbeitsmarkt später zur Verfü-

gung stehen. Er bedeutet auch, dass unsere Gesellschaft immer älter wird – mit Folgen für unsere Gesundheitsversorgung und Pflege.

Denn je älter Menschen werden, desto häufiger treten chronische Krankheiten, Mehrfacherkrankungen oder eine Demenz auf. Die Anforderungen für die einzelnen Gesundheitsberufe werden sich verändern. Auf diese geänderten Anforderungen müssen nicht nur die Einrichtungen bei der Ausbildung, Fort- und Weiterbildung ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter reagieren. Das Gesundheitssystem insgesamt ist darauf nicht gut eingestellt. Unser gegliedertes, sektorales Gesundheitswesen und der hohe Grad an Fragmentierung und Spezialisierung führen immer wieder zu Schnittstellenproblemen, die die Qualität der Gesundheitsversorgung schmälern. Statt interdisziplinär zusammenzuarbeiten, statt einer ganzheitlichen Ausrichtung der Versorgung, arbeitet jeder Bereich für sich. Das legen die heutigen Finanzierungssysteme in der Sozialversicherung auch nahe. Solange die Leistungsträger gegeneinander aufgestellt sind und Vorteile eher dann erzielen, wenn sie Zuständigkeiten zulasten eines anderen Trägers verschieben, werden wir auch zu keiner echten vernetzten und damit sektorenübergreifenden Versorgung kommen.

Diese fehlende Zielgenauigkeit von Versorgungsstrukturen finden wir auch innerhalb der Versorgung. Ein Beispiel ist die geschlechtergerechte Regelversorgung. Im Gesundheitswesen sind wir davon noch weit entfernt – trotz der steigenden Sensibilität für eine geschlechterspezifische Betrachtung und Behandlung der Patientinnen und Patienten. Grundlegende Unterschiede zwischen Frauen und Männern betreffen z.B. die Lebenserwartung, die Dauer und Häufigkeit von Krankheiten, die Prävalenz von Depressionen, die Verteilung von Übergewicht/Adipositas, den Konsum von Suchtmitteln, die Arzneimitteltherapie – aber auch den Umgang mit Krankheit und die Annahme von Vorsorgeangeboten. Je mehr diese Unterschiedlichkeit in Diagnostik und Therapie Beachtung findet, desto besser können wir die Behandlungen auf den Einzelfall abstimmen. Und desto wirksamer verhindern wir Über-, Unter- oder Fehlversorgung. Die Leistungsfähigkeit unseres Gesundheitswesens bemisst sich aber genau daran: sich am bestehenden Bedarf des Einzelfalls auszurichten, medizinische Versorgung für alle verfügbar zu machen und eine gute Qualität der Behandlung sicherzustellen.

Das heißt auch, wir müssen uns die Frage stellen, wie effizient unser Gesundheitssystem eigentlich arbeitet. Aus medizinisch-technischer Sicht haben wir eine qualitativ hochwertige Versorgung. Aber mit einem Anteil von ca. 12% am Bruttoinlandsprodukt liegen die Gesundheitsausgaben in Deutschland vergleichsweise hoch – zu hoch, wenn wir Aufwand und Ertrag im internationalen Maßstab vergleichen. Das heißt, wir müssen unser System viel stärker dahingehend weiterentwickeln, dass es zielgerichtet funktioniert. Im Grundsatz bedeutet das: Das Gesundheitssystem muss so flexibel werden, dass die Menschen nicht länger an den Strukturen zerrieben werden, sondern die Strukturen die Gesunderhaltung und die Gesundwerdung der Menschen im besten Sinne befördern. Wir wollen, dass Gesundheitsversorgung zu den Menschen kommt, frühzeitig, ganzheitlich und bedarfsgerecht. Nur so werden wir langfristige Bedarfe vermeiden und letztlich Kosten sparen können.

Hierzu fördern wir eine Reihe von Projekten in unterschiedlichsten Bereichen. Die Schwerpunkte der letzten Jahre lagen in den Feldern „Information, Kommunikation und Qualität in einem geschlechtergerechten Gesundheitswesen“ sowie „Altersgerechte Versorgungsmodelle, Produkte und Dienstleistungen“.

Ich freue mich, dass diese Förderung nun Früchte trägt: Viele der Projekte, so auch die, die in der aktuellen Ausgabe von *transfær* vorgestellt werden, erreichen die Endphase oder sind bereits erfolgreich abgeschlossen. Die guten und zum großen Teil übertragbaren Ergebnisse der Projekte sollen kontinuierlich in die Fläche und in die breite Öffentlichkeit getragen werden. Wir wollen, dass über innovative Ansätze gesprochen wird, beispielhafte Ansätze Nachahmende finden und die an vielen Stellen begonnenen Initiativen Zulauf erhalten. Dies gelingt uns und den beteiligten Akteurinnen und Akteuren inzwischen immer besser.

Aber wir blicken auch schon wieder nach vorn. Die neue Förderphase der EU ist angelaufen und wir wollen in den kommenden Jahren mit weiteren Projekten Themen vertiefen und neue Themen eröffnen. Erforderlich sind mehr denn je sektorenübergreifende Versorgungsangebote sowie Produkte und Dienstleistungen, die den funktionalen, kognitiven und emotionalen Bedarfen der Patientinnen und Patienten gerecht werden und Anwenderinnen und Anwender in ihrer Tätigkeit unterstützen.

Ich bin davon überzeugt, dass wir mit innovativen Lösungen in diesen Bereichen unser Gesundheitssystem noch besser und effektiver machen und die Bedürfnisse der Menschen – sowohl der Patientinnen und Patienten, aber auch die der Beschäftigten – noch stärker berücksichtigen können.

In diesem Sinne danke ich allen, die bisher daran mitgewirkt haben und rufe Sie dazu auf, mit uns an der Weiterentwicklung von gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung zu arbeiten.



MIT GENDERBLICK VERÄNDERUNGEN ANSTOßEN

Mit Genderblick Veränderungen anstoßen – Innovative Projekte zur Organisations- und Personalentwicklung im Gesundheitswesen

Cornelia Schlebusch

ETN

Projektträger Energie · Technologie · Nachhaltigkeit

„Im Mittelpunkt der Gesundheitspolitik des MGEPA (Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen) steht der Mensch. Hier geht es nicht einseitig um „Strukturen“ oder „Systeme“, sondern darum, was jeder Mensch benötigt, um seine Gesundheit zu erhalten oder durch gute medizinische Versorgung zurück zu gewinnen.“ (Barbara Steffens, Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen, 2014
http://www.mgepa.nrw.de/gesundheit/gesundheit_ziele/index.php)

Dies ist eine der zentralen Leitlinien der Gesundheitspolitik des Landes NRW. Aus diesem Grund stärkt das Ministerium die Rechte von Patientinnen und Patienten in Nordrhein-Westfalen, sorgt für eine geschlechtergerechte und kultursensible Gesundheitsversorgung und fördert explizit Präventionsmaßnahmen sowie eine flächendeckende, bedarfsgerechte und für alle zugängliche Versorgung.

„Der Mensch im Mittelpunkt“ bezieht sich aber nicht nur auf die Patientinnen und Patienten, sondern durchaus auch auf die Beschäftigten in den Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen, Arztpraxen, Forschungseinrichtungen und allen anderen Orten, an denen Menschen für die Gesundheit tätig sind.

Mit dem Wettbewerb „IuK & Gender Med.NRW – Information, Kommunikation und Qualität in einem geschlechtergerechten Gesundheitswesen“ verfolgt das Land Nordrhein-Westfalen daher das Ziel, durch innovative Dienstleistungen und Produkte die Innovations- und Wettbewerbsfähigkeit von Unternehmen der Gesundheitswirtschaft zu stärken, um bestehende Arbeitsplätze zu sichern und neue zukunftssichere Beschäftigung zu schaffen. Dieses Ziel wird aus Sicht des Landes NRW in den geförderten Projekten umso nachhaltiger erreicht werden können, je stärker diese sich an den Bedürfnissen der Menschen – Patientinnen und Patienten wie auch Beschäftigte – orientieren und zur verbesserten Gleichstellung von Frauen und Männern im Gesundheitssystem beitragen.

In dieser Ausgabe der Zeitschrift *transfær* stellen sich fünf durch das Land NRW und mit Mitteln der Europäischen Union geförderte Projekte vor, die aus unterschiedlichen Blickwinkeln Aspekte moderner Personal- und Organisationsentwicklung unter dem besonderen Fokus der Fragen eines für Patientinnen und Patienten und Beschäftigte gleichermaßen geschlechtergerechten Gesundheitssystems behandeln. Dabei haben die Projekte einerseits ihre Ziele verfolgt und entsprechend projektspezifische Ergebnisse generiert. Gleichzeitig haben sich alle Vorhaben anm vom Projektträger ETN eingerichteten Erfahrungsaustauschen beteiligt und den kollegialen Austausch gepflegt und vertieft. Dies mündete im gemeinsamen Transferworkshop und nun in einer gemeinsamen Veröffentlichung.

Das Projekt Gender-Med-AC – Arbeit, Familie und Karriere in innovativen Unternehmen der Gesundheitsregion Aachen zielte darauf ab, dem drohenden Fachkräftemangel entgegen zu wirken, um die Zukunftsfähigkeit von Unternehmen in der Pflege- und Gesundheitswirtschaft zu sichern. Basierend auf einer Analyse des Gesundheits- und Pflegemarktes in der Gesundheitsregion Aachen und einer Mitarbeiter- und Mitarbeiterinnenbefragung in den beteiligten Unternehmen entwickelte „Gender-Med-AC“ maßgeschneiderte Lösungen für die beteiligten Anwendungspartner zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf und zur Karriereförderung für Frauen. Zentrale Ansatzpunkte hierfür bil-

den eine Verkürzung der Unterbrechungszeiten durch attraktive Angebote zum Wiedereinstieg, eine familienorientierte Karriereplanung, eine Erhöhung der Verweildauer sowie die Anpassung der Arbeitsbedingungen an die Erfordernisse einer alternden weiblichen und männlichen Belegschaft. Die umfangreichen Ergebnisse und Erfahrungsberichte münden in übertragbaren Handlungsempfehlungen, die in einer gemeinsamen Veröffentlichung allen Interessierten zur Verfügung gestellt wurde.

Nach skandinavischem Vorbild wurde im Projekt *ampaq* – Aktion, Mitarbeiterzufriedenheit, Patientenzufriedenheit und Qualität im deutschen Gesundheitswesen erstmals eine Toolbox zur Bearbeitung der Gender-Thematik für die Gesundheitswirtschaft in NRW entwickelt, erprobt und implementiert. Dahinter verbirgt sich ein Instrumenten-Paket, mit dem das Management, die Führungskräfte und die Beschäftigten in Kliniken und Betrieben der Gesundheitswirtschaft das Thema Gender voranbringen können: Gender Auditing, Gender Medicine und Gender Budgeting sind hier z.B. Stichworte, die durch Schulung und Beratung in den Bereichen ärztlicher Dienst, Pflege, Forschung und Lehre implementiert werden. Die Instrumente der Toolbox stoßen nicht nur gendersensible Maßnahmen an, sondern zeigen den Mehrwert für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, für Patientinnen und Patienten sowie für Einrichtungen auf.

Das Projekt *KlinikPROgender* – Gendersensible Personalarbeit im Krankenhaus, Fachkräfte gewinnen und sichern zielte darauf ab, die Personalarbeit nach dem Leitbild von Gendergerechtigkeit zu gestalten. Auf diese Weise kann dem Bedarf von Frauen und Männern und ihren spezifischen Biografien in der Personalarbeit besser entsprochen werden. Hierzu wurde ein EDV-basiertes Analyse- und Entwicklungsinstrument erarbeitet, das der systematischen und gendersensiblen Personalgewinnung und -bindung sowie der Förderung der Arbeitgeberattraktivität und dem Employer Branding dient. Die Erfahrungen aus Entwicklungsprojekten in acht beteiligten Krankenhäusern wurden aufbereitet und in dem Analyse- und Entwicklungsinstrument verdichtet, welches als Leitfaden nach Projektende anderen Krankenhäusern zur Verfügung gestellt wird.

Zielsetzung des Projektes *MedLife* – Implementierung neuer Arbeitszeit- und Organisationsmodelle in deutschen Krankenhäusern durch Transfer europäischer Best-Practice-Beispiele war es, die Arbeitsbelastung von Ärztinnen/Ärzten und Pflegekräften in Krankenhäusern und die damit verbundenen Auswirkungen und Risikopotenziale durch die Entwicklung innovativer Lösungen der Arbeitsorganisation zu mindern. Das Projekt zielte damit auf die Harmonisierung der beruflichen Belastungen mit den privaten Lebensentwürfen der Beschäftigten ab. Auf der Grundlage europäischer Best-Practice-Studien in schwedischen, französischen und niederländischen Krankenhäusern wurden Empfehlungen erstellt, die die erfolgreichen Ideen aus dem europäischen Ausland für deutsche Krankenhäuser adaptieren und praxisnah aufbereiten.

Im Projekt *PFiF!* Potenziale für Frauen in Führung – Nutzung der Potenziale von Frauen in und für Führungspositionen im Gesundheits- und Sozialwesen durch Instrumente der Organisations- und Personalentwicklung wurden über empirische Analysen sowohl individuell geltende Ursachen für die geschlechtsspezifische Segregation der Führungsebenen im Gesundheits- und Sozialwesen ermittelt

als auch strukturell hemmende und fördernde Faktoren bei der Erhöhung des Anteils von Frauen in Führungspositionen identifiziert. Vor diesem Hintergrund wurden strukturbildende, qualifizierende und rekrutierende Instrumente der Organisations- und Personalentwicklung entworfen und in der Praxis modellhaft erprobt, um so auch Good-Practice-Beispiele zu generieren.

Die im Heft gesammelten Beiträge aus diesen sehr erfolgreichen Projekten zeigen, dass es bereits viele Ansatzpunkte und Erfahrungswerte für die Gesundheitswirtschaft in NRW gibt, die dazu beitragen können, das Gesundheitssystem besser zu machen. Sie zeigen auch, dass Veränderungsprozesse nicht in einer Förderphase zu bewältigen sind, sondern angestoßen und strukturwirksam angelegt werden können – nicht mehr und nicht weniger! Um nachhaltig Wirksamkeit zu erzielen braucht es nicht zuletzt verlässliche Bereitschaft zur Veränderung auf Entscheidungsebenen in den Einrichtungen der Gesundheitswirtschaft. Die an den Projekten beteiligten Anwendungspartner, Krankenhäuser wie Pflegedienste, haben diese Bereitschaft gezeigt – getragen auch von engagierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Die Projektverantwortlichen aller Vorhaben wirkten dabei professionell begleitend und vermittelten das notwendige Handwerkszeug, das nun allen interessierten Einrichtungen zur Verfügung steht.

Die Autorin

Cornelia Schlebusch ist wissenschaftliche Mitarbeiterin beim Projektträger ETN des Forschungszentrums Jülich. Sie arbeitet seit 2012 im Fachbereich Lebenswissenschaften / Gesundheit in der Begleitung der EFRE-Projektförderung, hier vornehmlich zum Querschnittziel Gender Mainstreaming und Förderung eines geschlechtergerechten Gesundheitswesens, Quartiersentwicklung, Unterstützungsleistungen für Pflegende Angehörige. Sie ist Leitmarktkoordinatorin für den Leitmarktwettbewerb Gesundheit.NRW der neuen EFRE-Förderphase 2014-2020 und Projektverantwortliche für die Entwicklung und Erprobung eines Beratungsangebotes Gender Management für KMU in der Gesundheitswirtschaft. Darüber hinaus ist sie seit 2007 Landeskoordinatorin der Landesinitiative Netzwerk Wiedereinstieg des MGEPA.



GENDER IN DER PERSONALORGA- NISATION

**Gender in der Personalorganisation greifbarer und planbarer
machen – das Projekt AMPAQ**

Patricia Drube, Yvonne Steernberg, Bo Bäckström, Andreas
Franke, Andreas Schulte Hemming



Der wirtschaftliche und demografische Strukturwandel stellt Organisationen der Gesundheitswirtschaft aktuell und in Zukunft vor große Herausforderungen: Neben der Tatsache, dass die Demografie einer alternden Bevölkerung sich auch in der Belegschaft von Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen widerspiegelt, haben wirtschaftspolitische Maßnahmen den Gesundheits- und Pflegemarkt zunehmend zu einem Wettbewerbsmarkt gemacht. Die Führung von Organisationen ist somit mehr denn je darauf angewiesen, eigene Ressourcen aufzuspüren und zu nutzen und klare strategische Visionen zu entwickeln.

In Skandinavien ist Gender Mainstreaming ein (fast) selbstverständlicher Bestandteil des strategischen Managements, um innovative Antworten auf aktuelle Herausforderungen zu finden. In den vergangenen Jahrzehnten haben skandinavische Organisationen einen Pool an Planungs-, Analyse- und Entscheidungsinstrumenten entwickelt, die sowohl auf Führungs- als auch auf Mitarbeiterebene in der Kombination eines „Top-down“- und „Bottom-up“-Ansatzes umsetz- und kommunizierbar sind.

Der Caritas-Verband Arnsberg-Sundern e.V. hat die heutigen Anforderungen an die Personal- und Organisationsentwicklung erkannt und will sich für die Zukunft wappnen. Seit etwa einem halben Jahr setzt Thomas Kellermann, Personal- und Organisationsentwickler, die in Schweden erfolgreich erprobten Methoden für die eigene Organisation ein. „Die Anforderungen, die an uns als Institutionen der Gesundheitswirtschaft gestellt werden, sind zunehmend differenzierter und anspruchsvoller. Deshalb sind Methoden, die sich mit Diversity beschäftigen, für uns besonders interessant. Man weiß, dass dieses Thema in Skandinavien sehr früh erkannt und erfolgreich umgesetzt wurde. Wir möchten daher gerne diese schwedischen Erfahrungen nutzen.“ Unterstützung erfuhr der Caritasverband Arnsberg-Sundern e.V. durch das Projekt AMPAQ. „Das Projekt kam uns daher sehr gelegen“, so Thomas Kellermann.

Das Projekt

Das Projekt AMPAQ greift den skandinavischen Ansatz für Organisationen der Gesundheitswirtschaft auf. In zwei Erprobungsphasen werden die schwedischen Konzepte in ausgewählten Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen in NRW getestet, um nach einer Auswertung der Ergebnisse angepasst und optimiert zu werden. Im Fokus stehen dabei die positiven Wirkung des Gender Mainstreaming-Instrumentariums auf Qualität, Mitarbeiter- und Patientenzufriedenheit. Am Ende der Projektlaufzeit werden praxiserprobte Handreichungen bzw. Leitfäden Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen zur Verfügung gestellt werden können.

Die Instrumente und ihre Anwendung

Neben der Frage nach der Gleichstellung und fairen Behandlung von Frauen und Männern in Organisationen ist es insbesondere der differenzierende Blick im schwedischen Gender Mainstreaming-Ansatz, der die Qualität dieses Konzepts ausmacht. Durch die Anwendung der Methoden Gender-Statistik, Reflexionssitzungen, der 4R-Methode u.a.m. werden bedeutsame Differenzierungen zwischen Männern und Frauen entdeckt – für die Organisation, für ihr Personal und für den Kundenkreis. Ande-

rerseits wird aufgedeckt, wo vermeintliche Unterschiede gemacht werden, die faktisch nicht existieren. Das Ergebnis ist ein differenzierteres Bild, das auf Fakten beruht anstatt auf unbewussten Vorbehalten und Einstellungen und das bisher unbekannte Potenziale ans Licht bringt. So zeigen Erfahrungen aus Skandinavien, dass Vielfalt (Diversity) die Kreativität und die Klugheit einer Organisation fördert. Sie wird vitaler, flexibler und schneller, wenn die Themen „Mixed Leadership“ und „Mixed Teams“ berücksichtigt werden. Der Gender-Aspekt wirkt einer Betriebsblindheit entgegen und verstärkt die Kompetenzen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Das beobachteten auch die Verantwortlichen des Caritas-Verbandes Arnsberg-Sundern.

Gender-Statistik

Eine einfache Methode, verdeckte Tatsachen im Hinblick auf das Thema Gender sichtbar zu machen, ist die Gender-Statistik. „Tabellen, Torten- und Stapeldiagramme mit unterschiedlichen Farben für Frauen und Männer zeigen sehr deutlich, wenn es Geschlechterunterschiede gibt“, führt Herr Kellermann vom Caritas-Verband Arnsberg-Sundern aus. So könnten klare Botschaften signalisiert werden (s. Abb. 1 und 2).

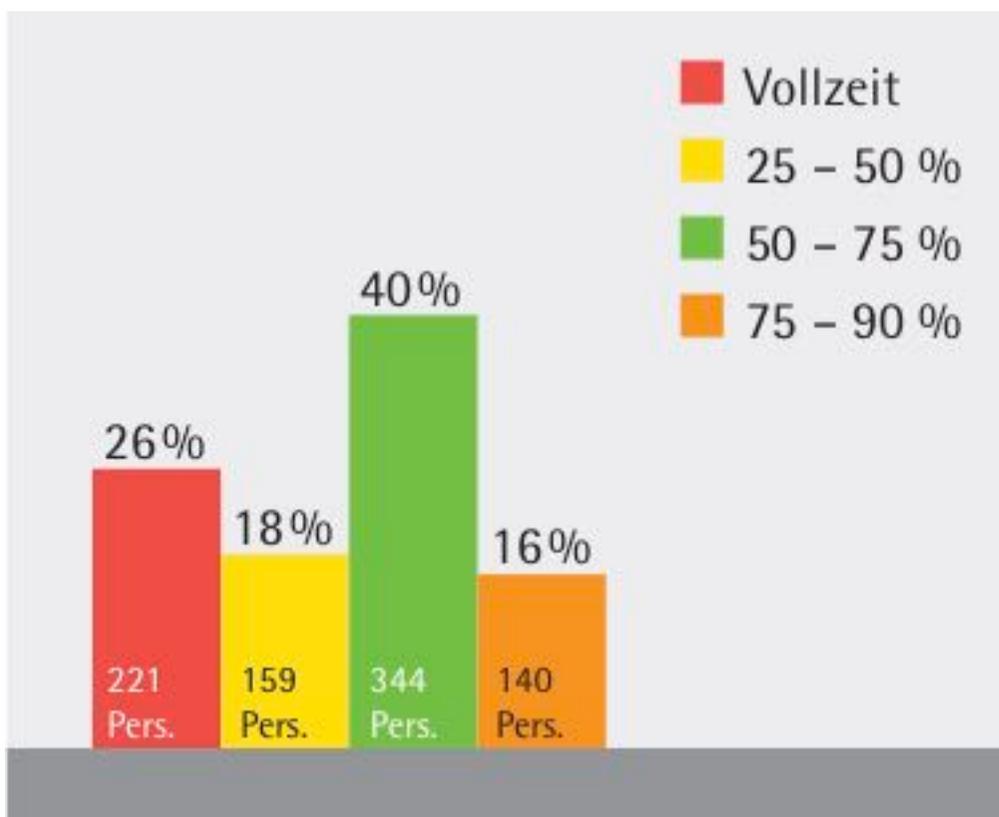


Abb. 1: Beschäftigungsumfang der Mitarbeiter (gesamt)

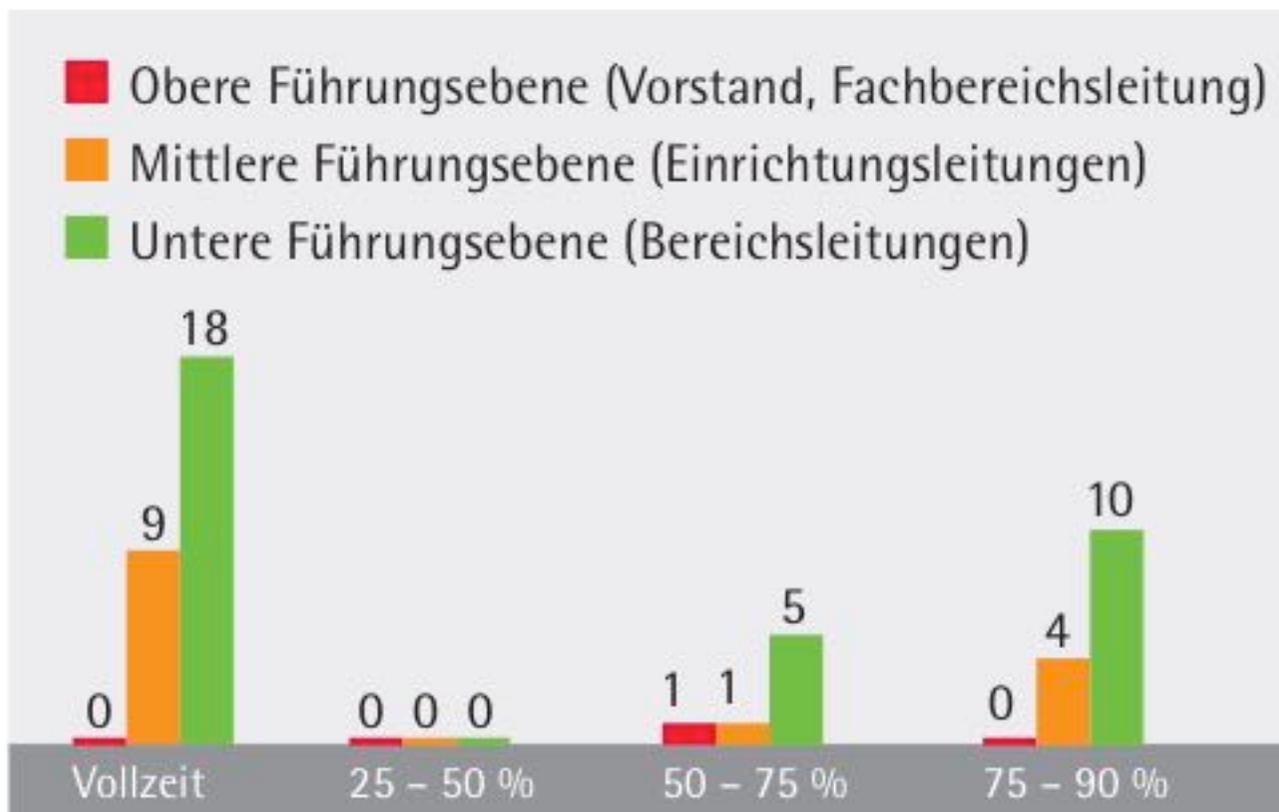


Abb. 2: Beschäftigungsumfang der Frauen in Führung nach Ebene

In Arnsberg wurden drei Bereiche angeschaut: Führungsebene, Beschäftigungsumfang (Voll- und Teilzeit) und Berufe/Tätigkeiten. Das damit verbundene Ziel ist die Anhebung der sogenannten kollektiven Intelligenz. Empirische Untersuchungen belegen, dass Männer und Frauen eine Entscheidung unterschiedlich vorbereiten, sie unterschiedlich schnell entscheiden und den „Follow-up“ organisieren. Ein Gender-Mix steigert in der Regel die Qualität von Entscheidungen und die Produktivität von Prozessen. Durch den Einsatz und die Analyse von Zahlen unter Genderaspekten bekommt man somit Impulse für die Optimierung der Organisation.

4R-Methode

Einen Schritt weiter geht die 4R-Methode. Sie beruht im Wesentlichen auf der zentralen Frage: Wer (Repräsentation) bekommt was (Ressourcen) und warum (Realität und rechtliche Situation)? In Arnsberg wird sie angewendet, um durch die Erfassung und Analyse täglicher Routineabläufe bestehende Ungleichheiten und Unterschiede aufzudecken.

Leitfragen sind: „Wer erledigt welche Arbeiten unter welchen Bedingungen?“ Und: „Wer greift in welchem Umfang auf welche Mittel zurück?“. Am Ende der Analyse steht der Einblick und die Offenlegung tief liegender Verteilungsmuster und der daraus initiierten Ideen, die eventuelle Ungleichheiten verändern können. Auf die Organisationsstruktur bezogen heißt das: Wie gestaltet sich die Geschlechterverteilung auf den verschiedenen Hierarchieebenen der Organisation? Wie ist ihr Einfluss auf die Entscheidungen? Wie sind die Ressourcen (Zeit, Geld, Fläche, Ausrüstung) zwischen Frauen und Männern verteilt? Wie ist diese Verteilung zustande gekommen? Warum sind die Ressourcen so

verteilt? Welche Normen haben welche Rolle gespielt? Die Antworten auf diese Fragen dienen als Grundlage für einen Handlungsplan mit Zielen, Aktivitäten und Zeitvorgaben. Es handelt sich um eine systematische Planung und Gestaltung der Geschlechterverhältnisse.

Ausblick

Sind im Rahmen des Gender Mainstreaming die Auseinandersetzungen immer wieder auch emotional aufgeladen, so birgt der „schwedische Ansatz“ die Chance, das Thema Gender durch die Erfassung und Auswertung messbarer Einheiten zu versachlichen. Organisationen können im Rahmen eines Personal- und Organisationsentwicklungsprozesses durch die benannten Ansätze und Tools stark profitieren. Das belegen sowohl die Erfahrungen in Skandinavien als auch die Erfahrungen innerhalb des Projekts AMPAQ. Stichworte sind dabei: Verbesserung der Qualität, bessere Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit sowie Steigerung der Arbeitgeberattraktivität und Leistungspotenziale. Der Ansatz ist praxisnah, mitarbeiterorientiert und auch ohne externe Unterstützung umsetzbar.

Nähere Informationen: www.ampaq.de

Die Autorinnen und Autoren

Patricia Drube, Altenpflegerin und Dipl.-Kauffrau ist Referentin für Unternehmerinnen und Unternehmer und für Langzeitpflege beim Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe Nordwest e.V.

Dr. Yvonne M. A. Steernberg von der Mathias Hochschule Rheine ist Politologin und Dipl.-Betriebswirtin, Wissenschaftlerin für Gender, Public Health, Systemtheorie und Globalisierung, Unternehmensberaterin und Coach für Diversity, Organisation und Personal, Change Management.

Dipl.-Kfm. Bo Bäckström ist gebürtiger Schwede und Geschäftsführer der Beratungsgesellschaft Albatross 78. Seine Wirkungsfelder sind Organisationserneuerung, Innovationsmanagement, Personalentwicklung und Gender.

Andreas Franke ist Partner und Senior Consultant der mpool group, Vorstandsmitglied des Weiterbildungsforums und Fachreferent für internationale Managementansätze mit dem Schwerpunkt Führung und Personalentwicklung, Modell- und Forschungsprojekte.

Andreas Schulte Hemming ist Mitglied des Vorstands und wissenschaftlicher Mitarbeiter bei Heureka-Net – Freies Institut für Bildung, Forschung und Innovation e.V. und Senior Consultant bei Kommasystem Unternehmensberatung GBR.



GENDERSENSIBLE PERSONALARBEIT IM KRANKEN- HAUS

Gendersensible Personalarbeit im Krankenhaus – Fachkräfte gewinnen und sichern

Christoph Bräutigam, Karin Scharfenorth, Laura Schröer

KLINIKPRO
GENDER 

Die sich öffnende Schere zwischen Arbeitskräfteangebot und -nachfrage bringt viele Kliniken in Schwierigkeiten und stellt sie vor die Frage, wie qualifiziertes Personal gewonnen, eingesetzt und gehalten werden kann. Dies gilt bereits für den ärztlichen Dienst, zunehmend aber auch für die Pflege. Rund ein Drittel der deutschen Krankenhäuser hat Besetzungsprobleme bei der Stationspflege, im Bereich der Intensivpflege sind es sogar 40%. Die Arbeitslosigkeit in NRW im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege ist so gering, dass sie einer Vollbeschäftigung entspricht. Prognosen für die kommenden Jahre weisen bereits jetzt auf einen steigenden Personalbedarf im Krankenhaus hin.

Ausfälle sind bei den extrem engen Stellenplänen und einer stark gestiegenen Arbeitsbelastung nicht mehr zu kompensieren. Oftmals kommt es zum Einsatz von Leiharbeitskräften. Der Personalarbeit im Krankenhaus kommt somit zwangsläufig eine zunehmend entscheidende Rolle zu. Als Defizite sind unter anderen zu nennen: das Fehlen berufsübergreifender Konzepte, die mangelnde systematische Verknüpfung von Organisations- und Mitarbeiterzielen, die geringe Flexibilität der Maßnahmen sowie die Tatsache, dass die Personalarbeit noch nicht als zentrales Element des Qualitätsmanagements und der Profilbildung gilt. Die Personalarbeit, noch vor wenigen Jahren als vernachlässigte Ressource in deutschen Krankenhäusern bemängelt, erlebt im Kontext des Fachkräftemangels heute einen enormen Bedeutungs- und Aufgabenzuwachs: über die verwaltenden Tätigkeiten hinaus zu mehr gestaltenden Funktionen.

Besonders im Fokus stehen dabei Maßnahmen der Personalgewinnung und der Personalbindung. Die Einrichtungen stehen vor großen, arbeitsintensiven und mit vielfältigen Unsicherheiten behafteten Wandlungsprozessen. Dabei werden nicht zuletzt auch Genderaspekte berührt. Über alle Berufsgruppen hinweg arbeiten in Krankenhäusern überwiegend Frauen. Daraus ergeben sich Fragestellungen, wie die nach einer stärkeren Beteiligung von Männern an der Gesundheitsarbeit oder der Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Weitere gleichstellungsrelevante Fragen beziehen sich auf die adäquate Besetzung von Führungspositionen durch Frauen oder auf das Wiedereingliederungsmanagement nach einer Familienphase.

Damit Krankenhäuser langfristig ihren Versorgungsauftrag erfüllen können, müssen Instrumente entwickelt werden, um auch in Zukunft ausreichend Fachkräfte zur Verfügung zu haben. Das Spektrum der Maßnahmen, die zur Fachkräftesicherung ergriffen werden können, ist breit und berührt unterschiedliche Handlungsfelder. Gendergerechte Personalgewinnung und Personalbindung wird zwar langfristig für Krankenhäuser im Zuge des Fachkräftemangels immer wichtiger werden, wird derzeit aber erst in Ansätzen praktiziert.

Projektpartner

- Institut für Arbeit und Technik
- Anstoß Fit durch Projekte UG (haftungsbeschränkt)
- Technologieberatungsstelle beim DGB NRW e.V.

Praxispartner

- Bergmannsheil und Kinderklinik Buer GmbH, Gelsenkirchen
- Elisabeth Krankenhaus GmbH Recklinghausen
- Klinikum Bielefeld gem. GmbH
- Klinikum Herford
- Kliniken der Stadt Köln gGmbH
- Universitätsklinikum Bonn

Projektziel

Es fehlen vor allem systematisch angelegte, übergreifende Konzepte. Hauptziel des Projektes klinik-PROgender ist daher die Entwicklung eines „Instrumentenkoffers gendersensible Personalarbeit im Krankenhaus“ in Verbindung mit einem „Quick-Check gendersensible Personalarbeit“. Bei dem Quick-Check handelt es sich um ein Analyse- und Entwicklungsinstrument, welches Krankenhäusern mit wenig Aufwand eine strukturierte Selbsteinschätzung ermöglicht. Dies unterstützt sie bei der Nutzung des Instrumentenkoffers zur Stärkung der gendersensiblen Ausrichtung ihrer Personalarbeit. Der Instrumentenkoffer bietet Instrumente und Handlungsempfehlungen, welche in der Praxis erprobt wurden. Da die Problemlagen von Krankenhäusern je nach Größe und Ausrichtung sehr heterogen sind, wurden zum Projektstart auf der Basis von Potenzialanalysen mit Beschäftigten verschiedener Berufe und Hierarchieebenen der jeweilige Stand der Personalarbeit erörtert und prioritäre Entwicklungsfelder identifiziert.

Einige relevante Themen, die von den Projektgruppen in den beteiligten Kliniken bearbeitet wurden, werden im Folgenden exemplarisch dargestellt.

Führung (Bonn)

Bei der Frage nach entscheidenden Einflussfaktoren auf eine gendersensible und -gerechte Unternehmenskultur und Personalarbeit ist die Führung im Krankenhaus ein bedeutendes Element. Führungskräfte nehmen besonderen Einfluss auf die Gestaltung der Strukturen, der Prozesse und der Organisationskultur. Damit prägen sie ihren Einflussbereich und sorgen – bewusst oder unbewusst – auch für mehr oder weniger Gendersensibilität. Damit auf diesem Weg gezielte Impulse für mehr Gendersensibilität gesetzt werden können, benötigen Führungskräfte auf allen Ebenen und in allen Berufen des Krankenhauses Anstöße und Gelegenheiten, ihr Führungshandeln zu reflektieren und sich neue Perspektiven zu erschließen.

Mitarbeitergespräche (Gelsenkirchen, Bielefeld, Köln)

In vielen Häusern werden Mitarbeitergespräche unterschiedlichen Charakters eingesetzt. Gendersensibilität sollte allerdings nicht nur auf dem Papier, in Form von Formularen und Anwendungshinweisen, bestehen. Entscheidend bei der Anwendung solcher Instrumente der Personalarbeit ist insbesondere auch die Reflexion ihrer Wirkung. Forschungsergebnisse zeigen beispielsweise, dass Mitarbeitergespräche zu einer Verminderung der Aufstiegswahrscheinlichkeit bei Frauen führen können.

Zusammenarbeit (Recklinghausen)

Die Zusammenarbeit im Krankenhaus wird durch vielfältige Aspekte geprägt. Berufskulturen und Kommunikationsmuster spielen dabei ebenso eine Rolle wie Macht, Status und Interessen. Dabei kommen nicht zuletzt auch Genderaspekte ins Spiel, z.B. die zahlenmäßige Dominanz von Frauen in der Pflege, ihre relativ geringe Repräsentanz in ärztlichen Leitungspositionen oder auch geschlechtertypische Kommunikations- und Verhandlungsweisen. Systematische berufs- und bereichsübergreifende Hospitationsmöglichkeiten können dazu beitragen, ein besseres Verständnis für die jeweils anderen aufzubauen und die Zusammenarbeit zu verbessern.

Mitarbeiterbefragung (Bonn)

In vielen Kliniken gehören Mitarbeiterbefragungen inzwischen zum Standardrepertoire. Die Erweiterung der Fragestellung um Themen der Work-Life-Balance usw. können wertvolle Hinweise auf die Arbeits- und Lebenssituation der Mitarbeiter/-innen liefern und so den Ausgangspunkt für eine Förderung von Gendergerechtigkeit bilden.

Darstellung Arbeitswelt Pflege (Herford)

Im Gegensatz zum allgemeinen Klischee ist das Aufgabenfeld beruflicher Pflege im Krankenhaus breit gefächert. Nicht nur vertikale Karrieren, also der Aufstieg in Führungspositionen, sind eine Option der Personalentwicklung, ebenso existieren vielfältige horizontale Entwicklungsoptionen, z.B. Spezialisierungen. Die originelle Präsentation dieser Vielfalt im Intra-/Internet bietet auch die Möglichkeit, gängige Rollenklischees hinterfragen zu helfen.

Die Ergebnisse und Erfahrungen mit erprobten Vorgehensweisen und Instrumenten fließen in den Instrumentenkoffer des Projekts ein, der online zur Verfügung gestellt wird.

Der Autor, die Autorinnen

Diplom-Pflegewissenschaftler Christoph Bräutigam ist wissenschaftlicher Mitarbeiter im Forschungsschwerpunkt Gesundheitswirtschaft und Lebensqualität am Institut Arbeit und Technik (IAT) der Westfälischen Hochschule, Gelsenkirchen. braeutigam@iat.eu

Dr. rer. soc. Karin Scharfenorth ist Geschäftsführende Gesellschafterin der Anstoß FIT durch Projekte UG (haftungsbeschränkt). scharfenorth@anstoss-dienstleistungen.de

Laura Schröer, Soziologin (B.A.), ist wissenschaftliche Hilfskraft im Forschungsschwerpunkt Gesundheitswirtschaft und Lebensqualität am Institut Arbeit und Technik (IAT) der Westfälischen Hochschule, Gelsenkirchen. schroeer@iat.eu



BETRIEBLICHE INTERESSENVERTRETUNGEN UND GENDER MANAGEMENT

Betriebliche Interessenvertretungen und Gender Management im Krankenhaus: Erfahrungen aus der Praxis

Michaela Evans, Stefani Mehring

KLINIKPRO
GENDER 

Krankenhäuser stehen unter erheblichem Reorganisationsdruck, um Qualität, Patientenorientierung und Wirtschaftlichkeit zu verbessern. Gleichzeitig sind die Einrichtungen gefordert, sich für Fach- und Führungskräfte als attraktiver Arbeitgeber zu empfehlen. In diesem Kontext gewinnen auch Maßnahmen geschlechtssensibler Personal- und Organisationsentwicklung an Bedeutung.

Herausforderungen gendersensibler Personalarbeit nicht als Führungskräfteproblem individualisieren

Eine gendergerechte und -sensible Personalarbeit ist in vielen Krankenhäusern noch die Ausnahme. In den vergangenen Jahren galt die Aufmerksamkeit vor allem Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Hierzu gehören etwa eine familiengerechte Dienstplangestaltung, die Verankerung der Vereinbarkeitsthematik im Leitbild, der Ausbau von Maßnahmen der Kinderbetreuung oder die Sensibilisierung von Führungskräften. Viele Maßnahmen bleiben auf einzelne Abteilungen ausgerichtet, ein hausinterner oder -übergreifender Transfer findet häufig nicht statt. Dies befördert Insellösungen. Zum anderen werden Kernthemen gendersensibler Personalarbeit strukturell ausgeblendet: Hierzu zählen etwa die Förderung von Frauen in der fachärztlichen Weiterbildung, die Erhöhung des Frauenanteils in Geschäftsführungs- und Leitungsfunktionen oder der Abbau geschlechtsspezifischer Entgeltdifferenzen in den Krankenhäusern. Darüber hinaus gehören auch Themen wie ein qualifikationsgerechter Arbeitseinsatz oder die Auseinandersetzung mit geschlechtsspezifischen Belastungen und Ressourcen im Arbeitsprozess auf die Agenda. Die Herausforderungen gendersensibler Personalarbeit drohen derzeit jedoch als Führungskräfteproblem „individualisiert“ zu werden. Kollektive Handlungsoptionen unter Mitwirkung betrieblicher Interessenvertretungen geraten so aus dem Blick.

„Neue Straßen bauen, statt Löcher stopfen“ – Dem Ressourcenkonflikt betrieblicher Interessenvertretungen begegnen

Im Projekt „klinikPROgender“ wird die Sichtweise der Interessenvertretung auf Probleme des Gender-Managements als eigener Aufgabenschwerpunkt bearbeitet. Dazu wurden zu Beginn des Projektes ein Literaturreview sowie qualitative, problemzentrierte Interviews mit den Interessenvertretungen der beteiligten Kliniken durchgeführt. Die Befragung hat gezeigt, dass die meisten Betriebs- und Personalrätinnen und -räte sowie Mitarbeitervertreter/-innen sehr erfahrene und engagierte Interessenvertretungen sind. Der Wunsch, Veränderungen aktiv zu gestalten, war ein häufig genannter Antrieb ihrer Arbeit. Dieser Wunsch zeigte sich jedoch schwierig durchzusetzen bei einem Tagesgeschäft, welches mit Blick auf Krankenstände oder arbeitsvertragliche Aufgaben immer umfangreicher wird und in dem das Lösen „akuter Notfälle“ im Mittelpunkt steht. Ein weiterer großer Druckpunkt aus Sicht der Interessenvertretungen ist die zunehmende Beschäftigung mit wirtschaftlichen Angelegenheiten und der Arbeitszeitgestaltung. Es dominiert die reaktive Vorgehensweise auf Initiativen der Unternehmensleitung mit der Folge, dass es für die betrieblichen Interessenvertretungen zunehmend schwieriger wird, sich mit strategischen arbeitspolitischen Themen zu beschäftigen.

Ähnlich schätzen die Interessenvertretungen auch die Möglichkeiten der Personalabteilungen ein. Diese können aufgrund der zum Teil geringen Personaldecke und vorhandener Qualifikationen häufig nur als Personalverwaltung agieren. Daher fällt es den Personalabteilungen aus Sicht der Interessenvertretungen schwer, sich proaktiv strategischen Themen zu widmen. Durch geringe Ressourcen auf Seiten der Interessenvertretungen und der Personalabteilungen kann vielfach nur wenig an strategischen Handlungsfeldern zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Beschäftigten gearbeitet werden. Erschwerend kommt der in fast allen Häusern spürbarer Kostendruck hinzu. „Neue Straßen bauen, statt Löcher stopfen“, so lässt sich die aktuelle Herausforderung aus Sicht betrieblicher Interessenvertretungen wohl treffend beschreiben.

In fast allen befragten Häusern ist das Themenfeld „Gender Mainstreaming“ bisher kaum Thema, ein systematisches Gender-Management findet kaum statt. Lediglich in den Kliniken mit Gleichstellungsbeauftragten (vier von acht Kliniken) wird das Thema Gender Mainstreaming so bearbeitet, dass es auch für die Interessenvertretung spürbar ist. Insgesamt schätzen die Interessenvertretungen den Bearbeitungsstand des Themas in ihren Häusern eher im unteren bis mittleren Bereich ein. Hindernisse in der Bearbeitung des Themas und der Umsetzung von Maßnahmen werden darin gesehen, dass es aufgrund des Tagesgeschäfts immer wieder hinten angestellt wird. Auch fehlen zum Teil Datengrundlagen, Know-how und die fachliche Vernetzung mit den Berufsgruppen auf den Stationen. Strategische Kooperationen zum Aufbau von Ressourcen sowie Strategien zur Stärkung der Handlungskompetenz betrieblicher Interessenvertretungen spielen bislang so gut wie keine Rolle. Dies birgt die Gefahr, dass das Thema Gender-Management seitens der Einrichtungen im Sinne der Arbeitgeberattraktivität zwar aufgegriffen, jedoch nicht strukturell verankert wird.

Interessenvertretungen als Sparringspartner bei der Umsetzung des Gender-Managements und anderer Veränderungsprojekte zu sehen und sie aktiv zu beteiligen, wird zukünftig immer wichtiger für Unternehmen werden, um Veränderungen erfolgreich und nachhaltig umsetzen zu können. Die Interessenvertretungen sind dabei ein wichtiges Bindeglied zwischen Leitung und Beschäftigten. Sie können helfen, die Sichtweise der Mitarbeitenden in die Veränderungsprozesse einzubringen, und damit eine nachhaltige Umsetzung fördern. Dies bedeutet jedoch auf der anderen Seite, dass die Ressourcen und Handlungskompetenz der Interessenvertretungen gestärkt werden müssen, damit sie diese Rolle übernehmen können.

Wie können betriebliche Interessenvertretungen gestärkt werden?

Zukünftig wird es für betriebliche Interessenvertretungen von Krankenhäusern noch wichtiger werden, sich innerhalb der Gremien nach Themenschwerpunkten aufzustellen und eine gezielte, strategische Personalentwicklung für die Interessenvertretung zu betreiben, um den steigenden Anforderungen gerecht werden zu können. Das bedeutet, dass sich die Arbeitsorganisation in den Gremien teilweise verändern und der/die Einzelne mehr Verantwortung für ihm/ihr übertragene Themenfelder übernehmen sollte. So ließen sich der steigende Arbeitsdruck und die Vielfältigkeit der Themen, mit

denen das Gremium sich beschäftigen muss, bewältigen und es könnten Ressourcen geschaffen werden, als Interessenvertretung Innovationen im Krankenhaus voranzutreiben.

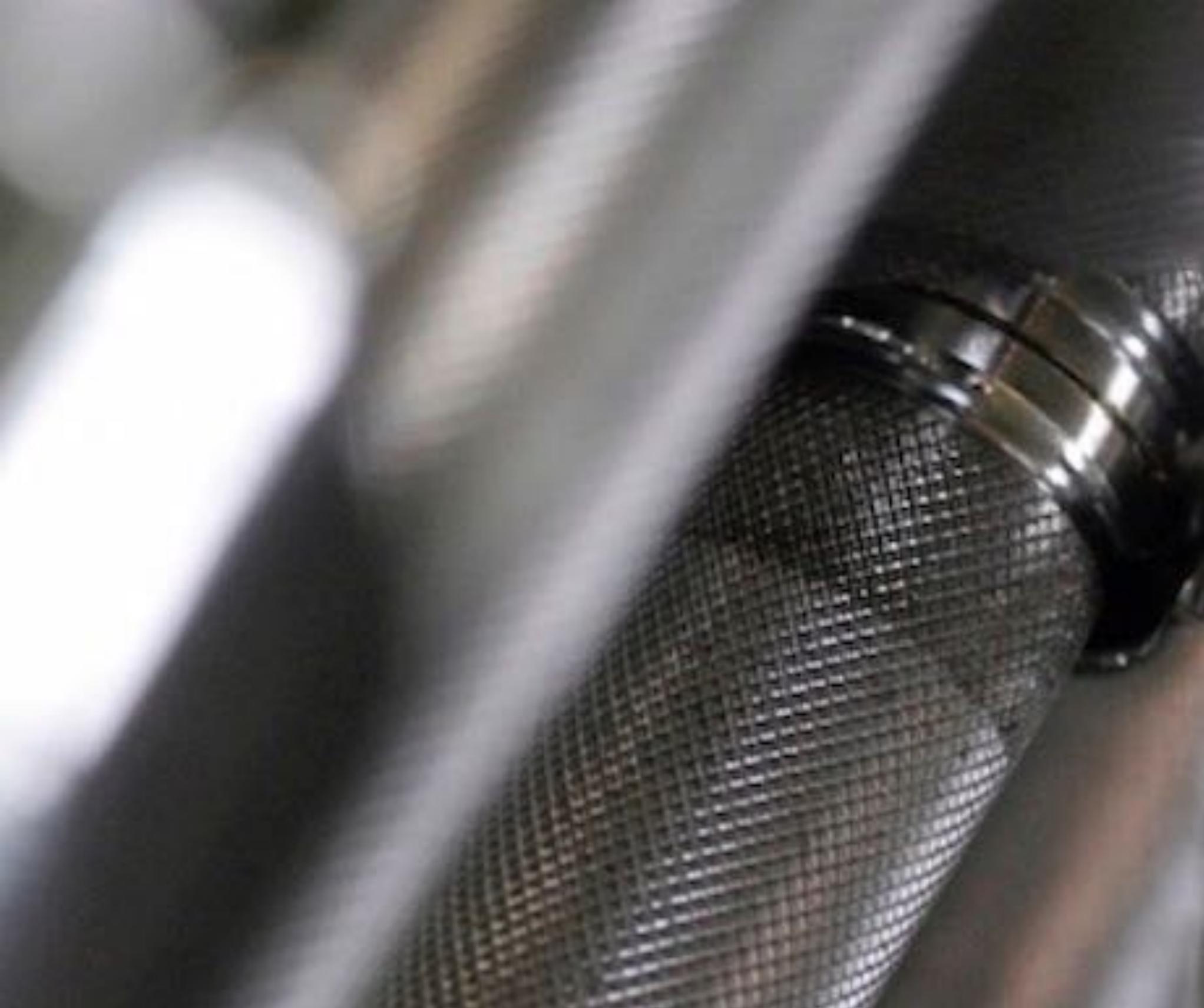
Innerbetriebliche und externe Kooperationspartner zu finden, kann eine weitere Unterstützungsmöglichkeit sein. Hier bieten sich neben den Gleichstellungsbeauftragten weitere wichtige Funktionsträger wie z.B. Geschäftsführungen, Personalverantwortliche, Pflegeleitungen und Ärzte an. Wird gemeinsam ein Ziel gefunden und daran gearbeitet, ergibt sich für alle Beteiligten eine Win-Win-Situation. Ein möglicher Start für diese Art der Zusammenarbeit ist die Beteiligung an sozialpartnerschaftlichen Projekten. Wird die Kooperation als konstruktiv und wertschätzend erlebt, so zeigte sich im Projekt klinikPROgender, gelingt die Zusammenarbeit wesentlich leichter und Maßnahmen des Gender-Managements können schneller und nachhaltiger umgesetzt werden.

Die Autorinnen

Diplom-Sozialwissenschaftlerin Michaela Evans ist wissenschaftliche Mitarbeiterin und Projektbereichsleiterin am Institut Arbeit und Technik (IAT) der Westfälischen Hochschule, Gelsenkirchen. Arbeitsschwerpunkte in Forschungs- und Entwicklungsprojekten sind Arbeitsgestaltung, Qualifizierung, Arbeitspolitik und Arbeitsbeziehungen in der Sozial- und Gesundheitswirtschaft. evans@iat.eu

Diplom-Pädagogin Stefani Mehring arbeitet an der Technologieberatungsstelle beim DGB in NRW e.V. (TBS NRW) und ist seit 15 Jahren in der Beratung tätig. Sie beschäftigt sich vor allem mit den folgenden Themenschwerpunkten: Beschäftigungsfähigkeit und betriebliche Potenzialentwicklung, Personal- und Organisationsentwicklung, Betriebliches Gesundheitsmanagement, Demografischer Wandel, Arbeitszeitberatung und Vereinbarkeit von Familie/Pflege und Beruf. stefani.mehring@tbs-nrw.de

www.klinikprogender.de



KURS AUF DIE VEREINBARKEIT VON FAMILIE UND BERUF

**Kurs auf die Vereinbarkeit von Familie und Beruf – ein Blick
auf Potenziale und Risikofaktoren bei Veränderungsprozessen
in Unternehmen der Gesundheitsbranche**

Helga Gessenich



Der systemische Blick auf Organisation und Person ist ein immanentes Erfolgselement von Veränderungsprozessen. Eine strategische Herangehensweise erfordert das Erkennen und Mitdenken von organisationalen Programmen, Verharrungstendenzen, Widerständen und Umweltfaktoren. Bei Gender-Med-AC arbeitete das Projektteam mit der Fragestellung, wie die beteiligten kleinen bis großen Unternehmen der Gesundheitsbranche Kurs auf die Vereinbarkeit von Familie und Beruf nehmen und halten können.

Behäbige Tanker

Krankenhäuser sind mit großen Tankern vergleichbar. Von außen und innen wirkende Kräfte bringen Tanker nicht leicht und effektiv auf einen neuen Kurs. Ein gewollter Kurswechsel mit vielen Mitfahrenden fordert allein durch Masse ausreichend Energie und Geduld. Ohne konsequentes, nachhaltiges und einheitliches Wirken von Schiffsführung, Führungscrew und Mitarbeitenden im Maschinenraum wird sich der Kurs kaum verändern lassen.

Andererseits braucht es enorme Kräfte, um einen Tanker zum Kentern zu bringen. Wenn die Küchenleitung mit der Küchencrew neue Rezepte entwirft, wird das den Beteiligten in der Küche (evtl. auch der Schiffsführung) Zeit und Arbeitseinsatz abverlangen. Dadurch wird sich allerdings kaum der Kurs ändern. Schlägt die neue Kost (oder etwas anderes) einigen auf den Magen, wird der Tanker davon nicht untergehen. Andererseits: Wenn neue Rezepte nicht nur entworfen, sondern auch serviert werden und auf breite Akzeptanz stoßen, können sie die Laune, Motivation und Arbeitsbereitschaft aller steigern.

Flotte Fregatte

Ambulante Dienste und stationäre Pflegeeinrichtungen sind in der Regel eher kleine und mittelständische Unternehmen (KMU). Ihr Kurs ist, wie bei einer kleinen Fregatte, schneller und leichter durch innere und äußere Energien beeinflussbar. Die gesamte Crew ist schnell an Deck und wirkt mehr oder weniger beim Kurswechsel mit, auch wenn die Schiffsführung Ruder und Ziel im Auge behält.

Das hat Vor- und Nachteile gegenüber dem Tanker. Viel schneller wirken Kräfte zu massiv und auf nicht passende Weise auf die kleine Fregatte ein und bringen sie in Seenot. Anders als der Tanker kann aber ein kleiner Kahn auch schneller wieder auf Fahrt gebracht werden.

An die Ruder

Der Produktionsprozess der Interaktionsarbeit im Gesundheitswesen findet in der Regel nach dem uno actu-Prinzip statt. Das Tätigsein mit Menschen im Hier und Jetzt ist nicht konservierbar und kann nicht auf Halde produziert werden, um Freiraum für andere Dinge zu schaffen. Dementsprechend kaum planbar sind Saure-Gurken-Zeiten, in denen leichter Personalressourcen für Projektarbeit bereitgestellt werden könnten.

Veränderungsprozesse machen Arbeit, sie erfolgen dann, wenn Notwendigkeit besteht und ein Anlass wahrgenommen wird. Ohne Förderprojekte, wie bspw. Gender-Med-AC, wären einige Maßnahmen in den beteiligten Unternehmen nicht zu diesem Zeitpunkt verfolgt worden. Projektthemen müssen dabei immer an akute Handlungsnotwendigkeiten andocken. Ansonsten kann Projektarbeit wie eine Strömung aus der falschen Richtung wirken und bei einem zu harten Kurs vor allem kleinere Schiffe in Seenot treiben.

Plant die Schiffsführung Veränderungsprozesse, bindet sie neben den eigenen auch immer Ressourcen der Mitarbeitenden. Vorab muss klar sein, wer sich bei einem Kurswechsel in die Riemen legen soll. Denn wenn die Ruderer ihre Kräfte bereits zu 100% ins Alltagsgeschäft einbringen, kann die Projektarbeit schnell sehr unbeliebt werden. Erst durch Partizipation und Handlungsspielraum der Mitarbeitenden steigen Bereitschaft und Engagement, Veränderungsprozesse mitzutragen, deutlich an.

Um kontinuierliche Projektarbeit zu gewährleisten, müssen personelle Kapazitäten nicht nur bereitgestellt, sondern auch geschützt werden. Kleine bis große Unternehmen haben unterschiedlich starke personelle Restriktionen. Thema und Bearbeitung müssen folglich zur Unternehmensgröße und den verfügbaren Kapazitäten passen. Geschäftsführungen sollten unter Beachtung verfügbarer Ressourcen die Rollen der Mitwirkenden auch ihren Fähigkeiten entsprechend planen.

Die Bedeutsamkeit kleiner Maßnahmen wird dabei häufig unterschätzt. Eine wichtige Erkenntnis vor allem kleinerer Unternehmen war, dass auch kleine Kursänderungen Wirkung zeigen und langfristig zum Erfolg führen.

Handlungsempfehlungen für Krankenhäuser

Die scheinbare Unempfindlichkeit größerer Unternehmen gegen Umwelteinflüsse bringt nicht nur Vorteile. Die Kommunikation ist durch mehr Hierarchieebenen und hohe Mitarbeiterzahlen komplexer. Umso wichtiger ist es, Stakeholder, bspw. die Mitarbeitervertretung, von Anfang an einzubeziehen. Ziel ist, sie ins Boot zu holen und für die Kursänderung zu gewinnen. Auch die Gesamtcrew muss informiert und beteiligt sein, da die Betroffenen selbst Expertinnen und Experten für positiv wirkungsvolle Verbesserungsprozesse sind.

Aufgrund hoher Mitarbeiterzahlen und verschiedener Kompetenzbereiche ist es ratsam, im Projektleitungskreis alle Hierarchieebenen und Professionen zu berücksichtigen. Multiprofessionelle Arbeitsgruppen mit Mitwirkenden aller Hierarchieebenen sind wie gute Triebfedern im Maschinenraum für Veränderungsprozesse. Treffen aufgrund der Multiprofessionalität und des Hierarchiemixes viele Perspektiven aufeinander, muss genügend Zeit zur Teamfindung eingeplant werden: lieber zunächst kleinere Veränderungsprozesse zum passenden Zeitpunkt anstoßen. Der richtige Kurs ist dann eingeschlagen, wenn Erfolge spürbar sind, Verharrungstendenzen überwunden werden und sich die Mitarbeiteraktivität durch positive Effekte und steigendes Engagement im Sinne des gewünschten Kurswechsels bemerkbar macht.

Handlungsempfehlungen für KMU im Gesundheitswesen

Zur erfolgreichen Personal- und Organisationsentwicklung bedarf es auch in mittleren Pflegeunternehmen mit ca. 200 Mitarbeitenden der Partizipation aller Hierarchieebenen. Anders als beim Großtanker Krankenhaus sind in stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Diensten jedoch deutlich weniger Berufsgruppen beschäftigt. Bei der Initiierung von Arbeitsgruppen herrscht häufig mehr Einigkeit und durch ähnliche Bedarfslagen findet eine Teamfindung schneller statt.

Je kleiner ein Unternehmen, desto wichtiger ist es, die Projektarbeit an die oft mit wenig Spielraum bemessenen personellen und finanziellen Ressourcen anzupassen und kleine Kursänderungen als lohnendes Ziel zu sehen. Es gilt: lieber weniger wollen und kleine Kurskorrekturen Richtung Ziel verfolgen als zu hart am Wind segeln und Schiffbruch riskieren! Mitarbeitende müssen durch Veränderungsprozesse spürbare Erfolge erfahren. Flexibilität und Kreativität sind gerade bei kleineren Unternehmen wichtige Faktoren. Das Endziel kann im Blick bleiben, auch wenn durch Umwelteinflüsse und nicht kalkulierbare Ressourcenengpässe immer wieder kleine Kurskorrekturen notwendig werden.

Ein familiärer Charakter kann als positiver Bindungsfaktor genutzt werden, da kleinere Betriebsgrößen mit weniger Hierarchieebenen arbeiten. Das vereinfacht die Kommunikation und Information der Mitarbeitenden.

Ein zum Unternehmen passender Kurs und Ressourceneinsatz ist ein Erfolgsfaktor bei Veränderungsprozessen in Richtung Vereinbarkeit von Familie und Beruf.

Literaturhinweise

Gärtner, H.W. (1997). Das Krankenhaus als System. In E. Zwierlein (Hrsg.), Klinikmanagement. Erfolgsstrategien für die Zukunft, S. 119-138. München, Wien, Baltimore: Urban& Schwarzenberg.

Gärtner, H.W. (2008). Schwerfälliger Tanker oder flotte Fregatte? Zur Veränderungsfähigkeit von sozialen Organisationen. In N. Schuster (Hrsg.), Management und Theologie. Führen und Leiten als spirituelle und theologische Kompetenz, S.77-88. Freiburg: Lambertus.

Titscher, S., Meyer, M. & Mayrhofer, W. (2008). Organisationsanalyse. Konzepte und Methoden. Wien: Facultas.

Die Autorin

MA Pflegemanagement, Dipl.-Pflegerin (FH) Helga Gessenich arbeitete für das Projekt Gender-Med-AC als wissenschaftliche Mitarbeiterin bei der StädteRegion Aachen Amt für Altenarbeit. Aktuell ist sie im Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip) sowie als Dozentin tätig. Bei ihren Lehrtätigkeiten konzentriert sie sich auf Themen der Personal- und Organisationsentwicklung in der Pflege.



FAMILIE UND BERUF VEREINBAR GESTALTEN

Können wir alles haben?

Familie und Beruf für Mütter und Väter vereinbar gestalten

Claudia Bessin, Claudia Nick



Das Projekt Gender-Med-AC befasst sich mit der Vereinbarkeit von Familie und Beruf in Einrichtungen der Gesundheitswirtschaft. Obwohl Pflege mit einem Frauenanteil von rund 83% nach wie vor maßgeblich weiblich ist, zeigt ein Blick auf die Geschlechterverteilung auf Leitungsebene, dass die Anzahl der Frauen mit steigender Hierarchieebene sinkt. Gleiches gilt für das Geschlechterverhältnis bei Medizinstudentinnen und -studenten und Chefärztinnen und Chefärzten. Folglich besteht eine Projektmaßnahme darin, Ursachen zu erörtern sowie Karrierechancen zu erhöhen.

Sind Familie und Karriere geschlechtsspezifische Domänen?

Die Beobachtung, dass Frauen es nicht in die Chefetagen schaffen, wird bereits länger in unterschiedlichen Branchen gemacht. Häufig herangezogene Erklärungen sind beispielsweise das Konstrukt der gläsernen Decke oder die Elternzeit und die häufig damit einhergehende Teilzeitbeschäftigung im Anschluss. Neuere Studien untersuchen weitere Einflussfaktoren wie fördernde und hemmende Aspekte im Rahmen gezielter Personalentwicklung. Innerhalb des Projekts zeigt sich, dass sogar in den familienfreundlichen Einrichtungen, welche ihren Mitarbeitenden bereits Unterstützungsmaßnahmen anbieten, die Anzahl weiblicher Führungskräfte lediglich auf operativer Ebene etwas höher ist. Woran liegt das?

Mögliche Ursachen – doch das Geschlecht?

Anstatt bei der Suche nach Antworten gleich Unterschiede zwischen Mann und Frau in ihren Eigenschaften zu manifestieren (Männer wollen Karriere machen und Frauen nicht), sollte gefragt werden: Was braucht es für eine gute Vereinbarkeit von Familie und Beruf – unabhängig vom Geschlecht?

Zeit ist vermutlich das kostbarste Gut des Menschen – Kinder und Karriere fordern beide ihren Teil davon ein. Familiäre und berufliche Aufgaben/Verpflichtungen lassen sich gut unter einen Hut bringen, wenn man Möglichkeiten hat, sich seine Zeit selber einzuteilen und gewisse Aufgaben flexibel und ortsunabhängig zu erledigen. Die deutsche Gesundheits- und Pflegebranche mit ihrem hohen Maß an Überstunden, geforderter Flexibilität und Ortsgebundenheit kann genau dies nicht erfüllen. Wenn beide Partner folglich zeitlich und räumlich an ihre Arbeit gebunden sind, sich keine familiären Lösungsansätze anbieten und externe Betreuungsangebote die Bedürfnisse nicht ausreichend abdecken, wird die Doppelrolle „Elternteil – Arbeitnehmer/-in“ schnell zur Doppelbelastung, in der kaum Luft für Karriere bleibt.

Aktuell scheint ein Höherkommen auf der Karriereleiter noch gleichbedeutend mit einem Anstieg der eigenen Arbeitszeit zu sein. Von Führungskräften wird in der Regel erwartet, „(...) dass sie sich überdurchschnittlich (...) engagieren und bereit sind, längere Arbeitszeiten zu leisten“ (Holst, Busch & Kröger, 2012). Um da eine zufriedenstellende Balance von Familie und Beruf zu finden, gilt es für jedes Elternteil, das Können (Wie viel Zeit kann ich meine Kinder anderweitig betreuen lassen, um Zeit in meine Karriere zu investieren?) und Wollen (Wie viel Zeit will ich selber mit meinen Kindern verbringen?) abzuwägen. Diese grundlegende Problematik wird sich nicht ändern, solange sich arbeits- und gesellschaftspolitisch nichts an dieser Erwartungshaltung an Führungskräfte ändert.

In der Genderbetrachtung von Führungspositionen wird dies oft inkorrekt dargestellt! Meist werden Zahlen aufgeführt, die belegen, dass männliche Führungskräfte häufiger Ehepartner und Kinder haben als weibliche Führungskräfte (bspw. Hohner, Grote & Hoff, 2003), woraus geschlossen wird, dass Männer „beides haben können“. Um eine repräsentative Darstellung zu erhalten, müsste nicht auf das alleinige Vorhandensein geschaut werden, sondern viel mehr die Frage gestellt werden, wie viel Zeit diese männlichen Führungskräfte mit ihrer Familie verbringen und wie zufrieden sie damit sind. Laut Führungskräfte Monitor wünschen sich Führungskräfte geringere Arbeitsstunden und in der neuesten Meinungsumfrage „Wunschväter in Deutschland“ der Väter gGmbH (2014) wird deutlich, dass mehr Männer gerne mehr Zeit für ihre Familie hätten.

Was Gleichstellung bei der Vereinbarkeit von Familie und Beruf wirklich bedeutet

Bei der Frage nach Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist es also grundlegend wichtig anzuerkennen, dass es in der Regel für die Betroffenen kein Problem darstellt, Kinder und Karriere zu haben, sondern dass es um die Schwierigkeit geht, eine ausgewogene und zufriedenstellende Zeitaufteilung zwischen beidem zu finden.

Maßnahmen aus dem Projekt

Im Rahmen des Gender-Med-AC-Projekts wurde versucht, sowohl Einzellösungen (wie spezielle Angebote zur Betreuung von Kindern, alternative Arbeitszeiten oder auch Maßnahmen zur Unterstützung von Mitarbeitenden, die Angehörige pflegen und ähnliches) anzubieten als auch Arbeitgeber und Arbeitnehmer für die breiteren Problemfelder zu sensibilisieren.

Insbesondere die Aspekte „Karriereförderung für Frauen“ und der „Kontakterhalt zu Berufsunterbrecherinnen und -unterbrechern“ waren von Beginn an zentrale Kernpunkte des Projektes, welche auch überbetrieblich behandelt wurden. In diesen breit angelegten Arbeitspaketen sowie in den einzelnen Arbeitsgruppen konnten wir die Themen gemeinsam mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchten und ausloten. In diesen Gesprächen wurde deutlich, dass es sich bei der Vereinbarkeit von Familie und Beruf um ein komplexes Geflecht von Erwartungen, Wünschen und Möglichkeiten handelt. Gleichzeitig zeigte sich, dass die unterschiedlichen Themen enger miteinander verzahnt sind als zunächst angenommen. Die Themen Berufsunterbrechung und Vereinbarkeit von Familie und Beruf wirken sich unmittelbar auf Karriere bzw. Karriereentscheidungen aus. Dies implizierte für unsere Arbeit im Projekt, dass wir für eine erfolgreiche Bearbeitung des Arbeitspakets „Karriereförderung für Frauen“ vor allem auch in den anderen Arbeitspaketen eine erfolgreiche Basis schaffen mussten. Denn es ist leider nur den allerwenigsten mit Einzelmaßnahmen wie Coachingangeboten geholfen. Während unserer Projektarbeit wurde stets klarer, dass der ganze Rahmen für eine Chancengleichheit bei Karriere und Familienzeit stimmen und gesetzt werden muss.

Dies bedeutete für das Projekt zum einen, dass wir uns den Grenzen unserer Möglichkeiten bewusst werden mussten. Themen wie „gleichberechtigte Gehälter“ oder „Erwartungshaltung gegenüber Führungskräften bezogen auf ihr zeitliches Engagement“ haben einen großen Einfluss auf die Entschei-

dungsfindung in Familien, wie Kinder und Beruf miteinander vereinbar sind bzw. ob Raum für Karriere bleibt. Und diese Aspekte liegen leider außerhalb unseres direkten Wirkkreises. Zum anderen bedeutet das Anerkennen von Grenzen, dass die Projektarbeit entsprechend zielgerichteter gestaltet werden kann, mit dem Fokus auf Aspekten, welche beeinflussbar sind. Wir haben im Rahmen des Projektes versucht, für das Thema zu sensibilisieren und es immer wieder an gegebener Stelle mit den verschiedenen Projektpartnern und Arbeitsgruppenmitgliedern diskutiert. Ziel war es, bei den Beteiligten ein Bewusstsein dafür zu schaffen, dass mit den einzelnen einrichtungsinternen Projekten zwar wichtige Teilaspekte und -voraussetzungen für eine erfolgreiche Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie eine Chancengleichheit bei der Karriere erreicht werden, dass diese alleine allerdings nur bedingt Erfolg in den genannten Bereichen gewährleisten.

Literatur

Hohner, H.-U., Grote, S. & Hoff, E.-H. (2003). Geschlechtsspezifische Berufsverläufe: Unterschiede auf dem Weg nach oben. Deutsches Ärzteblatt 2003, 100: A 166-169 (Heft 4); HSt RCA 3/2003.

Holst, E., Busch, A. & Kröger, L. (2012). Führungskräfte-Monitor 2012, Update 2001-2010. Verfügbar unter: http://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.407592.de/diwkompakt_2012-065.pdf [19.08.2014].

Die Autorinnen

Claudia Bessin (M.Sc. A&O Psychologie) und Claudia Nick (M.A.), Sprach- und Kommunikationswissenschaftlerin und Psychologin, sind wissenschaftliche Mitarbeiterinnen der MA&T Sell & Partner GmbH, Aachen.



ORGANISATIONS- ENTWICKLUNG ANSTOßEN, NICHT ÜBERSTÜL- PEN

Organisationsentwicklung von außen anstoßen, aber nicht überstülpen – der Ansatz der Aachener Region

Paul Fuchs-Frohnhofen



Das Projekt „Gender-Med-AC“ ist der Beitrag der Aachener Region auf eine Ausschreibung des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA) aus dem Jahr 2010. Ziel des Projektes war es, genderorientierte Entwicklungsprojekte in zwei Krankenhäusern, zwei ambulanten Diensten und drei stationären Altenpflege-Einrichtungen anzustoßen und umzusetzen. So sollte auch ein Entwicklungsimpuls für zahlreiche weitere Einrichtungen der Gesundheitswirtschaft in der Aachener Region und darüber hinaus gegeben werden.

In der Bekanntmachung des MGEPA (2010) hieß es u.a.: „Gefördert werden sollen Projekte, die auf eine familienfreundliche und geschlechtergerechte Personalpolitik abzielen, (...) (und) Maßnahmen zur Förderung einer familien- und geschlechtergerechten Unternehmenskultur durch verbesserte Führungskompetenz.“

Auf diese Bekanntmachung hat das Gender-Med-AC-Konsortium (Stadt Aachen, Städteregion Aachen, dip e.V. Köln, MA&T Sell & Partner GmbH Würselen, KatHo Aachen) reagiert und einen Wettbewerbsbeitrag eingereicht, der den Vorerfahrungen der Antragsteller und der Situation in der Gesundheitsregion Aachen Rechnung trägt. Dabei ist zusammengefasst das folgende Projektziel benannt worden:

„Ziel des Projektes „Gender-Med-AC: Arbeit, Familie und Karriere in innovativen Unternehmen der Gesundheitsregion Aachen“ ist es, die Zukunftsfähigkeit von Praxisunternehmen der Gesundheitswirtschaft im Hinblick auf ihre Wettbewerbsfähigkeit sowie den drohenden Fachkräftemangel zu fördern. Hierzu werden, basierend auf einer regionalen Ausgangsanalyse, gezielte Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung kombiniert mit Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf und der Karriereförderung von Frauen umgesetzt.“ (Antrag „Gender-Med-AC“ des Konsortiums aus der Gesundheitsregion Aachen, Stand 23.09.2011.)

Zu Beginn des Organisationsentwicklungsprozesses existierten also für die beteiligten Einrichtungen zwei externe Vorgaben – nämlich die Ausschreibung des Ministeriums und der Antrag des Aachener Konsortiums. Gleichzeitig verfolgte aber das Projekt ein Konzept von Organisationsentwicklung, die prozesshaft und evolutionär verläuft, um das Potenzial zu aktivieren und zu erweitern, das in einer Organisation und bei ihren Mitgliedern enthalten ist (Janes et al., 2001).

Von der konkreten Vorgehensweise her wurde mit den Praxispartnern vereinbart, den Weg des teambasierten Projektmanagements (Unger & Fuchs-Frohnhofen, 2000) als Leitlinie für das Vorgehen zu wählen, welcher auf eine hohe Partizipation der Praxispartner und deren Mitarbeiter setzt. Damit wurde an gute Erfahrungen mit dieser Vorgehensweise in der Gesundheitsregion Aachen im Rahmen des PIA-Projektes (PIA = Pflege-Innovationen in der Gesundheitsregion Aachen) sowie an weitere Projekterfahrungen bei MA&T und in der Städteregion Aachen angeknüpft (Borutta & Fuchs-Frohnhofen, 2011).

Entsprechend dieses Konzeptes wurde in allen Praxiseinrichtungen auf pragmatische Weise der folgende Projektablauf realisiert:

- Vorbesprechung, Auftaktveranstaltung/Kick-off,
- Bildung eines Projektlenkungskreises pro Einrichtung,
- Bestimmung der Projektschwerpunkte und der entsprechenden Grobziele,
- Ist-Analyse auf Basis der Befragung der KatHO Aachen (+ bei Bedarf ergänzende Interviews),
- Zielbestimmung und Schwerpunktsetzung in der Einrichtung,
- Erarbeitung von Lösungen u.a. in Arbeitsgruppen unter Mitarbeiterbeteiligung,
- Auswahl und Umsetzung von geeigneten Lösungen,
- Zwischen- und Endauswertung,
- iteratives Vorgehen.

Trotz der unterschiedlichen Schwerpunkte, die in den Einrichtungen auf der Basis der Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung festgelegt wurden, waren die Projektphilosophie und das Projektmanagement bei jeder Einrichtung vergleichbar. Es konnte erreicht werden, dass Praxisvertreter/-innen und Forschungspartner/-innen im Gender-Med-Projekt gleichberechtigt und kooperativ für eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf in den Einrichtungen tätig wurden und dass die folgenden Prinzipien in der Projektarbeit umgesetzt wurden:

- Partizipation von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und Leitung/Führungskräften
- Die Einrichtung bestimmt die Schwerpunkte auf der Basis der Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung.
- Begleitung gibt Anregungen, moderiert und unterstützt.
- Themenspektrum des Gesamtprojekts Gender-Med als Rahmen
- So viel Begleitung wie nötig, „damit etwas passiert“,
- so wenig Begleitung wie möglich, damit den Einrichtungen keine Themen und Vorgehensweisen von außen übergestülpt werden.

Die Projektstruktur zeichnete sich dabei insbesondere durch zwei Strukturelemente aus: erstens Projektlenkungskreise, bei denen – i.d.R. moderiert durch die externe Projektbegleitung – Führungskräfte, Geschäftsführung und Mitarbeitervertretung zusammensaßen, um die strategische Ausrichtung der Projektziele zu klären, und zweitens Projektgruppen, in denen auf operativer Ebene interessierte Mitarbeiter/-innen und Mitglieder des Projektlenkungskreises konkrete Maßnahmen ausarbeiteten und – nach Rückkopplung mit dem Projektlenkungskreis – auch umsetzten.

Sowohl Projektablauf als auch Projektstruktur wurden dann situationsspezifisch in jeder Einrichtung so angepasst, dass sie zieladäquat blieben und sich an den Möglichkeiten und Ressourcen der jeweiligen Einrichtung orientierten.

Das Gender-Med-AC Projektteam überblickte den Fortschritt in allen Einrichtungen und ermöglichte einrichtungsübergreifendes Lernen, die Projektlenkungs-kreise in den Einrichtungen kontrollierten die Umsetzung der Einrichtungsziele und die Arbeitsgruppen konzentrierten sich jeweils auf die Umsetzung spezifischer Maßnahmen zur Zielerreichung.

Fazit

Im Projekt Gender-Med-AC wurde ein Ansatz der Organisationsentwicklung gewählt, bei dem die Praxisorganisationen und ihre Mitglieder einerseits befähigt und motiviert wurden, eine interne Organisationsentwicklung durchzuführen und dabei das Potenzial zu aktivieren und zu erweitern, das in den Organisationen und bei ihren Mitgliedern vorhanden ist. Andererseits wurden sie dabei unterstützt, die Anforderungen einer externen Umwelt – hier des Gender-Med-AC-Konsortiums mit seinen Projektzielen – reflexiv aufzugreifen und einrichtungsadäquat umzusetzen.

Dabei waren die Partizipation der Mitarbeiter/-innen und Führungskräfte und eine behutsame und kooperative Begleitung durch das externe Projektteam wichtige Leitprinzipien. Die Ergebnisse (Calì et al., 2014) in den verschiedenen Teilprojekten (zwei Krankenhäuser, zwei ambulante Dienste, drei stationäre Pflegeeinrichtungen) zeigen, dass es so gelungen ist, in dem Spannungsfeld zwischen externen Projektvorgaben und internen Zielen der Führungskräfte und Mitarbeiter/-innen in den Einrichtungen erfolgreiche Praxisprojekte umzusetzen.

Literatur

Borutta, M. & Fuchs-Frohnhofen, P. (2011). Hinweise zum Vorgehen in einem betrieblichen Innovationsprojekt – von der Ist-Analyse bis zum Einbringen der Ergebnisse in die tägliche Routine. In P. Fuchs-Frohnhofen, S. Dörpinghaus, M. Borutta & C. Bräutigam (Hrsg.), Projekt PIA – Pflege-Innovationen in der Gesundheitsregion Aachen, S. 177-188. Marburg: Tectum Verlag.

Calì, U., Fuchs-Frohnhofen, P., Gessenich, H., Isfort, M., Stock, C. (Hrsg., 2014). Aus der Praxis für die Praxis – Arbeit, Familie und Karriere in innovativen Unternehmen der Gesundheitsregion Aachen. Marburg: Tectum Verlag.

Janes, A., Prammer, K., & Schulte-Derne, M. (2001). Transformationsmanagement – Organisationen von Innen verändern. Wien, New York: Springer.

Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (2010). IuK & Gender Med.NRW. Gesucht: Die besten Ideen für Information, Kommunikation und Qualität in einem geschlechtergerechten Gesundheitswesen; Wettbewerbsaufruf vom 27.12.2010.

Sistenich, D. & Unger, H. (2002). Teambasiertes Projektmanagement. In P. Fuchs-Frohnhofen (Hrsg.), Arbeitsorientierte Modernisierung. Konzepte, Umsetzung, Praxisbeispiele, S. 187-210). Mering: Rainer Hampp Verlag.

Unger, H. & Fuchs-Frohnhofen, P. (2000). Zielsysteme bei Reorganisationsprojekten. In W. Bungard & O. Kohnke (Hrsg.), Zielvereinbarungen erfolgreich umsetzen, S. 233-245. Wiesbaden: Gabler-Verlag.

Der Autor

Dr. Paul Fuchs-Frohnhofen ist Geschäftsführer der MA&T Sell & Partner GmbH, Würselen. Seine Arbeitsschwerpunkte sind Forschung, Beratung und Qualifizierung in Industrie und Dienstleistung zu verschiedenen Themen der Arbeitsgestaltung sowie Organisations- und Personalentwicklung.

fuchs@mat-gmbh.de



WORK-LIFE-BALANCE IN EUROPÄISCHEN KRANKENHÄUSERN

Arbeitszufriedenheit und Work-Life-Balance in europäischen Krankenhäusern – Ein Reisebericht

Bernd Benikowski, Christiane Weiling

Neue Ideen lassen sich nicht nach einem festgelegten Arbeitsplan erzeugen. Es gibt keinen Algorithmus für Innovation. Der Wandel benötigt manchmal Brüche und Perspektivwechsel und das Hinterfragen althergebrachter Erfahrungen. Jeder, der Organisationen bei Veränderungsprozessen begleitet hat, weiß um die Beharrungskräfte und Abwehrmechanismen einer Institution. Etwas Neues zu realisieren, ist immer auch mit Unsicherheiten verbunden, da Neuland betreten wird und noch keine exakten Bewertungen und Erfahrungen vorliegen. Wer neue Ideen verwirklichen möchte, beginnt eine kleine Reise ins Ungewisse. Die Entscheidung zu einer Veränderung sollte auf guten Überlegungen und fundierten Informationen basieren, letztlich wird aber niemand mit Sicherheit die Wirkungen hervorsagen können. Der Wandel basiert auf einer hohen Wahrscheinlichkeit, aber nicht auf vollständiger Sicherheit.

Wer Innovationen möchte, muss sich auf eine Reise vorbereiten, die nicht im Detail planbar ist, sondern immer wieder Kurskorrekturen und Anpassungsmanöver erfordern wird. Die Idee des Projektes MedLife war die Suche nach innovativen Arbeitsansätzen in anderen europäischen Ländern, um Arbeitszufriedenheit und Work-Life-Balance in Krankenhäusern zu verbessern. Es war zu Beginn dieser „Reise nach neuen Ideen“ klar, dass es nicht darum gehen würde, fertige Konzepte oder Methoden zu importieren. Die Suche war nicht nur auf Ergebnisse ausgerichtet, sondern vielmehr darauf, wie diese Ideen entstehen konnten. Wichtig war die Frage, wie denn eigentlich diese innovativen Ansätze entstanden sind, wer die ersten Impulse gegeben hat und wie man sich in der Organisation auf neue Abläufe geeinigt hat.

Selbstverständlich gab es dazu im Modellprojekt MedLife ein systematisches Vorgehen. In drei ausgewählten europäischen Kliniken sollten innovative Ansätze zur Verbesserung der Arbeitsprozesse und der Work-Life-Balance aufgespürt und verstanden werden. Fallstudien waren ein Instrument, um einen methodisch abgesicherten Rahmen zu ermöglichen, aber andererseits auch einen sehr breiten Erfahrungsfokus zu ermöglichen. In allen Kliniken wurden Dutzende von strukturierten Interviews mit allen Professionen und Hierarchien geführt, aber auch zahlreiche informelle Gespräche. Viele Informationen konnten im systematischen Vorgehen gesammelt werden, aber erst in den vielen vertrauensvollen Kontakten mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern kamen Haltungen zu Tage, die wohl die Voraussetzung für Innovationen sind: Vertrauen, Neugier und Motivation.

Es wurden Fallstudien in drei ganz unterschiedlich strukturierten Krankenhäusern durchgeführt), um von möglichst vielen guten Ideen zu lernen: der Sahlgrenska University (Sahlgrenska Universitetssjukhuset) in Göteborg (Schweden), den Isala Klinieken Zwolle (Niederlande) und dem Centre Hospitalier Intercommunal de la Lauter de Wissembourg (Frankreich).

Tatsächlich gab es in allen diesen Krankenhäusern Ansätze, die sehr interessant und beispielhaft für die deutschen Partnerkrankenhäuser waren. In Göteborg wurde ein individuelles Arbeitszeitmodell mit Pflegekräften entwickelt und implementiert, das Flexibilität und Verlässlichkeit in intelligenter Weise verknüpft. Die Methodik war gut zu dokumentieren, aber genauso interessant war die Vorgeschich-

te. Wie konnten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter überzeugt werden? Welche Konflikte hat es bei der Einführung und auch der Anwendung gegeben? Was hat den Veränderungsimpuls ausgelöst?

In Zwolle wurde ein Feedbacksystem eingeführt, in das alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Krankenhauses involviert sind und das eine Kultur des gegenseitigen Respekts und Vertrauens über alle Professionen aufbauen soll. Auch hier kann die Vorgehensweise gut beschrieben werden, aber wie gelingt tatsächlich eine so weitreichende Kulturveränderung? Wie wurde mit Ängsten und Verunsicherungen umgegangen? Wie wird Feedback zu einer alltäglich respektierten Kommunikationsform?

In Wissembourg wurde der personelle Aufbau einer neuen Abteilung als partizipativer Prozess begriffen, in den alle Professionen frühzeitig und gleichberechtigt einbezogen worden sind. Das partizipative Vorgehen kann in Workshops und Arbeitstreffen dokumentiert werden. Aber wie gelang die Verständigung der verschiedenen Professionen und Hierarchien? Wurden Konflikte und Befürchtungen thematisiert? Konnte tatsächlich jede Mitarbeiterinnen und jeder Mitarbeiter den Prozess mitgestalten?

Es würde daher die Projekterfahrungen und -ergebnisse erheblich reduzieren oder vielleicht sogar verfälschen, wenn man ausschließlich die „Good Practice“-Beispiele in den Vordergrund stellte. Eine weitere Dimension des Projektes war der Erfahrungsaustausch mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die Offenheit, mit der die Partnerkliniken bereit waren, eigene Sichtweisen zu überdenken und neue Einsichten zu ermöglichen. Im Rückblick erscheint dies sogar der zentrale Schlüssel zu Innovation und Verbesserung der Arbeitsprozesse zu sein.

In der ersten Phase des Projektes MedLife, in der geeignete Partnerkrankenhäuser gesucht wurden, war es keinesfalls einfach, auf eine Bereitschaft zu stoßen, Erfahrungen zu reflektieren. Es gab vielfach den Hinweis auf „Vorzeigeprojekte“, die auf „Hochglanz“ präsentiert wurden, oder den Verweis auf fehlende Ressourcen zur Teilnahme am Projekt MedLife. Es war sicherlich kein Zufall, dass die Krankenhäuser aus Göteborg, Zwolle und Wissembourg ein großes Maß an Offenheit und Vertrauen mit in die Projektarbeit gebracht haben. Die vorbereitenden Gespräche und Workshops, genauso wie die Durchführung der Fallstudien, waren geprägt von einem großen Interesse an Austausch und Weiterentwicklung der eigenen Arbeit. Natürlich haben die Partner durchaus mit Begeisterung von ihren Entwicklungsprojekten berichtet und uns an den Ergebnissen teilhaben lassen. Gleichzeitig wurde aber sehr offen mit den Themen umgegangen, die die Krankenhäuser aktuell beschäftigen und für die Lösungen gesucht werden müssen.

Es war eine besondere Erfahrung, mit Partnerkrankenhäusern zu kooperieren, die sich in vielen Bereichen in ihrer Entwicklung weit vor vielen deutschen Krankenhäusern befinden und trotzdem in gleicher Intensität neue Aufgaben und Herausforderungen benennen. Das Projekt MedLife ist keine Einbahnstraße geworden, in der interessante Ideen nach Deutschland transportiert wurden. Es sind erste Schritte in ein gemeinsames Entwickeln neuer Rahmenbedingungen, neuer Konzepte und Ideen für die Organisation Krankenhaus gegangen worden.

Das Projekt MedLife hat deutlich gemacht, dass als Grundlage für Innovationsprozesse zum einen konkrete Erfahrungen und Konzepte aus dem europäischen Ausland dienen können. Auf der anderen Seite ist es aber unabdingbar, sich auf die Faktoren einzulassen, die die Grundlage für Innovation sind: Offenheit, Interesse an alternativen Herangehensweisen, Perspektivwechsel und die Bereitschaft, eigene Konzepte immer wieder zu hinterfragen.

Die Ergebnisse und Erfahrungen des Projektes MedLife werden in einer Handlungshilfe, veröffentlicht als eBook, dargestellt. Dieses kann kostenlos unter www.gaus.de (Projekte/Medlife) heruntergeladen werden.

Die Autorin, der Autor

Dr. Bernd Benikowski ist Geschäftsführer, Christiane Weiling Bereichsleiterin der gaus gmbh – medien bildung politikberatung.



INTERVIEW

Management und Work-Life-Balance in europäischen Krankenhäusern

Christiane Weiling im Interview mit Mona-Lis Gustafsson (S),
Gunilla Lejdström (S) und Celine Dugast (F)

Im Projekt MedLife wurde ein intensiver Austausch zwischen deutschen Krankenhäusern und Partnerkliniken aus Schweden, Frankreich und den Niederlanden initiiert. Die Diskussionen machten deutlich, dass Management und Work-Life-Balance Themen sind, an denen alle europäischen Partner derzeit intensiv arbeiten, wenn auch mit völlig unterschiedlichen Ansätzen und Ideen.

Christiane Weiling aus dem Projekt MedLife sprach mit Mona-Lis Gustaffsson und Gunilla Lejdström von der Expertengruppe Arbeitszeit und Personalplanung am Sahlgrenska Universitetssjukhuset in Göteborg (Schweden) sowie Celine Dugast, Direktorin des Centre Hospitalier de Wissembourg (Frankreich), über aktuelle Herausforderungen und Managementaufgaben.

Was sind die wichtigsten Anforderungen an die Organisation eines Krankenhauses in den nächsten Jahren?

Mona-Lis Gustafsson: Att öka tillgänglighet för patienter och förbättra deras delaktighet i vården. Att ge patienterna ett mer personligt bemötande när de kommer i kontakt med vår organisation. Att utveckla vårdprocesserna - från akutmottagning till vårdavdelning

Wir müssen die Erreichbarkeit für die Patientinnen und Patienten verbessern und ihre Teilhabe am Gesundheits- und Pflegesystem erhöhen. Wir müssen den Patientinnen und Patienten eine persönlichere Behandlung zukommen lassen, wenn Sie mit unserem Krankenhaus zu tun haben. Außerdem müssen wir den Pflegeprozess weiterentwickeln – von der Notaufnahme bis hin zur Station.

Celine Dugast: Les revendications les plus importantes ces dernières années dans les hôpitaux français ont principalement portées sur la recherche d'évolution professionnelle, la sécurité du cadre de travail ou encore le respect d'un équilibre entre vie personnelle et professionnelle.

Die wichtigsten Forderungen in französischen Krankenhäusern haben sich in den letzten Jahren mit folgenden Themen beschäftigt: Forschung zur beruflichen Entwicklung, Arbeitsplatzsicherheit und Work-Life-Balance.

Was sind die zentralen Herausforderungen für das Management?

Gunilla Lejdström: Stora ekonomiska utmaningar med bland annat en växande äldre befolkning med stort vårdbehov och begränsade ekonomiska resurser. Att reducera väntetiderna på våra akutmottagningar

Große ökonomische Veränderungen, z.B. infolge einer wachsenden Zahl älterer Menschen mit einem hohen Bedarf an Pflege und begrenzten ökonomischen Ressourcen, sind eine Herausforderung. Eine

andere ist die Reduzierung der Wartezeiten von Patientinnen und Patienten in unseren Notaufnahmen.

Celine Dugast: Le défi majeur pour les Managers dans les établissements de santé en France est probablement celui de concilier les contraintes économiques, la régulation du dialogue social et les demandes des professionnels d'être motivés au quotidien et de ne pas subir les restrictions financières.

Die größte Herausforderung für die Manager in Gesundheitseinrichtungen in Frankreich besteht vielleicht darin, die wirtschaftlichen Zwänge, die Forderungen der Tarifpartner und den Anspruch der Beschäftigten nach einem motivierten Arbeiten und der Vermeidung finanzieller Einschränkungen in Einklang zu bringen.

Welche Auswirkungen hat dies auf die Qualifizierung der Mitarbeiter?

Mona-Lis Gustafsson: Vi måste se över vår bemanning- och kompetensmix. Arbeta med "Workshifting"

Wir müssen unseren Personal- und Kompetenzmix überprüfen. Durch wechselnde Aufgabenbereiche müssen wir die Kompetenzen unserer Mitarbeiter entsprechend erweitern.

Celine Dugast: L'essentiel pour les professionnels est d'avoir la capacité d'adapter en continu leur conditions de travail et de vie et surtout leurs compétences professionnelles, être tous les jours dans le juste à temps, au bon endroit, avec les bonnes compétences, même si les commandes changent. Ça demande beaucoup d'engagement dans la formation professionnelle tout au long de la vie, et avoir la capacité de changer de métier.

Für die Beschäftigten ist es am wichtigsten, sich kontinuierlich an ihre Arbeits- und privaten Lebensbedingungen anpassen zu können und vor allem ihre beruflichen Fähigkeiten weiterzuentwickeln. Es ist wichtig, dass sie jeden Tag „just-in-time“ sind, mit guten Fähigkeiten am richtigen Ort, selbst wenn sich die Anforderungen ändern. Das erfordert viel Engagement für eine lebenslange berufliche Weiterentwicklung und die Fähigkeit den Arbeitsbereich zu wechseln.

Welche Bedeutung haben Work-Life-Balance und Gender-Sensibles Management für die Mitarbeiter?

Gunilla Lejdström: Vi har en lagstiftning i Sverige som syftar till att skapa "Work life balance" för föräldrar och ett delat ansvar mellan könen.

Wir haben in Schweden Regelungen, die darauf abzielen, Eltern eine Work-Life-Balance zu ermöglichen und gemeinsam die Verantwortung für die Familie zu übernehmen.

Celine Dugast: La première réponse est qu'on constate qu'un collaborateur refuse parfois une évolution professionnelle intéressante si ça n'est pas en accord avec ses conditions personnelles de confort de vie.

La spécificité d'un management différent entre un collaborateur homme ou femme est encore difficile à identifier dans le milieu hospitalier, du fait de prédominance : les soignants sont très majoritairement des femmes et le corps médical est encore très peu féminisé.

Die erste Antwort ist, dass man feststellen muss, dass ein Mitarbeiter manchmal eine interessante berufliche Weiterentwicklung ablehnt, wenn diese mit seinen persönlichen Lebensbedingungen nicht vereinbar ist.

Die Spezifizierung eines genderspezifischen Managements zwischen einem Mitarbeiter und einer Mitarbeiterin ist im Krankenhauswesen noch schwer zu identifizieren, da folgende Rahmenbedingung vorherrscht: Pflegende sind hauptsächlich Frauen und der medizinische Bereich ist nach wie vor wenig weiblich besetzt.

MIT LANGEM ATEM DER GENDERFALLE ENTKOMMEN

**Mit langem Atem der Genderfalle entkommen –
Zur Komplexität einer gendersensiblen Personalentwicklung**

Annette Müller, Nicole Schreiber, Edeltraud Vomberg



PFiF!

**Potenziale für Frauen in Führung
im Gesundheits- und Sozialwesen**

Mit einem Anteil von 80% stellen Frauen im Gesundheits- und Sozialwesen die Mehrheit der Beschäftigten dar (Statistisches Bundesamt, 2014). Gleichzeitig entspricht der Anteil weiblicher Führungskräfte nicht dem Anteil der weiblichen Beschäftigten insgesamt (u.a. Holst et al., 2012). Aus diesem Grund wird an der Hochschule Niederrhein am Institut SO.CON das Projekt „Potenziale für Frauen in Führung“ („PFiF!“) durchgeführt (Ochoa Fernández et al., 2014). Mithilfe qualitativer Interviews wurden die Variablen einer quantitativen Studie vertieft analysiert, die einen signifikanten Einfluss auf den Aufstieg von Frauen haben (Ochoa Fernández et al., 2013). Die Forschungsfrage im Projekt „PFiF!“ lautete: Welche Bedeutung messen die Befragten der Kategorie Geschlecht bei, wenn sie ihre Erfahrungen hinsichtlich des Zusammenhangs von Führungsverantwortung und den signifikanten Variablen schildern?

Um diese Frage zu beantworten, wurden in sechs Unternehmen Interviews mit zehn weiblichen Fachkräften, zehn weiblichen Führungskräften sowie zehn männlichen und weiblichen Personalverantwortlichen durchgeführt. Es wurde deutlich, dass die Befragten gesellschaftliche Diskurse über Frauen und Männer reproduzieren, die einen Einfluss auf die beruflichen Laufbahnen von Frauen haben. In ihren Argumentationen erscheinen diese als unveränderbar, obwohl es sich um soziale Konstrukte handelt, die durchaus wandelbar sind. Im Folgenden soll nun anhand eines Beispiels illustriert werden, um welche Diskurse es sich handelt. Im Anschluss wird erläutert, warum eine gendersensible Personalentwicklung eine komplexe Aufgabe ist und es eines langen Atems bedarf, um der Genderfalle zu entkommen.

Das Beispiel „Mitarbeiter/-innengespräche“

Eine Variable, die genauer analysiert wurde, waren Mitarbeiter/-innengespräche. Diese haben einen negativen Effekt, der höchst signifikant ist. Wenn Frauen an solchen Gesprächen teilnehmen, „sinkt ihre Wahrscheinlichkeit, eine Führungsposition zu übernehmen“ (Ochoa Fernández et al., 2013, S. 60). Wie kommt es dazu?

Eine Fachkraft brachte dies besonders pointiert auf den Punkt. Sie berichtete von einem Mitarbeiter/-innengespräch, in dem sie ihre Aufstiegsabsicht im Hinblick auf eine ausgeschriebene Stelle zum Ausdruck brachte. Von der Übernahme dieser Position wurde ihr explizit abgeraten, damit sie sich nicht überfordere. Stattdessen wurde das Mitarbeiter/-innengespräch aus Sicht der Befragten – so wörtlich – „umgelenkt“: Sie solle „als Mutter und Frau“ mit ihren „Kräften gut haushalten“ (Interviewtranskript, Fachkraft, Abs. 463). Die Befragte hatte den Eindruck, von ihrem Arbeitgeber als „unternehmerisches Risiko“ wahrgenommen zu werden. Das gelte ihrer Erfahrung nach für Männer nicht, weil davon ausgegangen wird, dass ein Mann „eine Frau zu Hause hat, die für die Familie sorgt“ (Abs. 541-545). Auch in weiteren Interviews wurde wiederholt betont, dass Führungskräfte voll verfügbar sein müssen.

Ferner ging aus den Interviews das Stereotyp der „selbstkritischen Frau“ hervor. Die Befragten berichteten, dass sich Frauen nicht offensiv als potenzielle Führungskräfte inszenierten. Sie mit der eige-

nen Leistung dem oder der Vorgesetzten zu zeigen, gelänge im Geschlechtervergleich eher den Männern. So brachte dies eine befragte Führungskraft folgendermaßen auf den Punkt: „Frauen stellen sich erst mal immer hinten an. [...] Frauen haben dann Probleme zu sagen, das und das leiste ich. [...] also wenn man eine Führungsposition haben will, genauso: dass Frauen nicht sagen können, ich bin davon überzeugt, dass ich das kann und ich möchte das“ (Interviewtranskript, Führungskraft, Abs. 219)..

Den Beispielen ist gemeinsam, dass soziale Ungleichheit individualisiert wird. So wurde die Annahme, Familienarbeit sei Frauenarbeit, den Frauen selbst zugeschrieben: Sie stehen als Mütter zur Übernahme einer Führungsposition nur eingeschränkt zur Verfügung. Auch in der Darstellung „selbstkritischer Frauen“ wird ihnen zugeschrieben, sie seien durch ihr Verhalten selbst dafür verantwortlich, dass sie nicht aufsteigen. Auf diese Weise werden die Ursachen für die Unterrepräsentanz von Frauen in Führungspositionen eher außerhalb des Einflussgebietes der Arbeitgeber/-innen verortet. De facto handelt es sich aber um tradierte Zuschreibungsprozesse, die in einem komplexen System verfestigt wurden und werden. Dieses neu auszurichten, ist eine komplexe Aufgabe, zu der eine gendersensible Personalentwicklung ein Stück beitragen kann.

Warum ist eine gendersensible Personalentwicklung eine komplexe Angelegenheit?

Die folgende Abbildung veranschaulicht eine Theorie, die der in „PFiF!“ durchgeführten Analyse zugrunde lag und durch sie bestätigt wurde. In ihr werden die gesellschaftlichen Diskurse (epistemische Dimension) als umfassend und damit als besonders wirkungsmächtig verstanden. Nichtsdestotrotz können sich Machtwirkungen in jeder Dimension entfalten: So kann sich eine institutionelle Bedingung, die im gendersensiblen Sinne neu ausgerichtet wird, auf die Handlungsweisen der Akteure (interaktionale Dimension) und somit auch auf ihre Einstellungen (verinnerlichte Dimension) auswirken. Letztlich kann diese Neuausrichtung, die auch von den beiden anderen Dimensionen ausgehen kann, ein Anstoß für einen neuen gesellschaftlichen Diskurs sein, der sich zeitversetzt entfalten kann.

Der Versuch, die Dimensionen in ihrem Wechselverhältnis, aber dennoch getrennt zu analysieren, dient der Konzeptionierung einer gendersensiblen Personalentwicklung. Auf diese Weise wird deutlich, ob eher bewusstseinsbildende Gender-Trainings angebracht erscheinen, ob strukturelle Bedingungen hinterfragt und verändert werden müssen oder ob der konkrete Umgang miteinander reflektiert und möglicherweise neu ausgerichtet werden sollte. Auch eine Kombination wäre denkbar.

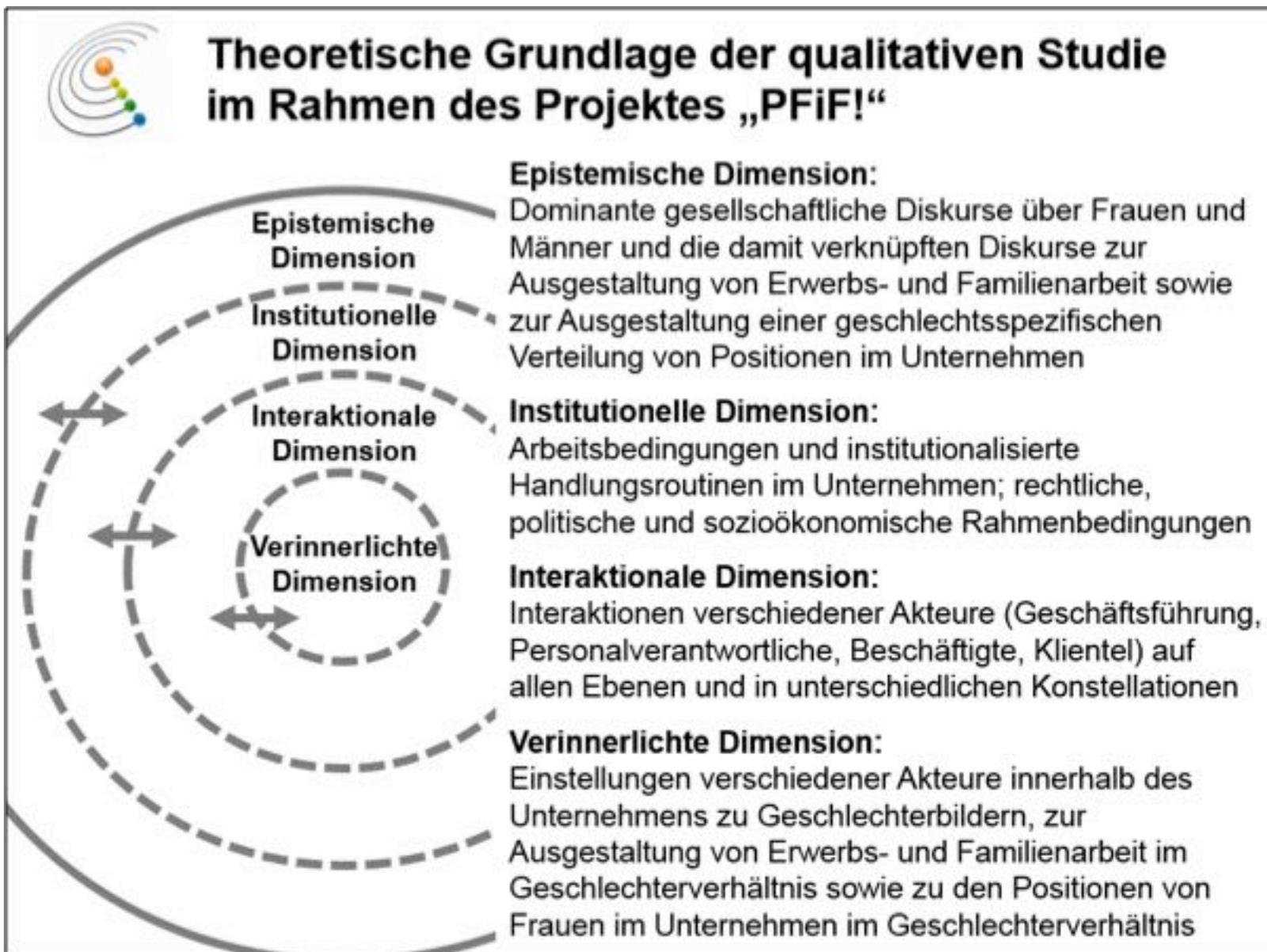


Abbildung: Theoretische Grundlage mit Erläuterungen pro Dimension

Fazit

Es wurde deutlich, welche Wirkungen gesellschaftliche Diskurse entfalten können. Sie erscheinen wie eine Falle, in die die Befragten wiederholt und, so scheint es, unbeabsichtigt tappen. Auf diese Weise werden tradierte Diskurse beharrlich reproduziert. Sie bedürfen der Reflexion und aufgrund zahlreicher Widerstände ist ein „langer Atem“ erforderlich, um sie nachhaltig zu verändern. Das dargelegte Modell kann eine Art Geduldsfaden sein. Er soll helfen, der Lösung der komplexen Aufgabe einer gendersensiblen Personalentwicklung ein Stück näher zu kommen.

Literatur

Holst, E., Busch, A. & Kröger, L. (2012). Führungskräfte-Monitor 2012. In: DIW Berlin: Politikberatung kompakt 65. www.career-women.org/dateien/dateien/diwkompakt_2012_065.pdf

Ochoa Fernández, E., Wiemer, A. & Vomberg, E. (2013). Frauen. Karrieren. Entwickeln. Aufstiegsmotivation und Aufstiegswahrscheinlichkeit von Frauen im Sozial- und Gesundheitswesen. Konzeption

und Ergebnisse einer quantitativ empirischen Studie in sozial- und gesundheitswirtschaftlichen Organisationen in Deutschland. Mönchengladbach.

www.hs-niederrhein.de/fileadmin/dateien/institute/socon/PFiF/Downloads/Forschungsbericht_FrauKE_2013.pdf

Ochoa Fernández, E., Müller, A., Greven, S. & Vomberg, E. (2014). Die Reflexion der Kategorie Geschlecht im Kontext von Führung – Kurzzusammenfassung der Ergebnisse einer qualitativen Untersuchung im Sozial- und Gesundheitswesen und Empfehlungen für eine gendersensible Personal- und Organisationsentwicklung. Mönchengladbach.

www.hs-niederrhein.de/fileadmin/dateien/institute/socon/PFiF/Downloads/PFiF_Online-Publikation_I_Forschungsergebnisse.pdf

Statistisches Bundesamt (2014). Beschäftigungsstatistik. Sozialversicherungspflichtige Beschäftigte nach Wirtschaftsabschnitten am 31. Dezember 2013.

www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesamtwirtschaftUmwelt/Arbeitsmarkt/Erwerbstaetigkeit/TabellenBeschaeftigungsstatistik/Wirtschaftsabschnitte

Die Autorinnen

Dr. Annette Müller leitet das Projekt „Potenziale für Frauen in Führung im Gesundheits- und Sozialwesen“ an der Hochschule Niederrhein im Institut SO.CON. Der Schwerpunkt ihrer Tätigkeiten ist die Erforschung des Zusammenhangs von Differenzen und Macht insbesondere im Hinblick auf Gender und Ethnizität. a.mueller@hs-niederrhein.de

Nicole Schreiber, M.A., ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im Projekt "Potentiale für Frauen in Führung im Gesundheits- und Sozialwesen". nicole.schreiber@hs-niederrhein.de

Prof. Dr. Edeltraud Vomberg ist Professorin am Fachbereich Sozialwesen der Hochschule Niederrhein und wissenschaftliche Direktorin des Institutes SO.CON – Social Concepts – Institut für Forschung und Entwicklung in der Sozialen Arbeit. edeltraud.vomberg@hs-niederrhein.de

www.hs-niederrhein.de/forschung/pfif/



GENDERKOMPE- TENZ FÜR DEN DEMOGRAFI- SCHEN WANDEL

„Frauen haben nicht die gleichen Chancen, immer noch nicht“ – Genderkompetenz für den demografischen Wandel

Edelgard Kutzner



Interdisziplinäres Zentrum für
Frauen- und Geschlechterforschung
Universität Bielefeld

In der aktuellen Debatte um den demografischen Wandel wird dem Krisenszenarium (Geburtenrückgang, Schrumpfung und Alterung der Gesellschaft) auch ein Chancenszenarium gegenübergestellt. Demnach ermögliche der Wandel auch eine Neuordnung der Geschlechterverhältnisse, ja er erfordere sie sogar, um demografische Probleme nachhaltig zu lösen. Was hat aber der demografische Wandel mit Gender zu tun? Häufig wird einerseits von der zunehmenden Erwerbsarbeit von Frauen und gleichzeitig von einem Fachkräftemangel gesprochen. Wie passt das zusammen? Da schleicht sich bereits eine Vorahnung ein, was das eine mit dem anderen zu haben könnte, und es stellt sich die Frage: Wo arbeiten die erwerbstätigen Frauen? Werden Sie gemäß ihrer Qualifikation eingesetzt? Haben Sie im Betrieb und auf dem Arbeitsmarkt die gleichen Chancen auf gute und sichere Arbeitsplätze?

Die Statistiken belegen: Frauen haben nicht die gleichen Chancen, immer noch nicht. Die Gleichstellung der Geschlechter ist noch längst nicht erreicht.

Im neuesten Forschungsprogramm des Bundesministeriums für Bildung und Forschung „Innovationen für die Produktion, Dienstleistung und Arbeit von morgen“ heißt es, das Erwerbspersonenpotenzial sei im Angesicht einer sich wandelnden Altersstruktur besser auszuschöpfen. Notwendig seien in diesem Zusammenhang eine „höhere Erwerbsbeteiligung von Frauen“ und eine „effizientere Nutzung des Wissens und der Kompetenzen aller Menschen“ (S. 45). Um dieses Ziel zu erreichen ist m.E. eine wesentliche Voraussetzung, dass Hürden und Hemmnisse erkannt und analysiert werden. Sie liegen in den vorhandenen Strukturen, vor allem aber in den Regeln und Routinen, die das alltägliche Handeln leiten. Nach wie vor bestimmen Frauen benachteiligende Stereotype diese Regeln und Routinen, wie beispielsweise die Bewertung der Arbeit, mit der Folge, dass Männer häufig gar nicht auf Arbeitsplätze wollen, auf denen mehrheitlich Frauen arbeiten, oder wonach Frauen für bestimmte Arbeiten besser und für andere gänzlich ungeeignet erscheinen. Demnach seien Frauen bei der Arbeit eher an Personen interessiert, Männer dagegen an den Aufgaben (vgl. kritisch dazu u.a. Kutzner, 2014). Eine solche Geschlechterdifferenz wird „zwischen den Ohren“ erzeugt, so hieß es in einem Münsteraner Tatort aus dem Jahr 2011.

Nicht nur im Zuge des demografischen Wandels, aber möglicherweise dadurch ausgelöst, machen sich Organisationen zunehmend Gedanken über ihren geschlechterdifferenzierten Arbeitseinsatz. In diesem Sinn könnte der demografische Wandel ein Ereignis sein, welches ganz pragmatisch genutzt werden kann, bei dem Gelegenheiten für mehr Geschlechtergerechtigkeit entstehen.

Mit dem Begriff der „Genderkompetenz“ wird ein Konzept beschrieben, mit dem es möglich ist, alltägliches Handeln zu hinterfragen, das „wir haben das schon immer so gemacht“, das selbstverständlich Gewordene zu hinterfragen, um es danach zu verändern. Die Analyse von Arbeitsorganisation und Personalentscheidungen demonstriert, wie das „Relevant-Machen“ (Wilz, 2002) von Geschlecht in organisatorische Normen und Interpretationsschemata eingebunden ist. Diese können geschlechterneutral sein, je nach Kontext und Situation aber mit der Geschlechterzugehörigkeit gekoppelt wer-

den und somit situativ relevant gemacht werden. Dies ist nicht selten mit Geschlechterungleichheiten und Benachteiligungen verbunden.

Angesprochen ist hiermit auch die Vielfalt der sog. Genderkompetenz. Sie reicht von einem „alltagsweltlichen Differenzwissen“ (Wetterer, 2009) oder auch „Geschlechterwissen“ (Dölling, 2007), welches explizit und implizit zur Verfügung steht und zur Aufrechterhaltung von benachteiligender Geschlechterdifferenz und -hierarchisierung dient, bis hin zu einer reflektierten Genderkompetenz, mit der diese Praxis der Differenzierung und Hierarchisierung überwunden werden kann.

Prozesse der Konstruktion von benachteiligender Differenz laufen oft im Verborgenen ab, sind für Außenstehende oft nicht erkennbar. In der Soziologie werden diese Prozesse auch mit Mikropolitik bezeichnet. In der genderorientierten Organisationsforschung wird darauf hingewiesen, dass dieses Organisationsverständnis historisch durch Männer geprägt wurde und daher das ideale Organisationsmitglied implizit „männlich“ ist. Das hat zur Folge, dass Frauen mit „gläsernen Wänden und Decken“ konfrontiert sind, z.B. wenn es um Aufstieg, gleiche Entlohnung, aber auch um den gleichberechtigten Arbeitseinsatz geht. Wie ist das zu verstehen? Wie könnte es geändert werden? Um die Konstruktion von Geschlechterdifferenz sichtbar zu machen, ist eine differenzierte Analyse notwendig. Dadurch kann gezeigt werden, wie variabel, kontingent, aber auch strukturell rückgebunden das Herstellen von Geschlechterdifferenz sein kann. Diese Prozesse offen zu legen und i.S. der Gleichstellung der Geschlechter zu gestalten, ist Teil einer Genderkompetenz.

Das praktische Ziel ist es, ein Bewusstsein für Selbstverständlichkeiten zu erzeugen, sie offenzulegen und zu analysieren, um letztendlich einen Dialog darüber in Gang zu setzen, was wie verändert werden könnte. Insofern haben diese Prozesse immer auch einen emanzipatorischen Charakter. Für manche betriebliche Akteurinnen und Akteure birgt das allerdings das Risiko, ihre Privilegien zu verlieren. Insofern ist auch mit Widerständen zu rechnen.

Genderkompetenz ist Wissen und Methode: Wissen über soziale Konstruktionsmechanismen und Methode zur Veränderung und Umsetzung von Chancengleichheitszielen. Es bedarf der aktiven und gezielten Handlung. Die Bedingungen dafür sind aktuell vorhanden, oder wie Boes, Bultemeier und Trinczek (2014) im Vorwort ihrer Studie zu den Karrierechancen von Frauen meinen: „dass es wesentlich von der erfolgreichen Gestaltung in den Unternehmen abhängt, ob der historische Möglichkeitsraum für die Karrierechancen von Frauen erfolgreich genutzt werden kann – und zwar jetzt!“ Es komme „in diesem begrenzten historischen Zeitfenster darauf an, die Chancen zur Weichenstellung in den Unternehmen zu ergreifen und damit substanzielle, nachhaltige und erfolgreiche Veränderungen in Gang zu setzen“. Demnach könne der Gleichstellungsdiskurs nun im Rahmen eines „Wirtschaftlichkeitsdiskurses“ geführt werden (S. 13).

Um dieses „historische Zeitfenster“ zu nutzen, bedarf es des aktiven Handelns. Dabei können die hier vorgeschlagenen Überlegungen und Vorgehensweisen ein erster, aber ein nicht zu unterschät-

zender Schritt sein. Ihm müssen selbstverständlich weitere Taten folgen, Taten, die sich später auch messen lassen können!

Literatur

Boes, A., Bultemeier, A. & Trinczek, R. (Hrsg.). Karrierechancen von Frauen erfolgreich gestalten. Wiesbaden: Springer Gabler.

Dölling, I. (2007). „Geschlechter-Wissen“ – ein nützlicher Begriff für die „verstehende“ Analyse von Vergeschlechtlichungsprozessen? In: R. Gildemeister & A. Wetterer (Hrsg.), Erosion und Reproduktion geschlechtlicher Differenzierungen? Widersprüchliche Entwicklungen in professionalisierten Berufsfeldern und Organisationen, S. 19-32. Münster: Westfälisches Dampfboot.

Kutzner, E. (2014). Riskante Konstruktionen – gibt es einen „weiblichen Sachverstand“? Überprüfungen mit Hilfe eines Diversity-Tools. In: B. Langfeldt & A. Mischau, (Hrsg.), Strukturen, Kulturen und Spielregeln. Faktoren erfolgreicher Berufsverläufe von Frauen und Männern in MINT, S. 171-193. Baden-Baden: Nomos.

Wetterer, A. (2009). Gender-Expertise, feministische Theorie und Alltagswissen. Grundzüge einer Typologie des Geschlechterwissens. In: B. Riegraf, Birgit & L. Plöger (Hrsg.), Gefühlte Nähe – faktische Distanz. Geschlecht zwischen Wissenschaft und Politik. Perspektiven der Frauen- und Geschlechterforschung auf die „Wissensgesellschaft“ , S. 81-99. Opladen & Farmington Hills: Barbara Budrich.

Wilz, S.M. (2002). Organisation und Geschlecht: strukturelle Bindungen kontingente Kopplungen. Opladen: Leske + Budrich.

Die Autorin

Dr. rer. soc. Edelgard Kutzner ist wissenschaftliche Mitarbeiterin und Projektleiterin an der Sozialforschungsstelle, TU Dortmund und am Interdisziplinären Zentrum für Frauen- und Geschlechterforschung (IFF), Universität Bielefeld.

5

AUTORINNEN UND AUTOREN



Dipl.-Päd. Corinna Augustiniak ist pädagogische Mitarbeiterin der ESTA-Bildungswerk gGmbH. Im Projekt „Biografieorientiertes, kultursensibles Überleitungsmanagement im Kreis Unna“ entwickelt sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin die Schulungsprogramme und coacht die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Modellbetriebe im Umgang mit dem Überleitungsbogen und der individuellen Anwendung für die unterschiedlichen Betriebe und Einrichtungen. Die Sensibilisierung aller Beteiligten unter der Prämisse der bestmöglichen Versorgung des Menschen und des geringsten Aufwandes für die Pflegekräfte steht hierbei im Fokus ihrer Arbeit.



Dipl.-Kfm. Bo Bäckström ist gebürtiger Schwede und Geschäftsführer der Beratungsgesellschaft Albatross 78. Seine Wirkungsfelder sind Organisationserneuerung, Innovationsmanagement, Personalentwicklung und Gender.



Bernd Balloff ist Facharzt für Innere Medizin mit Spezialisierung auf Kardiologie und betreibt gemeinsam mit Dr. Volker Schrage das Gesundheits- und Präventionszentrum Münsterland in Legden.



Daniela Balloff ist Projektleiterin der Lokalen Allianz für Menschen mit Demenz in Ledgen.



Dr. Bernd Benikowski ist Bildungswissenschaftler und Geschäftsführer, der gaus gmbh – medien bildung politikberatung, Dortmund. Die gaus gmbh entwickelt und implementiert seit Jahren im Rahmen verschiedener Aufträge und Projekte u.a. für das Bundesarbeitsministerium (QUASIE, upgrade, Bildungsseismograph) innovative und arbeitsplatznahe Lernarchitekturen in unterschiedlichen Branchen und konzipiert passgenaue Programme für Unternehmen und Organisationen.



Claudia Bessin (M.Sc. A&O Psychologie) ist wissenschaftliche Mitarbeiterin der MA&T Sell & Partner GmbH, Aachen. Ihre Tätigkeitsschwerpunkte liegen in der Forschung, Beratung und Qualifizierung zu Fragen der Personal- und Organisationsentwicklung von Industrie- und Dienstleistungsunternehmen.



Martina Böhmer ist Mitgründerin und Geschäftsführerin von Paula e.V., Köln und Leiterin des Projektes „Bedarfsgerechte Unterstützung für von Gewalt betroffene oder traumatisierte ältere bis hochaltrige Frauen“.



Diplom-Pflegewissenschaftler Christoph Bräutigam ist wissenschaftlicher Mitarbeiter im Forschungsschwerpunkt Gesundheitswirtschaft und Lebensqualität am Institut Arbeit und Technik (IAT) der Westfälischen Hochschule, Gelsenkirchen.



Kurt-Georg Ciesinger ist Geschäftsführer der gaus gmbh –medien bildung politikberatung und berät die Kooperation der Gesundheitsprojekte in Legden.



Patricia Drube, Altenpflegerin und Dipl.-Kauffrau ist Referentin für Unternehmerinnen und Unternehmer und für Langzeitpflege beim Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe Nordwest e.V.



Diplom-Sozialwissenschaftlerin Michaela Evans ist wissenschaftliche Mitarbeiterin und Projektbereichsleiterin am Institut Arbeit und Technik (IAT) der Westfälischen Hochschule, Gelsenkirchen. Arbeitsschwerpunkte in Forschungs- und Entwicklungsprojekten sind Arbeitsgestaltung, Qualifizierung, Arbeitspolitik und Arbeitsbeziehungen in der Sozial- und Gesundheitswirtschaft.



Andreas Franke ist Partner und Senior Consultant der mpool group, Vorstandsmitglied des Weiterbildungsforums und Fachreferent für internationale Managementansätze mit dem Schwerpunkt Führung und Personalentwicklung, Modell- und Forschungsprojekte.



Benjamin Freitag, B.A. Sozialwissenschaft, ist Projektassistent der gaus gmbh und betreut Projekte im Bereich der Gesundheitswirtschaft.



Alexander Freynik ist Mitarbeiter der solvecon gmbh. Sein Arbeitsschwerpunkt ist die Entwicklung kundenorientierter Softwaresysteme.



Dr. Paul Fuchs-Frohnhofer ist Geschäftsführer der MA&T Sell & Partner GmbH, Würselen. Seine Arbeitsschwerpunkte sind Forschung, Beratung und Qualifizierung in Industrie und Dienstleistung zu verschiedenen Themen der Arbeitsgestaltung sowie Organisations- und Personalentwicklung.



Dr. Vera Gerling ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Gerontologie an der TU Dortmund und Geschäftsführerin der GER-ON Consult & Research UG (haftungsbeschränkt). Ihre z.T. auch internationalen Arbeitsschwerpunkte umfassen u.a. Gesundheitswirtschaft, gesundheitliche und pflegerische Versorgung älterer Menschen, Altern in der Migration, Demografischer Wandel, Wirtschaftskraft Alter sowie Wohnen und Technik im Alter.



Marita Gerwin (Dipl.-Sozialpädagogin) leitet die Fachstelle Zukunft Alter der Stadt Arnsberg. Themenschwerpunkte der Fachstelle sind: Förderung des aktiven Alterns, Ermöglichung des lebensbegleitenden Lernens, Unterstützung von bürgerschaftlichem Engagement im Alter, Gesundheitsförderung, Berücksichtigung der Bedürfnisse älterer Menschen in der städtischen Entwicklung, Förderung der Chancengleichheit, Anregung von Kooperationen zwischen verschiedenen Partnern und Förderung der Solidarität und Zusammenarbeit zwischen den Generationen.



MA Pflegemanagement, Dipl.-Pflegerwirtin (FH) Helga Gessenich arbeitete für das Projekt Gender-Med-AC als wissenschaftliche Mitarbeiterin bei der StädteRegion Aachen Amt für Altenarbeit. Aktuell ist sie im Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip) sowie als Dozentin tätig. Bei ihren Lehrtätigkeiten konzentriert sie sich auf Themen der Personal- und Organisationsentwicklung in der Pflege.



Anja Giesecking ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Gerontologie an der TU Dortmund. Ihre Arbeitsschwerpunkte umfassen alternative Wohnmodelle im Alter sowie die gesundheitliche und pflegerische Versorgung älterer Menschen.



Hilde Jaekel ist Schriftführerin in der Landesseniorenvertretung NRW. Als Diplom-Sozialarbeiterin arbeitete sie langjährig in der Abteilung Familienhilfe des Jugendamtes, in der Betreuung Erwachsener und als Frauenreferentin im Ev. Kirchenkreis Recklinghausen. Sie ist Mitglied des Expertenbeirates im Projekt „Biografieorientiertes Überleitungsmanagement“.



Friedhelm Kleweken ist Bürgermeister der Gemeinde Legden und organisierte in dieser Funktion die Bewerbung der Gemeinde im Rahmen der Regionale 2016 mit dem Gesamtkonzept „Älter werden im Zukunftsdorf“, das insgesamt mehr als ein Dutzend Einzelprojekte, 20 Institutionen, Vereine und Unternehmen sowie Hunderte Akteure integriert.



Miriam Klöpfer ist examinierte Krankenschwester und Diplom-Pflegewissenschaftlerin. Seit 2008 ist sie als Pflegeberaterin in der Beratungsstelle für pflegende Angehörige und ältere Menschen in Gronau beim Caritasverband Ahaus-Vreden tätig. Als Mitarbeiterin im Projekt „Teilhabe am Leben“ ist es ihr ein Anliegen, das soziale Umfeld für die Thematik zu sensibilisieren und somit gesellschaftliche Teilhabe für betroffene Familien weiterhin ermöglichen zu können.



Ursula Kremer-Preiß ist Mitarbeiterin der Informations- und Koordinierungsstelle der Landesinitiative Demenz-Service NRW im Kuratorium Deutsche Altershilfe. Ihre Themenschwerpunkte sind u.a. neue Wohnformen im Alter sowie die Beratung bei Planung und Umsetzung altersgerechter Wohnformen und quartiersbezogener Wohnkonzepte.



Dr. rer. soc. Edelgard Kutzner ist wissenschaftliche Mitarbeiterin und Projektleiterin an der Sozialforschungsstelle, TU Dortmund und am Interdisziplinären Zentrum für Frauen- und Geschlechterforschung (IFF), Universität Bielefeld.



Annika Lacour, M.A., studierte Regionalmanagement und Wirtschaftsförderung in Lüneburg und Göttingen und ist seit 2013 Projektkoordinatorin im Rahmen des LEADER Projektes „Lernen vom ZukunftsDORF – Legden auf dem Weg in die Zukunft“ (Az 33.4 L5-8) und des Regionale 2016 Projektes „Älter werden im ZukunftsDORF – Leben und Lernen über Generationen“.



Birgit Leuderalbert, Dipl.-Sozpäd. und Dipl.-Geront., ist Qualitäts- und Projektbeauftragte beim Caritasverband für die Dekanate Ahaus und Vreden e.V. Im Rahmen von Projekten beschäftigt sie sich seit mehreren Jahren mit dem Thema Demenz. Ihre Schwerpunkte sind die personenzentrierte Pflege, Dementia Care Mapping, Wohnformen für Menschen mit Demenz und die Förderung des Bürgerschaftlichen Engagements.



Diplom-Pädagogin Stefani Mehring arbeitet an der Technologieberatungsstelle beim DGB in NRW e.V. (TBS NRW) und ist seit 15 Jahren in der Beratung tätig. Sie beschäftigt sich vor allem mit den folgenden Themenschwerpunkten: Beschäftigungsfähigkeit und betriebliche Potenzialentwicklung, Personal- und Organisationsentwicklung, Betriebliches Gesundheitsmanagement, Demografischer Wandel, Arbeitszeitberatung und Vereinbarkeit von Familie/Pflege und Beruf.



Horst Mehlhose ist Geschäftsführer der Gesundheitszentrum Westmünsterland GmbH.



Dr. Annette Müller leitet das Projekt „Potenziale für Frauen in Führung im Gesundheits- und Sozialwesen“ an der Hochschule Niederrhein im Institut SO.CON. Der Schwerpunkt ihrer Tätigkeiten ist die Erforschung des Zusammenhangs von Differenzen und Macht insbesondere im Hinblick auf Gender und Ethnizität.



B.A. Sportwissenschaftlerin Fanny Natzschka ist Fachbereichsleiterin Medizinische Trainingstherapie der Gesundheitszentrum Westmünsterland GmbH.



Claudia Nick (M.A.), Sprach- und Kommunikationswissenschaftlerin und Psychologin, ist wissenschaftliche Mitarbeiterin der MA&T Sell & Partner GmbH, Aachen.



Prof. Dr. Frank-Peter Oltmann vertritt die Lehrgebiete Sozialmanagement und Sozialverwaltung an der Evangelischen Fachhochschule Rheinland-Westfalen-Lippe in Bochum.



Martin Polenz (Dipl.-Geograf) leitet die Fachstelle Zukunft Alter der Stadt Arnsberg. Themenschwerpunkte der Fachstelle sind: Förderung des aktiven Alterns, Ermöglichung des lebensbegleitenden Lernens, Unterstützung von bürgerschaftlichem Engagement im Alter, Gesundheitsförderung, Berücksichtigung der Bedürfnisse älterer Menschen in der städtischen Entwicklung, Förderung der Chancengleichheit, Anregung von Kooperationen zwischen verschiedenen Partnern und Förderung der Solidarität und Zusammenarbeit zwischen den Generationen.



Pia Rauball, M.A. ist wissenschaftliche Mitarbeiterin der gaus gmbh – medien bildung politikberatung, Dortmund. Die gaus gmbh entwickelt und implementiert seit Jahren im Rahmen verschiedener Aufträge und Projekte u.a. für das Bundesarbeitsministerium (QUASIE, upgrade, Bildungsseismograph) innovative und arbeitsplatznahe Lernarchitekturen in unterschiedlichen Branchen und konzipiert passgenaue Programme für Unternehmen und Organisationen.



Dr. rer. soc. Karin Scharfenorth ist Geschäftsführende Gesellschafterin der Anstoß FIT durch Projekte UG (haftungsbeschränkt).



Cornelia Schlebusch ist wissenschaftliche Mitarbeiterin beim Projektträger ETN des Forschungszentrums Jülich. Sie ist Leitmarktkoordinatorin für den Leitmarktwettbewerb Gesundheit.NRW der neuen EFRE-Förderphase 2014-2020 und Projektverantwortliche für die Entwicklung und Erprobung eines Beratungsangebotes Gender Management für KMU in der Gesundheitswirtschaft. Darüber hinaus ist sie seit 2007 Landeskoordinatorin der Landesinitiative Netzwerk Wiedereinstieg des MGEPA.



Martina Schrage ist Geschäftsführerin der MQM Medical Quality Management GmbH und stellvertretende Bürgermeisterin der Gemeinde Legden.



Dr. Volker Schrage ist Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin und Experte für Gesundheitsförderung und Prävention. Gemeinsam mit seinem Kollegen Bernd Balloff betreibt er das Gesundheits- und Präventionszentrum Münsterland in Legden.



Nicole Schreiber, M.A., ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im Projekt "Potentiale für Frauen in Führung im Gesundheits- und Sozialwesen".



Laura Schröer, Soziologin (B.A.), ist wissenschaftliche Hilfskraft im Forschungsschwerpunkt Gesundheitswirtschaft und Lebensqualität am Institut Arbeit und Technik (IAT) der Westfälischen Hochschule, Gelsenkirchen.



Andreas Schulte Hemming ist Mitglied des Vorstands und wissenschaftlicher Mitarbeiter bei HeurekaNet – Freies Institut für Bildung, Forschung und Innovation e.V. und Senior Consultant bei Kommasystem Unternehmensberatung GBR.



Dr. Yvonne M. A. Steernberg von der Mathias Hochschule Rheine ist Politologin und Dipl.-Betriebswirtin, Wissenschaftlerin für Gender, Public Health, Systemtheorie und Globalisierung, Unternehmensberaterin und Coach für Diversity, Organisation und Personal, Change Management.



Barbara Steffens, Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW



Prof. Dr. Edeltraud Vomberg ist Professorin am Fachbereich Sozialwesen der Hochschule Niederrhein und wissenschaftliche Direktorin des Institutes SO.CON – Social Concepts – Institut für Forschung und Entwicklung in der Sozialen Arbeit.



Christiane Weiling ist Bereichsleiterin Gesundheits- und Seniorenwirtschaft bei der gaus gmbh – medien bildung politikberatung und Gesamtkoordinatorin des Projektes „Biografieorientierte, kultursensible Überleitung“



Gerhard Weiling ist Geschäftsführer der solvecon gmbh. Er beschäftigt sich intensiv mit den Themen Datenbankentwicklung und Datenschutz.



Karin Welling, Gesundheits- und Krankenschwester, Diplom-Pädagogin, DCM-Evaluatorin und Trainerin, arbeitet freiberuflich im Feld der Versorgung von Menschen mit Demenz und ihren Familien und ist hier in den Bereichen (Hochschul-) Bildung, Beratung und Prozessentwicklung tätig. Im Rahmen ihres Dissertationsprojektes forscht sie zur Thematik Interaktionen mit Menschen mit Demenz.



Matthias Wittland ist ausgebildeter Altenpfleger und nach Tätigkeiten als Pflegedienst- und Heimleitung im stationären Altenhilfebereich seit 1999 als Geschäftsbereichsleiter beim Caritasverband für die Dekanate Ahaus-Vreden tätig.



Stefan Wittland ist leitender Physiotherapeut der Gesundheitszentrum Westmünsterland GmbH am Standort Legden.



Diplom-Sozialwissenschaftler Hans Zakel ist seit 1989 als Sozialplaner beim Kreis Unna tätig und stellvertretender Leiter der Landrats-Stabsstelle Planung und Mobilität. Er erstellt Altenpläne, Pflegebedarfspläne, Sozialberichte und ist als Produktverantwortlicher u.a. zuständig für die Koordinierungsstelle Seniorenarbeit, die psycho-sozialen Netzwerke, das Bündnis für Familie, Inklusion.

Bildnachweise der Autorenportraits

Manuel Grund (Bäckström), Greta Schüttemeyer (B. Ballof, V. Schrage), Stefan Kuberka (D. Balloff, M. Schrage), Rolf Köppen (Benikoswki), Marie Brenner (Böhmer), IAT (Bräutigam, Evans, Mehring), Dagmar Siebecke (Ciesinger, Weiling), Petra Coddington (Franke), Christiane Weiling (Freitag), KK Images Dortmund (Gerling), Stefan Maria Rother (Gerwin), Kai Gessenich (Gessenich), bild.schön! Georgsmarienhütte (Gieseking), Daniela Daldrup (Kleweken, Lacour), Kuratorium Deutsche Altershilfe (Kremer-Preiß), Michael Bödeker (Kutzner), Monika Jolk (Mehlhose), Peter Oelker (Müller), Claudia Fahlbusch (Nick), Atelier à la carte (Oltmann), Barbara Anneser (Polenz), Goggi Strauss (Rauball), Matthias Hubert (Scharfenorth), Johannes van Wickeren (Schreiber), MGE-PA NRW Fotograf Berger (Steffens), Claus Hens (M. Wittland)