

# 80 impulse

FÜR GESUNDHEITSFÖRDERUNG

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

## Demenz

### Ein Handlungsfeld für die Gesundheitsförderung

**EDITORIAL »** Nur selten haben wir in dieser Zeitschrift für Gesundheitsförderung Krankheiten in den Mittelpunkt gestellt. Bislang gab es nur zwei von insgesamt achtzig Heften mit krankheitsbezogenen Themenschwerpunkten (Adipositas und Depression). Jedoch erweist sich die Demenz immer mehr als Herausforderung, nicht nur für die Gesundheitsversorgung selbst, sondern auch für die Gesundheitsförderung und Prävention. Dabei bestimmen häufig fatalistische Perspektiven in Gestalt von horrenden Hochrechnungen zu potenziellen Prävalenzen oder medizinischen Perspektivlosigkeiten in der Behandlung den öffentlichen Diskurs rund um diese Erkrankung. Demenz erscheint aus diesem Blickwinkel sowohl auf individueller als auch auf gesamtgesellschaftlicher Ebene ein unumkehrbarer Schicksalsschlag zu sein. Aber Demenz hat viele Gesichter. Demenz anders zu verorten und als präventives Handlungsfeld zu etablieren, ist ein Grundanliegen dieser Ausgabe.

»Unterstützung eines tätigen In-der-Welt-seins« lautet eine Zwischenüberschrift des letzten Artikels zum Themenschwerpunkt. Er könnte genauso das Leitmotiv des ganzen Heftes sein. Deshalb schauen wir auf die Demenz aus verschiedenen Blickwinkeln und blicken auch auf Zielgruppen, die bislang kaum beachtet wurden, etwa Menschen mit geistigen Behinderungen. Neben dem Fokus auf professionelle Hilfen und auf Unterstützung von Angehörigen hat auch die Perspektive der Betroffenen selbst eine zentrale Bedeutung für uns. Daher haben wir auch ein Interview mit einem Betroffenen geführt. Auch die Handlungsoptionen auf kommunaler Ebene, von Professionellen in der Versorgung, von Sportvereinen und anderen Akteurinnen und Akteuren werden näher beleuchtet.

Die Impulse können mit der nächsten Ausgabe ein zwanzigjähriges Jubiläum feiern, deshalb rufen wir Sie auf Seite drei zur Mitarbeit auf. Die Schwerpunktthemen der nächsten Ausgaben lauten »Meine Norm, Deine Norm, Unsere Norm« (Redaktionsschluss 07.11.2013) und »Verinbarkeit von Beruf, Familie und Pflege« (Redaktionsschluss 07.02.2014). Wie immer sind Sie herzlich eingeladen, sich an den kommenden Ausgaben mit verschiedensten Beiträgen, Anregungen und Informationen oder auch Feedback zur aktuellen Ausgabe zu beteiligen.

Mit herbstlichen Grüßen aus Hannover!



Thomas Altgeld und Team

### AUS DEM INHALT

Demenz begegnen .....	02
Prävention der Demenz .....	03
Demenz: Herausforderung für die Kommune .....	04
Pflegende Angehörige von Demenzerkrankten .....	05
Selbstbestimmung und Demenz .....	06
Leben mit Gedächtnis- und Orientierungsstörungen .....	08
Lebensqualität für Menschen mit Demenz bestimmen .....	09
Menschen mit Behinderungen und Demenzerkrankung .....	10
Mobile Demenzberatung .....	11
Selbstwirksamkeit und Arbeitsbelastung .....	12
Innovative und gesundheitsförderliche Ansätze .....	13
Wirkungen Niedrigschwelliger Betreuungsangebote .....	15
Modellkonzept »Station DAVID« .....	15
Lebensübergangsphasen im Alter .....	16
Gründung des Netzwerks »Sexualität in der Altenpflege« .....	17
Sport für Menschen mit Demenz .....	18
Studie »Gesundheitsbezogene Selbsthilfe in Deutschland« .....	19
Gesundheitsfördernde Hochschulen .....	20
Das Rezept für Bewegung .....	21
Das kultursensible Krankenhaus .....	22
Türkisch oder deutsch ... Demenz kennt keine Grenzen .....	23
Die Rolle des Hausarztes bei der Versorgung Demenzerkrankter .....	23
Mit • Denken – Demenzfreundliche Region Hildesheim .....	24
Heinemanhof erprobt Marte Meo-Methode .....	25
Bewegungsgruppen für Menschen mit Demenz .....	26
Bücher, Medien .....	27
Termine LVG & AFS, Impressum, Termine .....	34



HANS FÖRSTL, LUISA KÖSTER, KONSTANTIN HESSE,  
HENNING PETERS

## Demenz begegnen

Der Begriff Demenz bezeichnet ein klinisches Syndrom und keine »Krankheit« im eigentlichen Sinne. Meist stehen hinter einem Demenzsyndrom vorwiegend neurodegenerative Hirnerkrankungen. Wenn eine deutliche Beeinträchtigung der Alltagsaktivitäten eingetreten ist, ist eine Heilung der Grunderkrankung mit vollständiger Symptombesserung nicht mehr möglich. Fast alle älteren Patientinnen und Patienten mit einer Demenz zeigen ausgeprägte Alzheimer Hirnveränderung auf. Über 80 % leiden gleichzeitig unter mikro- oder makroangiopathischen Veränderungen. Bei der sogenannten Demenz mit Lewy-Körperchen handelt es sich um eine Mischung aus Parkinson und Alzheimer Hirnveränderungen. Bei jüngeren Patientinnen und Patienten können alle diese Erkrankungen sowie die frontotemporale Demenz in reiner Form auftreten.

### Symptomatische medikamentöse Behandlung

Die derzeit vorhandenen Möglichkeiten zur Behandlung eines Demenzsyndroms sind symptomatisch und zielen darauf ab, die Lebensqualität von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen zu verbessern. Sie umfassen pharmakologische Ansätze und psychosoziale Interventionen für Betroffene und Angehörige, die im Sinne eines multimodalen Gesamtbehandlungsplanes eingesetzt werden sollten. Zur medikamentösen Behandlung der Kernsymptome der Alzheimer-Demenz stehen aktuell drei Cholinesterase (ChE)-Inhibitoren und ein NMDA-Rezeptor-Antagonist zur Verfügung. Bei den Cholinesterase-Inhibitoren soll die höchste verträgliche Dosis angestrebt werden. Für andere Demenzformen gibt es nur wenige Wirksamkeitsbelege und offizielle Zulassungen für die genannten Substanzen mit Ausnahme der Rivastigmin Kapseln bei Demenz bei Morbus Parkinson. Dennoch gibt es Hinweise, dass auch die vaskuläre Demenz und die Demenz mit Lewy-Körperchen durch den Einsatz von ChE-Inhibitoren positiv

beeinflusst werden können, so dass ein Therapieversuch gerechtfertigt sein kann. Vaskuläre Risikofaktoren sollten bei allen Demenzerkrankungen minimiert bzw. gut behandelt werden.

### Psychosoziale Interventionen

Neben der medikamentösen Therapie haben sich psychosoziale Interventionen als hilfreich erwiesen. Oft ist die Patientin oder der Patient erkrankungsbedingt nicht in der Lage, eigenverantwortlich und aktiv bei der Bewältigung der Erkrankung mitzuwirken. Daher sollten im Fokus von soziotherapeutischen Interventionen auch Einzel- oder Gruppenprogramme mit Betreuenden und Pflegenden stehen. Durch Wissensvermittlung über die Erkrankung, beispielsweise in Psychoedukationsgruppen für Angehörige, kann ein besserer und natürlicher Umgang mit den Betroffenen erreicht werden, was sich im Gegenzug auch positiv auf ihr Befinden auswirken kann. Durch bessere Informationen können Angehörige beispielsweise lernen, begleitende Verhaltensstörungen wie Aggressivität und Wahnvorstellungen als Krankheitssymptome zu erkennen und zu werten. Dadurch wird der Umgang mit solchen Symptomen oft wesentlich erleichtert. Angehörigen bieten zugleich die Möglichkeit des gegenseitigen Austauschs. Weitere nicht-medikamentöse Ansätze umfassen soziale und geistige Anregung der Patientin und des Patienten während des Tages. Dadurch können der Tag-Nacht-Rhythmus stabilisiert und kognitive Ressourcen gefördert werden. Physiotherapeutische Übungen wirken ebenfalls stimulierend und fördern die Erhaltung von Koordinationsvermögen und Muskelkraft der Erkrankten.

### Vulnerabler Übergang von leichter in stärker ausgeprägte Demenz

Von Interesse ist, inwiefern sich der Übergang einer leichten Demenzform oder einer Vorstufe in eine stärker ausgeprägte Demenz verhindern lässt. Der unklare Graubereich der leichten kognitiven Störung (mild cognitive impairment, MCI) wird als Prodromal- oder Risikosyndrom einer Demenz gewertet. Dennoch »konvertieren« nur etwa 5-10 % der Patientinnen und Patienten mit einer leichten kognitiven Störung innerhalb eines Jahres zu einem Demenzsyndrom. Derzeit gibt es weder für pharmakologische als auch für nicht-pharmakologische Ansätze überzeugende Beweise, dass der Übergang einer MCI in eine Demenz zuverlässig verhindert werden kann. Aufgrund des erhöhten Demenz-Risikos sollten Maßnahmen zur Demenzprävention empfohlen werden, für deren Umsetzung in diesem vulnerablen Stadium eine hohe Therapiecompliance der Patientin und des Patienten vorliegt.

### Risikofaktoren für Alzheimerdemenz

Die Relevanz modifizierbarer Risikofaktoren für die Alzheimerdemenz wird auch durch epidemiologische Daten belegt. Diese umfassen bekannte vaskuläre Risikofaktoren wie Bluthochdruck, Diabetes mellitus und Rauchen. Unterschätzt wurden bisher die Bedeutung von Depressionen, Bewegungsmangel und Übergewicht. Als protektive Faktoren sind insbesondere ausgewogene Ernährung sowie regelmäßige körperliche und geistige Aktivität zu nennen. Die bisherigen Studienergebnisse konnten den Erfolg von kausal wirksamen Ansätzen bei Menschen mit manifester Demenz noch nicht unter Beweis stellen. Daher erscheint es umso wichtiger, die vorhandenen Möglichkeiten frühzeitig und konsequent zu

## 20 Jahre Impulse für Gesundheitsförderung

Mit der kommenden Ausgabe, dem Heft Nr. 81, feiern die Impulse für Gesundheitsförderung 20jähriges Bestehen. Wir möchten Sie deshalb herzlich einladen, uns zu schreiben: Ideen, Meinungen oder Hinweise zu dem, was Ihnen an den Impulsen gefällt oder nicht gefällt. Sind Sie Leserin oder Leser der ersten Stunde? Oder ganz neu dabei? Wie haben Sie von uns erfahren? Über welche Ausgabe haben Sie sich am meisten geärgert oder gefreut?

Besonders interessiert uns natürlich, ob und wie Sie die Impulse in ihrem Arbeitsfeld nutzen. Was können wir dabei besser machen? Was dürfen wir auf keinen Fall anders machen? Wir freuen uns über Statements jeder Art – möglichst bis zum 01. November 2013 – in Wort ... oder jeder anderen Form, die Ihnen einfällt.

Gespannte Grüße

Thomas Altgeld und Team

nutzen, um zum frühestmöglichen Zeitpunkt die Entwicklung eines funktionell bedeutsamen Synapsenverlusts, der das primäre Krankheitskorrelat der Alzheimer Demenz darstellt, hemmen zu können.

### Früherkennung und Diagnostik

Die Diagnosestellung der Alzheimererkrankung in einem sehr frühen Stadium – möglichst noch, ehe es zu klinischen Auffälligkeiten kommt – ist für den erfolgreichen Einsatz krankheitsmodifizierender Wirkstoffe essentiell. Insbesondere der Bildgebung durch MRT und andere Verfahren kommt eine besondere Bedeutung zu. Gegenstand der Forschung ist die Entwicklung von krankheitsmodifizierenden, kausal wirksamen Substanzen, die hemmend in die Pathophysiologie eingreifen. Dabei werden u. a. immunologische Strategien verfolgt. Vielversprechende Ansätze zielen darauf ab, die Entstehung dieser Veränderungen zu verhindern. Aktuelle Studien untersuchen die Wirkung verschiedener Sekretasemodulatoren, die die Anreicherung des toxischen  $\beta$ A4 reduzieren sollen. Bevor die genannten Verfahren oder andere Methoden zur Früherkennung und kausalen Behandlung erfolgreich etabliert sind und routinemäßig zur Verfügung stehen, werden Demenzen eine wachsende Herausforderung darstellen. Deren Bewältigung erfordert eine zunehmende Verzahnung zwischen der primärmedizinischen Betreuung, sozialpsychiatrischen Maßnahmen und spezialisierten (forschenden) Einrichtungen.

Literatur bei der Verfasserin und den Verfassern

DR. HENNING PETERS, Technische Universität München, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Neuroimaging Center TUM, Klinikum Rechts der Isar, Ismaninger Straße 22, 81675 München, E-Mail: hep@tum.de

### VALENTINA A. TESKY, JOHANNES PANTEL

## Prävention der Demenz

Demenz ist eine multikausale Erkrankung. Nach dem aktuellen Stand der Forschung werden zahlreiche Einflussgrößen diskutiert, die das Erkrankungsrisiko erhöhen können (siehe Abbildung). Zu ihnen zählen genetische und psychosoziale sowie medizinische und umweltbezogene Faktoren. Hieran anknüpfend werden bereits erste Präventionsmaßnahmen empfohlen, um das Risiko einer Demenz zu reduzieren bzw. den Erkrankungsbeginn zu verhindern oder möglichst weit hinauszuzögern. Anknüpfungspunkte können in diesem Zusammenhang der Bildungsstand, der sozioökonomische Status, die Komplexität des Berufsalltags, das soziale Netzwerk der Betroffenen, ihr soziales Engagement sowie das Ausüben

von kognitiv-stimulierenden sowie physischen Aktivitäten sein. Im höheren Alter ist es nur noch eingeschränkt möglich, seinen Bildungsstand oder den sozioökonomischen Status zu verändern und das Arbeitsleben ist meistens ebenfalls bereits beendet. Aber die Ausübung von sozialen, geistig-anregenden und körperlichen Aktivitäten bietet älteren Menschen die Möglichkeit, aktiv einer Demenz vorzubeugen. Hier bewahrheitet sich der Ausspruch »wer rastet, der rostet«. Darüber hinaus ist es nie zu spät, sich sozial, kognitiv oder sportlich zu engagieren. Zu den kognitiv-stimulierenden Tätigkeiten zählen klassische geistige Aktivitäten, beispielsweise das Spielen von Schach oder Bridge, Musizieren, Lesen oder der Besuch von Museen. Aber auch produktive Tätigkeiten, wie Gartenarbeit, Kochen oder Stricken, reduzieren das Risiko für demenzielle Erkrankungen. Routinehandlungen, z. B. das Lösen von Kreuzworträtseln oder Sudokus, dienen aber nicht dem Erhalt kognitiver Fähigkeiten. Ebenso stellt der Fernsehkonsum keinen Präventionsfaktor dar. Das sogenannte »Gehirnjogging«, bei dem Rätsel gelöst werden, ist nur dann eine wirksame Präventionsmaßnahme, wenn Abwechslung besteht und der Schwierigkeitsgrad immer wieder modifiziert wird.

### Programm zur Förderung eines demenzpräventiven Lebensstils

Anregungen für einen demenzpräventiven Lebensstil, insbesondere mit dem Schwerpunkt auf kognitiv-stimulierenden Tätigkeit, finden sich in »Geistig fit in jedem Alter: Fit bleiben mit der AKTIVA-Methode« sowie »Geistige Fitness Erhalten – das AKTIVA-Programm. Manual für Pflegende und Gruppenleiter in der Seniorenarbeit«. Das AKTIVA-Programm, welches von Valentina A. Tesky und Johannes Pantel entwickelt wurde, stellt eine neuartige Anleitung für einen aktiveren Lebensstil im Alter dar. Neben einer fundierten Wissensvermittlung wird im Rahmen des interaktiven Gruppenprogramms die Möglichkeit geboten, die eigene Lebensweise im Hinblick auf einen demenzpräventiven Lebensstil zu analysieren und es werden gleichzeitig auch Strategien vermittelt, um sich für Veränderungen zu motivieren. Ziel ist, mit Hilfe von AKTIVA vermehrt geistig-anregende Freizeitaktivitäten auszuüben, um so das kognitive Niveau aufrechtzuerhalten und langfristig geistigen Leistungseinbußen vorzubeugen. Diese Freizeitaktivitäten orientieren sich an den eigenen Interessen und Fähigkeiten. Es werden geistige Aktivitäten ausgeübt, die Freude bereiten. So erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass die Tätigkeiten langfristig, d. h. über eine Programm-Teilnahme hinaus, ausgeübt werden. Zudem werden die eigenen kognitiven Fähigkeiten gefördert. AKTIVA wurde als interaktives Schulungsprogramm für eine Teilnehmerzahl von zehn bis zwölf Personen konzipiert und kann mit Hilfe des allgemein zugänglichen



REIMER GRONEMEYER, VERENA ROTHE

## Demenz: Herausforderung für die Kommune

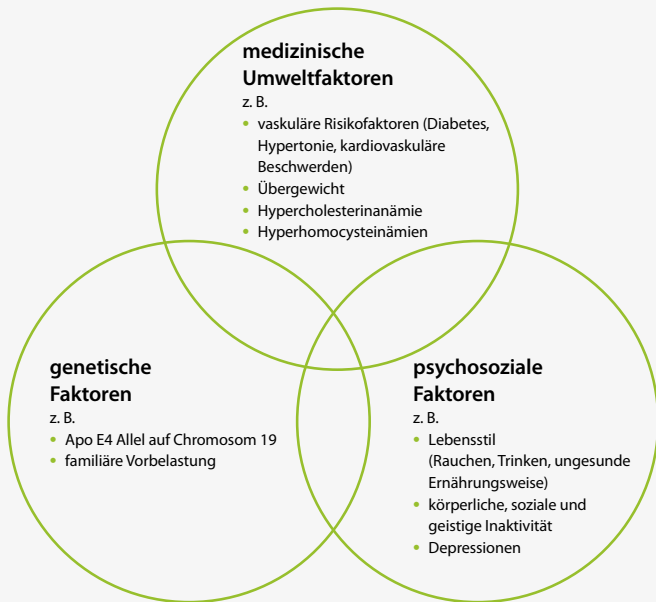
Die Menschen werden immer älter, der zu erwartende Anstieg der Zahl von Demenz Betroffenen ist signifikant. Demenz entwickelt sich vor unseren Augen zur bedeutenden sozialen, politischen, ökonomischen und kulturellen Herausforderung. Unsere nähere und fernere Umwelt ist verstärkt durch Vereinzelung und das Zerbröckeln sozialer Milieus gekennzeichnet – Räume, in denen Menschen mit Demenz gewissermaßen »natürlich« aufgehoben wären, schmelzen weg.

### Eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung – und Chance?

Es genügt nicht, dass Kommunen ein paar »Maßnahmen« ergreifen, um die Versorgung von Menschen mit Demenz zu verbessern. Die Demenz fragt uns dringlich nach einem Neuanfang in den sozialen Beziehungen der modernen Bürgerinnen und Bürger untereinander. Sie verwandelt in geradezu beklemmend-mysteriöser Weise die Stärken der modernen Gesellschaft in ihr Gegenteil – ihre Milliarden-Bits-Speicher in Gedächtnisschwäche, ihre exzessive Individualisierung in Persönlichkeitsverlust. In der Demenz kehren die Glaubenssätze der Moderne (Flexibilität! Beschleunigung! Autonomie!) als Karikatur wieder. Sie fordert uns, beängstigend und befreiend zugleich, zu einem Neubau unserer Gesellschaften auf.

### Demenzfreundliche Kommune

Die Medikalisierung der Demenz muss durch ein Stück »Resozialisierung« des Phänomens aufgefangen und korrigiert werden. Dies hat zur Forderung der deutschlandweiten bürgerschaftlichen Initiative »Aktion Demenz e. V.« nach »Demenzfreundlichen Kommunen« geführt: Gemeint ist damit ein Gemeinwesen, in dem es sich mit und für Menschen mit Demenz und ihren Familien gut leben lässt und in dem Teilhabe gelebte Wirklichkeit ist. Der Begriff Kommune dient in diesem Zusammenhang als Sammelbegriff für Städte, Dörfer, Nachbarschaften und Gemeinschaften. Ohne die Politik aus ihrer diesbezüglichen Verantwortung zu entlassen, ist festzustellen, dass eine wirkliche Verbesserung nur dann gelingen kann, wenn in den Städten und Gemeinden Formen einer gemeinsamen Verantwortungsübernahme entwickelt und gelebt werden. Durch unterstützende Strukturen, Sensibilisierung, gezielte Aktionen und Veranstaltungen, Begegnungsmöglichkeiten im Alltag, Austausch zwischen den Generationen und Professionen, nachbarschaftliche Hilfe und bürgerschaftliches Engagement sowie das Ausprobieren innovativer Wege soll es gelingen »Demenzfreundliche Kommunen« zu schaffen. Es wurden und werden Personen aus allen Bereichen der Gesellschaft gewonnen, die sich mit eigenen lokalen Projekten auf den Weg machen. Durch das von der Aktion Demenz bisher in drei Auflagen durchgeführte Förderprogramm der Robert Bosch Stiftung »Menschen mit Demenz in der Kommune«, konnte dieses Engagement nicht nur ideell, sondern für 78 ausgewählte Initiativen auch finanziell unterstützt werden. Museumsführungen für Menschen mit und ohne Demenz, eine Beratungsstelle mitten in der Einkaufspassage, die Sensibilisierung von Kindern und Jugendlichen, die Etablierung von Demenzpaten in Vereinen und Kirchengemeinden, Bürgerbeteiligung und -aktivierung in »kleinen«, alltäglichen Dingen – das alles sind beispielhafte Ansätze wie ein



Manuals von Gruppenleiterinnen und -leitern selbständig in Kleingruppen durchgeführt werden. Der AKTIVA-Ratgeber ermöglicht den interessierten Lesenden mehr über Demenzprävention zu erfahren und Veränderungen umzusetzen. Das AKTIVA-Programm wurde im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie untersucht und es ließen sich einzelne Trainingseffekte nachweisen. Die ersten Teilnehmenden verbesserten sich teilweise in ihrer Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit und erhöhten ihr Aktivitätsniveau im Bezug auf Lesen, Bewegung und soziale Aktivitäten.

### Weitere Ansatzpunkte

Physische Aktivitäten können in Form von Spazierengehen, Jogging, Schwimmen, Fahrradfahren und Tanzen durchgeführt werden, um kognitive Leistungseinbußen zu vermeiden. Bereits zweieinhalb Stunden regelmäßige Bewegung pro Woche haben einen positiven Effekt. Zusätzlich wird die Reduktion vaskulärer Risikofaktoren empfohlen. Die Behandlung von Hypertonie und die Senkung des Cholesterinspiegels sind weitere Präventionsmaßnahmen, die zum Teil im individuellen Verantwortungsbereich liegen. Mit Hilfe einer mediterranen Ernährungsweise lässt sich das Demenzrisiko ebenfalls reduzieren. Der hohe Konsum von Seefisch und frischem Obst im Rahmen dieser Diät versorgt den Körper mit ausreichend Vitaminen, Omega-3-Fettsäuren und Folsäure. Hierdurch lässt sich auch ein erhöhter Homocystein-Spiegel positiv beeinflussen.

### Fazit

Zusammenfassend ist festzustellen: Das Risiko an einer Demenz zu erkranken ist teilweise beeinflussbar. Es liegt in dem Verantwortungsbereich jeder und jedes Einzelnen, diesen Handlungsspielraum zu nutzen. Hierfür ist jedoch Aufklärung in diesem Bereich von enormer Bedeutung. Nur wer umfassend darüber informiert ist, wie er demenziellen Erkrankungen vorbeugen kann, verfügt über die Chance, es auch zu tun.

Literatur bei den Verfassenden

DR. RER. MED. VALENTINA A. TESKY, PROF. DR. MED. JOHANNES PANTEL,  
Goethe-Universität Frankfurt am Main, Institut für Allgemeinmedizin,  
Arbeitsbereich Altersmedizin, Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt am Main,  
E-Mail: tesky@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de,  
pantel@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de



Bewusstseinswandel angeregt werden kann. Die Internetplattform »Unterwegs zu demenzfreundlichen Kommunen« ([www.demenzfreundliche-kommunen.de](http://www.demenzfreundliche-kommunen.de)) stellt zusätzliche Informationen bereit.

### Einschätzung

Der bisherige Erfolg des Konzeptes »demenzfreundliche Kommune« trägt viele Möglichkeiten, aber auch einige Gefahren in sich. Die Idee kann missverstanden werden: Es handelt sich nach unserem Verständnis nicht um einen weiteren Baustein im Ausbau einer Versorgungslandschaft, bei der lediglich die kommunale Struktur als neue Dienstleistungsebene zwischen Pflegeheim und Familie eingezogen wird. Es handelt sich auch nicht um eine mehr oder weniger trickreiche Strategie, den Sozialstaat zu entlasten, indem man nicht mehr bezahlbare Versorgungsleistungen an ehrenamtlich und damit kostengünstig arbeitende Substrukturen abgibt. Und die »demenzfreundliche Kommune« sollte auch nicht zum Projekt gutsituierter bürgerlicher Schichten verkommen, die für sich nach neuen Wegen suchen, ihre demenzbetroffenen Angehörigen in Sicherheit zu bringen. Man würde sich da manchmal einen etwas schärferen Oppositionsgeist in den Kreisen derer wünschen, die sich für die »demenzfreundliche Kommune« engagieren. Ein Hauch Piraterie täte hierbei gut: Bürgerinnen und Bürger, die ihre Kommunen entern und sie sich wieder aneignen. Eher nach dem Motto: Frage nicht nur, was Du für die Demenz tun kannst, sondern frage, was die Demenz für uns tun kann ...

Es ist dabei nicht die Absicht der Aktion Demenz, eine allgemeingültige Antwort auf die Frage zu geben, wie eine demenzfreundliche Kommune aussieht und wie sie zu erreichen ist. Es geht darum, zu eigenen kreativen und passgenauen Ideen vor Ort anzuregen und zu verdeutlichen, dass Kommunen, die sich gemeinsam der Herausforderung Demenz stellen, an einer lebenswerteren Zukunft für alle Bürgerinnen und Bürger – im Prinzip an einer »menschfreundlichen« Kommune – arbeiten.

Literatur bei der Verfasserin und dem Verfasser

PROF. DR. DR. REIMER GRONEMEYER UND VERENA ROTHE, Aktion Demenz e. V.,  
Karl-Glückner-Straße 21 E, 35394 Gießen, Tel.: (06 41) 9 92 32 06,  
Fax: (06 41) 9 92 32 19, E-Mail: [info@aktion-demenz.de](mailto:info@aktion-demenz.de),  
[www.aktion-demenz.de](http://www.aktion-demenz.de)

SONJA HEIDENBLUT, SUSANNE ZANK

## Pflegende Angehörige von Demenzerkrankten brauchen Unterstützung

Der überwiegende Teil demenzerkrankter Menschen in Deutschland wird durch nahe Angehörige betreut, wobei meist Lebenspartnerinnen und -partner oder Töchter die Hauptpflegepersonen sind.

### Belastungen von Angehörigen Demenzerkrankter

Der erkrankte Mensch hat mit dem Fortschreiten der Demenz zunehmend Schwierigkeiten mit Gedächtnis, Orientierung, Lernfähigkeit, Auffassungsgabe, Urteilsvermögen und sprachlichem Ausdruck. Auf den Verlust dieser für die Eigenständigkeit so wichtigen Fähigkeiten reagieren viele Erkrankte mit Angst, Unsicherheit, Depressivität und Antriebslosigkeit. Auch das Sozialverhalten verändert sich mit der Erkrankung, da Situationen nicht mehr richtig eingeschätzt werden können. Die Übernahme der Pflege bedeutet für die bzw. den Angehörigen also eine Konfrontation mit zahlreichen unterschiedlichen Aufgaben und Anforderungen über einen langen Zeitraum, die sich im Verlauf der Erkrankung immer wieder verändern und gerade zu Beginn des Prozesses für die Beteiligten nur schwer einzuschätzen sind. Die zeitraubende Pflegetätigkeit führt häufig zu Einschränkungen in anderen Bereichen, z. B. zu finanziellen Einbußen infolge der Aufgabe der Berufstätigkeit oder zu sozialer Isolation aufgrund der mangelnden Möglichkeit, eigene Kontakte aufrechtzuerhalten. Zudem können manche krankheitsbedingten Zustände von demenziell Erkrankten wie Verwirrtheit, Unruhe oder Depressivität für Angehörige, die damit dauerhaft umgehen müssen, schwer auszuhalten sein. Für die meisten Angehörigen am schwersten zu bewältigen ist jedoch das Gefühl, eine nahe, vertraute Person durch die Erkrankung schrittweise zu verlieren. Die zahlreichen Belastungen haben auf viele Pflegende negative gesundheitliche Auswirkungen. Pflegende Angehörige leiden nicht nur wesentlich häufiger unter Depressionen und Angsterkrankungen, sondern sie weisen auch eine höhere Anzahl chronischer körperlicher Erkrankungen auf als vergleichbare Gruppen nicht Pflegender. Als Folge des Überlastungsgefühls kann bei den Betroffenen auch Aggressivität und Vernachlässigung gegenüber dem pflegebedürftigen Menschen entstehen.

### Beratungs- und Entlastungsangebote für Angehörige demenziell Erkrankter

Um Angehörige bei der Bewältigung des Pflegealltags zu unterstützen und negative Auswirkungen der häuslichen Pflege zu verhindern, gibt es inzwischen zahlreiche Hilfs- und Entlastungsangebote. Neben professionellen Institutionen, die vorübergehend oder dauerhaft Pflegeaufgaben übernehmen, zählen hierzu Angebote zu gemeinsamen Aktivitäten für Demenzerkrankte und ihre Angehörigen, psychoedukative Angebote oder Selbsthilfegruppen, die einen Erfahrungsaustausch mit anderen Betroffenen ermöglichen. Trotz dieses breitgefächerten Angebots an Hilfsmöglichkeiten ist die reale Versorgungslage in häuslichen Pflegesituationen jedoch in vielen Fällen noch nicht ausreichend. Bei vielen Angehörigen kommen Informationen über Hilfsangebote nur unzureichend an oder es gibt praktische oder psychologische Barrieren, die die tatsächliche Inanspruchnahme verhindern. Zudem stellt



es für Angehörige selbst in der Regel eine Überforderung dar, aus der Vielfalt der Angebote diejenigen auszuwählen, die den individuellen Bedürfnissen und Ressourcen auch am besten entsprechen. Für eine gute Passung zwischen Entlastungsbedarfen und -angeboten sind die Aufklärung über das Krankheitsbild und die Vermittlung von leicht zugänglichen Beratungsangeboten ein wichtiger Schritt. Dabei ist zu beachten, dass die Verarbeitung der Diagnose und die Entscheidung zur Inanspruchnahme von Unterstützung Prozesse sind, die Zeit brauchen und die in der Regel mehr als ein Gespräch erfordern. Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. bietet auf ihrer Internetseite bzw. über ein Servicetelefon eine deutschlandweite Vermittlung regionaler Beratungsstellen, die Angehörige durch solche Phasen begleiten.

#### **Instrumente zur Erfassung pflegebedingter Belastungen**

Im Rahmen der Längsschnittstudie zur Belastung pflegender Angehöriger (LEANDER) wurde das Berliner Inventar zur Angehörigenbelastung – Demenz (BIZA-D) entwickelt. Dieses Messinstrument erlaubt, die Vielschichtigkeit pflegebedingter Belastung auf verschiedenen Ebenen abzubilden und somit für Angehörige jeweils ein individuelles Profil zu erstellen. In einer umfangreichen Befragung von Angehörigen mit BIZA-D über fünf Messzeitpunkte zeigte sich, dass bestimmte Aspekte der Belastung häufig mit bestimmten Risiken verbunden sind. Beispielsweise erkrankten Angehörige, die besonders darunter leiden, kaum noch Zeit für sich selbst zu haben, häufiger an Depressionen als Angehörige, die hiervon weniger betroffen sind. Angehörige, die stärker unter Verwirrtheit und Aggressivität des pflegebedürftigen Menschen leiden, tendieren ihrerseits häufiger zu aggressivem Verhalten und Angehörige, denen kognitive Einbußen der Demenzerkrankten besonders zu schaffen machen, neigen eher dazu, die häusliche Pflege ganz abzubrechen. Unter Berücksichtigung dieser Zusammenhänge wurde eine praxistaugliche Kurzversion des Instruments entwickelt (BIZA-D-PV), das in Beratungsprozessen dazu eingesetzt werden kann, bestimmte Risiken in der Pflegesituation zu ermitteln und gezielt auf den individuellen Entlastungsbedarf der Angehörigen einzugehen. Einen ähnlichen Präventionsansatz verfolgt auch das Forschungs-Praxisprojekt Potentiale und Risiken in der familialen Pflege (PURFAM). In diesem Projekt wurden gezielt Mitarbeitende ambulanter Pflegedienste in der Früherkennung und im Umgang mit schwierigen Pflegesituationen geschult. Hierzu wurde ein Assessmentinstrument zusammengestellt, das nicht nur das Belastungserleben der Angehörigen erfasst, sondern welches es Pflegedienstmitarbeitenden außerdem ermöglicht, problematische Pflegesituationen besser zu erkennen und zu doku-

mentieren. Mithilfe eines Handlungsleitfadens kann daraufhin der Pflegedienst frühzeitig mit präventiven Maßnahmen reagieren.

#### **Fazit**

Pflegende Angehörige leisten durch ihre Arbeit einen wesentlichen Beitrag zur Versorgung von Menschen mit Demenz und begegnen dabei Schwierigkeiten, die nicht nur eine persönliche, sondern auch eine gesellschaftliche Herausforderung sind. Wenn die Betroffenen bei dieser schwierigen Aufgabe gut begleitet und unterstützt werden, kann die Pflege als ein Lebensabschnitt erlebt werden, der persönliche Wachstumsprozesse ermöglicht und als sinnvoll empfunden wird. Wesentlich hierfür ist, dass die Belastung nicht zur Überlastung wird. Um dieses Ziel zu erreichen, sind die Verstärkung innovativer, modellhafter Ansätze in der Praxis und eine gute Erreichbarkeit von Hilfsangeboten auch in strukturschwachen Regionen wesentlich.

Literatur bei den Verfasserinnen

DR. SONJA HEIDENBLUT, PROF. DR. SUSANNE ZANK, Universität zu Köln, Lehrstuhl für rehabilitationspsychologische Gerontologie, Herbert-Lewin-Straße 2, 50931 Köln, Tel.: (02 21) 470 15 29, E-Mail: sonja.heidenblut@uni-koeln.de

#### **PETER WIBMANN**

### **Selbstbestimmung und Demenz**

Die Angst vieler Menschen vor dem Alter, vor Pflegebedürftigkeit und vor Demenz resultiert aus der Annahme, dass es dann vorbei sei mit einem selbstbestimmten Leben. Bedeutet Demenz aber tatsächlich das Ende der Selbstbestimmung? »Ich bestimme selbst, was dem Selbst obliegt, was es konstituiert, was es überblickt, was es bestimmen kann. Selbstbestimmung ist der Gegensatz dazu, dass andere in diesen meinen Selbstbereich hineinentscheiden und mich fremdbestimmen«. Wer diese Definition von Selbstbestimmung liest, wird häufig mit ‚Ja‘ auf die oben gestellte Frage antworten. Jedoch: Selbstbestimmung ist immer möglich, auch in der Demenz.

#### **Demenz ist vielschichtig**

Allerdings gibt es ja gar nicht »die« Demenz. In der öffentlichen Wahrnehmung verbindet sich Demenz fast immer mit Zuständen massiver Kompetenzeinbußen und hochgradiger Abhängigkeit von Dritten. Außen vor bleiben all die Personen, die mit einer Demenz leben, aber über so viele Fähigkeiten verfügen, dass sie mit relativ wenig Unterstützung zurechtkommen, sich v. a. aber recht gut artikulieren und ihre Interessen zum Ausdruck bringen könn(t)en. Und außen vor bleiben all die Differenzierungen zwischen diesen beiden Polen. Kurzum: Demenz ist ein sehr vielschichtiges Phänomen! Auf diese Vielschichtigkeit muss sich auch die Diskussion um die Frage der Selbstbestimmung beziehen.

#### **Demenzbilder**

Demenz ist für die meisten Menschen ein kontaminierter Begriff, der ausschließlich Abbau, Verlust und Leid beinhaltet. Wer so denkt, wird betroffenen Personen kaum Selbstbestimmungskompetenz zusprechen. Auch unsere Pflege- und Sorgkultur ist folgerichtig so ausgerichtet, dass sie in der Regel stellvertretend und für bzw. über die Betroffene oder den Betroffenen hinweg handelt. Wenn man aber davon ausgeht, dass





- » Demenz ein sehr vielschichtiges Phänomen ist,
  - » es auch Potenziale und prinzipiell sogar ein ‚gutes‘ Leben mit Demenz geben kann und
  - » die oder der Betroffene Person bleibt,
- dann kommt man zu einem graduellen, die oben genannten Punkte berücksichtigenden Selbstbestimmungskonzept.

#### **Graduelles Selbstbestimmungskonzept**

Graduell meint, dass bei Menschen mit Demenz immer Selbstbestimmungskompetenz vorhanden ist, diese sich jedoch je nach spezifischer Situation (Fähigkeiten, Einschränkungen) unterscheidet. Selbstbestimmung äußert sich in den Entscheidungen, die Menschen treffen können. Wichtig ist dabei

- » die wesentlichen Informationen im Rahmen einer Entscheidungssituation zu verstehen,
- » diese auf dem Hintergrund eigener Werte zu beurteilen,
- » ein bestimmtes Ergebnis gedanklich vorwegzunehmen und
- » seine Entscheidung gegenüber Dritten frei zum Ausdruck bringen zu können.

Diese Voraussetzungen sind bei Menschen mit Demenz in unterschiedlicher Form und Ausprägung gegeben.

#### **Volle Entscheidungs- und Einwilligungsfähigkeit**

Diese ist bei vielen Menschen mit Demenz durchaus gegeben. Man denke in diesem Zusammenhang nur an die sogenannten Frühbetroffenen, die erst seit wenigen Jahren in Deutschland überhaupt ernsthaft zur Kenntnis genommen werden. Frühbetroffen heißt nicht unbedingt jung, es bezeichnet vielmehr einen Zustand, der von hoher Kompetenz und relativ geringem Unterstützungsbedarf gekennzeichnet ist. Gleichwohl, das demonstrieren zahlreiche Studien und vor allem Selbstäußerungen von Betroffenen, erleben sie ab der Diagnosezuweisung einen Prozess der Stigmatisierung, der kontinuierlichen Bevormundung und Entmächtigung. Dabei können die Personen durchaus auf der Folie eigener Werte Entscheidungen treffen und diese zum Ausdruck bringen, auch wenn es hierzu manchmal der Unterstützung bedarf.

#### **Eingeschränkte Entscheidungs- und Einwilligungsfähigkeit**

Bei Menschen, deren demenzielle Veränderungen stärker ausgeprägt sind, beispielsweise im Bereich der Orientierung oder der Gedächtnisleistungen, können Entscheidungen zu abstrakten und komplizierteren Fragen meistens nicht mehr erwartet werden. Bei erlebnisnahen und anschauungsgebundenen Fragen ist dies jedoch durchaus möglich. Ob ein Spaziergang gemacht werden soll oder nicht – das wäre beispielsweise eine solche Frage und ein Aspekt, an dem sich Selbstbestimmung

realisieren lässt. Wichtig werden hier auch gestische und andere non-verbale Kommunikationsformen, die die gesprochene Sprache unterstützen.

#### **Stark eingeschränkte Entscheidungs- und Einwilligungsfähigkeit**

Selbstbestimmung ist ein universelles, allen Menschen in jeder Lebenssituation zustehendes Menschenrecht. Das gilt auch für Demenzbetroffene, die mit massiven Einschränkungen leben und von der Hilfe Dritter vollständig abhängig sind. Doch selbst bei einer Person, die beispielsweise bettlägerig, immobil und sehr stark desorientiert ist und die sich kaum noch artikulieren kann, existieren Entscheidungsmöglichkeiten in bestimmten Situationen. Hierbei wird es sich meistens um affektgeleitete Ja-Nein-Entscheidungen handeln. Ob jemand die warme Decke haben möchte oder nicht, das kann sie bzw. er ggf. mit mimischen oder anderen Ausdrucksformen artikulieren. Dritte können ihr bzw. ihm Angebote machen (schauen, fühlen...), die Reaktionen einschätzen und zur Grundlage für die zu treffende Entscheidung machen. Auch das ist Selbstbestimmung!

#### **Auf das Umfeld kommt es an**

Deutlich wird, wer eine zentrale Rolle für die Chancen von Demenzbetroffenen spielt ihr generelles Selbstbestimmungsrecht zu nutzen: die Umwelt, das Umfeld, die Menschen um die Person herum. Was sie benötigen ist

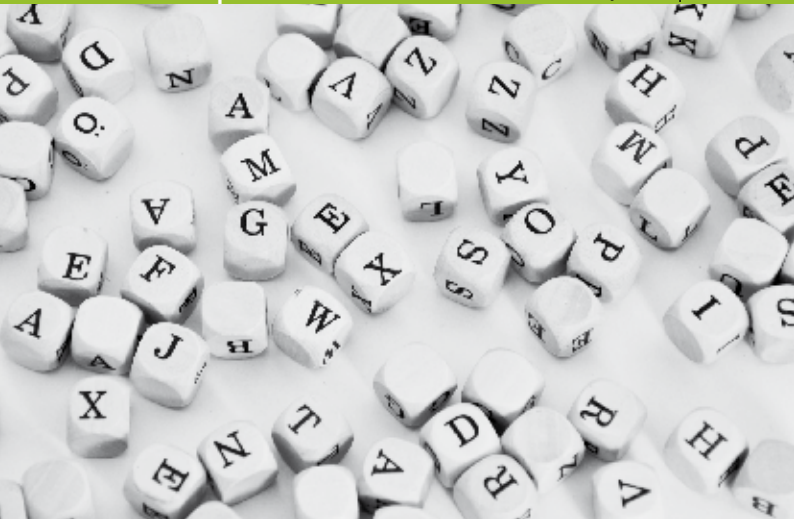
- » das Wissen um die Vielschichtigkeit des Phänomens Demenz und
- » die Erkenntnis, dass Selbstbestimmung ein universelles Recht darstellt und im Rahmen eines graduellen Konzepts immer möglich ist.

Und es wird noch mehr benötigt. Menschen mit Demenz haben das Recht auf eine eigene Perspektive, die konträr zu der des vermeintlich ‚gesunden‘ Umfeldes sein kann und darf. Diese wird ihnen aber nur selten zugestanden. Damit dieses Recht nicht Makulatur bleibt, müssen Räume und Situationen geschaffen werden, in denen sich Demenzbetroffene a) überhaupt artikulieren und b) auch ohne Dritte, Angehörige, Pflegekräfte usw. äußern können. Denn meist ist unser Bild von einer bzw. einem Demenzbetroffenen doch beeinflusst von den Stellungnahmen, Einschätzungen und Informationen Dritter. Doch wo bleibt die betroffene Person? Und oft haben sich, beispielsweise in Beziehungen Strukturen entwickelt, in denen die vermeintlich gesunde Partnerin bzw. der vermeintlich gesunde Partner das Wort führt und der Demenzbetroffene sich ins Schweigen und Mit-Sich-Machen-Lassen gefügt hat. Und schließlich kann sich die Selbstbestimmung von Menschen mit (schwerer) Demenz, nur dann entfalten, wenn die Personen im Umfeld sich Zeit für die Kommunikation und die sensible Beobachtung der oder des Betroffenen nehmen. Kommunikation muss dabei mehr sein als verbale Kommunikation. Gerade demenziell veränderte Menschen sind nicht-dementen Personen oftmals haushoch darin überlegen, Kommunikation nicht auf Verbalität zu reduzieren, sondern sich aus der Fülle leiblich- und sinnesorientierter Ausdrucksmöglichkeiten zu bedienen. Hier können alle anderen staunend lernen.

Literatur beim Verfasser

PETER WISSMANN, Demenz Support Stuttgart gGmbH, Zentrum für Informationstransfer, Hölderlinstraße 4, 70174 Stuttgart, Tel.: (07 11) 9 97 87-10, Fax: (07 11) 9 97 87-29,

E-Mail: p.wissmann@demenz-support.de, www.demenz-support.de



## INTERVIEW

## Leben mit Gedächtnis- und Orientierungsstörungen – Wahrnehmungen eines Betroffenen

Der sechzigjährige G. H. leidet an einer Gedächtnis- und Orientierungsstörung, in deren Folge er vor vier Jahren seinen Beruf als Dachdecker aufgeben musste. In einem Gespräch mit einer Mitarbeiterin der LVG & AFS erzählt er darüber, wie er die Erkrankung wahrnimmt und welche Strategien ihm helfen, den Alltag trotz der Einschränkungen eigenständig zu bewältigen. Es folgen einige Ausschnitte des Gesprächs.

**Impulse: Vor unserem Gespräch haben wir ja bereits zweimal miteinander telefoniert. Auf den ersten Blick könnte man fast den Eindruck gewinnen, dass ihr Gehirn keine Funktionseinbußen aufweist. Sie reden ganz normal ... mit ein paar Pausen vielleicht ..., drücken sich gut aus ... Woran merken Sie, dass etwas nicht stimmt?**

» G. H.: Ich habe das Problem, viele Dinge nicht zu wissen, die bei anderen ganz normal Standard sind. Namen, Daten... Beim Einkaufen vergesse ich, was ich mitnehmen wollte und gehe dann unverrichteter Dinge wieder nach Hause. Briefe kann ich im Grunde nicht lesen, weil ich gar nichts im Kopf behalte. Als ich noch berufstätig war, war mein Kopf überfordert. Zum Beispiel musste ich einmal zu einem Termin. Mitten auf der Strecke wusste ich plötzlich nicht mehr, wo ich hin will und wo ich bin. Mein Chef hat irgendwann gemerkt, dass ich wirklich krank bin. Dann habe ich andere Aufgaben bekommen. Momentan geht es mir recht gut, aber ich habe auch schlechtere Phasen. Das würden Sie merken, wenn Sie unverhofft vorbeikommen würden.

**Impulse: Wie ist Ihnen denn bewusst geworden, dass Sie unter Gedächtnis- und Orientierungsstörungen leiden?**

» G. H.: Zunächst hatte ich große Probleme, einzuordnen, was mit mir nicht stimmt. Mein Hausarzt und Psychologe konnte mir da auch nicht richtig weiterhelfen: Mal etwas zu vergessen, das ist doch normal. Das passiere ihm auch ständig, sagte er ... Richtig geklingelt hat es bei mir dann erst, als ich einen Bericht im Fernsehen über Demenz gesehen habe. Und dann haben mein Sohn und ich uns auf die Suche nach Informationen gemacht, wodurch dann der Kontakt zur Alzheimer Gesellschaft entstand. Dort habe ich einige Gedächtnisübungen gemacht. Die bestätigten dann, dass ich unter Gedächtnisproblemen leide.

**Impulse: Was erschwert den Umgang mit der Erkrankung?**

» G. H.: Für mich ist schwierig, mit meiner Erkrankung nicht richtig ernst genommen zu werden. In der Gedächtnisambulanz habe ich die Tests gemacht. Das hat nicht länger als fünf Minuten gedauert. Danach wurde ich nach Hause geschickt. Auf mein Nachfragen, was denn nun mit mir nicht stimmt, wurde mir nur gesagt, dass nichts festgestellt werden konnte und ich einfach zu doof sei. Da war ich platt. Ich will Klarheit haben und dann laufe ich Leuten über den Weg, die mir nichts sagen. Das verunsichert mich und auch meinen psychischen Zustand verschlimmert das. Wenn es mir psychisch nicht gut geht, dann wirkt sich das wiederum auf mein Gedächtnis aus.

**Impulse: Wie verhalten Sie sich im Alltag, wenn Sie Schwierigkeiten aufgrund Ihres Gedächtnisses bekommen?**

» G. H.: Ich habe mich völlig zurückgezogen. Ich gehe nur noch zum Einkaufen raus ... und das auch nur im Dunkeln, damit ich keinem begegne, mit dem ich quatschen muss. Ich versuche, den Kontakt zu Menschen zu vermeiden, weil ich nicht weiß, worüber ich mich mit denen unterhalten soll. Was sollst du auch antworten, wenn du nichts behälst.

**Impulse: Was hilft Ihnen, mit der Erkrankung besser umgehen zu können?**

» G. H.: Ich versuche, mir Dinge über Gedächtnisbrücken zu merken und schreibe alles auf. Früher habe ich meine Notizen auf Klebezetteln gemacht. Die hingen in meiner ganzen Wohnung. Eine Bekannte sagte dann, ich sollte hierfür doch lieber einen Kalender benutzen. Dann hängt nicht alles voll ... Wenn ich Termine habe, lege ich mir Zettel auf den Tisch, so dass ich sie ja nicht vergesse. Die Dinge, die ich für diese Termine benötige, lege ich schon Tage vorher raus ... ob es die Kleidung ist, meine Tasche ...

Außerdem bin ich zur Alzheimer Gesellschaft gegangen. Da, habe ich gemerkt, bekommt man Hilfe. Da wird mit einem gesprochen. Jeden zweiten Montag nehme ich dort zwei Stunden lang an Sitzungen der Selbsthilfegruppe teil. Der Kontakt zu den Anderen und den Betreuungskräften tut mir gut. Ich fühle mich verstanden und geborgen und bekomme auch Unterstützung im Umgang mit meiner Krankheit. Dort bin ich sozusagen in ein warmes Nest gefallen.

Nicht zuletzt hilft mir auch mein Sohn. Er kommt ein- oder zweimal die Woche und geht dann für mich einkaufen oder fährt mich mit dem Auto.

**Impulse: Was bereichert Ihren Alltag?**

» G. H.: Mir tut es gut, etwas für andere Betroffene zu tun, die schlimmer dran sind als ich. Beispielsweise habe ich zehn oder zwölf Tage eine Freizeit für Demenzerkrankte mitbegleitet. Das hat mich auf andere Gedanken gebracht und hat mir Spaß gemacht. Ich habe die Dankbarkeit der Angehörigen gespürt, wenn ich mich um ihre demenzerkrankten Partner gekümmert habe. Dann bekomme ich Zuspruch von den Leuten und merke, dass ich über soziale Fähigkeiten verfüge, die die Erkrankung erst zutage gefördert hat.

**Impulse: Welchen Ratschlag würden Sie anderen Menschen geben, die in einer ähnlichen Situation sind?**

» G. H.: Wenn ich jetzt mal nach meinen eigenen Erfahrungen gehe, würde ich auf jeden Fall erst mal zum Hausarzt gehen oder besser gleich einen Neurologen aufsuchen. Dann kann gleich eine Untersuchung durchgeführt werden, um festzustellen, ob man erkrankt ist. Sonst bauen sich die Unsicher-





heit und die Ängste immer weiter auf, wie das bei mir durch den langen Diagnoseprozess der Fall war. Außerdem ist es wichtig, herauszufinden, in welchem Krankheitsstadium man sich befindet. Wenn man über diese Info verfügt, kann man abschätzen, wie viel Zeit einem noch bleibt, Dinge selbst zu regeln und nahestehende Menschen auf die Veränderungen vorzubereiten ... Dann kann man sich zum Beispiel auch um eine rechtliche Betreuung kümmern und sich Unterstützung bei der Alzheimer Gesellschaft holen. Ich denke, es ist wichtig, in dieser ersten Phase bewusst schöne Momente mit der Familie zu erleben. An diese Momente werden sich alle noch lange erinnern, auch wenn die Betroffenen selbst um sich rum kaum noch etwas wahrnehmen oder bereits verstorben sind.

Interviewerin: BIRGIT WOLFF, Anschrift siehe Impressum

## CHRISTINE RIESNER

# Lebensqualität für Menschen mit Demenz bestimmen

Die pflegerische und betruerische Versorgung von Menschen mit Demenz soll deren Lebensqualität erhalten bzw. verbessern. Dies ist nicht immer leicht, denn Lebensqualität ist erstens ein abstraktes Konstrukt und kann zweitens eigentlich nur durch die betreffende Person selbst beurteilt werden. Dies kann bei Menschen mit Demenz schwierig werden, wenn sich diese z. B. nicht ausreichend an ihr Leben erinnern können oder sich nicht mehr verständlich ausdrücken können. Dieser Beitrag befasst sich mit dem Beobachtungsinstrument Dementia Care Mapping (DCM), mit dem das Wohlbefinden als konkreter und subjektiver Ausdruck für die gegenwärtige Lebensqualität von Menschen mit Demenz bestimmt werden kann. Generell sollte die Einschätzung der Lebensqualität betroffene Menschen selbst einbeziehen und durch einen Mix zwischen Betroffenenbefragung, Beobachtung und Fremdbefragung erfolgen.

### Personenzentrierte Pflege und Wohlbefinden

DCM ist vor dem theoretischen Hintergrund der personenzentrierten Pflege entstanden. Der Sozialpsychologe Tom Kitwood hat die Theorie und auch das Instrument DCM gemeinsam mit Kollegen seit den 1990er Jahren entwickelt. Wohlbefinden wird hier als Ergebnis gelungener sozialer Prozesse verstanden, in denen die Einzelne und der Einzelne *Selbstwert* erfährt, *handlungsfähig* ist, Zugang zu einer *sozialen Gemeinschaft* hat

und in denen er *Hoffnung* und *Vertrauen* erleben kann. Im Rahmen personenzentrierter Pflege für Menschen mit Demenz sollte der Alltag so gestaltet werden, dass diese vier Kriterien erfüllt sind. Allerdings bedeutet beispielsweise *Selbstwert* oder *Handlungsfähigkeit* für jeden Menschen etwas individuell Unterschiedliches und ist u. a. von dessen Persönlichkeit und Lebensgeschichte abhängig. Wohlbefinden als Ziel einer gelungenen Alltagsgestaltung, wie dies auch in den Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe postuliert wird, ist daher individuell zu gestalten.

### Das Instrument Dementia Care Mapping

DCM besteht aktuell in der achten Version. Beobachtet wird in aufeinander folgenden Fünf-Minuten-Zeitabschnitten: Das Verhalten einer Klientin bzw. eines Klienten. Hier stehen 23 Verhaltens-Codes zur Verfügung: Der sichtbare Affekt z. B. Mimik, Körperhaltung, Körperbewegungen, Stimmlage während des Verhaltens sowie der Kontakt zur Umwelt (wenig bis sehr konzentriert und absorbiert). Hier stehen 6 Werte (+5, +3, +1; -1; -3; -5) zur Verfügung. Höhere Werte stehen abstrahiert für ein höheres Wohlbefinden. Ebenso werden Merkmale der Beziehungsqualität zwischen professionell Tätigen und Klientinnen bzw. Klienten auf zwei Ebenen beispielhaft festgehalten, wenn Interaktionen geschehen:

- » *Personale Aufwerter* (PA): Interaktionen, die das Personsein der Klientin bzw. des Klienten erhalten und stärken.
- » *Personale Detraktionen* (PD): Interaktionen, die das Personsein der Klientin bzw. des Klienten einschränken und schmälern.

Die Kodierung von PD und PA erfolgt anhand der fünf psychologischen Bedürfnisse *Bindung, Betätigung, Einbeziehung, Identität* und *Geborgenheit & Wohlbehagen*, die Kitwood entwickelt hat. Beobachtet wird entsprechend der Fragestellung, z. B. während einer bestimmten Intervention oder in einem Zeitraum von vier bis sechs Stunden, wenn das grundsätzliche Wohlbefinden der Klientinnen bzw. des Klienten auf einem Wohnbereich festgehalten werden soll. Um DCM anwenden zu können, wird ein Training benötigt. Ausgebildete Personen haben über das direkte Beobachten und Kodieren hinaus die Aufgabe, alle Beteiligten in die Methode einzuführen. Nach der DCM-Beobachtung analysieren die Beobachtenden die erhobenen quantitativen und qualitativen Daten in vorgegebener Weise und besprechen dann in einer Feedback-Sitzung die Ergebnisse mit dem verantwortlichen Team. Das Team wiederum hat nach dieser Feedback-Sitzung die Aufgabe, einen Handlungsplan zu entwickeln (vgl. PDCA-Zyklus).

### Verbreitung

DCM wird inzwischen in zahlreichen Ländern aller Kontinente eingesetzt. Eine strategische Partnerschaft besteht in 13 Ländern. DCM selbst ist ebenfalls Gegenstand der Forschung gewesen und wird momentan im Deutschen Zentrum für neurodegenerative Erkrankungen (DZNE), Standort Witten, im deutschen Versorgungskontext untersucht. Einrichtungen profitieren vom Einsatz des Instruments, weil die Pflegequalität im Hinblick auf Wohlbefinden gemessen werden kann. Ebenso kann der Alltag prozesshaft abgebildet werden, wodurch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ein Wissen erhalten, welches sie praktisch für die Entwicklung der Pflege und Betreuung einsetzen können. So werden zum Beispiel Ursachen für herausforderndes Verhalten deutlich. Außerdem können eher apathische Bewohnerinnen und Bewohner Beachtung erhalten, die ihnen sonst in geringerem Maße zuteil wird.



### Herausforderungen

Bei DCM handelt es sich um ein komplexes Instrument. Die Implementierung solcher Instrumente sollte konzentriert begleitet werden. Sowohl das Management, als auch das Team und die DCM-Beobachtenden selbst benötigen Kenntnisse über Wirkungsweise und fördernde wie auch hemmende Faktoren der Implementierung. DCM kann mit verschiedenen Fragestellungen und daraus folgend mit unterschiedlich langen Beobachtungen eingesetzt werden. Detailkenntnisse und Fachberatung haben sich als vorteilhaft erwiesen, wenn es um den konkreten Einsatz des Instrumentes geht. Im DZNE Witten wird neben den Effekten von DCM untersucht, welche fördernden und hemmenden Faktoren die Implementierung beeinflussen. Eine weitere Studie des DZNE Witten erfasst die Praxiserfahrungen der DCM-Beobachtenden in Deutschland. Die gewonnenen Erkenntnisse sollen genutzt werden, um Konzepte zu entwickeln, welche die Beteiligten dabei unterstützen, DCM erfolgreich zu implementieren und anzuwenden.

Literatur bei der Verfasserin

DR. CHRISTINE RIESNER, DCM Strategic Lead Germany, Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e. V. (DZNE) in Kooperation mit der Universität Witten/Herdecke Standort Witten, Stockumer Straße 10, 58453 Witten, Tel.: (0 23 02) 92 61 75, E-Mail: christine.riesner@dzne.de, www.dzne.de, www.dcm-deutschland.de

**BETTINA LINDMEIER**

## Menschen mit Behinderungen und Demenzerkrankung. Diagnostik und Anforderungen an ihre Begleitung

Durch die demografische Entwicklung nehmen demenzielle Erkrankungen auch bei Menschen mit geistiger Behinderung zu. Die Zahlen sind allerdings widersprüchlich. Sie sind u. a. abhängig davon, ob sie sich ausschließlich auf Menschen mit Down-Syndrom beziehen, die früher und häufiger erkranken, oder alle Menschen mit geistiger Behinderung einbeziehen. Zudem ist die Diagnostik dadurch erschwert, dass die gängigen Screeninginstrumente nicht nutzbar sind. Sie messen den Verlust von Alltagsfähigkeiten, die erwachsene Menschen ohne Behinderung auch bei niedrigem Bildungs-

niveau in der Regel besitzen. Da bei Menschen mit geistiger Behinderung sehr unterschiedliche Einschränkungen in diesen Alltagsfähigkeiten vorliegen, sind die Screenings hier nicht anwendbar. Stattdessen müsste man den erreichten Stand der Alltagsfähigkeiten als Basis (base line) erheben, um davon ausgehend einen individuellen Abbau zu messen, der an Verhaltensänderungen in Realsituationen erkannt werden kann. Diese Vorgehensweise wird in der Regel auch von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in unsystematischer Weise angewandt, wenn sie Beobachtungen von Veränderungen im Unterstützungsbedarf und im alltäglichen Verhalten machen. Sie liegt auch den vorhandenen Checklisten zu Grunde. Frühe Anzeichen für eine mögliche Demenzerkrankung sind vielfältig und individuell unterschiedlich, weshalb es nötig ist, auszuschließen, dass andere nicht erkannte Erkrankungen die Ursache veränderten Verhaltens sind. So können ein Ausweichen vor Anforderungen oder sozialer Rückzug auch durch eine Depression oder eine somatische Erkrankung ausgelöst werden. Auch eine Zuordnung zu der in der Diagnostik nicht behinderter Menschen üblichen Phaseneinteilung der Krankheit ist nur schwer möglich.

### Erste Anzeichen

Als erste Hinweise gelten ein anders nicht erklärbarer Wandel in Aktivitäten des alltäglichen Lebens, Gedächtnis- und Persönlichkeitsveränderungen, Rückzugstendenzen, ein gestörter Tag-Nacht-Rhythmus, die Zu- oder Abnahme von Stereotypen sowie das Auftreten von Krampfanfällen. Zudem sind eine zunehmende Apathie, Interessenverlust, Veränderungen in den kommunikativen Fähigkeiten und eine Zunahme von motorischer Unruhe als erste Anzeichen einer demenziellen Erkrankung zu nennen. Menschen mit Down-Syndrom und Demenz zeigen vermehrt Niedergeschlagenheit, Ruhelosigkeit, Schlafprobleme sowie auditive Halluzinationen. Auch Umherwandern, Energiemangel, Krampfanfälle und Gewichtsabnahme sind bei ihnen häufig zu beobachten.

Für eine angemessene Begleitung stellt sich zunächst die Frage, warum Pflegeheime und Tagespflegeeinrichtungen für nicht lebenslang geistig behinderte demenzkranke Menschen keine angemessene Lösung darstellen. Dies ist allerdings nicht der Fall: Bei Menschen mit Down-Syndrom scheint sich der Krankheitsverlauf meist rascher zu vollziehen. Sie verlieren oft relativ schnell Fähigkeiten, zum Beispiel das aktive Sprachvermögen oder die Orientierung und sie benötigen Unterstützung beim Essen und bei der Bewältigung der Krampfanfälle, die allerdings oft nur phasenweise auftreten. Auch bei anderen geistig behinderten demenzkranken Menschen treten Einschränkungen der Kommunikation, der Fähigkeit, selbstständig und den Tischsitten entsprechend zu essen, früher auf. Hinzu kommen oft langanhaltende Schreianfälle, Inkontinenz und eine Einschränkung auch früh erworbener Wissensbestände, beispielsweise zu Regeln des Zusammenlebens, wie Grüßen oder angemessenen Formen des Körperkontakts. All dies sind Fähigkeiten, die andere demenziell Erkrankte lange bewahren und die sie teils sehr vehement von Menschen in ihrer Umgebung einfordern, weshalb demenziell Erkrankte, die sie nicht besitzen, von ihnen stark abgelehnt und ausgegrenzt werden.

Auch die in der Altenpflege entwickelten Methoden der Demenzbegleitung müssen abgewandelt werden, denn sie basieren zu einem sehr großen Teil auf der Sprache. Bei biografischen Angeboten müssen zudem die anderen Bildungserfahrungen berücksichtigt werden: Durch mangelnde Schul-





erfahrungen und eingeschränkte Literalität kann das Basiswissen nicht vorausgesetzt werden, das durch die Lektüre von Büchern oder der Tageszeitung entsteht. Spiele, die das Erraten von Gedichtanfängen oder Sprichwörtern zum Inhalt haben, müssen selbst bei sprachfähigen Menschen vereinfacht werden. Eine biografiesensible Alltagsbegleitung ist selbstverständlich auch für Menschen mit geistiger Behinderung und Demenz sehr wichtig und wird in Einrichtungen der Behindertenhilfe bereits praktiziert. Wenn möglich, sollte den Betroffenen daher kein Wechsel von Bezugsbetreuerinnen und -betreuern zugemutet werden, selbst wenn nicht sicher ist, ob sie die Menschen in ihrer Umgebung noch erkennen: Langjährige Bezugsbetreuerinnen und -betreuer verfügen über biografisches (Alltags-)Wissen, durch das ein wichtiger Beitrag zum Erhalt von Lebensqualität geleistet werden kann. Auch integrative Validation ist zwar möglich, muss aber ebenfalls neben sprachlicher Begleitung andere Wahrnehmungskanäle und Erfahrungsmöglichkeiten ansprechen. Noch fehlt diesbezüglich allerdings ein Großteil des benötigten Wissens über Demenz und Demenzpflege.

### Schlussfolgerungen und Ausblick

Damit ist bereits beschrieben, welche Aufgabe in der Zukunft zu lösen ist: Einrichtungen und Fachkräfte müssen eine Synthese des Wissens aus Altenhilfe, Demenzpflege und Eingliederungshilfe leisten, um eine angemessene Lebensqualität und Teilhabe sichernde Begleitung und Pflege zu realisieren. Dazu sind auch neue Formen der Finanzierung und der Organisation von Wohnen und Begleitung zu entwickeln, wobei sichergestellt werden muss, dass ein Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung bei gleichzeitigem Erhalt des Anspruches auf Eingliederungshilfe entsprechend dem tatsächlichen Bedarf gewährt bzw. erhalten wird. Eine doppelte Diskriminierung als demenzkrank und geistig behindert, die zu einer Absenkung von Standards und der Auffassung auch beim Personal führt, jemand »merke ohnehin nichts mehr« oder sei »für die anderen nicht zumutbar«, stellt zur Zeit eine reale Gefährdung dar, der entschieden entgegenzutreten ist.

Literatur bei der Verfasserin

PROF. DR. BETTINA LINDMEIER, Leibniz Universität Hannover, Institut für Sonderpädagogik (IFS), Philosophische Fakultät, Schloßwender Straße 1, 30159 Hannover, E-Mail: bettina.lindmeier@ifs.phil.uni-hannover.de

SARAH HAMPEL, VERENA REUTER, MONIKA REICHERT

## Mobile Demenzberatung – eine Möglichkeit zur Verbesserung der Situation pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz?

Die häusliche Versorgung von Menschen mit Demenz wird in den meisten Fällen durch Familienmitglieder übernommen und entspricht damit in der Regel dem Wunsch der Erkrankten, ein möglichst selbstbestimmtes Leben in den eigenen vier Wänden zu führen. Für Angehörige ist die geleistete Unterstützung bzw. Pflege jedoch nicht nur finanziell, sondern v. a. körperlich, psychisch und sozial stark belastend, weshalb Versorgungsangebote für Menschen mit Demenz immer auch deren pflegende Angehörige in den Blick nehmen sollten. Damit die häusliche Pflege dauerhaft gelingen kann, muss zum einen ein tragfähiges Versorgungsnetz geschaffen werden, zum anderen ist die Entlastung bzw. die Gesundheitsförderung und Gesunderhaltung von pflegenden Angehörigen zentral: Die vielfältigen Belastungen, die mit der Pflegetätigkeit einhergehen, führen häufig dazu, dass Pflegenden ihre eigenen Ressourcen überschätzen und z. B. gesundheitliche Beschwerden ignorieren.

### Verbesserung der häuslichen Versorgung durch Beratung – Anforderungen

Ob Menschen mit Demenz und ihre pflegenden Angehörigen Entlastungsangebote nutzen, hängt u. a. davon ab, ob eine umfassende und leicht zugängliche Beratung über vorhandene Unterstützungsmöglichkeiten zur Verfügung steht. Deren bedarfsgerechte und frühzeitige Nutzung ist in vielerlei Hinsicht von grundlegender Bedeutung. So kann eine demenzspezifische Beratung den Umzug in ein Pflegeheim verhindern, die Handlungsmöglichkeiten von pflegenden Angehörigen stärken und damit ihre Lebensqualität und die Lebensqualität der Demenzerkrankten verbessern. Allerdings suchen Angehörige oft erst eine Beratungsstelle auf bzw. nehmen verfügbare Unterstützungsangebote in Anspruch, wenn sie keinen anderen Ausweg mehr sehen. Die Gründe für eine späte Nutzung von Beratung sind mannigfaltig: So kann beispielsweise die Beratungsvielfalt ein Problem für potentielle Nutzerinnen und Nutzer darstellen, da das Angebot schnell unübersichtlich wird. Daneben sind sowohl die mangelnde Erreichbarkeit, z. B. aufgrund von großer Entfernung oder unzureichender Anbindung an den öffentlichen Personennahverkehr, als auch die Tabuisierung des Krankheitsbildes Demenz Barrieren, die die Inanspruchnahme von Beratungs- und Unterstützungsangeboten hemmen. Zu diesen strukturellen Faktoren kommt hinzu, dass das Themenspektrum von Beratung sehr breit gefächert sein muss. Neben sachbezogenen Fragen spielen psychologische Fragestellungen (bspw. die emotionalen und seelischen Belastungen der Pflegenden) ebenfalls eine wichtige Rolle.

### Mobile Beratung als Instrument

Es sind somit v. a. Konzepte gefragt, die Familien gezielt unterstützen und sich dabei am Alltag der Pflegenden orientieren. Gerade ländliche Kommunen stehen (u. a. bedingt durch den demografischen Wandel) dabei vor großen Herausforderungen, wenn es um die Sicherstellung der pflegerischen Versor-



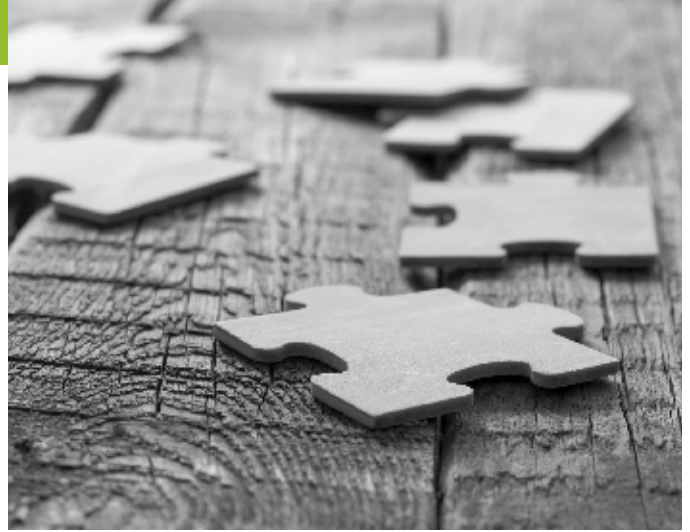
gungsangebote geht. Derzeit mangelt es häufig noch an einer adäquaten Vernetzung bereits bestehender (Beratungs-) Angebote. Um Betroffenen einen Überblick über lokale Entlastungsangebote zu bieten und um das Thema Demenz zu enttabuisieren, hat sich der Rhein-Erft-Kreis in Nordrhein-Westfalen zur Einrichtung einer Mobilen Demenzberatung entschlossen. Seit 2013 wird im Rahmen des Projekts »Für Sie ins Quartier« in einem Beratungsbus an öffentlichen Standorten im Kreisgebiet regelmäßig eine kostenlose Beratung für Menschen mit Demenz, pflegende Angehörige und andere Interessierte angeboten. Dieses Projekt wird unter dem Titel »MobiDem« von der TU Dortmund und der Forschungsgesellschaft für Gerontologie e. V. wissenschaftlich begleitet.

### Wie sollte mobile Demenzberatung aussehen?

Erste Erfahrungen aus dem Projekt »Für Sie ins Quartier« und eine Recherche (inter-) nationaler mobiler Beratungsangebote lassen wichtige Rahmenbedingungen zur Ausgestaltung dieser Beratungsform erkennen. Entsprechend der Maßgabe, einer bestimmten Zielgruppe und vorhandenen regionalen Besonderheiten gerecht zu werden, sind mobile Beratungsangebote im Detail sehr unterschiedlich gestaltet. Gleichwohl gibt es einige Gemeinsamkeiten, wobei zuvorderst die Berücksichtigung der individuellen Versorgungsrealität der Ratsuchenden zu nennen ist. Die mobile Beratung sollte darüber hinaus zeitlich flexibel, zuverlässig, räumlich nah an belebten und gut erreichbaren Plätzen und an die Witterungsbedingungen angepasst sein sowie inhaltlich fachkundig zu allen Fragen Auskunft geben können. Diese Beratungsform kann sowohl die Funktion einer ersten Anlaufstelle übernehmen, kann aber auch bei Bedarf als aufsuchende mobile Beratung bei pflegenden Angehörigen zu Hause eingesetzt werden. Mobile Demenzberatung sollte zudem stets ein ergänzendes und vernetzendes Angebot innerhalb der Kommune darstellen und nicht in Konkurrenz zu anderen Beratungsstellen stehen, sondern vielmehr den Austausch lokaler Akteurinnen und Akteure fördern. Ratsuchende können auf diese Weise schnell einen Überblick über lokale Angebote erhalten und bei Bedarf direkt an entsprechende Stellen weitervermittelt werden. Dies verdeutlicht, dass auch an die beratenden Fachkräfte hohe Anforderungen gestellt werden: Sie sollten mit großem Fachwissen und zugleich als Fallmanagende und Netzwerkende, aber auch als aktiv Zuhörende auftreten. Sind die genannten Rahmenbedingungen gewährleistet, kann mobile Beratung einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Demenzversorgung, Stärkung der häuslichen Pflege und Entlastung pflegender Angehöriger leisten.

Literatur bei den Verfasserinnen

SARAH HAMPPEL, Technische Universität Dortmund, Fakultät für Erziehungswissenschaften und Soziologie, Institut für Soziologie, Lehrstuhl Soziale Gerontologie mit dem Schwerpunkt Lebenslaufforschung, Emil-Figge-Straße 50, 44227 Dortmund, Tel.: (02 31) 755 41 78, E-Mail: sarah.hampel@tu-dortmund.de, www.mobidem.tu-dortmund.de



CHRISTIAN MÜLLER-HERGL

## Selbstwirksamkeit und Arbeitsbelastung in der Arbeit mit Menschen mit Demenz

Risikovermeidung und Sicherheitsdenken führen zu einer bürokratisch-technokratischen Durchdringung der Pflege mit der Folge, dass fast alle Gestaltungsräume auf ein Minimum reduziert werden. Einrichtungen passen sich einem Industrialisierungsprozess an, der sich in Assessments und Planungen manifestiert, die tatsächlich aber kaum abbilden und steuern. Stattdessen stellen sie eher eine virtuelle Parallelwelt dar, die Qualität mehr verhindert als fördert. Ziel ist es, Angehörigen und Aufsichtsbehörden »ordentliche Demente« vorzuführen. Die Serviceorientierung nach dem Motto »wir bedienen und tun alles für Sie wie im Hotel« verhindert offene Situationen, die für die Entstehung eines wünschenswerten Gemeinsams notwendig wären.

### Erzeugte Fremdbestimmung und geringe Selbstwirksamkeit

In einer aufschlussreichen Studie von Ward wird der Zusammenhang zwischen funktional bestimmter Arbeit, geringer Bestimmungsmacht und schlechter Beziehungsarbeit offenbar. Folgende Themen sind charakteristisch:

» funktionales Theater: Trotz sehr unterschiedlicher Klientinnen und Klienten läuft die Kommunikation und Interaktion seitens der Pflegenden standardisiert ab, in der Regel dominiert durch die zu erledigende Aufgabe. Beide Seiten scheinen dabei – wie in einem Theater – feste Rollen einzunehmen.

» care speak: Trotz verzweifelten Bemühens der Klientinnen und Klienten um einen persönlichen Kontakt sind alle Interaktionen durchdrungen von funktionaler Orientierung und minimaler Kommunikation, einem begleitend-direktivem Sprachstil, der der Klientin und dem Klienten kaum Gelegenheit bietet, sich einzubringen: Sie bzw. er erfährt bei jedem Pflegenden kommunikativ dasselbe.

Viele Pflegende berichten von einem enormen Druck, der die Priorität funktional bestimmter Outcomes mit geringer Bestimmungsmacht auf Kosten der Beziehungsarbeit erzwingt. Beziehungsstiftende, emotionale Kommunikation werde versucht, sei aber angesichts des Zeit- und Arbeitsdrucks mit erheblichen psychischen Belastungen verbunden. Der Aufrechterhaltung von »Ordnung« komme eine hohe Bedeutsamkeit zu. Zu dieser Ordnung gehöre u. a. auch die »Präsentation ordentlicher Leiber«, an denen die Leistung gemessen werde. Pflegende erwerben in ihrer beruflichen Sozialisation einen sprachlichen »Tunnelblick« (Leistungskataloge), der die Wahr-

nehmung steuert. Die Sprache und Wahrnehmung sind auf Kontrolle (des Leibes, des Verhaltens, der Erscheinung) und Aufgabenorientierung ausgerichtet. Die in diesem Kontext stattfindenden Interaktionen gestalten sich hoch standardisiert und erzeugen eine sich selbst reproduzierende Routine. Pflege hat wenig mit den sozialen und psychischen Bedürfnissen ihrer Klientinnen und Klienten zu tun, sondern strukturiert sich um ein Wertesystem, in dem die Aufrechterhaltung einer (bürgerlichen) Ordnung den zentralen Stellenwert einnimmt.

### Moralischer Stress

Flankierende Ergebnisse weist eine drei-Länder-Studie (Australien, Schweden, Vereinigtes Königreich) zum Thema »moralischer Stress« auf: Darunter wird verstanden, dass Pflegenden zwar wissen, was sie tun sollen, aufgrund von institutionellen Rahmenbedingungen aber fast nie das Richtige zu tun in der Lage sind. Die Erfahrungen der Pflegenden aus den drei Ländern stellen sich als bemerkenswert ähnlich heraus. Alle Pflegenden bemühen sich, das Beste für die Klientinnen und Klienten zu bewirken, scheitern aber an den Systemen. Grundlegend ist überall der Konflikt zwischen dem, was man weiß, das man tun müsste und der überall gleichen Beobachtung, dass die Systeme die Umsetzung dieses Wissen verhindern. Erst in der letzten Zeit ist Burnout im Kontext Demenz untersucht worden. Wichtigster Einflussfaktor ist die empfundene Selbstwirksamkeit: die Gewissheit, mit einer Situation gut zurechtzukommen, weil man bestimmte Handlungen beherrscht. Untersuchungen bei pflegenden Angehörigen und professionellen Pflegenden belegen, dass positive Selbstwirksamkeitsüberzeugungen Stimmung und Gesundheit positiv beeinflussen. Sie vermitteln den Eindruck von Erfolg und Leistung und wirken damit dieser Burnout-Dimension entgegen. Je geringer die Selbstwirksamkeitsüberzeugung, desto höher die emotionale Erschöpfung und desto geringer das Kompetenzerfinden. Positive Selbstwirksamkeitsüberzeugungen können arbeitsbezogene Belastungen und Burnout abpuffern.

### Arbeitsbedingungen und Berufsfucht

Eine internationale Studie zur Berufsfucht von Pflegenden aus dem Arbeitsfeld Demenz kommt zu dem Schluss, dass in allen Industrienationen die fachlichen Vorgaben und Standards bei weitem nicht erfüllt werden. Die Pflegenden zweifeln aufgrund der Personalbesetzungen die Qualität der Arbeit und sind mit den Ergebnissen nicht zufrieden. Interviews mit Pflegenden anlässlich des Berufsausstiegs haben gezeigt, dass 64 % aller Personen aus leicht vermeidbaren Gründen aussteigen. Im Vergleich mit weiteren europäischen Studien zeigt sich, dass die Arbeitszufriedenheit insbesondere durch schlechte Personalentwicklung, unzureichende Personalführung sowie Personalmangel zu erklären ist. Das Belastungserleben per se ist nicht entscheidend: Wenn es gelingt, die Arbeit »intrinsisch erfreulich« zu gestalten und sie mit sozialen Anreizen zu verbinden, dann ist die Arbeitszufriedenheit in der Regel hoch und die Wahrscheinlichkeit eines Berufsausstiegs gering. Insgesamt bildet die Arbeit an der Arbeitszufriedenheit den Schlüssel, um die Arbeitsmarktprobleme im Pflegesektor allgemein und in der Pflege Demenzerkrankter im Besonderen langfristig zu bewältigen.

### Fazit

Das Bemühen, ein Minimum an Klientensicherheit und Qualität durch bürokratisch-technologische Systeme der Dienstleistungskultur zu sichern, schlägt in sein Gegenteil um. Pfl-



gende werden ihrem Beruf und ihrer Berufung entfremdet, geraten in den Burn- oder Cool-Out (das sich Einrichten auf einem niedrigeren Level des Engagements) bzw. verlassen das Berufsfeld. Ohne intensive Auseinandersetzung mit der Lebenswelt Demenzerkrankter verschlimmert sich der Teufelskreislauf der Faktoren: Regelungswut, Burnout, Gewalt, Berufsfucht. Die organisationalen Kontexte erzeugen einen Zustand andauernden, wohl auch zermürenden moralischen Stresses, der am Ende auch die Sicherung des anvisierten Primärprozesses (ordentliche Leiber) gefährdet. Bislang liegen keine Anzeichen dafür vor, dass diese Regelkreise in ihrer Systematik erkannt werden und diesen Mechanismen entgegen-gesteuert wird.

Literatur beim Verfasser

CHRISTIAN MÜLLER-HERGL, Universität Witten/Herdecke, Fakultät für Gesundheit, Alfred-Herrhausen-Straße 50, 58448 Witten, Tel.: (0 23 02) 92 61 76, E-Mail: christian.mueller-hergl@uni-wh.de

### GABRIELE KREUTZNER

## Innovative und gesundheitsförderliche Ansätze zum Umgang mit Demenzerkrankten

Vielfältig und höchst facettenreich – so stellt sich die Landschaft innovativer, nicht-medikamentöser Ansätze zum Umgang mit Menschen mit Demenz dar. In der hier gebotenen Kürze lassen sich drei Ausformungen umreißen.

### Kommunikation mit Demenzerkrankten

An erster Stelle stehen seit längerem in der Praxis erprobte und hier bereits in gewisser Breite verankerte Methoden für den Kontakt und Austausch mit Menschen mit Demenz wie etwa Validation, Biografiearbeit, Milieutherapie und der personenzentrierte Ansatz nach Kitwood. In der Praxis noch weniger verbreitet ist die Basale Stimulation. Dieser im Bereich der Unterstützung von Menschen mit einer Behinderung entwickelte Ansatz fördert Körperwahrnehmung und körperliches Wohlbefinden und bietet eine Möglichkeit der non-verbalen Kommunikation mit schwerst dementen Menschen. Gemeinsam ist diesen Ansätzen die Ausrichtung darauf, demenziell



bedingte Beeinträchtigungen aufzufangen bzw. wo möglich zu kompensieren, das Wohlbefinden zu stärken, Ängste abzubauen sowie Kommunikation und Austausch zu unterstützen oder zu ermöglichen. Charakteristisch ist ferner die Orientierung an vorhandenen Ressourcen und deren Stärkung – im Unterschied zu Methoden wie dem Realitäts-Orientierungs-Training (ROT), dessen hervorstechendstes Merkmal in dem Versuch besteht, demenziell bedingte Defizite abzubauen oder auszugleichen. Insgesamt sind dies Ansätze, die den fachlichen, insbesondere pflegewissenschaftlichen Stand für den Umgang mit den Betroffenen repräsentieren.

### **Unterstützung eines tätigen In-der-Welt-Seins**

Darüber hinaus hat sich in den vergangenen Jahren eine schier unüberschaubare Menge von Ansätzen entwickelt, die das Wohlbefinden der Betroffenen dadurch zu verbessern versuchen, dass sie ein tätiges In-der-Welt-Sein unterstützen bzw. ermöglichen. Stellvertretend genannt seien hier künstlerische, kunst- und kulturbezogene sowie kunsttherapeutische Ansätze und Arbeitsweisen. Daneben finden sich Interventionen, die Menschen mit Demenz darin stärken, bestimmte alltägliche Praxen auszuüben bzw. an deren Ausübung teilzuhaben, etwa die zahlreichen Varianten gartentherapeutischen Arbeitens oder des Umgangs mit Tieren.

Während die oben erwähnten Kommunikationsmethoden großteils Eingang in den Bereich der gerontopsychiatrischen Fort- und Weiterbildung gefunden haben, handelt es sich bei den als (therapeutisch wirksam) zusammenfassbaren Interventionsansätzen zur Anregung eines tätig In-der-Welt-Seins und der Teilhabe noch um spezielle Kommunikations- und Arbeitsweisen, die von fachlich versierten Personen aus nicht-pflegerischen Bereichen für das Feld Demenz entwickelt worden sind. Ihre positiven, teils durch Studien nachgewiesenen Wirkungen, bestehen vor allem in verschiedenen Formen der Stärkung von Person und Identität sowie der Ermöglichung von Teilhabe. So positiv die Entwicklung und Verbreitung dieser Ansätze ist, ist sie doch mit zwei grundlegenden Schwierigkeiten verknüpft: Zum einen ist es schon aus methodischen Gründen äußerst schwierig, mit Hilfe der herrschenden wissenschaftlichen Verfahren gesundheitsförderliche oder womöglich krankheitsabschwächende Effekte nachzuweisen.

Und zum anderen ist die Praxis mit einem Passungsproblem konfrontiert: Die positive Wirkung auf die von einer Demenz betroffene Person ist nicht zuletzt von deren Hintergrund und Lebensgeschichte abhängig – der Umgang mit Tieren beglückt nicht jeden und malend in den Ausdruck zu gehen ist nicht für alle das probate Medium der Wahl. Wenn engagierte stationäre Einrichtungen solche Angebote vorhalten, wird die konkrete Auswahl oftmals von dem dort vorhandenen Wissen um einen bestimmten Ansatz und den personellen Ressourcen bestimmt. Im Unterschied dazu bieten vor Ort öffentlich angebotene kunst- und kulturbezogene Formen Betroffenen und ihren Angehörigen zumindest prinzipiell größere Möglichkeiten, ein für sie passendes Angebot auszuwählen.

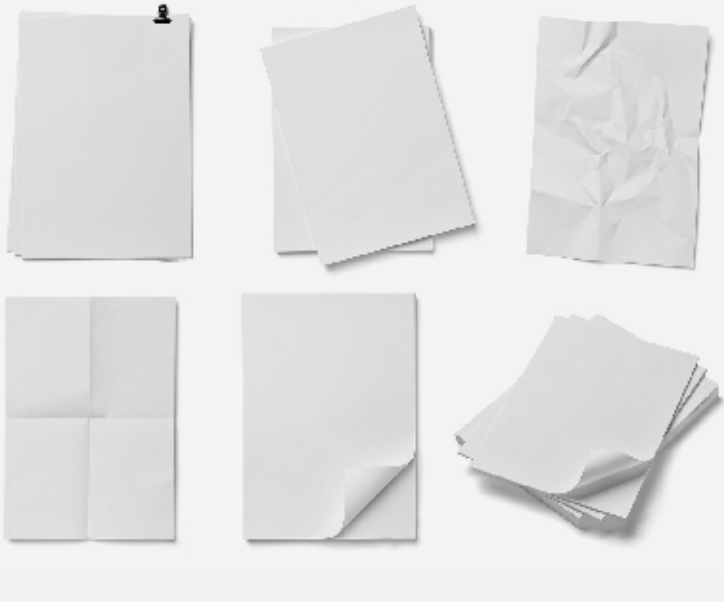
### **Bewegung und sportliche Betätigung**

Nicht unerwähnt bleiben darf eine dritte Entwicklung, nämlich die sich im Bereich Bewegung und Sport formierenden gesundheitsförderlichen Ansätze. Mit Blick auf krankheitsabschwächende Effekte ruhen vor allem auf diesen die wohl größten Hoffnungen. Den Hintergrund dafür bilden neuere wissenschaftliche Erkenntnisse über die enge Wechselwirkung zwischen körperlicher Aktivität und geistiger Leistungsfähigkeit. Hierzu ist im Bereich Demenz in den vergangenen Jahren intensiv geforscht worden. Zusammenfassend kann belegt werden, dass regelmäßige körperliche Bewegung der Entwicklung einer demenziellen Erkrankung vorbeugt bzw. deren Ausbruch zeitlich nach hinten verschieben kann. Außerdem haben verschiedene Studien den Nachweis erbracht, dass bei vorliegender Demenz, insbesondere einer vom Typ Alzheimer, ein gezieltes körperliches Training die motorischen Leistungen, v. a. Kraft und Balance, verbessern kann, die für die Bewegung im Alltag bedeutsam sind. Das Training bescherte diesen Personen das rare Geschenk von Erfolgserlebnissen und Selbstwirksamkeit. Nachgewiesen werden konnten weiterhin der Abbau depressiver Stimmungen und eine signifikante Verringerung des Sturzrisikos, die als häufige Begleiterscheinungen neurodegenerativer Erkrankungen gelten. Und nicht zuletzt gibt es zahlreiche Anzeichen dafür, dass Bewegung und sportliche Aktivitäten bei Demenz auch die kognitive Funktionsfähigkeit fördern und den funktionellen Abbauprozess verzögern. Wenn auch der endgültige, wissenschaftlich akzeptierte Nachweis hierfür noch aussteht, existieren jedoch erste praxisorientierte Studien mit guten Ergebnissen. Stellvertretend kann hier beispielsweise auf das Aktivierungstraining MAKs (motorisch, alltagspraktisch, kognitiv und spirituell) für den stationären Bereich verwiesen werden. Hierdurch können demenzielle Veränderungsprozesse um mindestens zwölf Monate aufgehalten werden. Daneben werden in jüngster Zeit zunehmend sport- und bewegungsbezogene Aktivitäten für Menschen mit Demenz in die Praxis umgesetzt, bei denen es primär um den Spaß und das Vergnügen geht. Dass Sport und Bewegung gesundheitsförderlich sind, wird schlicht vorausgesetzt; die wesentlichen Zielgrößen heißen Teilhabe und Lebensfreude. Demenz Support hat einen »Gute Praxis«-Wettbewerb im Rahmen des Projekts »Was geht! Sport, Bewegung und Demenz« ausgeschrieben, dessen Ergebnisse bald auf der Website [www.sport-bewegung-demenz.de](http://www.sport-bewegung-demenz.de) vorgestellt werden.

Literatur bei der Verfasserin

DR. GABRIELE KREUTZNER, Demenz Support Stuttgart gGmbH, Hölderlinstraße 4, 70174 Stuttgart, Tel.: (07 11) 997 87 24, E-Mail: [g.kreutzner@demenz-support.de](mailto:g.kreutzner@demenz-support.de), [www.demenz-support.de](http://www.demenz-support.de), [www.sport-bewegung-demenz.de](http://www.sport-bewegung-demenz.de)





SVEN BRANDES, BIRGIT WOLFF

## Von Angehörigen wahrgenommene Wirkungen Niedrigschwelliger Betreuungsangebote

Niedrigschwellige Betreuungsangebote (NBA) sind seit 2002 abrechenbare Leistungen im SGB XI und ein fester Bestandteil in der ambulanten Versorgung von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz geworden. Demenzerkrankte, geistig behinderte und psychisch kranke Menschen können bei 377 niedersächsischen Anbietern in häuslicher Umgebung individuell oder in Gruppen von geschulten ehrenamtlichen Helfenden betreut werden. Ihre betreuenden und pflegenden Angehörigen sollen gemäß § 45 a-c SGB XI in ihrer Aufgabe stundenweise entlastet werden.

### Modellprojekt EWINA

Im Rahmen des vom Land Niedersachsen, den Pflegekassen und den privaten Pflegeversicherungsunternehmen geförder- ten und von der LVG & AFS durchgeführten Modellprojektes EWINA (Effekte, Weiterentwicklung und Inanspruchnahme NBA) wurden u. a. betreuende und pflegende Angehörige problemzentriert interviewt. Sie wurden nach den von ihnen wahrgenommenen Wirkungen bei der Inanspruchnahme von NBA befragt. Ziel der Untersuchung war es, Ansatzpunkte für eine Weiterentwicklung der Angebote durch die Anbieter herauszuarbeiten, um so eine Verbesserung der Inanspruchnahme von NBA und der Betreuungsqualität zu ermöglichen.

### Bewältigung pflegebezogener Belastungen bei Angehörigen mittels NBA

Die Situation vor der Inanspruchnahme eines NBA wird von den Angehörigen überwiegend mit vielfältigen Belastungen, Zeitnot und Vereinbarkeitsproblemen beschrieben. Auf Seiten des betreuten Familienmitglieds lassen sich darüber hinaus geringe Anregung und Bewegung sowie eingeschränkte soziale Kontaktmöglichkeiten beobachten. Der Zugang zu einem NBA wird von vielen Interviewten als schwieriger Prozess dargestellt und es werden unterschiedliche Barrieren, v. a. auf psychosozialer und psychischer Ebene, beschrieben.

Die von Angehörigen wahrgenommenen Wirkungen lassen sich in verschiedene Bereiche einteilen. Als objektive Wirkungen werden v. a. die verbesserte Alltagsbewältigung und die Möglichkeit, freie Zeit nach Belieben zu gestalten, genannt. Zu den am häufigsten berichteten subjektiven Wirkungen zählen die erlebte Entlastung und die Möglichkeit, zur Ruhe zu kommen und sich auf die eigene Person zurückzubekommen. Aus diesen objektiven und subjektiven Wirkungen ergeben sich wiederum sekundäre Effekte, zum Beispiel im Hinblick auf die Vereinbarkeit der Pflege mit dem Beruf und der Familie.

In der Wahrnehmung ihrer Angehörigen erhalten die betreuten Personen im Rahmen von NBA Anregung und Beschäftigung und sind in der Folge ausgeglichener. Ein Ergebnis der Studie ist, dass ein NBA einen Beitrag zur Stabilisierung der häuslichen Situation leisten kann. Gleichzeitig wird deutlich, dass in einigen der untersuchten Pflegeverläufe trotz Inanspruchnahme eines NBA eine bestehende Überforderung der Betreuungsperson nicht positiv beeinflusst werden kann. Hier zeigt sich, dass NBA bei hoch und multipel belasteten Betreuungskonstellationen keinen hinreichenden kompensatorischen Einfluss auf die Gesamtsituation nehmen kann.

### Schlussfolgerungen

Aus den Ergebnissen der Interviews lassen sich auf den Ebenen der Arbeit mit Angehörigen, mit den zu betreuenden Personen und den Ehrenamtlichen sowie auf der Ebene der koordinierenden Kräfte, der Trägerorganisationen und dem sozialen Umfeld Schlussfolgerungen ableiten. Belastete und unter Zeitdruck stehende Angehörige benötigen beispielsweise Erleichterungen beim Zugang zu einem NBA und Beratungsangeboten. Für einen Teil der zu betreuenden Personen sind entängstigende und vertrauensbildende Maßnahmen im Vorfeld der Inanspruchnahme eines Betreuungsangebots eine wichtige Voraussetzung. In der Arbeit mit ehrenamtlich Mitarbeitenden ist neben der Basisfortbildung das Angebot von Praxisbegleitung mit interaktiven Prozessen zur Weiterentwicklung persönlicher Schlüsselkompetenzen von großer Bedeutung.

Der gesamte Teilbericht zu den Interviews mit Angehörigen sowie andere Projektberichte sind als Download eingestellt unter: [www.niedrigschwellige-betreuungsangebote-nds.de](http://www.niedrigschwellige-betreuungsangebote-nds.de)

Literatur bei der Verfasserin und dem Verfasser

BIRGIT WOLFF, SVEN BRANDES, Anschrift siehe Impressum

DANIEL LÜDECKE

## Modellkonzept »Station DAVID«

Für Menschen mit einer schweren, stationär behandlungsbedürftigen Akuterkrankung und mit demenziellen Symptomen sind die meisten Akutkrankenhäuser nicht optimal vorbereitet. Personelle Ausstattung und Qualifikation als auch die baulichen und räumlichen Bedingungen entsprechen oftmals nicht hinreichend den besonderen Bedarfen und Bedürfnissen demenzerkrankter älterer Patientinnen und Patienten. Dies birgt die Gefahr einer vermeidbaren Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes, der Beeinträchtigung ihrer Lebensqualität und auch die ihrer Angehörigen sowie einer Überforderung des Personals. In diesem Kontext steigt auch



das Risiko erhöhter Behandlungskosten in der Akutversorgung durch Folgekomplikationen, z. B. Delir, Stürze sowie erhöhter Rehabilitationsbedarf und/oder eintretende Pflegebedürftigkeit bis zur Einweisung ins Pflegeheim.

#### Das Modellkonzept

Um eine den besonderen Anforderungen der Patientinnen und Patienten mit Demenz angemessene Behandlung durchführen zu können, wird im Evangelischen Krankenhaus Alsterdorf (EKA) das Modellkonzept »Station DAVID« (Internistische Akutstation für Menschen mit Demenz in der Inneren Abteilung) mit dem Ziel erprobt, Patientinnen und Patienten direkt aus ihrer vertrauten Umgebung auf der Station aufzunehmen ohne die für Demenzerkrankte besonders belastenden Umwege über Notaufnahme oder andere Stationen. Bereits während der Aufbauphase wurde die Station wissenschaftlich durch das Institut für Medizinische Soziologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf begleitet. Die Evaluation befasste sich hier im Wesentlichen mit den Veränderungs- und Optimierungsbedarfen bei der Implementation des Modells. Im Fokus der Untersuchung standen die Sichtweisen und Erfahrungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Ein Ergebnis war, dass die Bereitschaft, das Konzept zu unterstützen und zu »leben«, beim Pflegepersonal trotz physischer und psychischer Arbeitsbelastung sehr hoch ist. Auch die ehrenamtlichen Helferinnen und Helfer sind größtenteils sehr engagiert, was sich sowohl in der Häufigkeit ihrer Anwesenheit, aber auch in ihrer Motivation bei der Arbeit mit den Patientinnen und Patienten zeigt. Aufbauend auf den Erkenntnissen aus dieser Projektphase ist eine weitere vertiefende Forschungsphase geplant.

#### Evaluationsstudie »Projekt DAVID 2«

In der »zweiten Projektphase« (DAVID 2) werden im Rahmen einer kontrollierten quantitativ-empirischen Studie bestehende Prozessabläufe im Hinblick auf Optimierungspotenziale und die für einen nachhaltigen Erfolg des Konzepts wichtigen Aspekte untersucht. Die primären Outcomes auf Patientenebene beziehen sich auf deren verbesserte Versorgungsqualität. Im Mittelpunkt der Untersuchung stehen somit sowohl die Versorgungs- und Betreuungsbedarfe der Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen, als auch die Maßnahmen, die diesen pflegerisch, therapeutisch, kommunikativ

und architektonisch begegnen. Dazu werden neben der umfassenden Evaluation der Station DAVID (Interventionsgruppe) zwei weitere internistische Stationen aus anderen Krankenhäusern als Kontrollgruppen mit einbezogen, um die Unterschiede sowie Vor- und ggf. Nachteile des Konzepts der Station DAVID gegenüber anderen internistischen Stationen der Regelversorgung aufzeigen zu können.

#### Zielsetzung

Aus den Ergebnissen der Studie sollen Kriterien abgeleitet werden, die eine Umsetzung dieses Konzepts in andere Krankenhäuser ermöglichen. Das Projekt DAVID 2 soll als innovatives Beispiel und Modell für die bundesweite Implementation einer Spezialstation für Menschen mit Demenz in anderen Kliniken dienen. Davon profitieren sowohl die betroffenen Patientinnen und Patienten mit der (Neben-)Diagnose Demenz als auch deren Angehörige durch die Fokussierung auf patientenorientierte Kriterien wie eine verbesserte Versorgungsqualität und menschenwürdigere Versorgung, eine bessere Integration der Angehörigen und Ehrenamtlichen sowie auch optimierte Arbeitsbedingungen für das Personal.

Literatur beim Verfasser

DANIEL LÜDECKE, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Institut für Medizinische Soziologie, Martinistraße 52, 20246 Hamburg, Tel.: (0 40) 7 41 05 28 78, Mail: d.luedecke@uke.de, [www.uke.de/institute/medizin-soziologie](http://www.uke.de/institute/medizin-soziologie)

KATHRIN WEIB, KONSTANZE LÖFFLER, ULRIKE MAROTZKI

## Lebensübergangsphasen im Alter als wichtige Interventionszeitpunkte für Gesundheitsförderungs- und Beratungsangebote

Im Zuge der demografischen Entwicklung und der damit einhergehenden gesellschaftlichen Veränderungen ist die nachhaltige Sicherung von Unterstützungssystemen für hilfebedürftige Menschen eine der zentralen Herausforderungen des Sozialstaates. Dem Zugang zu Versorgungsleistungen kommt in den wenig koordinierten Versorgungsstrukturen mit unterschiedlichen Kostenträgern sowie ambulanten und stationären Hilfeangeboten ein bedeutender Stellenwert zu. An der Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst (HAWK) Hildesheim/Holzwinden/Göttingen werden zwei Projekte für Seniorinnen und Senioren durch Studien begleitet bzw. entwickelt. In beiden Projekten steht die Unterstützung älterer Menschen, die sich in Lebensübergangsphasen befinden, im Fokus.

Der Eintritt in den Ruhestand, mögliche Veränderungen der Wohnsituation oder der Verlust von Freunden, der Partnerin oder des Partners kann die Lebenssituation stark verändern und die Lebenszufriedenheit und die Gesundheit kann beeinträchtigt werden.

Informations- und Beratungsstellen, die z. B. Pflegeberatung, ärztliche, therapeutische und psychologische Beratung anbieten, nehmen in diesem Zusammenhang eine Schlüsselfunktion im Unterstützungssystem ein, um eine adäquate Versorgung zu gewährleisten. Eine Herausforderung besteht darin, die Zugänge zu Information und Beratung adressatinnen- und adressatenorientiert zu gestalten.



### Online-Beratung für Seniorinnen und Senioren partizipativ entwickeln

Vor diesem Hintergrund untersucht das Forschungsprojekt »Für Seniorinnen und Senioren on- und offline Beratungsangebote arrangieren (SooBa)« die Rolle internetbasierter Beratungsformen. Beratungsangebot »offline« meint die traditionelle Beratung vis-à-vis oder telefonisch und wird bislang von älteren Menschen am häufigsten angefordert. Internetbasierte Beratung hingegen wird seit über 20 Jahren überwiegend von jüngeren Menschen genutzt. Das vom Bundesministerium für Forschung und Bildung finanzierte Forschungsprojekt widmet sich der Untersuchung von Bedingungen einer Online-Beratung für Seniorinnen und Senioren und für Beratende in Hildesheim als sinnvolle Ergänzung zur Offlineberatung. Das partizipative Vorgehen bei der Konzeptbildung und Implementierung der Online-Beratung bindet sowohl ältere Menschen als auch Beratende von Beginn an in den Forschungsprozess ein. Ziel des Projekts ist, eine virtuelle Beratungsplattform einzurichten. Seniorinnen und Senioren erhalten dort einen Überblick über die Beratungsangebote aus der Stadt und dem Landkreis Hildesheim und können sich dort unabhängig von ihrer Mobilität und ihrem Wohnort in Lebensübergangssituationen beraten lassen. Die Beratungsplattform wird älteren Menschen u. a. über die kooperierenden Beratungseinrichtungen sowie der Stadt Hildesheim angeboten.

### Die Gesundheit von Seniorinnen und Senioren betätigungsorientiert fördern

Die Pilotstudie »TATKRAFT – Gesund im Alter durch Betätigung« ist das zweite Forschungsprojekt im Schwerpunkt. Das aus Modulen bestehende Programm TATKRAFT wurde in Anlehnung an Vorbilder in den USA und in Großbritannien von einer Projektgruppe des Deutschen Verbandes der Ergotherapeuten (DVE) entwickelt. Es versteht sich als Wegbereiter einer betätigungsorientierten Gesundheitsförderung für ältere Menschen, die der Aktivität und Betätigung im Alltag (wieder mehr) Raum geben möchte. Es bietet älteren Menschen die Möglichkeit, sich ihrer momentanen Lebenssituation und ihrer Persönlichkeit als handelnder Mensch bewusst zu werden. Zu Beginn steht eine Bestandsaufnahme mittels einer Analyse der Betätigungen im Alltag. Diese dient der persönlichen Entdeckung von Ressourcen, Stärken, Interessen und aus der Biografie erwachsenen Wünschen. TATKRAFT integriert eine Reihe von Themen in Form von Modulen und ist als Gruppenangebot für fünf bis zehn Personen konzipiert. Ziel des Programmes ist, älteren Menschen die Möglichkeit zu geben, neue Perspektiven in aktuellen Lebenssituation zu entwickeln, in der Interaktion mit anderen Teilnehmenden neue Handlungsoptionen zu gewinnen und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu stärken.

Die mit einer Gruppe von zehn ergotherapeutischen Praxen durchgeführte Pilotstudie richtet sich zunächst auf die Verstehbarkeit des zum Programm gehörenden Handbuchs, die Implementierbarkeit des Programms sowie die Akzeptanz der Programminhalte bei den teilnehmenden Seniorinnen und Senioren. Auf der empirischen Basis dieser Pilotstudie werden Aussagen darüber getroffen, ob und unter welchen Bedingungen das Programm im regionalen Kontext implementiert und durchführbar ist. Ziel ist, eine größere Drittmittel geförderte Evaluationsstudie zum TATKRAFT-Programm vorzubereiten. Erste TATKRAFT-Kurse sind bereits von geschulten Ergotherapeutinnen erfolgreich durchgeführt worden. Die Auswertung der Befragungen der am Programm teilgenommenen Seniorinnen und Senioren hat nun begonnen. Für weitere Informationen: <http://www.hawk-hhg.de/sozialarbeitundgesundheit/187007.php>

Literatur bei den Verfasserinnen

KATHRIN WEIß, KONSTANZE LÖFFLER, PROF. DR. ULRIKE MAROTZKI, Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst (HAWK) Hildesheim, Holzminden, Göttingen, Fakultät Soziale Arbeit und Gesundheit, Goschendorfer 1, 31134 Hildesheim, Tel.: (0 51 21) 88 15 18, E-Mail: [sooba@hawk-hhg.de](mailto:sooba@hawk-hhg.de)

MAREN PREUB, SILKE WENDLAND

## Gründung des Netzwerks »Sexualität in der Altenpflege«

Sexuelles Erleben und Verhalten gehört zu den Grundbedürfnissen und Grundfunktionen eines Menschen. Die eigene Sexualität selbstbestimmt und frei von Diskriminierung, Stigmatisierung, Angst und Gewalt leben zu können, ist ein Recht, das jeder Mensch unabhängig von seinem Alter besitzt. Nicht in jeder Lebenssituation gestaltet es sich jedoch einfach, diesem Grundbedürfnis Raum zu geben. Insbesondere im Falle von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit sehen sich die Betroffenen selbst, aber auch ihr privates und professionelles Unterstützungsnetzwerk mit Tabuisierungen, Schamgefühlen und Verhaltensunsicherheiten konfrontiert.

Diese Erkenntnis zeigte sich im Rahmen von drei Fachtagungen deutlich, die in den vergangenen Jahren zum Thema »Sexualität in der Altenpflege« von der LVG & AFS und dem pro familia Landesverband Niedersachsen e. V. organisiert wurden. Auf welche Weise kann mit dieser Herausforderung umgegangen werden? Wie kann es gelingen, in Unterricht, Fortbildung und Praxis der Altenpflege Umgangsformen zu entwickeln, die dabei unterstützen, den sexuellen Bedürfnissen und Lebenserfahrungen der Pflegebedürftigen bewusst zu begegnen?

### Ausrichtung des Netzwerks

Hier setzt das Netzwerk »Sexualität in der Altenpflege« an, das im Herbst dieses Jahres gegründet wird. Bisherige Trägerorganisationen sind der pro familia Landesverband Niedersachsen e. V., die LVG & AFS, der Paritätische Wohlfahrtsverband Niedersachsen und die mebino Berufsfachschule Altenpflege gGmbH. Das Netzwerk verfolgt die Zielsetzung, zu einer Enttabuisierung von Sexualität in der Altenpflege beizutragen und die Berücksichtigung von Intimität und Sexualität als Qualitätsmerkmal in der Pflege zu etablieren. Auf diesem Wege soll die Lebens- und Pflegesituation von älteren und pflegebedürftigen Menschen verbessert werden.





Um sich diesen Zielsetzungen zu nähern, sollen in dem Netzwerk beispielsweise

- » ein vertiefter Austausch von Erfahrungen und Informationen angeregt,
- » professionelle Handlungsstrategien für ambulante und stationäre Altenpflegeeinrichtungen im Umgang mit Intimität und Sexualität entwickelt,
- » erste Impulse für die Weiterentwicklung der Altenpflegeausbildung gesetzt,
- » für Intimität und Sexualität in der Altenpflege durch Öffentlichkeitsarbeit sensibilisiert sowie
- » der eigene Handlungsrahmen durch Anregungen aus Fachbeiträgen und -vorträgen erweitert werden.

### Erste Schritte zur Netzwerkbildung

Ein Netzwerk lebt von der Beteiligung seiner Mitglieder. Sie stellen die Weichen für die inhaltliche Ausrichtung, entscheiden über die Vorgehensweise und bereichern die Diskussion durch ihre Erfahrungen. Alle am Thema und an einer Zusammenarbeit interessierten Akteurinnen und Akteure in der Altenpflege und Altenpflegeausbildung (zum Beispiel Vertreterinnen und Vertreter von Altenpflegeeinrichtungen und -diensten, Trägerorganisationen, Altenpflegesschulen, Fachhochschulen bzw. Universitäten wie auch Altenpflege(fach-) und Betreuungskräfte, Auszubildende, Praktikantinnen und Praktikanten, Absolventinnen und Absolventen des Bundesfreiwilligendienstes und Studierende aus dem Sozial- und Gesundheitsbereich...) sowie Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf, ihre (pflegenden) Angehörigen und Seniorenverbände und -vertretungen sind herzlich zum ersten Netzwerktreffen am 18.11.2013 von 15 Uhr bis 17 Uhr in den Räumlichkeiten der mebino Berufsfachschule Altenpflege e. V. (Deisterstraße 17a, 30449 Hannover) eingeladen, um miteinander ins Gespräch zu kommen und das weitere Vorgehen gemeinsam zu planen. Die Teilnahme ist unverbindlich und nicht mit der Pflicht verbunden, sich (regelmäßig) an den folgenden Netzwerktreffen zu beteiligen. Anmeldungen können an die Verfasserinnen gerichtet werden.

MAREN PREUß, Anschrift siehe Impressum

SILKE WENDLAND, pro familia-Landesverband Nds. e. V., Lange Laube 14, 30159 Hannover, E-Mail: silke.wendland@profamilia.de

GEORG SCHICK

## Sport für Menschen mit Demenz – Gemeinsames Modellprojekt von Behinderten-Sportverband und Landessportbund in Nordrhein-Westfalen

Dass Menschen mit Demenz möglichst lange in ihrer gewohnten Umgebung bleiben und mit Freude am sozialen Miteinander teilhaben können, ist ein ehrgeiziges Ziel und gesamtgesellschaftliche Aufgabe. In diesem Sinne wollen der Behinderten-Sportverband Nordrhein-Westfalen (BSNW) und der Landessportbund Nordrhein-Westfalen (LSB NRW) in einem dreijährigen Projekt Sportangebote für Menschen mit Demenz auf lokaler Ebene modellhaft entwickeln und erproben.

### Entwicklung eines Sportkonzepts – ein ganzheitlicher bio- psychosozialer Ansatz

Aussagekräftige wissenschaftliche Studien belegen, dass sich positive gesundheitsbezogene Effekte von Bewegungs- und Sportaktivitäten bei chronisch kranken und behinderten Älteren erst dann umfassend und nachhaltig entfalten, wenn die Bedingungen inhaltlich-methodische Vielfalt, dauerhafte und regelmäßige Ausübung sowie psychosoziale Bindung an Übungsleiter und Gruppe gegeben sind. Ein nach diesen Prinzipien gestaltetes Sportkonzept wird auch und gerade die Entwicklung psychosozialer wie körperlich-funktionaler Gesundheitsressourcen im Leben von Menschen mit Demenz fördern.

### Angebotsentwicklung – an Lebenswelten orientierte Vielfalt

Die Heterogenität der Ausgangslage erfordert eine Angebotsvielfalt. Wesentlich ist dabei die Orientierung an den Lebenswelten der Menschen mit Demenz. Zu diesen Settings gehören Sportverein, Betrieb, privates häusliches Umfeld, Stadtteil, Quartier, Einrichtungen des betreuten Wohnens sowie stationäre Einrichtungen. In Abhängigkeit vom Schweregrad der Erkrankung werden verschiedene Settings unterschiedlich relevant. Nach bisherigen Erfahrungen ist für den Erfolg spezieller zielgruppenadäquater Angebote die Nähe zum Wohnort entscheidend. So kann insbesondere für sozioökonomisch benachteiligte Menschen mit Demenz die Gelegenheit geschaffen werden, so lange wie möglich mit Freude am Leben in der Gemeinschaft teilhaben zu können.

### Entwicklung eines Qualifizierungskonzepts – adäquate Differenzierung

Schulungsmaßnahmen, die sich adressatengerecht an die unterschiedlichen Zielgruppen in den Settings richten, verlangen Differenzierung. Für den organisierten Sport im Verein, aber auch für Schulungsmaßnahmen außerhalb des Sportvereins, sind Multiplikatorenschulungen für Lehrkräfte geplant, die im Sport für Menschen mit Demenz weitergebildet werden, um auf dieser Basis Qualifizierungen und Schulungen für Übungsleiter, Pflegekräfte und pflegende Angehörige durchführen zu können. Hier werden geeignete Fachkräfte sowie Expertinnen und Experten aus dem Kreis der Netzwerkpartner hinzugezogen.

### Netzwerkentwicklung – Verknüpfung von Erfahrungswissen

Wir befinden uns in einem Prozess der Netzwerkbildung, in dem eigene Erfahrungen und Erkenntnisse aus den Strukturen des organisierten Sports mit der Expertise anderer Akteurinnen und Akteure, die mit demenziell erkrankten Menschen arbeiten, im Interesse der Betroffenen sinnvoll verknüpft werden: besonders mit Demenz-Servicezentren, Wohlfahrtsverbänden sowie Trägerinnen und Trägern von Senioreneinrichtungen und Pflegeheimen. Solche Kontakte sind landesweit zu systematisieren, zu intensivieren und weiter auszubauen.

### Sport für Menschen mit Demenz – ein Modellprojekt

Die Komplexität des Vorhabens macht eine Projektförderung erforderlich, die zurzeit auf ministerieller Ebene angestrebt wird. Eine Steuerungsgruppe – bestehend aus BSNW, LSB NRW, wissenschaftlicher Begleitung sowie Vertreterinnen und Vertretern der Landesinitiative Demenz-Service und der Freien Wohlfahrtspflege in NRW – wird das Projekt leiten sowie Beratungs- und Assistenzteams zur Angebotsentwicklung und -umsetzung vor Ort aufstellen. Informationsveranstaltungen, regionale Projekttreffen, Workshops und Öffentlichkeitsarbeit sollen den Erfolg des Projekts sicherstellen. Ein Abschlussbericht wird das dreijährige Projekt dokumentieren und wesentliche Faktoren, die zur Nachhaltigkeit beitragen, identifizieren und benennen. Übergeordnetes Ziel ist die Entwicklung und Erprobung eines Handlungskonzepts für Vereine sowie Netzwerkpartner in NRW. Gern halten wir interessierte Leserinnen und Leser über den weiteren Fortgang auf dem Laufenden.

Literatur beim Verfasser

DR. GEORG SCHICK, BSNW – Behinderten-Sportverband  
Nordrhein-Westfalen e. V., Friedrich-Alfred Straße 10, 47055 Duisburg,  
E-Mail: schick@bsnw.de

SILKE WERNER, STEFAN NICKEL, CHRISTOPHER KOFAHL

## Bundesweite Selbsthilfestudie: »Gesundheitsbezogene Selbsthilfe in Deutschland – Entwicklungen, Wirkungen, Perspektiven« (SHILD)

Seit Januar 2013 fördert das Bundesministerium für Gesundheit ein drei- bis vierjähriges Forschungsvorhaben zur Selbsthilfe. Durchgeführt wird die Studie vom Institut für Medizinische Soziologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (Dr. Kofahl, Prof. von dem Knesebeck) zusammen mit der Medizinischen Hochschule Hannover (Prof. Dierks) und der Universität zu Köln (Prof. Schulz-Nieswandt).

### Hintergrund des Projektes

In den letzten Jahren haben sich die Anforderungen an die aktiven Menschen in der Selbsthilfe kontinuierlich erhöht. Diese Entwicklung bewegt sich zwischen den Polen »konstruktive Herausforderung vs. Überforderung«, »partnerschaftliche Anerkennung vs. Zumutung« und »Kooperation auf Augenhöhe vs. Instrumentalisierung«. Aus gesundheitspolitischer Perspektive stellt sich die Frage, was die Selbsthilfe unter den sich wandelnden Bedingungen leisten kann und ob



bzw. wie sie das Gesundheitssystem entlastet. Außerdem ist aus einer sozial- und gesundheitsökonomischen Perspektive von Interesse, was die Selbsthilfe braucht, um die Aufgaben und Probleme der Zukunft unserer Zivilgesellschaft mit zu bewältigen. Systematische Analysen hierzu sind allerdings rar. Hier setzt das neue Forschungsprojekt an.

### Das Projekt »SHILD« (= SelbstHILfe in Deutschland)

Ziel des Projekts ist eine umfassende Struktur- und Bedarfsanalyse der Selbsthilfe in Deutschland. Darauf aufbauend sollen die Wirkungen der Aktivitäten der Selbsthilfe analysiert werden. In verschiedenen Teilprojekten werden Literaturanalysen, Experteninterviews und Fragebogenerhebungen durchgeführt. Die Zielgruppen der Studie sind Selbsthilfegruppen (SHG), Selbsthilfeorganisationen (SHO) sowie Selbsthilfekontakt- und Selbsthilfeunterstützungsstellen (SKS).

Konstitutiv für die Studie ist der Einsatz eines partizipativen Forschungsdesigns im Sinne einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit zwischen den Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern sowie den Akteurinnen und Akteuren der Selbsthilfe (Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V., Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen, Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe, PARITAETISCHER, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V., Kontakt- und Informationsstellen für Selbsthilfegruppen Hamburg).

### Forschungsfragen

Im Herbst 2013 werden bundesweit Selbsthilfeorganisationen (SHO), Selbsthilfekontakt- und Selbsthilfeunterstützungsstellen (SKS) und in den Regionen Hamburg, Sachsen und Niedersachsen Selbsthilfegruppensprecherinnen und -sprecher (SHG) zum Stand der Selbsthilfe befragt. Wichtige Themen werden sein:

- » Was sind Ziele und Aufgaben und was ist das Selbstverständnis der SHO/SKS/SHG?
- » Wo liegen die Kompetenzbereiche der SHO/SKS/SHG und welche Kompetenzen benötigen sie?
- » In welcher Form bestehen Kooperationen der SHO/SKS/SHG mit anderen Akteurinnen und Akteuren im Gesundheitswesen?
- » Welche Aktivitäten verfolgen SHO/SKS/SHG auf politischer Ebene?
- » Was sind die Wirkungen von SHO/SKS/SHG?
- » Wie steht es um die wirtschaftlichen und sozioökonomischen Aspekte von SHO/SKS/SHG?
- » Wie gestalten sich die Zukunft und die Entwicklungsperspektiven von SHO/SKS/SHG?



### Zu erwartende Ergebnisse

Aus den Ergebnissen der geplanten Module können die Entwicklungen der Selbsthilfe, ihr Selbstverständnis und ihre daraus resultierenden Strategien transparent gemacht werden. Sie dienen auch dazu, die Diskussion um die individuellen und kollektiven Wirkungen der Selbsthilfe zu beleuchten und Handlungsfelder aufzuzeigen. Außerdem können sie die Bedarfe von der praktisch-operativen Ebene bis hin zur Umsetzung der Beteiligung auf der politischen Ebene und bei Versorgungsprozessen verdeutlichen. Daneben werden die Ergebnisse zu den Wirkungen der Selbsthilfe weitere Hinweise auf den gesellschaftlichen Stellenwert des bürgerschaftlichen Engagements und der Bewältigung von Krankheit und Behinderung geben.

Detailliertere Informationen zum SHILD-Projekt finden Sie auf der Projekt-Website: [www.uke.de/shild/](http://www.uke.de/shild/)

Literatur bei der Verfasserin und den Verfassern

SILKE WERNER, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf,  
Institut für Medizinische Soziologie, Martinistraße 52, 20246 Hamburg,  
Tel.: (0 40) 7 41 05 33 97, E-Mail: [s.werner@uke.de](mailto:s.werner@uke.de)

UTE SONNTAG, BRIGITTE STEINKE, STEPHANIE SCHLUCK

## Gesundheitsfördernde Hochschulen: Schritt für Schritt bekannter werden

Der Arbeitskreis Gesundheitsfördernder Hochschulen (AGH) startete 1995 mit drei niedersächsischen Hochschulen. An keiner deutschen Hochschule gab es zu jener Zeit Gesundheitsmanagement. Schritt für Schritt konkretisierte der AGH die Herangehensweise, wie im Setting Hochschule Gesundheitsförderung verankert werden kann. Seit über zehn Jahren unterstützt die Techniker Krankenkasse (TK) aktiv die Netzwerkarbeit. 2005 wurden zehn Gütekriterien verabschiedet, die seither Referenzpunkte für die Hochschulen bei der Umsetzung von Gesundheitsförderung sind sowie Handlungsfelder und Mindeststandards definieren. Im Rahmen einer Promotion von Claudia Seibold wurden zehn Schritte beschrieben, die Hochschulen zu gehen haben, wenn sie sich zu einer Gesundheitsfördernden Hochschule entwickeln wollen. Heute sind im AGH Interessierte aus über 100 Hochschulen zusammengeschlossen. An einer immer größer werdenden Zahl von Hochschulen werden Strukturen wie bezahlte Ko-

ordinierungsstellen, Steuerkreise für Gesundheitsförderung und eigene Etats geschaffen. Der AGH arbeitet zu gesundheitlichen Belangen aller Statusgruppen sowie zu Rahmenbedingungen und Stellschrauben für Gesundheit im akademischen Betrieb. Neben Fachtagungen bilden die fünf bis sechs Arbeitskreistreffen pro Jahr die Orte, an denen sich die Teilnehmenden mit den aktuellen Themen auseinandersetzen und neue Impulse für ihre Arbeit mitnehmen. Die partizipativ organisierte AGH-Arbeit stellt sicher, dass alle Interessierten ihre Wünsche einbringen können.

### Der AGH im Web:

#### [www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de](http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de)

Der Webauftritt des AGH konnte auch dank der Unterstützung durch die TK professionell ausgearbeitet werden. So konnten in großem Umfang graue Literatur zugänglich gemacht und in einer Datenbank Projekte gesammelt werden. In Vorbereitung ist eine Übersicht, welche Themen im Bereich Gesundheitsfördernder Hochschulen gerade in Bachelor- und Masterarbeiten bearbeitet werden. Die Studierenden in diesem Bereich sollen sich miteinander vernetzen können, aber auch ein Transfer der akademischen Arbeiten in den AGH soll gefördert werden. Mit dem Internetauftritt ist das Setting Gesundheitsfördernde Hochschule mutmaßlich das am besten dokumentierte Setting in Deutschland, denn neben dem schon Beschriebenen werden die Aktivitäten des AGH, die Fachtagungen, Thementage und AK-Treffen umfassend dokumentiert.

### Die duz-Spezial »Gesundheitsfördernde Hochschulen«

2013 konnte die Idee der Gesundheitsfördernden Hochschule allen Hochschulen, und zwar den jeweiligen Hausspitzen, nahegebracht werden. Die TK hat eine Spezialausgabe der Unabhängigen Deutschen Universitätszeitung (duz) zusammen mit der LVG & AFS (Koordinationsstelle des AGH) herausgegeben und gestaltet. Auf 26 Seiten werden die konzeptionellen Grundlagen der Netzwerkarbeit und die Ausgestaltungsmöglichkeiten für Hochschulen dargelegt. Die Preisträger des 2011 vom AGH organisierten Wettbewerbes stellten ihre Modelle guter Praxis in den Kategorien Maßnahmen, Projekte und Organisationsentwicklungsprozesse dar. Die aus den Praxisdarstellungen gezogenen Quintessenzen verdichten die Erfahrungen anschaulich. Besonders erfreulich ist, dass sich der Generalsekretär der Hochschulrektorenkonferenz in einem Statement zu Gesundheitsförderung als wichtigem Baustein für die Zukunftsfähigkeit von Hochschulen bekannt hat. Die zehn Gütekriterien mitsamt den Erläuterungen sind in der Heftmitte zum Heraustrennen platziert. Die duz Spezial ging im April 2013 allen Hochschulen Deutschlands zu.

Die Koordinatorin des AGH, Dr. Ute Sonntag, wird im Herbst 2013 den AGH auf der Jahrestagung der Fachhochschulkanzlerinnen und Fachhochschulkanzler vorstellen. Zu hoffen ist, dass hierdurch der Bekanntheitsgrad des AGH noch weiter steigt. Bisher war das Setting Hochschule im Vergleich zu anderen Settings der Gesundheitsförderung eines der am meisten unterschätzten. Dies soll jedoch nicht so bleiben. Die duz Spezial zu Gesundheitsfördernden Hochschulen ist auf der Website des AGH ([www.gesundheitsfoernde-hochschulen.de](http://www.gesundheitsfoernde-hochschulen.de)) herunterladbar. Einzelne Printausgaben können bei der Techniker Krankenkasse bezogen werden.

Literatur bei den Verfasserinnen

DR. UTE SONNTAG, STEPHANIE SCHLUCK, Anschrift siehe Impressum  
DR. BRIGITTE STEINKE, Techniker Krankenkasse, Bramfelder Straße 140,  
22305 Hamburg, E-Mail: [brigitte.steinke@tk.de](mailto:brigitte.steinke@tk.de)





MISCHA KLÄBER, ANNA KOCH

## Das Rezept für Bewegung – ein Instrument zur Bewegungsförderung im Alltag

Der demografische Wandel und gesellschaftliche Veränderungen, wie beispielsweise ein zunehmend inaktiver Lebensstil in der Gesellschaft oder der Bedeutungsgewinn vieler Zivilisationskrankheiten, stellen das Gesundheitswesen zukünftig vor große Herausforderungen. Somit werden Themen wie Gesundheitsförderung und Prävention an Bedeutung gewinnen. Gleichzeitig rücken Sport und Bewegung als zentrale Bestandteile einer erfolgreichen Gesundheitsförderung verstärkt in den Fokus von Politik und Öffentlichkeit. Damit verbunden steht der organisierte Sport – ebenso wie andere Akteurinnen und Akteure im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention – vor der großen Herausforderung, die Zielgruppe der Sich-Nicht-Bewegenden zu erreichen. Die zu verfolgende Absicht liegt dabei darin, Bewegungsabstinente langfristig für körperliche Aktivität zu gewinnen. Ein Instrument des organisierten Sports zur Ansprache der Sich-Nicht-Bewegenden ist das Rezept für Bewegung, das in Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer (BÄK) und der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention (DGSP) entwickelt wurde und gemeinsam umgesetzt wird.

### Das Rezept für Bewegung

Das Rezept für Bewegung wird seit 2005 in fast allen Sportbünden eingesetzt. 2011 wurde ein bundesweit einheitliches Rezept für Bewegung gemeinsam vom Deutschen Olympischen Sportbund (DOSB) sowie BÄK und DGSP entwickelt. Zielsetzung ist, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte stärker bei der Gewinnung der Zielgruppe einzubinden. Ärztinnen und Ärzte sollen zudem eine gezielte Beratung zu mehr Bewegung durchführen und auf geeignete Angebote in den Sportvereinen hinweisen. Mit dem Rezept für Bewegung können sie Empfehlungen mit einem konkreten Angebot

unterlegen. Sie können auf einem entsprechenden Rezeptformular ein SPORT PRO GESUNDHEIT-Angebot mit einem ausgewiesenen Schwerpunkt, also Herz-Kreislauf, Muskel-Skelett-System, Entspannung/Stressbewältigung oder Koordination/motorische Förderung, empfehlen und weitere notwendige Hinweise an die Übungsleitung einfügen.

### Aktueller Stand der Umsetzung

Zurzeit wird das Rezept für Bewegung in neun Bundesländern erfolgreich umgesetzt: Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland Pfalz, Schleswig Holstein und Thüringen. Um die Landessportbünde bei der Einführung und Umsetzung des Rezepts zu unterstützen, hat der DOSB ein Materialpaket entwickelt, das zurzeit aus einem Rezeptformular, einem Plakat, den Nutzungsbedingungen, einer Ausfüllhilfe für Landessportbünde und Ärzteschaft sowie einer technischen Gestaltungsanleitung besteht. Die kontinuierliche Weiterentwicklung des Materialpakets zum Rezept für Bewegung sowie weiterer Maßnahmen zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen dem organisierten Sport und der Ärzteschaft erarbeitet eine Arbeitsgruppe bestehend aus Vertreterinnen und Vertretern der beteiligten Akteure und Institutionen. Auch die Bekanntmachung und Kommunikation der Initiative zum Rezept für Bewegung wird von diesen drei Absendern systematisch verfolgt. Ein wichtiger Hinweis: Das Rezept für Bewegung erlässt keine Kurs- oder Vereinsgebühren. Gesundheitsorientierte Sportangebote, die mit dem Siegel SPORT PRO GESUNDHEIT ausgezeichnet sind, können von den Krankenkassen bezuschusst werden. Die Ausstellung des Rezeptes ist eine freiwillige Leistung der Ärztin oder des Arztes und nicht zur Abrechnung vorgesehen. Es ist keine Leistung des deutschen Gesundheitswesens und mit herkömmlichen Rezepten nicht vergleichbar. Es besteht folglich keine Verbindlichkeit für Ärztin und Arzt, Patientin und Patient sowie Krankenkasse.

### Ausblick

Durch die Zusammenarbeit des DOSB mit der Ärzteschaft wird das Thema Gesundheitsförderung und Prävention durch Bewegung intensiver in die Ärzteschaft kommuniziert und diese als Multiplikator verstärkt eingebunden. Sportvereine bieten mit SPORT PRO GESUNDHEIT qualitätsgeprüfte Präventionsangebote an, die deutschlandweit flächendeckend und zu sozialverträglichen Gebühren für alle Altersklassen zugänglich sind. Auf diese Angebotsstruktur sollen die Ärztinnen und Ärzte mit dem Rezept für Bewegung vorwiegend verweisen. Denn Sport im Verein ist in besonderer Weise dafür geeignet, dem Qualitätsanspruch einer ganzheitlichen Gesundheitsförderung gerecht zu werden.

Literatur bei der Verfasserin und dem Verfasser

DR. MISCHA KLÄBER, Ressortleiter Präventionspolitik und Gesundheitsmanagement, Deutscher Olympischer Sportbund, Otto-Fleck-Schneise 12, 60528 Frankfurt, E-Mail: [klaeber@dosb.de](mailto:klaeber@dosb.de), ANNA KOCH, E-Mail: [akoch@dosb.de](mailto:akoch@dosb.de)

MARCUS WÄCHTER

## Das kultursensible Krankenhaus

Migrantinnen und Migranten profitieren häufig nicht in demselben Maße von den Angeboten des Gesundheitswesens wie nicht zugewanderte Personen. Unter- oder Überversorgung, Fehldiagnosen, Medikamentengabe aus Hilflosigkeit, Drehtüreffekte sowie eine geringere Inanspruchnahme von Präventions- und Rehabilitationsangeboten sind bekannte Phänomene. In der stationären Krankenhausbehandlung können hierdurch Therapieziele unscharf definiert, Behandlungsdauern verlängert und Behandlungsfehler hervorgerufen werden.

### Interkulturelle Öffnung von Krankenhäusern

Bislang haben nur wenige Kliniken in Deutschland umfassende Konzepte zur interkulturellen Öffnung entwickelt. vielerorts bemühen sich aber einzelne Krankenhausmitarbeiterinnen und -mitarbeiter in ihren Arbeitsfeldern darum, angemessene Versorgungsstrukturen für diese Zielgruppe aufzubauen. Selten war dabei ein wissenschaftlich oder ökonomisch formulierter Bedarf der Auslöser. Vielmehr waren die täglichen Erfahrungen des Pflegepersonals sowie der Ärzteschaft in Zusammenhang mit der Krankenhausversorgung von Migrantinnen und Migranten der Anlass, Angebote zum Beheben von Kommunikationsschwierigkeiten zu entwickeln, regelmäßige Fortbildungen zur Verbesserung der interkulturellen Kompetenz zu etablieren oder einen eigenen Gebetsraum für Muslime einzurichten. In einigen Krankenhäusern wurden einzelne Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auch beauftragt, die vielen entstanden Einzelmaßnahmen zu koordinieren und als Ansprechperson für Migrantinnen und Migranten zu fungieren.

### Broschüre mit Praxisbeispielen

Einige dieser engagierten Personen haben sich in der Arbeitsgruppe Krankenhaus des bundesweiten Arbeitskreises Migration und öffentliche Gesundheit, angesiedelt bei der Beauftragung der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, zusammengefunden. Mit dem Ziel, Tendenzen und Maßnahmen zur interkulturellen Öffnung von Krankenhäusern zu unterstützen, wurde nun durch die Mitglieder der Arbeitsgruppe eine Broschüre zur interkulturellen Öffnung von Krankenhäusern zusammengestellt. Der Eingangsbeitrag der Veröffentlichung fasst die Ergebnisse einer Befragung von Krankenhäusern in Nordrhein-Westfalen über deren kultursensible Ausrichtung zusammen. Die Studie zeigt deutlich den Bedarf für eine interkulturelle Öffnung von Krankenhäusern auf. Die nachfolgenden zwei Kapitel führen weiter in die Thematik ein. Der Schwerpunkt der Broschüre liegt aber auf praxisnahen Handlungsempfehlungen zur interkulturellen Öffnung von Krankenhäusern, wobei die Steuerung sowie die verschiedenen für ein Krankenhaus relevanten Handlungsfelder der interkulturellen Öffnung in zwei separaten Kapiteln behandelt werden.

Die Broschüre kann über die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration kostenlos bestellt werden. Der Download der Broschüre ist über die Internetseite der Integrationsbeauftragten der Bundesregierung möglich: <http://www.bundesregierung.de/Webs/Breg/DE/Bundesregierung/BeauftragteFuerIntegration/beauftragte-fuer-integration.html>

MARCUS WÄCHTER, Anschrift siehe Impressum

# Kommunales



BARBARA JANOCHA

## Türkisch oder deutsch ... Demenz kennt keine Grenzen

Der Vater möchte in den Garten. Es ist dunkel. »Vater, schlaf jetzt! Es ist mitten in der Nacht!« Erst danach versteht die Tochter, dass er die Toilette sucht. Der demenzkranke ältere Mann glaubt sich in seiner Jugendzeit in Anatolien – in einer Zeit, in der es statt weißer Keramikschüsseln im Badezimmer Aborte auf dem Hof gab.

Das Beispiel zeigt, dass pflegende Angehörige über das Krankheitsbild der Demenz gut Bescheid wissen müssen, damit eine Versorgung gelingen kann. Das Modellprojekt »Niedrigschwellige Betreuungsangebote für Demenzerkrankte mit Migrationshintergrund in Hannover«, das bei der Landeshauptstadt Hannover im Fachbereich Senioren angesiedelt war, endet im September 2013 nach dreijähriger Laufzeit. Es hat in besonderer Weise die Situation von Menschen mit Demenz und Zuwanderungsgeschichte in den Blick genommen. Es fanden zahlreiche muttersprachliche Informationsveranstaltungen zum Thema Demenz statt. Ebenso nahmen Interessierte an Schulungen zur ehrenamtlichen Demenzhelferin statt. Diese Helferinnen besuchen Menschen mit Demenz in der Häuslichkeit und leisten Gesellschaft durch gemeinsame Unterhaltung und kleine Unternehmungen, so dass die Angehörigen in dieser Zeit beruhigt ihren Angelegenheiten nachgehen können.

### Die Information muss zu den Menschen kommen

»Vergesslichkeit, das kennen sie. Aber mit Demenz und Alzheimer können viele nichts anfangen«, sagt eine türkische Helferin. Sie ist eine wichtige Multiplikatorin, eine sogenannte Türöffnerin, die sowohl von dem Anliegen überzeugt ist, als auch Kontakte zu den Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern sowie zu Vereinen und Einrichtungen hat. Der Kontakt zur Zielgruppe entsteht in der Regel über persönliche An-

sprache. Eine weitere Vermutung hat sich bewahrheitet: »Die Leute gehen nicht zu einem Vortrag. Die Information muss zu den Menschen kommen.« Diesen Rat hat die Stadt Hannover befolgt. In den bestehenden muttersprachlichen Seniorengruppen des Kommunalen Seniorenservice Hannover oder in den Migrantenselbstorganisationen und Moscheevereinen, stießen die Projektkoordinatorin und ihre muttersprachlichen Helferinnen auf offene Ohren. Manche Anwesenden erinnerten sich an eigene Verwandte. Jahrzehnte später erklärten sie sich deren Verhalten damit, dass diese an einer Demenz erkrankt gewesen waren.

### Die Familie ist zuständig

Häufig haben die Familien den Anspruch, die Pflege und Betreuung alleine sicherzustellen. Schon der Einsatz einer fremden Person als ehrenamtliche Demenzhelferin oder ehrenamtlicher Demenzhelfer mag für manche den Anschein haben, dass die Familie die Versorgung nicht alleine schafft und somit den nötigen Respekt gegenüber den Eltern vermissen lässt. Niedrigschwellige Betreuungsangebote werden auch als Entlastungsangebot für die Angehörigen bezeichnet. Der Begriff ‚Entlastung‘ impliziert, dass die Pflege eine Bürde ist. Viele türkische Angehörige weisen dies von sich: »Als ich klein war, haben mich meine Eltern versorgt. Heute gebe ich ihnen diese Liebe zurück.« Die Furcht vor Gerede in der Nachbarschaft ist groß. Auch zweifelt man, dass die Schweigepflicht eingehalten wird. In einem Fall wird der demenzbetroffene Vater monatsweise abwechselnd in den Familien der erwachsenen Kinder versorgt. Im weiteren Verlauf der Krankheit wird diese Art der wechselnden Versorgung wahrscheinlich an ihre Grenzen stoßen, denn die notwendige Kontinuität kann nicht gewährleistet werden.

Auch wenn die Pflegesituation zu Hause kaum zu bewältigen scheint, ist eine Unterbringung in einer stationären Einrichtung oft nicht gewünscht. Diese Ablehnung rührt daher, dass in der Türkei ein Heim oft nur noch als Alternative zur Obdachlosigkeit infrage kommt. Erst wenn der alte Mensch kein finanzielles Auskommen und keine familiäre Unterstützung mehr hat, wird dort die stationäre Aufnahme nötig. Dies wird wiederum als große Schande erlebt und geht mit einem Gesichtsverlust für die ganze Familie einher. Nichtsdestotrotz ist im Alltag zu erleben, dass die gewünschte Versorgung innerhalb der Familie oft nicht geleistet werden kann. Daher sollten stationäre Einrichtungen kultursensible Aufnahmebedingungen schaffen und gezielt die Kompetenz der muttersprachlichen Kräfte bündeln.

### Erfolgreiche Betreuung in der Häuslichkeit

Doch es gibt auch die Familien, die den Einsatz der Helferinnen als sehr wertvoll erleben. Sie sehen die Freude in den Augen der demenzbetroffenen Mutter, wenn man sich mit ihr unterhält, mit ihr gemeinsam Börek oder Weinblätter zubereitet. Auf einem Spaziergang erzählt die alte Dame aus längst vergangenen Zeiten. »Das tut ihr gut und das tut mir gut«, sagt die pflegende Tochter. »Ich bin dankbar für diese Unterstützung.«

Literatur bei der Verfasserin

BARBARA JANOSCHA, Heinemannhof, Pflegezentrum und Kompetenzzentrum Demenz, Tel.: (05 11) 16 83 40 11, E-Mail: barbara.janoscha@hannover-stadt.de

INGE BARTHOLOMÄUS, SVEN BRANDES

## Die Rolle des Hausarztes bei der Versorgung Demenzkranker und das Projekt FIDEM

Hausärztinnen und Hausärzte nehmen mit ihrem Praxisteam eine zentrale Rolle in der Betreuung an Demenz Erkrankter ein. Etwa 90 % der Betroffenen werden von ihnen betreut. Sie sind bei Verdacht auf eine beginnende Demenz in der Regel die ersten Ansprechpersonen für die Betroffenen, aber vor allem für deren Angehörige.

### Mängel in der hausärztlichen Betreuung an Demenz Erkrankter

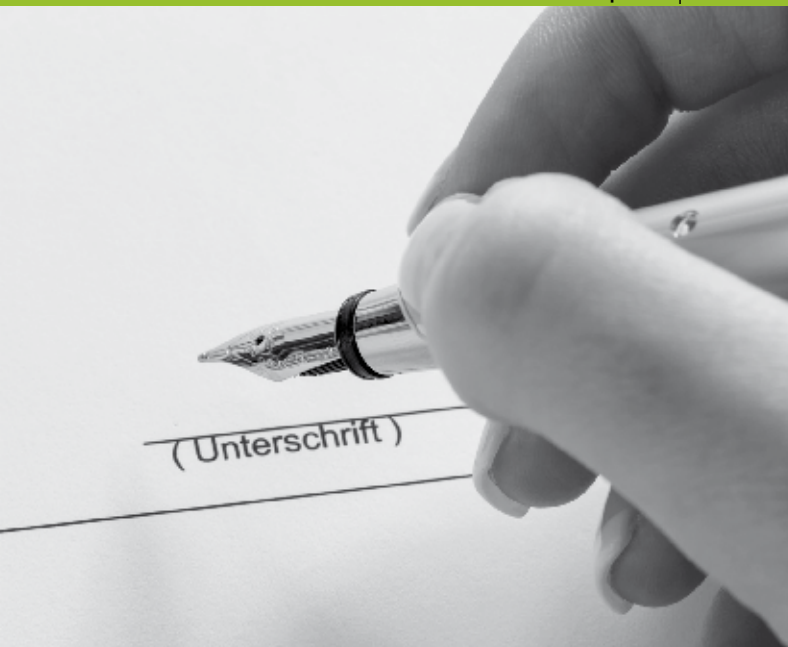
In Anlehnung an den Forderungskatalog der WHO liegen die zentralen geriatrischen Aufgaben der Hausärztinnen und Hausärzte in einer umfassenden Versorgung der Patientinnen und Patienten. Hierzu zählt auch der Aufbau von Kontakten zu weiteren Betreuungsinstanzen. Diese Koordinierungsfunktion – und damit eine Schlüsselposition der Behandlung – wird der Hausärztin bzw. dem Hausarzt explizit in § 73 SGB V zugesprochen. Die dafür nötigen demenzspezifischen Kompetenzen sind aber nur selten in ausreichendem Maß vorhanden. Insgesamt ist die hausärztliche Diagnostik eher intuitiv und stützt sich auf Wissen, Kenntnis und Erfahrung. Daneben gibt es drei weitere wichtige Faktoren, die die Betreuung der an Demenz Erkrankten und ihrer Angehörigen durch die Hausarztpraxis wesentlich beeinflussen. Dies sind emotionale Aspekte der Ärztin bzw. des Arztes, die zu einer Tabuisierung des Themas führen können, die zeitliche Komponente und die budgetäre Begrenzung, die die Betreuung zusätzlich verkomplizieren. Hausärztinnen bzw. -ärzte, die das Thema Demenz aus den genannten Gründen zu vermeiden suchen, schätzen nach Kaduszkiewicz den Prozentsatz der an Demenz Erkrankten in ihrem Patientenstamm geringer ein. Lediglich knapp die Hälfte der Hausarztpraxen betreibt eine Demenzdiagnostik, da keine therapeutischen Handlungsmöglichkeiten gesehen werden.

### Das Projekt »Frühzeitige Interventionen in der häuslichen Versorgung Demenzkranker« (FIDEM)

Vor diesem Hintergrund wurde von 2009 bis 2012 beim Verein ambet in Braunschweig das Projekt FIDEM durchgeführt. Ziel war es, die Rolle der Hausärztin oder des Hausarztes in der Versorgung von Menschen mit Demenz zu stärken und eine frühzeitige Weiterleitung der Erkrankten zu unterstützen. Neben der medizinischen Therapie bestand das Ziel des Projektes darin, die Nutzung von Niedrigschwelligen Betreuungsangeboten im Rahmen des § 45 a-c SGB XI stärker anzuregen und eine neue, spezielle Form von Ergotherapie für Menschen mit Demenz zu erproben.

Mit einer Qualifizierung der Hausärztinnen und -ärzte und ihrer medizinischen Fachangestellten (MFA) zu demenzspezifischen Themen konnten ihre Kompetenzen in den Praxen im Modellprojekt FIDEM gestärkt und der Weg für eine frühzeitige Diagnosestellung und Therapie gebahnt werden. Eine bereits in der Frühphase der Demenz eingeleitete, weiterführende Diagnostik ermöglicht bei eventuell zugrunde liegender behandelbarer Erkrankung oder Ursache eine kausale Therapie. Im Falle einer primären Demenz lässt ein bereits frühzeitige Ein-





satz einer medikamentösen Therapie sowie nichtmedikamentöser Ansätze und Unterstützungsangebote eine günstige Beeinflussung des Krankheitsverlaufes zu. Damit ist ein Erhalt der Lebensqualität der Betroffenen und ihrer Angehörigen möglich und der Zeitpunkt der Aufnahme in eine Pflegeeinrichtung kann zeitlich nach hinten verschoben werden.

Durch die Vermittlung von Kenntnissen über die Inanspruchnahme nichtmedikamentöser Therapieansätze, wie Ergotherapie, niedrigschwellige Betreuungsangebote und psychosoziale Beratung, wurden die Hausärztinnen und Hausärzte außerdem partiell von ihrer Verantwortung entlastet und die Patientinnen und Patienten erfuhren weiterführende Unterstützung. Nach Abschluss des erfolgreichen Projektes wird die Kooperation zwischen Arztpraxen und nichtärztlichen Anbieterinnen und Anbietern bei mehr als der Hälfte der Projektteilnehmenden weitergeführt.

### Veränderungen durch das Projekt FIDEM

Das Projekt wurde durch die LVG & AFS mittels einer partizipativen Evaluation begleitet und unterstützt. Im Rahmen dieser Begleitforschung wurden verschiedene durch das Projekt verursachte Veränderungen sichtbar. So war das Thema Demenz in den teilnehmenden Praxen zum Projektende präsent, das erworbene Wissen hatte die Abläufe positiv beeinflusst, die demenzbezogene Sensibilität konnte ausgeweitet werden und die Ärztinnen und Ärzte geben an, Verdachtsmomente auf Demenz früher zu thematisieren. Ferner hatte sich die ärztliche Kommunikation im Rahmen der Demenzdiagnose subjektiv verbessert. Ärztinnen und Ärzte sowie MFAs waren sich einig, dass die teilnehmenden MFAs besser auf die Bedürfnisse der von Demenz Betroffenen eingehen können. Es kam zu einer Zunahme von Demenztestungen. Beide Berufsgruppen fühlten sich durch das Projekt besser auf die demenzbezogenen Anforderungen im Praxisalltag vorbereitet und entsprechend entlastet. Insgesamt konnte in den Praxen durch diese Veränderungen eine Verbesserung der Versorgungsqualität der an Demenz erkrankten Patientinnen und Patienten erreicht werden.

Literatur bei der Verfasserin und dem Verfasser

SVEN BRANDES, Anschrift siehe Impressum

INGE BARTHOLOMÄUS, ambet e. V., Triftweg 73, 38118 Braunschweig,

Tel.: (05 31) 2 56 57 42, E-Mail: inge.bartholomaeus@ambet.de

WIEBKE FLOTHO, MANUEL STENDER

## Mit • Denken – Demenzfreundliche Region Hildesheim

Es ist kein Geheimnis, dass der demografische Wandel unsere Gesellschaft verändert. Eine der Herausforderungen ist die steigende Zahl der an Demenz erkrankten Menschen. Bis 2030 wird sich der Anteil der Demenzerkrankten im Landkreis Hildesheim voraussichtlich um 40 % erhöhen.

Wie kann sich eine Region wirksam für das Thema Demenz stark machen? Indem sich Akteurinnen und Akteure des sozialen Gemeinwesens vernetzen, einen regionalen Arbeitskreis gründen, sich institutionsübergreifend auf Spenden- und Fördergelder für ein Demenzprojekt bewerben und damit eine öffentliche Auftaktveranstaltung zum Thema »Demenzfreundliche Region Hildesheim« ermöglichen. So geschehen im Landkreis Hildesheim.

Im März 2013 nahmen 150 Personen an der Auftaktveranstaltung in der Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst (HAWK) Hildesheim teil. Neben Vorträgen über gesellschaftspolitische Perspektiven sowie über die Innenwelten Demenzerkrankter wurde zum Austausch eingeladen. In moderierten Gruppengesprächen kamen Beteiligte aus den Bereichen Gesundheit, Pflege, Therapie, Politik, Verwaltung sowie Angehörige und Betroffene zusammen. Aus einer Sammlung von Erfahrungen und alltäglichen Herausforderungen wurden drei große Themenfelder abgeleitet, die den Menschen zum Aufbau einer demenzfreundlichen Region wichtig sind:

### Öffentlichkeit schaffen und Wissen vermitteln

Die Öffentlichkeit aufmerksam machen und das notwendige Hintergrundwissen vermitteln, ist Anliegen des Arbeitskreises »Mit • Denken – Demenzfreundliche Region Hildesheim«. Über Projekte soll die Bevölkerung erreicht werden. Es gibt Aktionen, wie zum Beispiel die Kellerkino-Reihe im Thega Filmpalast Hildesheim und Infostände an Selbsthilfetagen. Geplant sind Vorträge und Schulungen für öffentliche Einrichtungen, wie beispielweise Banken, Polizei, Einzelhandel, Schulen und Kindergärten. Zudem soll ein kultureller Zugang über Lesungen und Fotoausstellungen geschaffen und die Thematik Demenz im Bewusstsein der Bevölkerung gestärkt werden. Eine Zusammenstellung der vielfältigen Angebote wird transparent zugänglich gemacht. Der Wegweiser »Demenz – Leben mit dem Vergessen« des Sozialpsychiatrischen Verbundes Hildesheim steht bereits zur Verfügung. Daneben ist eine Internetpräsentation geplant.

### Netzwerke und Versorgungssysteme bilden

Hier werden Bedarfe gesehen, wohnortnah die Quartiersarbeit zu stärken und Beratungsangebote auch für Migrantinnen und Migranten vorzuhalten. Pflegenden Angehörige wünschen sich mehr Unterstützung bei Problemfragestellungen. Zunehmend in den Fokus gerät das Thema »Menschen mit Demenz im Krankenhaus«. Hier bestehen deutliche Versorgungslücken, zumal Betroffene bei einem Krankenhausaufenthalt einer besonderen Fürsorge bedürfen. Eine Projektgruppe plant die Zusammenarbeit mit regionalen Kliniken sowie die Umsetzung von Modellprojekten.

### Teilhabe von Menschen mit Demenz am Gemeindeleben

Das dritte Themenfeld umfasst die Stärkung der Lebensqualität der Betroffenen und ihrer Angehörigen durch mehr Integration in das kommunale Leben. Gewünscht sind integrative Wohn- und Lebenskonzepte, zum Beispiel Mehrgenerationenhäuser. Ebenso könnte der Ausbau von Nachbarschaftshilfen, sowie Barrierefreiheit, beispielsweise durch eine seniorengerechte Kennzeichnung von Lebensmitteln im Supermarkt, einen Beitrag leisten.

Das Projektteam »Demenzfreundliche Region Hildesheim« besteht aus Vertreterinnen und Vertretern der Stadt und des Landkreises Hildesheim, der Volkshochschule, des Mehrgenerationenhauses, der Alzheimergesellschaft Hildesheim, der HAWK, der Diakonie Himmelsthür, der Ländlichen Erwachsenenbildung in Niedersachsen e. V., der Beratungsstelle KIBIS des Paritätischen und der Lebenshilfe Harsum. Zur Verwirklichung der vielen Bausteine einer »Demenzfreundlichen Region Hildesheim« haben sich erste Projektgruppen gebildet, die gezielt an einzelnen Themen arbeiten.

Die Weichen sind gestellt. Jetzt gilt es, die aufgezeigten Handlungsfelder gemeinsam mit den beteiligten Akteuren zu gestalten und auszubauen. Interessierte können sich über die E-Mail-Adresse kontakt@demenzregion-hildesheim.de mit der Arbeitsgruppe in Verbindung setzen.

Literatur bei der Verfasserin und dem Verfasser

WIEBKE FLOTHO, Arbeitskreis »Mit • Denken – Demenzfreundliche Region Hildesheim«, Tel.: (05 11) 2 15 87 26, E-Mail: info@wiebke-flotho.de

### CORDULA BOLZ

## Heinemanhof erprobt Marte Meo-Methode in der Betreuung von Menschen mit Demenz

Seit fünf Jahren gibt es im Kompetenzzentrum Demenz Heinemanhof in Hannover niedrigschwellige Betreuungsangebote und eine Beratungsstelle. Acht Schulungskurse für ehrenamtlich Engagierte und zahlreiche Veranstaltungen zum Thema Demenz haben stattgefunden, um im Stadtteil aufzuklären und zu sensibilisieren. An vier Vormittagen in der Woche findet eine umfangreiche Gruppenbetreuung statt, die von sogenannten Demenzhelferinnen und -helfern in Dreier-Teams gestaltet wird. Die Ehrenamtlichen übernehmen zudem Einsätze in der häuslichen Betreuung. Inzwischen werden an zwei Standorten regelmäßig insgesamt ca. 45 Personen mit Demenz ambulant von 35 ehrenamtlichen Demenzhelferinnen betreut. Viele Angehörige haben im Kompetenzzentrum eine feste Anlaufstelle gefunden.

### Erfahrungen

Das Betreuungsangebot funktioniert als Wegbereiter, denn der Besuch einer Gruppe oder der Einsatz einer Helferin zu Hause ist oft das erste Unterstützungsangebot, das überhaupt in Anspruch genommen wird. Freiwillig Engagierte bringen sich mit durchschnittlich acht Stunden pro Woche zeitlich umfangreich ein. Die Einrichtung ist insgesamt auch mit ihren stationären Angeboten bekannter geworden. Angehörige profitieren von der langfristige begleitenden Beratung und bleiben über Jahre in Kontakt. Durch die gute Vernetzung im Stadtteil ist ein System sich ergänzender Hilfen entstanden.

### Die Marte Meo-Methode

Anfang 2013 wurde die Marte Meo-Methode in der Praxisbegleitung der Ehrenamtlichen eingeführt. Das in den 1980er Jahren von der Niederländerin Maria Aarts entwickelte Konzept »aus eigener Kraft« unterstützt dabei, Menschen mit eingeschränkten Fähigkeiten im Alltag Orientierung und Sicherheit zu geben und ihr Selbstwertgefühl zu stärken. Ursprünglich hat sie diese Coachingmethode für die Kinder- und Jugendhilfe entwickelt. Nun findet die Methode zunehmend in der Betreuung und Pflege alter Menschen ihre hilfreiche Anwendung. Ausgangspunkt ist der natürliche Umgang der Personen, die Unterstützung geben. Mit Hilfe kurzer Videoaufnahmen (fünf bis zehn Minuten) werden Szenen aus dem Alltag gefilmt und analysiert. Bei dieser Analyse werden ausschließlich die gelungenen Momente in der Kommunikation herausgearbeitet. Anschließend zeigt die Trainerin bzw. der Trainer den Betreuenden die ausgewählten Filmszenen und bespricht mit ihnen, warum welches Verhalten in bestimmten Situationen hilfreich ist. Die gemeinsame Suche nach den gelungenen Momenten mit Videoaufnahmen unterstützt dabei, neue Bilder von sich selber zu verankern und positive Ansätze zu stärken.

### Marte Meo in der Betreuungsarbeit

Die ersten Erfahrungen in der Anwendung im Heinemanhof zeigen, dass freiwillig Engagierte die Marte Meo Methode als eine besondere Wertschätzung ihrer Arbeit empfinden. Oft ist es in der Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen schwierig, kritische Punkte anzusprechen. Hier hat sich die Videoanalyse als ein ressourcenorientiertes Handwerkszeug eindeutig bewährt und den Blick der hauptberuflichen Fachkraft für die gelingenden Augenblicke geschärft. Im Betreuungsalltag ist das Filmen inzwischen zur Selbstverständlichkeit geworden. Die Fachkraft nutzt die Filmclips, um den ehrenamtlichen Teams gezielte Rückmeldungen zu ihrer Arbeit zu geben. Die Engagierten sehen »sich selber handelnd« und sind beeindruckt von ihren eigenen Kompetenzen und denen der anderen. Schöne Augenblicke prägen sich durch Filmstopps sozusagen als »Standbild« ein und verankern sich als zukünftig wünschenswerter Weg. Diese Entwicklung ist auch in Hinblick auf die zunehmende Verselbstständigung der ehrenamtlich Engagierten wegweisend.

### ... und in der Beratung

Die Marte Meo Aufnahmen (Gruppen- und Einzelaufnahmen) werden inzwischen auch für Beratungszwecke mit den Angehörigen eingesetzt und entfalten dort ihre positive Wirkung. Die Angehörigen erhalten durch ausgewählte Filmsequenzen die Möglichkeit, einen anderen Blick auf den erkrankten Menschen zu gewinnen. Sie sehen ihn interessiert und kompetent und staunen über die noch vorhandenen Fähigkeiten. Oder sie erkennen, dass manche Alltagsschwierigkeiten auch bei anderen Betreuungspersonen vorkommen. Der Einsatz der Methode in der Angehörigenberatung steht derzeit noch am Anfang. Die Autorin ist davon überzeugt, dass Videoaufnahmen von Angehörigen im Kontakt mit ihren Erkrankten und die dazugehörige Analyse helfen können, gelungene Unterstützungsmomente zu verstärken und Stressmomente zu reduzieren.

Literatur bei der Verfasserin

CORDULA BOLZ, Heinemanhof, Pflegezentrum und Kompetenzzentrum Demenz, Tel.: (05 11) 16 83 40 18, E-Mail: cordula.bolz@hannover-stadt.de



PETRA REGELIN

## Bewegungsgruppen für Menschen mit Demenz – und für pflegende Angehörige

Frau M. ist ein bisschen durcheinander. Soll sie nun auf ihrem Stuhl sitzen bleiben oder sich dahinter stellen, an der Lehne festhalten und das rechte Bein heben? Sie wartet erst einmal verunsichert ab. Als die Übungsleiterin kommt und sie liebevoll an die vorgesehene Stelle führt, ist sie aber doch erleichtert.

Dies ist eine typische Situation, die in jeder Woche in einer der Bewegungsgruppen für Menschen mit Demenz in Frankfurt am Main vorkommen könnte. Dort trainieren in bislang zwei Gruppen bis zu 15 Menschen mit der Diagnose »Demenzielle Erkrankung« gemeinsam nach einem inhaltlichen Konzept des Deutschen Turner-Bundes. Eine dritte und vierte Gruppe befindet sich zurzeit im Aufbau. Und direkt nebenan, sozusagen zwei Türen weiter, können die betreuenden Angehörigen parallel aktiv Gesundheitssport treiben.

### Organisationsstruktur und Zugang

Organisiert wird die Umsetzung dieser Tandem-Idee vom Frankfurter Netzwerk »Aktiv bis 100«, einem Zusammenschluss von 26 gemeinnützigen Vereinen, Verbänden und Institutionen aus dem Senioren- und Gesundheitsbereich. Das Netzwerk wird vom Deutschen Turner-Bund koordiniert und durch die Stadt Frankfurt am Main finanziell unterstützt. Nur durch den Zusammenschluss der vielen Partnerinnen und Partner war es überhaupt möglich, einen Zugang zu den betroffenen Familien zu bekommen. Denn viele ziehen sich erst einmal zurück, wenn sie von der Diagnose erfahren, haben Angst unter Menschen zu gehen, weil sie sich wegen des auffälligen Verhaltens der bzw. des Betroffenen schämen und weil sie sich vor abfälligen Reaktionen der Mitmenschen fürchten.

### Ziele und Wirkungen

In den Bewegungsgruppen für die an Demenz erkrankten Menschen geht es darum, durch ein gezieltes Training den Krankheitsverlauf in einigen typischen Symptomen positiv zu beeinflussen. Klar ist: Demenz ist eine chronische Krankheit, die immer weiter voranschreitet. Aber ein gezieltes Bewegungstraining kann zum Beispiel dafür sorgen, dass die körperlichen Alltagsfunktionen länger erhalten bleiben. Auch das Sturzrisiko ist im Vergleich zu Gleichaltrigen ohne Demenz um das Drei- bis Vierfache erhöht. Wenn die Erkrankten jedoch ein Kraft- und Gleichgewichtstraining absolvieren, können sie ihr Sturzrisiko deutlich reduzieren und somit ihre Selbstständigkeit viel länger erhalten. Während man früher glaubte, dass ein gezieltes Training mit Demenzerkrankten überhaupt nicht umsetzbar sei, weiß man heute, dass dieses die Leistung demenziell Erkrankter in den Bereichen Kraft, Balance und Bewegungssicherheit bei Alltagsbewegungen und bei Doppelanforderungen um 30 % bis 50 % verbessern kann.

Darüber hinaus kann sich Bewegung zusätzlich auf weitere typische Symptome positiv auswirken, zum Beispiel auf das Schlafverhalten, auf die typische motorische Unruhe, auf depressive Verstimmungen, Aggressionen oder Gereiztheit.

In den Bewegungsgruppen für Menschen mit Demenz des Frankfurter Netzwerks »Aktiv bis 100« geht es deshalb vor allem darum, die motorischen Voraussetzungen zu trainieren, die gebraucht werden, um den Alltag möglichst lange eigenständig bewältigen zu können. Natürlich sind die Vermittlungsmethoden anders als in allen anderen Vereinsgruppen. Die Übungsleiterinnen und -leiter werden darin geschult, Bewegung für Menschen mit Demenz adäquat zu vermitteln. Beim Vormachen einer Übung stehen sie direkt vor der erkrankten Person. Sie benutzen eine einfache Sprache, unterstützen durch rhythmische Signale, reden in Bildern (beispielsweise »fest stehen wie ein Baum«) und führen auch mal eine Bewegung mit den Händen, um sie deutlich zu machen.

### Einbindung von Angehörigen

Das Besondere an dem Projekt ist die Tandem-Struktur, die durch die parallel zur Bewegungsgruppe für Menschen mit Demenz stattfindende Bewegungsgruppe für betreuende Angehörige gekennzeichnet ist. In dieser Gruppe wird ein Bewegungsprogramm durchgeführt, das auf deren Bedürfnisse als stark herausgeforderte Menschen, die kaum Zeit für sich selbst haben, zugeschnitten ist. Dort werden beispielsweise die Rückenmuskeln gestärkt, um aktiv etwas gegen Rückenschmerzen zu tun. Verspannte Schulter-Nacken-Muskeln werden gelockert, der ganze Körper wird durch Bewegung besser durchblutet. Bei Entspannungsübungen kommen die Angehörigen zur Ruhe und zu sich selbst. Die Angehörigengruppen entwickeln sich langsam zu »Bewegten Selbsthilfgruppen«.

Literatur bei der Verfasserin

PETRA REGELIN, Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz (bis 30.06.2013: Deutscher Turner-Bund e. V.), Wilhelm-Theodor-Römheld-Straße 30, 55130 Mainz-Weisenau, Tel.: (0 61 31) 5 70 38 13, E-Mail: petra.regelin@lpk-rlp.de



## Elementar – Männer in der pädagogischen Arbeit mit Kindern

Männliche Fachkräfte sind in Kindertagesstätten zwar mit wachsender Tendenz, aber insgesamt noch immer sehr selten anzutreffen. Der Ruf nach männlichen Erziehern wird in Fachöffentlichkeit und Politik immer lauter. Ebenso sehen auch zunehmend mehr Eltern den Einsatz männlicher Erzieher als wertvolle Bereicherung der pädagogischen Arbeit an. Gleichwohl bestehen jedoch auch nach wie vor diverse Ressentiments. Das Forschungsprojekt »Elementar« untersuchte in diesem Zusammenhang die Arbeitssituation männlicher Pädagogen in österreichischen Einrichtungen der Elementarbildung und befasste sich mit den Entwicklungschancen und Barrieren der männlichen Belegschaften. Ausgehend von den Ergebnissen werden in diesem Band konkrete Handlungsaufforderungen an Forschung, Praxis und Politik formuliert. (ms)

JOSEF CHRISTIAN AIGNER, TIM ROHRMANN (HRSG.): *Elementar – Männer in der pädagogischen Arbeit mit Kindern*. Verlag Barbara Budrich, Leverkusen, 2012, 471 Seiten, ISBN 978-86649-488-6, 49,90 Euro

## Jungen und Gesundheit

Die Mehrzahl der Jungen in Deutschland ist gesund und fühlt sich meistens körperlich und geistig wohl. Aber dies schließt eine Aufarbeitung der Inhalte nicht aus, zumal die gesundheitliche Lage von Jungen in vielen Teilbereichen als prekär zu bewerten ist. Das Feld um Jungen und deren Gesundheit ist literarisch noch weitestgehend Neuland oder kaum reflektiert, zumindest im disziplinübergreifenden Kontext. Um diesen Zustand zu ändern und qualitativ aufzuarbeiten, liefert das Handbuch unterschiedliche Perspektiven aus den Fachrichtungen der Medizin, Psychologie sowie Sozialforschung zur Jungengesundheit und soll eine neue Qualität in den Diskurs bringen. (st)

BERNHARD STIER, REINHARD WINTER (HRSG.): *Jungen und Gesundheit: Ein interdisziplinäres Handbuch für Medizin, Psychologie und Pädagogik*. Kohlhammer, Stuttgart, 2013, 424 Seiten, ISBN 978-3-17-021329-6, 59,90 Euro

## Selbsthilfefreundlichkeit im Gesundheitswesen

In diesem Buch wird das 2004 initiierte Praxiskonzept »Selbsthilfefreundlichkeit« in seiner Entstehung und weiteren Entwicklung dargestellt. Für praxisnahe Kooperationsformen von Selbsthilfegruppen und -organisationen mit unterschiedlichen Einrichtungen des Gesundheitswesens wurden Qualitätskriterien definiert. An diesem Prozess waren Vertreterinnen und Vertreter der beteiligten Organisationen involviert. In dem Nachschlagewerk werden das Know-how und die Zukunftsperspektiven für die Versorgungsbereiche Krankenhaus, vertragsärztliche Versorgung, Rehabilitation und öffentlicher Gesundheitsbereich dargestellt. Das Buch richtet sich an Interessierte aus dem Selbsthilfebereich und an Fachkräfte. (bw)

ALF TROJAN, MICHAEL BELLWINKEL, MONIKA BOBZIEN, CHRISTOPHER KOFAHL, STEFAN NICKEL (HRSG.): *Selbsthilfefreundlichkeit im Gesundheitswesen. Wie sich selbsthilfebezogene Patientenorientierung systematisch entwickeln und verankern lässt*. Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven, 2012, 418 Seiten, ISBN 978-3-86918-253-7, 29,00 Euro

## Sexualität leben ohne Behinderung

Die Herausgeber diskutieren im Kontext der UN-Behindertenrechtskonvention die Thematik Sexualität und Behinderung. Hinsichtlich des Auslebens der eigenen Sexualität werden Menschen mit Behinderungen bis heute vielfach diskriminiert. Es werden die historischen Entwicklungen der Menschenrechte dargestellt, Einblicke in die Vielfalt gelebter Sexualitäten von Betroffenen gegeben sowie Diskussionsbeiträge von Autorinnen und Autoren vorgestellt. Die verschiedenen Perspektiven des Bandes sollen dazu anregen, immer noch bestehende Diskriminierungen zu verhindern sowie Achtung, Würde und Gleichberechtigung hinsichtlich sexueller Selbstbestimmung gehandicapter Menschen zu stärken. (sn)

JENS CLAUSEN, FRANK HERRATH (HRSG.): *Sexualität leben ohne Behinderung. Das Menschenrecht auf sexuelle Selbstbestimmung*. Kohlhammer Verlag, Stuttgart, 2013, 308 Seiten, ISBN 978-3-17-021906-9, 34,90 Euro

## Männerwelten. Männer in Psychotherapie und Beratung

Das Buch versteht sich als Leitfaden für beraterisch und psychotherapeutisch tätige Fachkräfte, richtet sich aber auch an interessierte Männer aller Couleur. Die Autorin und der Autor schildern aus ihrer Berufspraxis typische Konstellationen der Beratung und Therapie von Männern. Dabei identifizieren sie »Identitätssäulen« von Männern und biografische »Sollbruchstellen«, die krisenhafte Situationen bedeuten oder nach sich ziehen können. Die Analysen münden in die Entwicklung eines »Gentle-mental health Codes« für Fachkräfte, mit dem ein tieferes Verständnis für die Belange von Männern und eine klarere Symptomdeutung erzielt werden sollen, um eine erfolgreiche Begleitung zu ermöglichen. (ms)

CLAUDIA CHRIST, FERDINAND MITTERLEHNER: *Männerwelten. Männer in Psychotherapie und Beratung*. Schattauer Verlag, Stuttgart, 2013, 226 Seiten, ISBN 978-3-7945-2909-4, 34,99 Euro

## Der postethnische Homosexuelle. Zur Identität »schwuler Deutschtürken«

In dem aus einer Dissertation hervorgegangenen Band wird untersucht, welche Formen von Identitäten homosexuelle Männer türkischer Herkunft hervorbringen und wie diese vor allem in Selbsteutungen, aber auch in Fremdbetrachtungen konstruiert und repräsentiert werden. Hierzu wird neben sechs Interviews mit »schwulen Deutschtürken« eine Analyse des seit den 1990er Jahren aufkommenden Diskurses in Medien und Politik unternommen. Aus der Untersuchung geht hervor, dass die befragten Männer ein hohes Maß an Ambivalenz gegenüber ihrer ethnischen Herkunft haben. Werde diese Ambivalenz jedoch überwunden und passe sich der Mann an die in einer heteronormativen Gesellschaft akzeptierten Modelle homosexueller Lebensstile an, werde eine gelungene kohärente Identität möglich. (ms)

WENZEL BILGER: *Der postethnische Homosexuelle. Zur Identität »schwuler Deutschtürken«*. transcript Verlag, 2012, 289 Seiten, ISBN 978-3-8376-2108-2, 29,80 Euro



## Männliche Sozialisation

2004 wurde ein erster wissenschaftlicher Überblick über die verschiedenen Themen der männlichen Sozialforschung vorgestellt. Nun wurde die 2. überarbeitete Auflage mit einer Vertiefung der Themen veröffentlicht, in der beispielsweise der Umgang von Männern mit der sich neu formenden Moderne des 21. Jahrhunderts und daraus resultierenden Ungewissheiten dargestellt wird. Des Weiteren werden männliche Bewältigungsstrategien, Probleme von Jungen durch gesellschaftliche Erziehungsnormen und der Unterscheid zwischen Männlichkeit und Mann-Sein diskutiert. Vor dem Hintergrund der sich wandelnden Gesellschaftsordnung, einer Nivellierung der Geschlechterrollen und dem angepassten männlichen Verhalten von Männern – welches zudem auch immer öfter von Frauen verwendet wird – nimmt der Autor Bezug zu aktuellen Diskussionen und vergleicht den fortschreitenden Wandlungsprozess mit früheren Annahmen und Prognosen. (It)

LOTHAR BÖHNISCH: Männliche Sozialisation. Eine Einführung. 2. überarbeitete Aufl., Beltz Juventa, Weinheim und Basel, 2013, 335 Seiten, ISBN 978-3-77992306-0, 19,95 Euro

## Krankenhaus-Report 2013

Im Krankenhaussektor ist in den vergangenen Jahren ein drastischer Anstieg der Zahl der behandelten Fälle zu beobachten. Die 20. Ausgabe des Krankenhaus-Reports nimmt dieses Phänomen der zunehmenden Leistungsmengen schwerpunktmäßig in den Blick. Die einzelnen Beiträge befassen sich mit den Rahmenbedingungen dieser Entwicklung und analysieren das gegenwärtige Marktgeschehen. Außerdem werden mögliche Ursachen erörtert, wobei nicht nur auf altersstrukturelle Wandlungsprozesse Bezug genommen wird, sondern beispielsweise auch ordnungspolitische Regelungen im Fokus stehen. Nicht zuletzt befassen sich einige Beiträge auch mit Interventionsstrategien, die der Qualitätssicherung der medizinischen Behandlung dienen können. Kennzeichnend für diesen Band ist eine kritische Betrachtungsweise, die Raum für die Frage lässt, ob ein Mehr an Menge gleichzeitig auch mit einem Mehr an Nutzen verbunden ist. (mp)

JÜRGEN KLAUBER, MAX GERAEDTS, JÖRG FRIEDRICH, JÜRGEN WASEM (HRSG.): Krankenhaus-Report 2013. Mengendynamik: mehr Menge, mehr Nutzen? Schattauer-Verlag, Stuttgart, 2013, 542 Seiten, ISBN: 978-3-7945-2884-4, 54,94 Euro

## Hirndoping – Der große Schwindel

»Wird nicht ein Medikament, das die Konzentration chronisch unkonzentrierter Menschen erhöht, auch die Konzentration konzentrierter Menschen steigern?« Eine Frage, mit der sich in unserer Leistungsgesellschaft sicherlich einige Menschen beschäftigen. Der Leistungsdruck in Schule, Studium und Beruf wird immer stärker. Wer nicht mithalten kann, wird aussortiert. Die einfache Lösung scheint, rezeptfrei leistungssteigernde Mittel im Internet zu bestellen. Ein Trugschluss: »Alles Schwindel! Hirndoping ist sinnlos und riskant« – bilanziert das vorliegende Herausgeberwerk. Von Expertinnen und Experten dargestellte epidemiologische, soziale und ethische Erkenntnisse und Entwicklungen untermauern dieses Fazit. Als gegenläufige Entwicklung zu diesem Trend bietet der Band Alternativen, um zu einem ausgeglicheneren Lebensstil zu gelangen. (jg)

RAPHAEL GASSMANN, MANUELA MERCHLEWICZ, ARMIN KÖPPE (HRSG.): Hirndoping – Der große Schwindel. Beltz Juventa Verlag, Weinheim und Basel, 2013, 182 Seiten, ISBN 978-3-7799-2829-4, 19,95 Euro

## Health Activism – Foundations and Strategies

Das Recht auf Gesundheit wird zu einem Gut, welches mit steigender Tendenz durch die Gesellschaft gefordert wird. Aus diesem Grund schließen sich immer mehr Personen zusammen, um dieses Recht einzufordern und die Aussichten auf ein gesundes Leben zu verbessern. Aktivismus wird in diesem Buch als eine Tat beschrieben, die über das hinausgeht, was in einer Gesellschaft als konventionell oder normal angesehen und in diesem Fall auf das Themengebiet Gesundheit bezogen wird. Es werden ausführlich verschiedene Arten des Gesundheitsaktivismus, seine Geschichte und das Vorgehen beschrieben sowie viele Beispiele aktivistischer Organisationen, wie beispielsweise der New Zealand Prostitutes Collective, gegeben. Das Buch ist in englischer Sprache erschienen und richtet sich an Absolventinnen und Absolventen von Studiengängen des Gesundheitswesens, beruflich in diesem Bereich tätige Personen sowie alle, die sich auf diesem Weg für das Recht auf Gesundheit stark machen wollen. (jg)

GLENN LAVERACK: Health Activism – Foundations and Strategies, SAGE Publications, London, Thousand Oaks, New Delhi, Singapore, 2013, 145 Seiten, ISBN-13: 978-1-4462-4965-9, 29,85 Euro

## Gesundheitsförderung in der ambulanten Krankenversorgung

Die vorliegende Dissertation spürt den Vorstellungen von Gesundheitsförderung im beruflichen Alltagshandeln nach, wobei sich Dörge auf die pflegerische und ärztliche Praxis konzentriert. Sie arbeitet gesundheitsfördernde Handlungs- und Deutungsmuster der Akteure heraus und konstatiert eine große Sprachlosigkeit, wenn es um Gesundheitsförderung geht. Es zeigt sich ein großes, noch nicht ausgeschöpftes Potenzial zu einem Denken und Handeln auf Grundlage von Salutogenese, Empowerment und Partizipation. Überlegungen zum Qualifizierungsbedarf geben Anregungen für eine Weiterentwicklung. (us)

CHRISTINE DÖRGE: Gesundheitsförderung in der ambulanten Krankenversorgung. Subjektive Vorstellungen und Handlungskonzepte in der pflegerischen und ärztlichen Praxis. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, 2013, 388 Seiten, ISBN 978-3-86321-145-5, 39,90 Euro

## Das Geschlechterregime

Das vorliegende Buch basiert auf einer Promotion – und man merkt es ihm an. Paulus geht von dem Konzept des Geschlechterregimes aus, einem Analysekonzept für geschlechtsspezifische Herrschaftsmechanismen. Im ersten Teil des Buches wird theoretisch-abstrakt dargestellt, wie ein Geschlechterregime konstruiert wird. So kann untersucht werden, wie Leitbilder und Anreizstrukturen sozialstaatlicher Politiken auf die Lebensgestaltung der Geschlechter wirken, wie die in diese Strukturen eingelassenen Ideologien und Diskurse die soziale Positionierung der Geschlechter beeinflusst und wie sich dies auf der subjektiven Ebene in selbstregulativen Praxen und Handlungsmöglichkeiten zeigt. Der zweite Teil untersucht am Beispiel von Work-Life-Balance-Maßnahmen, wie die derzeitigen Arbeitsbedingungen, etwa Flexibilität, Mobilität und Intensivierung der Erwerbsarbeit, auf die Geschlechterverhältnisse einwirken. Das überaus voraussetzungsvolle Buch vereint Geschlechterdiskurse mit solchen der Politologie, Soziologie und Ökonomie. (us)

STEFAN PAULUS: Das Geschlechterregime. Eine intersektionale Dispositivanalyse von Work-Life-Balance Maßnahmen. Transcript Verlag, Bielefeld, 2012, 469 Seiten, ISBN 978-3-8376-2208-9, 36,80 Euro

## Familie(n) heute

Die Autorinnen und der Autor haben einen Sammelband mit Einblick in die Vielfalt von Familien- und Lebensformen herausgegeben. Es werden sozialhistorische Bezüge, Definitionen, Rechtsformen sowie Familienpolitik, Paarbeziehungen und gleichgeschlechtliche Familien in verschiedenen Kapiteln fokussiert. Weitere Themen sind prekäre Lebenslagen, Wandel der Geschlechterverhältnisse und Familienmilieus sowie Ideale und Realitäten, die sich mit der Familie verbinden. Der Band ist interessant zusammengestellt und zeigt eine breite Themenpalette. Zielgruppen sind an Familiensoziologie Interessierte, Studierende und Forschende. (bw)

DOROTHEA CHRISTA KRÜGER, HOLGER HERMA, ANJA SCHIERBAUM (HRSG.): Familie(n) heute. Entwicklungen, Kontroversen, Prognosen. Beltz Juventa Verlag, Weinheim und Basel, 2013, 415 Seiten, ISBN: 978-3-7799-2835-5, 34,95 Euro

## Lehrbuch Patientenberatung

Die Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Nutzenden des Gesundheitswesens ist in Deutschland wie andernorts ein zunehmend wichtiges Praxisfeld. Patientenberatung leistet Orientierungshilfe im Dschungel der Versorgungsstrukturen, thematisiert die Rechte und Wahlmöglichkeiten von Patientinnen und Patienten im Behandlungsgeschehen und vermittelt indikationsbezogene Informationen und Kompetenzen zum Umgang mit einzelnen Erkrankungen. Dieses Buch legt den Stand der theoretisch-konzeptionellen Diskussion zur Patientenberatung übersichtlich dar, fasst methodische Strategien zusammen und vermittelt interessante Einblicke in die Praxis dieses Aufgabenfeldes. Es kann als Lehrbuch dienen, Hilfestellung und Anregungen für Praktizierende aufzeigen und neue Impulse für die Methoden- und Theorieentwicklung liefern. (sb)

DORIS SCHAEFFER, SEBASTIAN SCHMIDT-KAEHLER (HRSG.): Lehrbuch Patientenberatung. 2. Aufl., Verlag Hans Huber, Bern, 2012, 328 Seiten, ISBN 9783456950983, 29,95 Euro

## Autonomie trotz Multimorbidität – Ressourcen für Selbstständigkeit und Selbstbestimmung im Alter

Der Berliner Forschungsverbund »Autonomie trotz Multimorbidität im Alter« (AMA) geht seit 2008 der Frage nach, wie alte Menschen trotz Multimorbidität und Gesundheitseinbußen autonom und selbstbestimmt leben können. Die Beiträge in dem vorliegenden Band der Buchreihe »Organisation und Medizin« präsentieren zum einen Befunde, die den Entwicklungsstand zur Erfahrung mit Multimorbidität aufzeigen und zum anderen weitere Faktoren, die Autonomie angesichts von Multimorbidität unterstützen. Darüber hinaus werden u. a. die Themen Demenz und Multimorbidität bei Menschen mit Migrationshintergrund, Chancen und Barrieren für Autonomie trotz Pflegebedarf in sozial benachteiligten Quartieren und Nachbarschaften untersucht. (ex)

ADELHEID KUHLMMEY, CLEMENS TESCH-RÖMER (HRSG.): Autonomie trotz Multimorbidität. Ressourcen für Selbstständigkeit und Selbstbestimmung im Alter. Hogrefe Verlag, Göttingen, 2013, 225 Seiten, ISBN 978-3-8017-2296-8, 39,95 Euro

## Medien – Körper – Geschlecht

Die westliche Moderne befindet sich in einem rasanten Wandel. Die Medien schaffen eine immer spärlichere Privatsphäre und gleichzeitig wird durch eigene Entäußerungen im medialen Netz eine Subjektivierung erschaffen, die sich immer mehr vergesellschaftet. Ob zum Positiven oder Negativen? Zugleich kultivieren sich heute Abweichungen vom bisherigen Normalitätsverständnis in der Gesellschaft und finden durch ihr immer häufigeres Auftreten Einlass in den Alltag, zumal diese Abweichungen nun als »normal« bewertet werden. Der Band nimmt diese Erkenntnisse als Grundlage, um auf den Zusammenhang zwischen diesen drei eng verbundenen Kategorien in der heutigen Moderne und rückblickend auch in der Vergangenheit vertiefend einzugehen. Dabei werden spezielle Frauen- und Männerthemen differenziert angesprochen. (It)

BIRGIT RIEGRAF, DIERK SPREEN, SABINE MEHLMANN (HRSG.): Medien – Körper – Geschlecht. Diskursivierungen von Materialität. transcript Verlag, Bielefeld, 2012, 290 Seiten, ISBN 978-3-8376-2084-9, 28,80 Euro

## Führen und Leiten in Hospizarbeit und Palliative Care

In dem aus einer Dissertation hervorgegangenen Band beleuchtet die Autorin das Thema Führung und Leitung in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung am Lebensende. Dabei wird nachgezeichnet, wie sich Leitungsaufgaben mit der zunehmenden Professionalisierung und Institutionalisierung dieses Arbeitsfeldes – implizit wie explizit – ausdifferenziert haben. Führungsverhalten manifestiert sich demnach heutzutage in einem Spannungsfeld zwischen »gestalten wollen und getrieben werden« in einem emotional spannungsreichen Setting. Aus den hauptsächlich durch Interviews mit hauptamtlichen Kräften gewonnen Erkenntnissen leitet die Autorin Thesen für hospizlich-palliatives Leitungshandeln ab, die einer professionell reflektierten Ausübung in Zeiten eines rasanten Wandels der Versorgungslandschaft Rechnung tragen. (ms)

ANNE ELISABETH HÖFLER: Führen und Leiten in Hospizarbeit und Palliative Care. Mabuse Verlag, 2012, 268 Seiten, ISBN 978-3-86321-022-9, 29,90 Euro



## Zielgruppenspezifische Präventionsbotschaften – Implikationen evolutionärer Motive jugendlichen Risikoverhaltens

Warum tun sie's nicht, wenn sie's doch wissen? – Dass oft nicht Informationsmangel, sondern ein Mangel der intrinsischen Motivation Grund für gesundheitsschädliches Verhalten bei Jugendlichen ist, ist bekannt. In ihrer Dissertation untersucht die Autorin, welchen Beitrag evolutionspsychologische Ansätze zum besseren Verständnis des Gesundheitsverhaltens leisten können und wie sich diese auf die praktische Umsetzung von Präventionsvorhaben auswirken. Hierfür wird die Wirksamkeit von Präventionsbotschaften untersucht und ein Funktionalmodell für Präventionsbotschaften entwickelt. Das Werk leistet einen Beitrag zur Vermeidung von wirkungslosen Kampagnen und zur Förderung von jugend- und geschlechtspezifischen Ansätzen in der Gesundheitsförderung und Prävention. (st)

DOREEN REIFEGERSTE: Zielgruppenspezifische Präventionsbotschaften – Implikationen evolutionärer Motive jugendlichen Risikoverhaltens. Nomos Verlag, Baden-Baden, 2012, 287 Seiten, ISBN 978-3-8329-7745-0, 39,00 Euro

## Naturkinder. Ideen, Rezepte und Aktionen für drinnen und draußen

Die Autorin stellt in ihrem Buch zahlreiche Ideen und Aktivitäten vor, die mit Kindern ausprobiert und erlebt werden können. Die Natur ist dabei der Ausgangspunkt ihrer Ideen und für jede Jahreszeit werden Möglichkeiten, wie die Natur genutzt und entdeckt werden kann, aufgezeigt – ein Kräutermemory nähen oder Walnuss-Schwimmkerzen basteln sind nur zwei Beispiele für die liebevoll dargestellten Projekte zum Selbermachen. Informative Anleitungen und ansprechende Illustrationen geben einen guten Einblick in die Aktionen und regen zum Ausprobieren an. Die Projekte wurden von Kindern getestet und sind auch in Gruppen umsetzbar. (nt)

CAROLINE HOSMANN: Naturkinder. Ideen, Rezepte und Aktionen für drinnen und draußen. Haupt Verlag, Bern, Stuttgart und Wien, 2012, 160 Seiten, ISBN 978-3-258-60029-1, 24,90 Euro

## Public Health – Gesundheit und Gesundheitswesen

Die dritte Auflage des Bands stellt eine völlig neu bearbeitete und erweiterte Version des Grundlagenwerks dar. Die Autorinnen und Autoren bieten mit diesem Werk eine große Bandbreite an Informationen über Gesundheitssysteme in Deutschland und in weiteren Ländern, um diese besser verstehen sowie nachhaltiger und effizienter gestalten zu können und damit die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern. Behandelt werden u. a. die Themen wie Krankenversorgung und Pflege, Finanzierung des Gesundheitswesens sowie Gesundheitsförderung und Prävention. Das Buch richtet sich an alle Berufstätigen im Gesundheitswesen, aber auch an jene Menschen mit Interesse am Thema Gesundheit, die einen umfassenden Überblick über die Ansätze, Strukturen und Kennzahlen der Gesundheitswissenschaften und benachbarter Disziplinen erhalten wollen. (lt)

FRIEDRICH WILHELM SCHWARTZ, ULLA WALTER, JOHANNES SIEGRIST, PETRA KOLIP, REINER LEIDL, MARIE-LUISE DIERKS, REINHARD BUSSE, NILS SCHNEIDER (HRSG.): Public Health – Gesundheit und Gesundheitswesen. Urban & Fischer Verlag, München, 2012, 864 Seiten, ISBN 978-3-437-22261-0, 99,99 Euro

## Hallo Mister Alzheimer

Der Autor, ein amerikanischer Professor der Psychologie, erhielt im Alter von 58 Jahren die Diagnose Demenz vom Alzheimer Typ. Er begann daraufhin seine Gedanken und Erfahrungen aufzuschreiben und hat inzwischen mehrere Bücher veröffentlicht. In diesem Buch beantwortet er viele Fragen seiner Leserinnen und Leser. In verständlicher Form und sehr persönlich erklärt er u. a., was sich bei einer Demenz im Gehirn abspielt, wie sie das eigene Denken, Fühlen und Handeln beeinflusst, wie man mit Symptomen der Demenz umgehen kann und ermutigt selbst für die eigenen Rechte und für Menschlichkeit im Umgang mit Menschen mit Demenz einzutreten. Das Buch kann für alle interessant und bereichernd sein. (bw)

RICHARD TAYLOR: Hallo Mister Alzheimer. Wie kann man weiterleben mit Demenz? – Einsichten eines Betroffenen. Verlag Hans Huber, Bern, 2013, 320 Seiten, ISBN 978-3-456-85263-8, 19,95 Euro

## Psycho-soziale Beratung von Migranten

Migrantinnen und Migranten bilden heute eine wichtige Zielgruppe für soziale Beratungsangebote. Ihre Erreichbarkeit ist jedoch teilweise mit Schwierigkeiten verbunden. Die einzelnen Beiträge des Buches geben sehr anschaulich, aber dennoch auf einem hohen fachlichen Niveau wertvolle Hinweise, wie diese Herausforderung bewältigt werden kann. Hierzu werden im ersten Teil soziale, kulturelle und psychische Besonderheiten unterschiedlicher Migrantengruppen beleuchtet und in diesem Zusammenhang die Bedeutung von Beratung hervorgehoben. Im zweiten und dritten Teil nehmen die Autorinnen und Autoren gezielt Kinder und Jugendliche sowie Erwachsene mit Migrationshintergrund als Adressatengruppen in den Blick und stellen jeweils zentrale Handlungsfelder und Methoden der Beratung vor. Das Buch zeichnet eine ausgeprägte Sensibilität gegenüber der Relevanz kultureller Bedeutungssysteme im Beratungsprozess aus, ohne Stereotype und Vorurteile gegenüber kulturellen Verhaltens- und Mentalitätsmustern zu reproduzieren. (mp)

WILHELM KÖRNER, GÜLCAN IRDEM; ULLRICH BAUER (HRSG.): Psycho-soziale Beratung von Migranten. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, 2013, 243 Seiten, ISBN 978-3-17-021410-1, 34,90 Euro

## Moderner Muskelkult – Zur Sozialgeschichte des Bodybuildings

Muskel-Freak oder wahrer Vollblut-Sportler? – Bodybuilder polarisieren grundsätzlich durch ihr Äußeres und ihre Einstellung. Kläber beschreibt in diesem Band aus wissenschaftlicher Perspektive die Entstehung dieses Kultes, die aktuelle Forschungslage, die Differenzierung innerhalb des Kraftsports sowie den Einfluss des Bodybuildings auf unsere moderne (Sport-) Welt und Körperbilder. Durch seinen wissenschaftlichen Fokus richtet sich das Werk primär an Forscherinnen und Forscher der Soziologie sowie der Sport- und Gesundheitswissenschaften. (st)

MISCHA KLÄBER: Modernen Muskelkult – Zur Sozialgeschichte des Bodybuildings. transcript Verlag, Bielefeld, 2013, 272 Seiten, ISBN 978-3-83762376-5, 28,80 Euro

## Konstruktivistische Didaktik. Das Lehr- und Studienbuch mit Online-Methodenpool

Der Autor legt ein Lehr- und Studienbuch für Lehrende und Lernende vor, in dem die Grundlagen, Bedingungen und Methoden eines lernerorientierten und handlungsbezogenen Lernens im Vordergrund stehen. Lehren und Lernen sollen vor dem Hintergrund der gegenwärtigen kulturellen und wissenschaftlichen Situation reflektiert und mit Handlungstheorien verbunden werden. Die sich daraus ergebenden Konsequenzen legt er in neun Kapiteln dar. Sie handeln unter anderem von Beziehungsdidaktik, vom Kontext heutiger Didaktik, der Begründung einer konstruktivistischen Didaktik ihren Grundlagen und Grundbegriffen. Diese fünfte Auflage wurde um Ausführungen zur Benotung und zur Evaluation ergänzt. Außerdem steht der ergänzende Methodenpool ab dieser Ausgabe kostenlos online zur Verfügung. (ark)

KERSTEN REICH: Konstruktivistische Didaktik. Das Lehr- und Studienbuch mit Online-Methodenpool. 5. erweiterte Aufl. Beltz Verlag, Weinheim und Basel, 2012, 320 Seiten, ISBN 978-3-407-25689-8, 29,95 Euro

## Handbuch Stadtplanung und Gesundheit

Die Entwicklung der Städte erfolgt mit großer Schnelligkeit. Das Leben in Städten und die mit dem Wandel einhergehenden Veränderungen, egal ob bei Schrumpfung oder schnellem Wachstum, können Belastungen mit Auswirkungen auf die Gesundheit nach sich ziehen, weshalb Entscheidungen der Stadtplanung eine Vielzahl von Erkenntnissen berücksichtigen sollten. Im vorliegenden Handbuch wird die Perspektive verschiedener Disziplinen auf diesen Gegenstand vorgestellt. Nach einem historischen Abriss zum Zusammenhang von Stadtplanung und Gesundheit und deren Grundlagen werden Handlungsfelder und Themenschwerpunkte sowie Instrumente und Strategien umfassend ausgeführt. Abschließend vervollständigen Beispiele das Bild. (ark)

CHRISTA BÖHME, CHRISTA KLIEMKE, BETTINA REIMANN, WALDEMAR SÜSS (HRSG.): Handbuch Stadtplanung und Gesundheit. Verlag Hans Huber, Bern, 2012, 246 Seiten, ISBN 978-3-456-85004-3, 39,95 Euro

## Prävention von Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen – Programme auf dem Prüfstand

»Steep«, »Lubo«, »Faustlos«, »Freundensstifter-Training« ... so oder so ähnlich nennen sich Präventionsprogramme, die sich zum Ziel gesetzt haben, Verhaltensauffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen zu begegnen. Besonders Lehrkräfte und Eltern sollen in diesem Herausgeberwerk Antworten darauf finden, ob Präventionsprogramme die Entwicklung sozialer Kompetenzen überhaupt fördern können und welches Programm das Richtige für ihre Ausgangssituation ist. Die Autorinnen und Autoren aus dem universitären Kontext bieten in dem klar strukturierten Buch erste Lösungsansätze bei Auffälligkeiten wie Aufsässigkeit, Bullying und Gewalt an. Und was tun, wenn ich mich für ein Programm entschieden habe? Praxisnahe Ideen erleichtern den Einstieg in die vorgestellten Programme. (st)

MICHAEL FINGERLE, MANDY GRUMM (HRSG.): Prävention von Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen – Programme auf dem Prüfstand. Ernst Reinhardt Verlag, München und Basel, 2012, 184 Seiten, ISBN: 978-3-497-02275-5, 24,90 Euro

## Gewaltprävention an Schulen

Nach seinem Anti-Mobbing-Buch aus dem Jahr 2010 widmet sich Mustafa Jannan nun in seinem aktuellen Buch der nachhaltigen Verankerung von Gewaltprävention in den Schulalltag. Hierzu bietet das Buch Ablaufpläne und Materialien, mit deren Hilfe Schulen das komplexe Thema Gewaltprävention aus eigener Kraft erfolgreich und nachhaltig umsetzen können. Außerdem liefert das Buch eine Übersicht über aktuelle Präventionsprogramme und nennt Kriterien zur Auswahl eines für die Schule passenden Angebots. Getreu dem Motto des Autors »Präventionsarbeit auf Schulebene ist Leitungsarbeit«, richtet sich das Buch v. a. an Entscheidungsträger der Bildungslandschaft, d. h. an Schulleitung, Fortbildungskoordinatoren sowie Schulträger. (ku)

MUSTAFA JANNAN: Gewaltprävention an Schulen. Planen – umsetzen – verankern. Beltz Verlag, Weinheim und Basel, 2012, 139 Seiten, ISBN 978-3-407-62800-8, 19,95 Euro

## Die Vereinbarkeit von häuslicher Pflege und Beruf

In den vergangenen Jahren erfährt die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege zunehmend mehr Beachtung. Dennoch bestanden für den deutschen Sprachraum bisher nur vereinzelt belastbare Daten, die über die gesellschaftliche Prävalenz sowie die Folgewirkungen der doppelten Einbindung für den Beruf, die pflegerische Versorgungssituation und andere Lebensbereiche Auskunft gaben. Auch der Einfluss des Geschlechts oder des sozialen Status auf die Vereinbarungssituation wurde nur im Ansatz beleuchtet. Wolfgang Keck identifiziert diese Leerstellen und vermag es eindringlich, sie zu schließen. Hierzu führt er umfassende statistische Analysen durch, greift aber auch auf qualitative Daten zurück. Durch dieses methodische Zusammenspiel eröffnen sich dem Leser tiefe Einblicke, die für den fachlichen Diskurs eine große Bereicherung darstellen. (mp)

WOLFGANG KECK: Die Vereinbarkeit von häuslicher Pflege und Beruf. Verlag Hans Huber, Bern, 2012, 312 Seiten, ISBN 978-3-456-85168-6, 29,95 Euro

## Achtsamkeit und Humor – Das Immunsystem des Geistes

Lebe im Jetzt, denn das Jetzt ist wirklich wunderbar! – dafür plädiert der Psychotherapeut Michael Metzner in seinem pragmatischen und sehr humorvollen Buch. Neben zahlreichen Verweisen auf wissenschaftliche Studien und Quellen ergänzt Metzner durch zahlreiche Anekdoten aus seiner beruflichen Praxis und seinem Privatleben sein Werk zu Achtsamkeit und Humor als Ressource des Alltags. Es wird klar, wie oft wir uns selbst im Weg stehen, wenn es um ein erfülltes Leben geht. Erfrischend und einfühlsam beschreibt der Autor, wie er seinen von Humor geprägten Therapiestil im klinischen Setting erfolgreich etablierte. Leserinnen und Leser erhalten zudem Tipps und Hinweise, wie sie Humor und Achtsamkeit pflegen können. Es handelt sich um ein kurzweiliges Leservergnügen sowohl für psychotherapeutische Profis als auch interessierte Laien. (st)

MICHAEL STEFAN METZNER: Achtsamkeit und Humor – Das Immunsystem des Geistes. Schattauer-Verlag, Stuttgart, 2013, 164 Seiten, ISBN: 978-3-7945-2936-0, 19,90 Euro



## Ungleich gerecht?

Die beiden Autoren beschäftigen sich kritisch mit der aktuellen Konjunktur normativer Gerechtigkeitstheorien. Ihr Ziel ist, zu analysieren, was diese an den polit-ökonomischen Verhältnissen (nicht) erklären. Nachdem sie im ersten Kapitel die Frage gestellt haben, was der Gegenstand von Gerechtigkeitstheorien ist, reflektieren sie unter der Überschrift »Grundbausteine moderner Gerechtigkeitstheorien« über Zusammenhänge von Gerechtigkeit und Markt bzw. Gerechtigkeit und Staat sowie Gleichheit bzw. Moral. In den weiteren Kapiteln stehen gerechtigkeitstheoretische Konstruktionen sozialer Wirklichkeit, Gerechtigkeit im Wohlfahrtsstaat und aktuelle Gerechtigkeitdiskurse in der Politik im Mittelpunkt ihrer Betrachtungen. Schlussendlich führen sie aus, dass gegenwärtige Gerechtigkeitdiskurse allesamt darauf hinaus laufen, den gesellschaftlichen Institutionen einen Zweck zu unterstellen, den sie in Wirklichkeit nicht haben. Vor allem kritisieren sie eine Theoriebildung, die anstelle der Analyse von Kapital, Staat und Gesellschaft deren Idealisierung betreibt. (ark)

HEINZ-JÜRGEN DAHME, NORBERT WOHLFAHRT: Ungleich gerecht? Kritik moderner Gerechtigkeitstheorien und ihrer theoretischen Grundlagen. VSA Verlag, Hamburg, 2012, 199 Seiten, ISBN 978-3-89965-491-2, 18,80 Euro

## Hilfe beim Helfen

Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft hat ihre Schulungsreihe für Angehörige von Alzheimer- und anderen Demenzerkrankungen in Form einer CD-Rom in der 4. Auflage aktualisiert. Das interaktive Seminarprogramm besteht aus sieben Modulen, das einerseits dem großen Informationsbedürfnis von pflegenden Angehörigen nachkommt, andererseits den Austausch untereinander ermöglicht. Das Schulungsprogramm vermittelt Informationen über Demenzerkrankungen, Leistungen der Pflegeversicherung, rechtliche und ethische Fragestellungen sowie über Entlastungsangebote für die Pflegenden. Angehörigen soll der Zugang zu den erkrankten Familienangehörigen, der Kontakt und die Kommunikation erleichtert werden. Die Zielgruppen der CD-Rom sind Institutionen und Einrichtungen, die Angebote für pflegende Angehörige vorhalten und im Bereich der Erwachsenenbildung tätig sind. (bw)

DEUTSCHE ALZHEIMER GESELLSCHAFT E.V. (HRSG.): Hilfe beim Helfen – CD-Rom, Schulungsreihe für Angehörige von Alzheimer- und anderen Demenzerkrankungen, 2013, 10,00 Euro Schutzgebühr, zu bestellen über: [www.deutsche-alzheimer-gesellschaft.de](http://www.deutsche-alzheimer-gesellschaft.de)

## Inklusion und Bildungsgerechtigkeit

Nach einer Einführung zu Inklusion und Bildungsgerechtigkeit folgen Ausführungen zu einem verbindlichen Leitbild sowie zu Standards der Inklusion und zu den Regeln zur Umsetzung dieser Standards. Im zweiten Teil geht es um die praktische Umsetzung von Inklusion. Dazu werden Verfahren für den schulischen Bereich und kommunale Strategien beschrieben. Der Autor bringt dabei zwei Instrumente zusammen: die Standards und Verfahren des Toronto School Board und den Index für Inklusion mit seinem offenen Fragenset. Zur Begründung liefert er die notwendige theoretische Rahmung. In einem eigenen Kapitel betont er abschließend Partizipation gleichermaßen als Wert und als Durchführungsbestimmung. (ark)

KERSTEN REICH: Inklusion und Bildungsgerechtigkeit. Standards und Regeln zur Umsetzung einer inklusiven Schule. Beltz Verlag, Weinheim und Basel, 2012, 240 Seiten, ISBN 978-3-407-25681-2, 19,95 Euro

## Körperlich aktiv altern

Ein körperlich aktives Leben trägt zum Gelingen des Alterns bei. Neben den motorischen und psychologischen Leistungsvermögen werden auch die kognitiven Fähigkeiten gestärkt. Egetretene Verluste können durch körperliche Aktivität minimiert werden. Die Wissenschaft beschäftigt sich schon seit langer Zeit damit, ob und wie der natürliche Alterungsprozess beeinflusst werden und wie er gelingen kann. Körperliche Aktivität wird vermehrt mit einer präventiven Wirkung in Verbindung gebracht, so dass gesundheitliche Risiken kompensiert werden können. Die Autorin und der Autor fassen in dem Buch zusammen, welche Fakten wissenschaftlich fundiert und welche nicht nachweisbar sind. Ziel des Buches ist, zu verdeutlichen, dass sportlich-körperliche Aktivität einen wesentlichen Beitrag zum gesunden Altern leistet. (er)

WOLFGANG SCHLICHT, NADJA SCHOTT: Körperlich aktiv altern. Beltz Juventa, Weinheim und Basel, 2013, 192 Seiten, ISBN: 978-3-7799-1573-7, 24,95 Euro

## Sozialmedizin. Grundlagen und Praxis

Die Autoren des Lehrbuchs geben einen umfassenden Überblick über das Fachgebiet der Sozialmedizin. Der erste Teil des Buches gliedert sich in fünf Kapitel und umfasst theoretische und praktische Grundlagen der allgemeinen Sozialmedizin. Es werden Modelle zu Krankheiten und Behinderungen aufgezeigt und Einblicke in die Sozialepidemiologie und in die Systemgestaltung des Gesundheitswesens gewährt. In zwei weiteren Kapiteln befassen sich die Autoren mit der Rolle von Patientinnen und Patienten im Gesundheitswesen und erörtern sozialmedizinische Praxisfragen. Der zweite Teil des Buches widmet sich der speziellen Sozialmedizin. Dabei werden die wichtigsten Erkrankungen in den Blick genommen und hinsichtlich ihrer sozialmedizinischen und epidemiologischen Grundlagen beleuchtet. Zusätzlich wird eine Verknüpfung zur Praxis vorgenommen. (nt)

GERHARD TRABERT, HEIKO WALLER: Sozialmedizin. Grundlagen und Praxis. Verlag Kohlhammer Verlag, Stuttgart, 2013, 7. aktualisierte und erweiterte Aufl., 318 Seiten, ISBN 978-3-17-022466-7, 29,90 Euro





## Achtsamkeit. Ein buddhistisches Konzept erobert die Wissenschaft.

Der Sammelband beleuchtet das buddhistische Konzept der Achtsamkeit aus unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen: Die Neurowissenschaft widmet sich beispielsweise dem Thema Stressbewältigung durch Achtsamkeit. Medizin und Psychologie beleuchten das Konzept u. a. hinsichtlich der Möglichkeiten für Psychosomatik und Psychotherapie und die Pädagogik sich mit der Achtsamkeitspraxis im Bildungssystem auseinander. Außerdem widmet sich das Buch der Frage, welche Bedeutung Achtsamkeit für ethisches Denken und Handeln hat und fokussiert auch auf buddhistischen Traditionen. Abschließend wird ein Gespräch mit dem Dalai Lama wiedergegeben, in dem zentrale Aspekte zusammenfassend dargestellt werden. Lesende erhalten einen umfangreichen Einblick in die vielfältigen Standpunkte und Anwendungsbereiche der Achtsamkeit. (nt)

MICHAEL ZIMMERMANN, CHRISTOF SPITZ, STEFAN SCHMIDT (HRSG.): Achtsamkeit. Ein buddhistisches Konzept erobert die Wissenschaft. Hans Huber Verlag, Bern, 2012, 358 Seiten, ISBN 978-3-456-85154-9, 29,95 Euro

## Kinder und Jugendliche mit speziellem Versorgungsbedarf

Wie sehen die administrativen und fachlichen Voraussetzungen für die Kooperation der sozialen Dienste, der Kinder- und Jugendhilfe, der Gesundheitsversorgung, der Eingliederungshilfe und des Bildungswesens aus? Diese Frage steht im Zentrum des Sammelbandes. Er liefert Informationen zu den Formen von fallübergreifenden und fallbezogenen organisatorischen Kooperationen, ergänzt um Praxisbeispiele, welche die vielschichtige Problematik veranschaulichen. Es werden grundlegende Informationen über Frühe Hilfen, Frühförderung oder auch die spezielle Situation von z. B. traumatisierten oder chronisch kranken Kindern und Jugendlichen und Kindern mit seelischer und körperlicher Behinderung gegeben. Rechtliche, finanzielle und zeitliche Voraussetzungen werden skizziert und auch Mythen und Illusionen über Kooperationen thematisiert. (ark)

SILKE B. GAHLEITNER, HANS GÜNTHER HOMFELDT: Kinder und Jugendliche mit speziellem Versorgungsbedarf. Beispiele und Lösungswege für Kooperation der sozialen Dienste. Beltz Juventa, Weinheim und Basel, 2012, 289 Seiten, ISBN 978-3-7799-2263-6, 24,95 Euro

## Garten und Demenz

In diesem, mit vielen Fotos und Zeichnungen illustrierten Fachbuch ist eine Fülle von Empfehlungen zur Gestaltung von demenzorientierten Gärten enthalten. Es werden aus interdisziplinärer Perspektive Gartenkonzepte sowie ihr Nutzen für demenzerkrankte Menschen vorgestellt und das Thema hinsichtlich seiner Wirkung auf das Wohlbefinden aufbereitet. Für die praktische Umsetzung bietet das Buch zahlreiche Details zur Pflanzenauswahl und -anordnung sowie zur Entwicklung eines gestalterischen Gesamtkonzeptes. Auch personelle Aspekte zur Gartenunterhaltung und zur Betreuung von Menschen mit einer Demenz finden Berücksichtigung. Das Fachbuch richtet sich an Praktizierende und Lehrende in den Disziplinen Gartenbau, Architektur, Biologie, Pädagogik, Pflege, Psychologie und andere mehr. (bw)

MARTINA FÖHN, CHRISTINA DIETRICH (HRSG.): Garten und Demenz. Gestaltung und Nutzung von Außenanlagen für Menschen mit Demenz. Verlag Hans Huber, Bern, 2013, 176 Seiten, ISBN 978-3-456-85168-6, 32,95 Euro

## Jahrbuch Sucht 2013

Auch in der 56. Ausgabe des Jahrbuch Sucht finden sich zahlreiche aktuelle Statistiken, Analysen und Informationen rund um das Thema Sucht. In den ersten beiden Kapiteln werden Zahlen und Fakten unter anderem zum Konsum von Alkohol, Tabak, Arzneimitteln sowie zu Essstörungen und zum Glücksspiel aufgezeigt. Des Weiteren informiert das Jahrbuch über Strukturen des Suchthilfesystems und in dem Kapitel »Aktuelle Themen« werden Entwicklungen und Bedarfe im Bereich Sucht-Selbsthilfeverbände sowie Prävention im Allgemeinen aufgezeigt. Im letzten Kapitel findet sich ein umfassendes Adressverzeichnis zu relevanten deutschen und europäischen Einrichtungen im Suchtbereich. Das Jahrbuch Sucht ist ein hilfreiches Nachschlagewerk für alle, die sich im Bereich Sucht engagieren und den aktuellen Stand mitverfolgen und diskutieren wollen. (nt)

DEUTSCHE HAUPTSTELLE FÜR SUCHTFRAGEN E.V. (HRSG.): Jahrbuch Sucht 2013. Verlag Pabst Science Publishers, Lengerich, 2013, 294 Seiten, ISBN 978-3-89967-855-0, 20,00 Euro

## Soziale Arbeit in Zwangskontexten. Wie unerwünschte Hilfe erfolgreich sein kann

Ratsuchende suchen oft Sozialdienste auf, nachdem sie von Angehörigen aus dem familiären bzw. sozialen Umfeld oder von professionellen Helfenden dazu angehalten wurden. Zudem findet eine Reihe von Kontaktaufnahmen aufgrund gesetzlicher Vorgaben statt. In dem Band wird erörtert, wie Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter sowie alle weiteren beteiligten Fachkräfte eine Beratung gestalten sollten, so dass die Klientinnen und Klienten das Angebot annehmen und den Alltag fortan besser bewältigen können. Die Autoren führen dabei empirische Belege an, wonach Soziale Arbeit auch in Zwangskontexten positive Wirkungen entfalten kann. Das Vorurteil, unfreiwillige Beratung könne nicht zu nachhaltigen Erfolgen führen, soll in diesem Buch widerlegt werden. (er)

HARRO DIETRICH KÄHLER, PATRICK ZOBRIST: Soziale Arbeit in Zwangskontexten. Wie unerwünschte Hilfe erfolgreich sein kann. 2. überarbeitete Aufl., Ernst Reinhard Verlag, München, 2013, 133 Seiten, ISBN: 978-3-497-023-75-2, 24,90 Euro

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

### XXIII. Nds. Suchtkonferenz 28. Oktober 2013, Hannover

Die virtuelle Welt ist für die allermeisten Jugendlichen ein ganz normaler Ort zum Spielen, Freunde oder Freundinnen treffen, Einkaufen oder der Selbstdarstellung. Doch sind die Gefahren für Kinder und Jugendliche, sich in diesen Welten zu verlieren ganz real: So zeigen laut Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung mittlerweile 250.000 der 14- bis 24-Jährigen Anzeichen einer Internetabhängigkeit. Doch wann kann eigentlich von einer pathologischen Spielsucht gesprochen werden? Wie können Kinder und Jugendliche in ihrer Risikokompetenz gestärkt werden? Inwieweit nehmen die Lebenswelten der Jugendlichen einen Einfluss auf ihr Suchtverhalten und welche Rolle spielen Prävention und Hilfesysteme? Diese und ähnliche Fragen sollen im Rahmen der XXIII. Niedersächsischen Suchtkonferenz mit wissenschaftlichen Vorträgen und praktischen Beispielen aufgegriffen und diskutiert werden.

### Schätze heben – die Bedeutung von kultureller Vielfalt im sozialen Bereich 30. Oktober 2013, Hannover

Die kulturelle Vielfalt der Beschäftigten ist in vielen Einrichtungen im sozialen Bereich schon heute Realität und wird zukünftig voraussichtlich noch an Bedeutung gewinnen. Mit dieser Entwicklung sind große Chancen verbunden, da individuelle Verschiedenheiten im Team eine maßgebliche Ressource für die Bewältigung beruflicher Herausforderungen darstellen. Die Fachtagung lädt dazu ein, dieses Potenzial, das mit der Einbindung von Beschäftigten differenter kultureller Herkunft verbunden ist, stärker in den Blick zu nehmen. Folgende Fragen werden hierbei im Fokus stehen: Welche Ressourcen weisen Menschen mit Migrationshintergrund auf? Wie können diese gezielt gefördert werden? Wo liegen die Stolpersteine in einem multikulturell zusammengesetzten Team und welche Handlungsmöglichkeiten bestehen in diesem Zusammenhang für die Leitungsebene sowie die Beschäftigten?

### You only live once – Risikokompetenz und Körperwahrnehmung von männlichen Jugendlichen 5. November 2013, Hannover

Ziel der Veranstaltung ist es mit Vorurteilen wie »Jungen + Risiko = männlich« aufzuräumen und Akteurinnen und Akteure aus der Praxis und Forschung für Ansätze zu sensibilisieren, die aus gesunden Jungen gesunde Männer werden lassen...und dabei die Bedürfnisse der Jugendlichen nicht aus dem Blick zu lassen und diese mitgestalten zu lassen. Die Entwicklung der Eigen- und Körperwahrnehmung sowie der Aufbau von Risikokompetenzen spielen dabei eine große Rolle. Auf der Fachtagung stellen Ihnen Experten aus der Forschung und Praxis Ansätze, Ideen und Möglichkeiten für Ihre Arbeit vor. Zudem besteht die Möglichkeit an Thementischen, direkt mit den Expertinnen und Experten ins Gespräch zu kommen. Eingeladen zu dieser Fachtagung sind Akteurinnen und Akteure aus der Jungen-, Jugend- und Sozialarbeit, der Gesundheitsförderung, Prävention und Sport, Politik, Wissenschaft und Forschung sowie andere Interessierte.

### »Ich sehe was, was du nicht siehst!« – 14. SOPHIA-Fachtagung 08. November 2013, Hildesheim

Wie nehmen wir die Umwelt wahr? Was beeinflusst unsere visuelle Sichtweise? Wovon hängt die Sehleistung ab? Diesen und anderen Fragen soll in der 14. SOPHIA-Fachtagung auf den Grund gegangen werden. So werden den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes neben interessanten Fachvorträgen zu den Themen »Sehen und Wahrnehmung« auch praktische Workshops angeboten. In diesen widmen sie sich der Durchführung der Sehtestung bei Schulanfängerinnen und Schulanfängern, der augenärztlichen Diagnostik in der Praxis oder auch der cerebralen visuellen Wahrnehmungsstörung. Zum Abschluss der Tagung werden die Teilnehmenden noch in die Geheimnisse der neurobiologischen Wahrnehmungsprozesse und der kulturellen Einflüsse auf das Sehen eingeführt.

### Gesund durch Veränderungsprozesse?! Gesundheitsmanagement als Schlüsselfaktor für die Zukunftsfähigkeit 14. November 2013, Hannover

Unsere Arbeitswelt befindet sich sowohl in der freien Wirtschaft als auch in der öffentlichen Verwaltung im ständigen Wandel. Da die Gesundheit von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gerade in Restrukturierungs- und Veränderungsprozessen wenig Berücksichtigung erfährt, besteht hier erhöhter Handlungsbedarf. Wie kann es gelingen, gesund im Veränderungsprozess zu bleiben? Wie können mögliche Ängste und Widerstände der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter abgebaut werden? Was bedarf es, um eine Restrukturierung partizipativ zu gestalten? Die Veranstaltung gibt Antworten auf diese Fragen und es werden diesbezügliche Handlungsmöglichkeiten für Unternehmen aus verschiedenen Branchen und der öffentlichen Verwaltung aufgezeigt. Die Veranstaltung ist eine Kooperationsveranstaltung des AOK-Instituts für Gesundheitsconsulting und der Initiative neue Qualität in der Arbeit (INQA).

### Schulverpflegung in Bewegung. Kommunizieren, integrieren, partizipieren 14. November 2013, Hannover

Schulverpflegung ist in die Jahre gekommen. Wer anfangs glaubte, mit dem Bau von Mensen und einer Essensvergabe an Caterer sei das Thema erledigt, hat lernen müssen, dass sich die Belange hinsichtlich des »Essens und Trinkens« in einem ständigen Wandel befinden und des Austausches bedürfen. Eine gut angenommene Mensa mit hohen Essenszahlen ist machbar. Dass dies nicht immer einfach ist, wissen alle Beteiligte, die diesen Prozess seit Jahren beobachten, begleiten oder moderieren. Es kostet Zeit und vielfältige Diskussionen. Dabei müssen Verantwortlichkeiten festgelegt und Schnittstellen geschaffen werden. Die zahlreichen Anforderungen des Schulträgers, der Schulleitungen, der Lehrkräfte, der pädagogischen Mitarbeitenden, der Essensanbieterinnen sowie der Kinder, Jugendlichen und ihrer Eltern wollen dabei miteinander verbunden werden. Partizipation ist kein Schlagwort – sie muss tagtäglich gelebt werden. Damit steht die Ernährung jedoch nicht allein, auch die Bewegungsaspekte in der Schule und die Spannungsmöglichkeiten für Schülerinnen und Schüler sowie für die Lehrkräfte sind in einer fortlaufenden Qualitätsentwicklung zu bedenken. Die Tagung will erfolgreiche Beispiele bekannt machen und Diskussionen über das »Wie« anregen. Die Vorträge des Vormittags stehen in einem engen Zusammenhang zu den Foren am Nachmittag, die in einem kleineren Rahmen einen gemeinsamen Austausch ermöglichen.

## Preisverleihung des dritten Nds. Gesundheitspreises

20. November 2013, Hannover

Der Niedersächsische Gesundheitspreis wurde in diesem Jahr zum dritten Mal gemeinsam vom Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration, dem Niedersächsischen Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Verkehr, der AOK Niedersachsen sowie der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen ausgeschrieben. Ziel des Gesundheitspreises ist es, der innovativen Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung und Gesundheitsförderung in Niedersachsen eine besondere Bedeutung beizumessen, um langfristig eine hohe Versorgungsqualität zu fördern. Im Rahmen der Preisverleihung werden in den drei Preiskategorien die besten Projekte ausgezeichnet.

## Eine Frage des Geschlechts? Gesundheitskommunikation Gender sensibel gestalten

21. November 2013, Hannover

Wie müssen Kampagnenbotschaften gestrickt sein, um das eine oder andere Geschlecht anzusprechen? Nutzen Frauen und Männer unterschiedliche Kommunikationswege? Ist eine geschlechtergerechte Gesundheitskommunikation überhaupt möglich oder werden eher immer wieder Geschlechterstereotypen reproduziert? Mit diesen Fragen befasst sich die Fachtagung, die in Kooperation mit der Hochschule für Musik, Theater und Medien Hannover und dem Netzwerk Gesundheitskommunikation veranstaltet wird.

## Auf dem Weg zur generationengerechten Kommune. Jahrestagung der Landesagentur Generationendialog Niedersachsen

03. Dezember 2013, Hannover

Der demografische Wandel verändert das Leben in den Städten und Gemeinden Niedersachsens fundamental und löst vielerorts Notwendigkeiten einer sowohl quantitativen wie auch qualitativen Anpassung der kommunalen Daseinsvorsorge aus. In der »Gesellschaft des langen Lebens« gewinnt der Fokus auf die ältere Generation zunehmend an Bedeutung. Eine Herausforderung besteht hierbei darin, dem Wunsch älterer Menschen zu begegnen, ihre Selbstständigkeit bis ins hohe Alter zu erhalten. Die Entwicklung entsprechender förderlicher Rahmenbedingungen kommt aber bei weitem nicht nur älteren Menschen zugute. Auch alle anderen Altersgruppen können davon profitieren, denn es gibt hierbei zahlreiche Überschneidungen und Gemeinsamkeiten. Zur Förderung dieses Miteinanders der Generationen kommt es wesentlich auf die Schaffung geeigneter Möglichkeiten und Gelegenheiten in den Lebenswelten der Bürgerinnen und Bürger an. Dies kann die Kommune in vielerlei Hinsicht unterstützen. Wir laden Sie herzlich ein, im Rahmen der Tagung die verschiedenen Aspekte dieser »Ermöglichungskultur« kennenzulernen und die Chancen und Grenzen mit uns zu diskutieren.

## Gutes Betriebsklima in der Altenpflege

05. Dezember 2013, Hannover

Die Altenpflege ist von hoher Arbeitsverdichtung, großer Dynamik und engen Absprachen im Arbeitsalltag gekennzeichnet. Darüber hinaus erfordert Pflege als Beziehungsarbeit besondere persönliche Kompetenzen. Eine gute Zusammenarbeit, funktionierende Teams und Arbeitszufriedenheit bei Mitarbeitenden sind Erfolgsfaktoren dafür, dass eine zugewandte Betreuung und eine gute Pflege bei den ihnen anvertrauten Menschen ankommen. An Leitungskräfte sind hohe Anforderungen gestellt, einerseits die Organisation und andererseits die Teams sowie einzelne Mitarbeitende gut im Blick zu behalten. Während der Tagung sind interessante Vorträge und interaktive Arbeit an Thementischen vorgesehen. Es werden unterschiedliche Themen, wie gesundheitsförderliches Führen und wertschätzende Dialoge, betriebliche Kommunikation, Coaching für Führungskräfte und Arbeiten in Teams aufgegriffen und in drei Workshops vertieft. Die Veranstaltung richtet sich an Mitarbeitende, Qualitätsbeauftragte, Personalentwickler sowie Führungskräfte in Pflegeeinrichtungen und Verbänden.

## VORSCHAU

Kita Tagung: Früh übt sich 27.02.2014, Hannover

2. Männergesundheitskongress 28.03.2014, Berlin

## IMPRESSUM



» Herausgeberin: Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V., Fenskeweg 2, 30165 Hannover  
Tel.: (05 11) 3 50 00 52, Fax: (05 11) 3 50 55 95

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

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

» ISSN: 1438-6666

» V.i.S.d.P.: Thomas Altgeld

» Redaktion: Thomas Altgeld, Claudia Bindl, Sven Brandes, Sandra Exner, Birte Gebhardt, Jacqueline Günther, Anne Hinneburg, Jan Kreie, Angelika Maasberg, Maria-Theresia Nicolai, Maren Preuß, Elena Reuschel, Britta Richter, Dr. Antje Richter-Kornweitz, Sandra Sartison, Stephanie Schluck, Martin Schumacher, Dr. Ute Sonntag, Anna Stern, Nicole Tempel, Lasse Thomsen, Kerstin Utermark, Marcus Wächter, Veronika Warga, Anna Weibert, Birgit Wolff

» Beiträge: Inge Bartholomäus, Cordula Bolz, Sven Brandes, Wiebke Flotho, Prof. Dr. Hans Förstl, Prof. Dr. Dr. Reimer Gronemeyer, Sarah Hampel, Dr. Sonja Heidenblut, Konstantin Hesse, Barbara Janocha, Dr. Mischa Kläber, Anna Koch, Dr. Christopher Kofahl, Luisa Köster, Dr. Gabriele Kreutzner, Prof. Dr. Bettina Lindmeier, Konstanze Löffler, Daniel Lüdecke, Prof. Dr. Ulrike Marotzki, Christian Müller-Hergl, Dr. Stefan Nickel, Prof. Dr. Johannes Pantel, Dr. Henning Peters, Maren Preuß, Petra Regelin, Prof. Dr. Monika Reichert, Verena Reuter, Dr. Christine Riesner, Verena Roth, Dr. Georg Schick, Stephanie Schluck, Dr. Ute Sonntag, Dr. Brigitte Steinke, Manuel Stender, Dr. Valentina Tesky, Marcus Wächter, Kathrin Weiß, Silke Wendland, Silke Werner, Peter Wißmann, Birgit Wolff, Prof. Dr. Suanne Zank

» Redaktionsschluss: Ausgabe Nr. 81: 01.11.2013

Gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration

» Auflage: 8.500

» Gestaltung: Homann Güner Blum, Visuelle Kommunikation

» Druck: Interdruck Berger & Herrmann GmbH

» Erscheinungsweise: 4 x jährlich, im Quartal

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

» Titelfoto: © pitels - Fotolia.com

» Fotos: © Fotolia.com: Sergey Nivens, Ivelin Radkov, drubig-photo, gena96, Marco2811, Dalmatin.o, spozzn, tuja66, udra11, Miriam Dörr, Christian Schwier, pic5five, Robert Kneschke, Dalmatin.o, Miriam Dörr, Printemps, gena96, Gina Sanders, VILevi, Igor Tarasov, pojoslaw, Fotofreundin



- 23.10.2013 » Virtuell Virtuos?! Medienwelten der 10- bis 14-Jährigen**, Hannover, Kontakt: Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen, Leisewitzstraße 26, 30175 Hannover, Tel.: (05 11) 85 87 88, E-Mail: info@jugendschutz-niedersachsen.de
- 26.10.2013 » Forschung systematisieren – in den Gesundheitsberufen / Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie**, Hildesheim, Kontakt: HAWK Fakultät Soziale Arbeit und Gesundheit, Goschentor 1, 31134 Hildesheim, Tel.: (051 21) 881 590, E-Mail: sekretariatelp@hawk-hhg.de
- 29.10.2013 » Hackenporsche 2.0 – Versorgung und Mobilität im ländlichen Raum**, Oldenburg, Kontakt: Landesinitiative Niedersachsen Generationengerechter Alltag, Delia Balzer, Mühlenfordtstraße 23, 38106 Braunschweig, Tel.: (05 31) 88 52 21 27, Fax: (05 31) 6 60 03 80), E-Mail: delia.balzer@linga-online.de
- 30.10.2013 » 6. Göttinger Tag der Allgemeinmedizin**, Göttingen, Kontakt: Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsmedizin Göttingen, Nina Fleischmann, Humboldtallee 38, 37073 Göttingen, Tel.: (05 51) 39 90 28, E-Mail: nina.fleischmann@med.uni-goettingen.de
- 05.11.2013 » Pflegekinder und Trauma im Kontext Begleiteter Umgangskontakte**, Hannover, Kontakt: Bundesarbeitsgemeinschaft Begleiteter Umgang e. V., Susanne Prinz, Irmintrudisstraße 1c, 53111 Bonn, E-Mail: info@begleiteter-umgang.de
- 07.11.2013 » Tag der Medienkompetenz 2013: »Lernen ohne Raum und Zeit« – mobiles und lebenslanges Lernen**, Hannover, Kontakt: Niedersächsische Landesmedienanstalt, Claudia Zahn, Seelhorster Straße 18, 30175 Hannover, Tel.: (05 11) 28 47 70, Fax: (05 11) 2 84 77 36, E-Mail: zahn@nlm.de
- 11.11.2013 » 6. Niedersächsischer Fachtag Wohnen im Alter: Neue Wohn- und Pflegeformen in Niedersachsen. Perspektiven für Stadt und Land**, Hannover, Kontakt: Niedersachsenbüro »Neues Wohnen im Alter«, Hildesheimer Str. 15, 30169 Hannover, Tel.: (05 11) 16 59 10 80, E-Mail: info@neues-wohnen-nds.de
- 14.11.2013 » Vereinbarkeit von Beruf und Pflege – Herausforderungen und Chancen für Unternehmen**, Hannover, Kontakt: Niedersächsisches Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Verkehr, Marie Christin Linne, Friedrichswall 1, 30159 Hannover, Tel.: (05 11) 1 20 57 15, E-Mail: mariechristin.linne@mw.niedersachsen.de
- 15.11.2013 » 11. Osnabrücker Gesundheitsforum und 2. Fachforum Controlling im Krankenhaus: Berichtswesen: Wahrnehmung und Verhalten oder... Ich sehe was, was du nicht siehst!**, Osnabrück, Kontakt: Hochschule Osnabrück, Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Geschäftsstelle B.A. Pflegemanagement, Postfach 19 40, 49009 Osnabrück, Tel.: (05 41) 9 69 22 21/ -20 11, E-Mail: moss@wi.hs-osnabrueck.de
- 10.-11.10.2013 » DVSG-Bundeskongress »Soziale Arbeit im Gesundheitswesen« – Netzwerke stärken – Kooperationen leben**, Münster, Kontakt: Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V., Alt-Moabit 91, 10559 Berlin, Tel.: (0 30) 3 94 06 45 40, E-Mail: info@dvsg.org
- 15.10.2013 » Selbsthilfekongress 2013 Gesundheitsselfhilfe als Stärkung der Bürgerorientierung**, Berlin, Kontakt: BAG SELBSTHILFE, Petra Gründges, Kirchfeldstraße 149, 40215 Düsseldorf, Fax: (02 11) 3 10 06 34, E-Mail: petra.gruendges@bag-selbsthilfe.de
- 21.-23.10.2013 » 10. Hamburger Alzheimer Tage 2013**, Hamburg, Kontakt: HAMBURGISCHE BRÜCKE – Gesellschaft für private Sozialarbeit e. V., Uhlenhorster Weg 7–11, 22085 Hamburg, Tel.: (0 40) 2 27 29 80, E-Mail: info@hamburgische-bruecke.de
- 23.10.2013 » Aktuelle Entwicklungen im Bereich Psychiatrie und Psychotherapie – Psychische Störungen im Alter**, Hamburg, Kontakt: Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, Kanzlerstraße 4, 40472 Düsseldorf, Tel.: (02 11) 3 10 96 41, Fax: (02 11) 3 10 96 34, E-Mail: veranstaltungsbuero@akademie-oegw.de
- 24.-25.10.2013 » Gesellschaft im Wandel – Interdisziplinäre Perspektiven auf gesellschaftliche Partizipation von Menschen mit Migrationshintergrund**, Berlin, Kontakt: Charité – Universitätsmedizin Berlin, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Elisabeth Scholz-Yildiz, Charitéplatz 1, 10117 Berlin, Tel.: (0 30) 4 50 51 70 44, E-Mail: elisabeth.scholz-yildiz@charite.de
- 30.10.2013 » Geriatriische Fachtagung »Gemeinsam geht was!« Mobilität und Teilhabe durch multiprofessionelle Zusammenarbeit**, Bremen, Kontakt: Bremer Heimstiftung, Ute Wendisch, Ellener Dorfstraße 5, 28325 Bremen, Tel.: (04 21) 69 69 79 57, E-Mail: ute.wendisch@bremer-heimstiftung.de
- 01.-03.11.2013 » 22. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin: Sucht als Volkskrankheit – Richtig behandeln und ausreichend finanzieren!**, Berlin, Kontakt: Förderverein interdisziplinärer Sucht und Drogenforschung e. V., Simone Mollenhauer, Postfach 20 17 31, 20207 Hamburg, Tel.: (0 40) 7 41 05 42 21, Fax: (0 40) 7 41 05 51 21, E-Mail: kongress@dgsuchtmedizin.de
- 04.-06.11.2013 » 53. DHS Fachkonferenz Sucht 2013: Sucht und Arbeit**, Essen, Kontakt: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, Westenwall 4, 59065 Hamm, Tel.: (0 23 81) 9 01 50, E-Mail: kaldewei@dhs.de
- 05.11.2013 » 16. Fachtagung »Gesundheitsförderung in der Kita 2013«**, Bad Segeberg, Kontakt: Landesvereinigung für Gesundheitsförderung in Schleswig-Holstein e. V., Flämische Straße 6–10, 24103 Kiel, Tel.: (04 31) 9 42 94, E-Mail: gesundheit@lvfsh.de
- 07.-08.11.2013 » 4. Nationaler Fachkongress Telemedizin. Telemedizin – Potenziale für eine patientenorientierte Medizin durch Vernetzung**, Berlin, Kontakt: Deutsche Gesellschaft für Telemedizin e. V., Rhinstraße 84, 12681 Berlin, Tel.: (0 30) 54 70 18 21, E-Mail: info@dgtelemed.de
- 11.11.2013 » attraktiv / lebenswert / zukunftsfähig – Städte und Gemeinden gesundheitsförderlich gestalten**, Stuttgart, Kontakt: Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg, Dr. Torben Sammet, Nordbahnhofstraße 135, 70191 Stuttgart, Tel.: (07 11) 90 43 94 07, E-Mail: torben.sammet@rps.bwl.de
- 12.-13.11.2013 » Symposium 2013: Ältere in der Arbeitswelt**, Hamburg, Kontakt: Körber Stiftung, Anja Paehlke, Kehr wieder 12, 20457 Hamburg, Tel.: (0 40) 8 08 19 21 68, Fax: (0 40) 8 08 19 23 03, E-Mail: paehlke@koerber-stiftung.de
- 13.11.2013 » Zukunft Prävention: Blick zurück nach vorn – 25 Jahre § 20 SGB V**, Berlin, Kontakt: Kneipp-Bund e. V., Friedrichstraße 183, 10117 Berlin, Tel.: (0 30) 2 30 80 96 01, Fax: (0 30) 2 30 80 99 55, berlinerbuero@kneippbund.de
- 27.-29.11.2013 » »Mischen« possible?! Inklusion im Sozialraum**, Eisenach, Kontakt: EREV – Evangelischer Erziehungsverband e. V., Annette Bremeyer, Flüggestraße 21, 30161 Hannover, Tel.: (05 11) 39 08 81 14, Fax: (05 11) 39 08 81 16, E-Mail: a.bremeyer@erev.de
- 12.-14.12. 2013 » Sexualität, Liebe, Männlichkeiten**, Stuttgart-Hohenheim, Kontakt: Institut für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung, Prof. Dr. Martin Dinges, Straußweg 17, 70184 Stuttgart, Tel.: (07 11) 46 08 41 67, Fax: (07 11) 46 08 41 81, E-Mail: martin.dinges@igm-bosch.de
- 18.10.2013 » Ärztemangel – Mythos oder Wahrheit? Führungsverantwortung für das Gesundheitswesen von morgen**, Wien (Österreich), Kontakt: Weitmoser Kreis, Lisa Ettl und Gudrun Steininger, Krankenhausstraße 9, A-4020 Linz, Tel.: (00 43) 6 81 81 59 92 02, E-Mail: kongress@weitmoser-kreis.at
- 21.-22.11.2013 » Announcement of the 4th Asia Pacific conference on public health**, Nha Trang (Vietnam), Kontakt: Vietnam Public Health Association, 138 Giang Vo st, Ha Noi, Vietnam, Tel.: (00 84) 4 37 36 80 65, Fax: (00 84) 4 37 36 62 65, E-Mail: apcphvn2013@apcphvn2013.com
- 23.11.2013 » Public health science: A national conference dedicated to new research in public health**, London (GB), Kontakt: Royal Society of Medicine, 1 Wimpole Street, LONDON, W1G OAE, Tel.: (00 44) 20 72 90 29 87, Fax: (00 44) 20 72 90 29 89, E-Mail: epidemiology@rsm.ac.uk
- 28.-30.11.2013 » 44. Kongress für Allgemeinmedizin**, Graz (Österreich), Kontakt: Steirische Akademie für Allgemeinmedizin, Barbara Fath, Pestalozzistraße 62, A-8010 Graz, Tel.: (00 43) 3 16 83 21 21, E-Mail: barbara.fath@stafam.at

NIEDERSACHSEN  
BUNDESWEITBUNDESWEIT  
INTERNATIONAL

Wenn Sie den Newsletter regelmäßig kostenlos beziehen möchten, bestellen Sie ihn bitte unter Angabe der Bezugsart (per E-Mail als PDF oder per Post als Druckexemplar) bei folgender E-Mail-Adresse: info@gesundheit-nds.de