



Weltgesundheitstag

2006: Menschen für Gesundheit – Die Gesundheitsberufe



Gesellschaft im Wandel - Gesundheitsberufe im Wandel

**Wie können vorhandene Gesundheitspotenziale
besser ausgeschöpft werden: eine drängende Frage
vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung**



Dokumentation der nationalen Fachveranstaltung
am 6. April 2006 in Berlin



Impressum

Herausgeber:
Bundesvereinigung für Gesundheit e.V.

Die Broschüre wurde erstellt im Rahmen
des Weltgesundheitstages 2006.

Der Weltgesundheitstag 2006 wurde als Projekt durchgeführt
von der Bundesvereinigung für Gesundheit e.V.
im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit.

Projektkoordination:
Michaela Goecke

Redaktion:
Ingo Hillebrand

Nicht namentlich gekennzeichnete Artikel
wurden verfasst von Ingo Hillebrand / Michaela Goecke.

Anschrift:
Bundesvereinigung für Gesundheit e.V.
Heilsbachstraße 30
53123 Bonn
E-Mail: mg@bvgesundheits.de

www.bvgesundheits.de
www.weltgesundheitsstag.de

Oktober 2006

Gesellschaft im Wandel - Gesundheitsberufe im Wandel

**Wie können vorhandene Gesundheitspotenziale
besser ausgeschöpft werden: eine drängende Frage
vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung**



Inhaltsverzeichnis

Seite

Grußwort der Bundesvereinigung für Gesundheit e.V.	
Helga Kühn-Mengel, MdB, Präsidentin der Bundesvereinigung für Gesundheit e.V.	5
Einleitung: Zum Weltgesundheitstag	6
Die Herausforderung: Bevölkerungsentwicklung in Deutschland	7
Menschen in Gesundheitsberufen	8
Gesundheit schafft Wachstum und Arbeit	
Marion Caspers-Merk, Parlamentarische Staatssekretätin im BMG	9
Die kritische Situation der Gesundheitsberufe weltweit	
Susanne Weber-Mosdorf, Beigeordnete Generaldirektorin der WHO.....	10
Das deutsche Gesundheitswesen im "Zangengriff des demographischen Wandels"	
Prof. Dr. phil. Holger Pfaff, Zentrum für Versorgungsforschung Köln	12
Gesundheitsförderung im Alter: Welche neuen Herausforderungen erwachsen den Gesundheitsberufen aus dem demographischen Wandel?	14
Prof. Dr. phil. Adelheid Kuhlmeier, Charité Berlin	14
Prof. Dr. med. Wolfgang von Renteln-Kruse, Albertinen-Haus, Hamburg	15
Prof. Dr. phil. Rainer Richter, Bundespsychotherapeutenkammer	16
Zusammenfassung	18
Wie können die Kompetenzen und Qualifikationen der Gesundheitsberufe verbessert werden?	19
Dr. med. Diethard Sturm, Deutscher Hausärzterverband e.V.	19
Reinhild Ferber, Bundesarbeitsgemeinschaft der Heilmittelverbände	20
Prof. Dr. phil. Doris Schiemann, Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege	21
Prof. Dr. med. Peter T. Sawicki, Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen	23
Zusammenfassung	24
Wie lässt sich die Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe stärken?	25
Dr. rer. pol. Doris Pfeiffer, VdAK / AEV	25
Dr. med. Gabriele Müller de Cornejo, Deutscher Hausärzterverband e.V.	26
Christa F. Schrader, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V.	27
Dr. med. Elisabeth Pott, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung	28
Zusammenfassung	30



Wie lässt sich die betriebliche Gesundheitsförderung für Gesundheitsberufe optimieren?.....	31
Dr. rer. nat. Gabriele Richter, BAuA, INQA AK "Gesund pflegen"	31
Dipl.-Psych. Sabine Gregersen, Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege	32
Dipl.-Päd. Günther Pauli, Instiut für Betriebliche Gesundheitsförderung	33
Brigitte Müller, M.A., mediCONcept Wuppertal für das Deutsche Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung.....	35
Zusammenfassung.....	36
Quintessenz des Weltgesundheitstages 2006 in Deutschland	37
Liste der Referentinnen und Referenten	39

Grußwort der Präsidentin der Bundesvereinigung für Gesundheit e.V.

Helga Kühn-Mengel MdB

Der Weltgesundheitstag feierte im Jahr 2005 in Deutschland sein 50-jähriges Jubiläum. In seiner langen Geschichte entwickelte sich der jährliche Weltgesundheitstag, der jeweils am 7. April begangen wird, zu einem Forum für Agierende der Gesundheit und Gesundheitspolitik in Deutschland. Stets wurden aktuelle Themen der Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung mit dem Weltgesundheitstag in den Blick der Öffentlichkeit gestellt.

Die Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. ist von Anbeginn mit dem Weltgesundheitstag in Deutschland eng verbunden und organisiert im Auftrag des jeweils mit "Gesundheit" befassten Bundesministeriums die zentrale nationale Veranstaltung hierzu.

Im Jahr 2006 stand der Weltgesundheitstag unter dem international von der Weltgesundheitsorganisation festgelegten Motto "Working together for health". Damit sollte eindringlich auf die weltweite Krise der Gesundheitsberufe, von der insbesondere die Entwicklungsländer betroffen sind, aufmerksam gemacht werden.

In Deutschland reden wir zum Glück noch nicht von einer Krise der Gesundheitsberufe, dennoch ist auch bei uns absehbar, dass die gesellschaftlichen Veränderungen - und hier in erster Linie der demographische Wandel - zukünftig mit großen Herausforderungen verbunden sein werden. Um ihnen begegnen zu können, müssen jetzt die Weichen richtig gestellt werden. Nur so können qualitativ hochwertige Leistungen in Prävention, medizinischer Behandlung, Versorgung und Pflege in einer weiter alternden Gesellschaft sichergestellt werden. Die vielen in Gesundheitsberufen beschäftigten Personen sind gut vorbereitet, um Menschen dabei zu unterstützen, ihre individuellen Gesundheitspotenziale zu erkennen und optimal zu nutzen.

Welche Aufgaben auf die Gesundheitsberufe in Zukunft noch verstärkt in diesen Bereichen zukommen, damit die Versorgungsqualität auf hohem Niveau erhalten bleiben kann, war eine zentrale Frage, auf die der Weltgesundheitstag 2006 Antworten suchte und formulierte.

Auch in meiner Funktion als Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten wünsche ich mir, dass die vorliegende Dokumentation dazu dient, Anregungen für die aktuelle Diskussion zur Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe zu geben.

Einleitung: Zum Weltgesundheitstag

Mit dem Weltgesundheitstag erinnert die Weltgesundheitsorganisation alljährlich an den Tag ihrer Gründung am 7. April 1948. Der Weltgesundheitstag ist dabei stets einem aktuellen Gesundheitsthema von globaler Bedeutung gewidmet. Ziel ist es, Regierungen, gesellschaftliche Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger sowie die Öffentlichkeit dazu anzuregen, sich dieses Themas verstärkt anzunehmen.

Im Jahr 2006 befasste sich der Weltgesundheitstag unter dem internationalen Motto "Working together for health" mit der Bedeutung, die den im Gesundheitswesen beschäftigten Menschen und ihrer Zusammenarbeit für die Erhaltung und Förderung der Gesundheit der Bevölkerung zukommt. Besonderes Augenmerk wurde auf die weltweit sehr ungleiche Verteilung des Gesundheitspersonals und die kritische Unterversorgung mit Gesundheitspersonal in den Entwicklungsländern gelegt.

In Deutschland stand der Weltgesundheitstag 2006 unter dem Motto "Menschen für Gesundheit - Die Gesundheitsberufe" und beschäftigte sich mit den großen Herausforderungen, die der demographische Wandel für die Gesundheitsberufe mit sich bringt. Diesen Herausforderungen gilt es bereits heute durch zukunftsweisende Konzepte zur besseren Ausschöpfung von vorhandenen Gesundheitspotenzialen zu begegnen. Im Mittelpunkt der Veranstaltung stand daher die Beantwortung folgender Fragen:

- Welche neuen Herausforderungen erwachsen den Gesundheitsberufen aus dem demographischen Wandel?
- Wie können die Kompetenzen und Qualifikationen der Gesundheitsberufe verbessert werden?
- Wie lässt sich die Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe stärken?
- Wie lässt sich die betriebliche Gesundheitsförderung für Gesundheitsberufe optimieren?

Die im Folgenden dokumentierte nationale Fachveranstaltung zum Weltgesundheitstag 2006 am 6. April 2006 in Berlin führte hierzu das Fachwissen, best-practice-Modelle und neue Ideen zusammen.

Die vorliegende Dokumentation gibt die inhaltlichen Schwerpunkte und wichtigsten Botschaften der nationalen Fachveranstaltung zum Weltgesundheitstag 2006 wieder. Sie richtet sich über die Fachöffentlichkeit hinaus an Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, Medienvertreterinnen und Medienvertreter sowie an die breite Öffentlichkeit.

Die Dokumentation wurde auf der Grundlage der Abstracts und Folienpräsentationen verfasst, die die auf der Veranstaltung vertretenen Referentinnen und Referenten eingereicht haben und die im Internet unter www.weltgesundheitstag.de zur Verfügung gestellt sind. Die für die Dokumentation angefertigten Zusammenfassungen der Vorträge wurden von den Referentinnen und Referenten für die Veröffentlichung freigegeben.

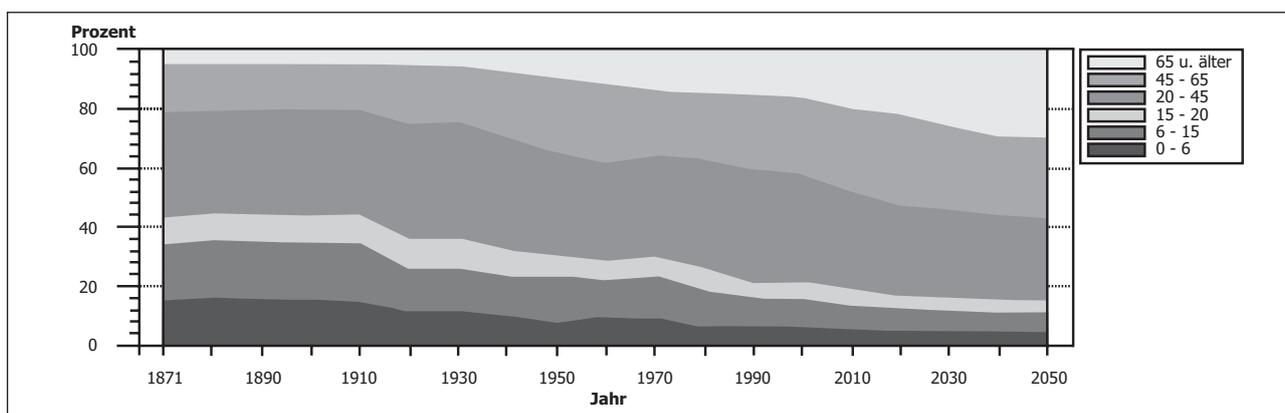
Erstellt wurde die Dokumentation im Rahmen des Projekts "Weltgesundheitstag 2006" bei der Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit.

Die Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. dankt den Referentinnen und Referenten für ihre freundliche und konstruktive Zusammenarbeit bei der Anfertigung dieser Dokumentation.

Die Herausforderung: Bevölkerungsentwicklung in Deutschland

Bereits heute sind 25 Prozent der Bevölkerung in Deutschland 60 Jahre oder älter. Dieser Anteil wird sich in den kommenden Jahren noch weiter erhöhen. Im Jahr 2050 wird voraussichtlich ein Drittel der Bevölkerung zu dieser Altersgruppe gehören. Der Anteil der Hochbetagten (80 Jahre und älter) wird bis zum Jahr 2050 auf etwa 12 Prozent steigen und sich damit mehr als verdreifachen. Waren im Jahr 2001 rund 19,9 Millionen Personen in Deutschland 60 Jahre oder älter, wird diese Zahl im Jahr 2050 auf rund 27,6 Millionen anwachsen. Die Zahl der Personen zwischen 20 und 60 Jahren wird in diesem Zeitraum dagegen von rund 45,3 Millionen auf etwa 35,4 Millionen sinken.

Damit wird der so genannte Altenquotient drastisch ansteigen. Der Altenquotient beschreibt das zahlenmäßige Verhältnis der Personen im Erwerbsalter zu den Personen im Rentenalter. Geht man beim Rentenalter vom bisherigen Durchschnittsalter bei Renteneintritt von 60 Jahren aus und legt als Personen im Erwerbsalter die 20- bis unter 60-Jährigen zugrunde, dann ergibt sich für das Jahr 2001 ein Altenquotient von 44. Das heißt: auf 100 Personen im Erwerbsalter kamen in diesem Jahr 44 Personen im Rentenalter. Im Jahr 2050 wird der Altenquotient auf 78 steigen.



Entwicklung des prozentualen Anteils der verschiedenen Altersgruppen an der Gesamtbevölkerung in Deutschland 1871 bis 2050 [Graphik: Bundesministerium des Innern]

Hauptursächlich für diese demographische Alterung, die in Deutschland bereits vor über 100 Jahren eingesetzt hat, ist die steigende Lebenserwartung bei gleichzeitig sinkender Geburtenhäufigkeit. Betrug die durchschnittliche Lebenserwartung zum Zeitpunkt der Geburt in Deutschland im Jahr 1901 44,8 Jahre für Männer und 48,3 Jahre für Frauen, lag sie im Jahr 2000 bereits bei 74,8 (Männer) beziehungsweise 80,8 Jahren (Frauen). Im Jahr 2050 wird die durchschnittliche Lebenserwartung für in diesem Jahr geborene Jungen voraussichtlich auf 81,1 Jahre und für Mädchen auf 86,6 Jahre gestiegen sein.

Die Zunahme der durchschnittlichen Lebenserwartung in Deutschland entspricht einem weltweiten Trend: in den Ländern mit den jeweils höchsten Werten steigt die Lebenserwartung seit 160 Jahren konstant um etwa 2,3 Jahre pro Dekade. Der Anstieg der Lebenserwartung war zunächst die Folge des Rückgangs der Säuglings- und Kindersterblichkeit. Heute ist sie vor allem auch das Resultat verbesserter sozialer und hygienischer Bedingungen und einer fortgeschrittenen medizinischen Versorgung.

Diese demographischen Entwicklungen stellen auch die Gesundheitsberufe vor erhöhte Anforderungen.

Quellen: Statistisches Bundesamt, Bundesministerium des Innern, Deutsches Ärzteblatt

Menschen in Gesundheitsberufen

Deutschland als Industrienation besitzt eines der leistungsstärksten Gesundheitssysteme. Im Jahr 2004 waren hier insgesamt 4,2 Millionen Menschen im Gesundheitswesen beschäftigt. Das entspricht 10,5 Prozent aller Beschäftigten in Deutschland. Die im Gesundheitswesen Beschäftigten lassen sich einer Vielfalt an Berufen zuordnen, die sich bereits seit geraumer Zeit zunehmend ausdifferenzieren. Diese Berufe können in fünf Berufsgruppen unterteilt werden: Gesundheitsdienstberufe, soziale Berufe, Gesundheitshandwerk, sonstige Gesundheitsfachberufe und andere Berufe im Gesundheitswesen.

Die Gesundheitsdienstberufe, das heißt die Personen, die unmittelbar mit der Versorgung von Patientinnen und Patienten befasst sind, stellten im Jahr 2004 mit 2,2 Millionen Beschäftigten die mit Abstand größte dieser Gruppen dar. Sie umfasst zum einen die Gesundheitsdienstberufe im engeren Sinne, nämlich Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie Apothekerinnen und Apotheker, zum anderen die so genannten übrigen Gesundheitsdienstberufe. Zu diesen zählen unter anderem Arzthelferinnen und Arzthelfer, Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker, Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger sowie medizinisch- und pharmazeutisch-technische Assistentinnen und Assistenten. Innerhalb der Gesundheitsdienstberufe ist die größte Gruppe die der Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger; sie zählte im Jahr 2004 rund 710.000 Personen. Der Frauenanteil in den Gesundheitsdienstberufen betrug 78,9 Prozent und war damit deutlich höher als im Gesundheitswesen (72,4 Prozent) und der Wirtschaft insgesamt (44,3 Prozent). Eine Ausnahme stellten die Arzt-, Apotheker- und Zahnarztberufe dar: hier lag der Frauenanteil lediglich bei 41,7 Prozent.

Die Top Ten des Gesundheitspersonals in Deutschland im Jahr 2004

Berufe	Berufsgruppe	insgesamt	davon Frauen
1. Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	Gesundheitsdienstberufe	710.000	605.000
2. Arzthelferinnen und Arzthelfer / Zahnmedizinische Fachangestellte	Gesundheitsdienstberufe	511.000	505.000
3. Ärztinnen und Ärzte	Gesundheitsdienstberufe	306.000	118.000
4. Altenpflegerinnen und Altenpfleger	Soziale Berufe	296.000	258.000
5. Helferinnen und Helfer in der Krankenpflege	Gesundheitsdienstberufe	221.000	166.000
6. Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten / Masseurinnen und Masseur / med. Bademeisterinnen und Bademeister	Gesundheitsdienstberufe	136.000	102.000
7. Medizinisch-technische Assistentinnen und Assistenten	Gesundheitsdienstberufe	96.000	88.000
8. Zahntechnikerinnen und Zahntechniker	Gesundheitshandwerker	71.000	36.000
9. Zahnärztinnen und Zahnärzte	Gesundheitsdienstberufe	65.000	25.000
10. Sonstige therapeutische Berufe	Gesundheitsdienstberufe	61.000	52.000

Quelle: Statistisches Bundesamt

Längst ist das Gesundheitswesen mit Gesundheitsausgaben in Höhe von rund 240 Milliarden Euro im Jahr 2003 zu einem wichtigen Wirtschafts- und Beschäftigungsfaktor geworden.

Gesundheit schafft Wachstum und Arbeit

Marion Caspers-Merk

Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesministerium für Gesundheit

Der diesjährige Weltgesundheitstag steht unter dem Motto "Menschen für Gesundheit - Die Gesundheitsberufe". Mit 4,2 Millionen Beschäftigten ist die Gesundheitswirtschaft der größte Beschäftigungszweig in Deutschland. Das sind mehr Beschäftigte als in der Automobilindustrie. Fachkundige sagen einen weiteren Anstieg der Beschäftigung und der Umsätze in der Gesundheitswirtschaft voraus. Gesundheit schafft somit Wachstum und Arbeit. Damit dieser Wachstumsmotor seine Leistung weiter entfalten kann, brauchen wir eine grundlegende Reform der Strukturen und der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung. In einer Gesellschaft des längeren Lebens wird der Bedarf an medizinischen Leistungen, Pflege und Betreuung erheblich steigen. Folglich ist eine Ausweitung des professionellen Dienstleistungsangebotes notwendig sowie die Anpassung der beruflichen Qualifikationen an den demographischen Wandel. Wir benötigen hierfür jedoch auch eine offene gesellschaftliche Diskussion, was uns die Pflege und auch der medizinische Fortschritt wert sind.

Die Zukunft der Gesundheitsberufe ist vor allem durch die zunehmende Europäisierung geprägt. Europa ist mit 450 Millionen Verbraucherinnen und Verbrauchern ein riesiger Markt. Die Mobilität seiner Bürgerinnen und Bürger steigt stetig. Die Nachfrage nach einer effektiven und qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung, die die Grenzen der Nationalstaaten überschreitet, wird immer größer. Es muss sichergestellt werden, dass die in den europäischen Mitgliedstaaten jeweils geltenden Qualitäts- und Sicherheitsstandards gewahrt bleiben.

In Deutschland gibt es über 2.000 Krankenhäuser und Vorsorge- bzw. Reha-Einrichtungen, darunter sind Kliniken, die weit über die deutschen Grenzen bekannt sind. Diese Einrichtungen entwickeln mehr und mehr hochwertige Angebote im Bereich der Prävention.

Knappe Ressourcen machen es aber notwendig, dass die Angehörigen der Gesundheitsberufe nicht noch mehr mit vermeidbarem bürokratischem Aufwand belastet werden. Vertreterinnen und Vertreter der wichtigsten Verbände der Ärzteschaft und der Kassen haben unter meiner Leitung 20 Punkte zum Bürokratieabbau beschlossen. Diejenigen Punkte, die durch den Bundesgesetzgeber bestimmt werden können, zum Beispiel eine Entschlackung der Chronikerprogramme, werden in die aktuelle Gesundheitsreform eingebracht. Auch die Zusammenarbeit zwischen ärztlichem und nichtärztlichem Pflegepersonal soll verbessert werden. Die Frage, wie nichtärztliches Personal bei Pflege-, Reha- und Präventionsaufgaben künftig stärker eingebunden werden kann, wird stark an Bedeutung zunehmen.

Es gibt vielfältige Möglichkeiten, Arbeitsentlastung, Arbeitszeiten und Zusammenarbeit im Krankenhaus vernünftig zu organisieren und Ärztinnen und Ärzte von nichtärztlichen Aufgaben zu entlasten. Die Bundesregierung hat im Rahmen ihrer Möglichkeiten zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen beigetragen. Eine stärkere Vernetzung im Gesundheitswesen wird künftig stärker stattfinden als je zuvor. Starre Strukturen müssen aufgehoben werden und durch Versorgungsformen ersetzt werden, in denen die Patientinnen und Patienten die zentrale Stellung erhalten und die Versorgung bekommen, die optimal auf ihre Erkrankung abgestimmt ist.

Die kritische Situation der Gesundheitsberufe weltweit

Susanne Weber-Mosdorf

Beigeordnete Generaldirektorin der Weltgesundheitsorganisation (WHO)

Vor allem in den ärmeren Regionen dieser Welt herrscht ein großer Mangel an Gesundheitspersonal. Die internationale Gemeinschaft ist dazu aufgerufen, diesem Mangel durch gezielte Maßnahmen entgegenzutreten. Damit diesen Regionen nicht noch mehr Gesundheitsfachkräfte entzogen werden, müssen sich die reichen Länder unter anderem auch darum bemühen, die bei ihnen vorhandenen Gesundheitspotenziale besser auszuschöpfen.

Weltweit sind rund 60 Millionen Menschen im Gesundheitssektor tätig. Zwei Drittel von Ihnen arbeiten im Versorgungsbereich - zum Beispiel als Ärztinnen und Ärzte, als in der Gesundheits- und Krankenpflege Tätige oder als Apothekerinnen und Apotheker. Das restliche Drittel ist im Management beschäftigt - unter anderem in Ministerien oder in der Krankenhausverwaltung. Trotz dieser hohen Zahl gibt es einen weltweiten Fehlbedarf im Gesundheitswesen von schätzungsweise über vier Millionen Menschen. Dabei besteht ein immenses Ungleichgewicht zwischen dem Süden dieser Welt und dem Norden.

Dieses Ungleichgewicht fällt in Afrika besonders ins Auge. Deshalb ist Afrika auch die Schwerpunktregion des diesjährigen internationalen Weltgesundheitstages. In Afrika treten 25 Prozent aller Krankheiten auf, darunter auch große Epidemien wie Aids, Malaria oder TBC. Dennoch verfügt diese Region nur über 3 Prozent des weltweiten Gesundheitspersonals. Im Vergleich zu Amerika hat Afrika damit nur etwa ein Zehntel des Gesundheitspersonals, aber 10 mal mehr Krankheitsbelastungen.

In den 57 Ländern dieser Welt mit dem größten Fehlbedarf in der gesundheitlichen Versorgung werden gegenwärtig etwa 33 US-Dollar pro Person und Jahr im Gesundheitswesen ausgegeben. Bereits bei einer jährlichen Mehrinvestition von 10 US-Dollar pro Kopf könnten in diesen Ländern die größten Lücken geschlossen werden.

Einer der Gründe für die Unterversorgung der armen Länder mit Gesundheitspersonal ist die Abwanderung in wohlhabendere Staaten - forciert durch die äußerst geringen Löhne in den armen Ländern, vor allem aber auch durch die schlechten Arbeitsbedingungen, namentlich den Medikamentenmangel und die unzureichende Ausstattung mit diagnostischen und therapeutischen Mitteln.

Ein Viertel der in der Region südlich der Sahara ausgebildeten Ärztinnen und Ärzte arbeitet in OECD-Staaten, 29 Prozent des ärztlichen Personals, das aus Ghana stammt, und 34 Prozent der aus Simbabwe kommenden Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger arbeiten nicht in ihren Heimatländern. In Malawi, einem der ärmsten Länder Afrikas, waren im Jahr 2004 60 Prozent aller Krankenpflegestellen im öffentlichen Gesundheitswesen unbesetzt. Kreiskrankenhäuser in Malawi haben oft nur eine einzige Ärztin beziehungsweise einen einzigen Arzt.

Diese Abwanderungsbewegung droht sich in Zukunft noch weiter zu verstärken: in den Industriestaaten wird der Bedarf an ausgebildetem Gesundheitspersonal in den kommenden Jahren weiter steigen. Einige dieser Länder können diesen Bedarf nicht durch Ausbildung im eigenen Land decken

und werden deshalb einen gesteigerten Nachfragesog auf das Personal anderer Länder ausüben. Die Entwicklungsländer weisen bereits mit Nachdruck auf diese Problematik hin.

Die Europäische Union hat ihre Mitgliedsstaaten dazu aufgerufen, die Stärkung des Gesundheitspersonals zum tragenden Baustein der Entwicklungshilfepolitik zu machen. In Deutschland hat das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung schon verschiedene Modellprojekte gefördert, die darauf abzielen, bessere Arbeitsbedingungen für das Gesundheitspersonal in den Entwicklungsländern zu schaffen und die Produktivität im Gesundheitswesen zum Beispiel durch ein besseres Management zu erhöhen.

Darüber hinaus hat die Europäische Union ihre Mitgliedsstaaten angeregt, ihren eigenen Bedarf an Gesundheitspersonal durch langfristige Investitionen in Ausbildung und Beschäftigung zu sichern. Wenn ausländische Fachkräfte beschäftigt werden, die aus Gebieten kommen, in denen selber ein Mangel an solchen Fachkräften besteht, sollte dies mit bilateralen Vereinbarungen und Gegeninvestitionen ausgeglichen werden.

Damit der Bedarf an Gesundheitspersonal in den Industriestaaten gedeckt werden kann, ohne die Unterversorgung in den Entwicklungsländern weiter zu verstärken, muss nach neuen, innovativen Lösungen gesucht werden. Ein zentraler Ansatzpunkt dabei ist die Frage, wie die bei uns vorhandenen Gesundheitspotenziale besser ausgeschöpft werden können. Die Dringlichkeit dieser Frage ergibt sich nicht allein aus dem hiesigen demographischen Wandel: sie ist auch ein Erfordernis unserer globalen Verantwortung für die ärmeren Regionen dieser Welt.

Das deutsche Gesundheitswesen im "Zangengriff des demographischen Wandels"

Prof. Dr. phil. Holger Pfaff

Leiter der Abteilung Medizinische Soziologie des Instituts für Arbeits- und Sozialmedizin
Sprecher des Zentrums für Versorgungsforschung Köln (ZVFK) der Universität zu Köln

Der demographische Wandel setzt das Gesundheitswesen als Dienstleistungswirtschaft gleich von zwei Seiten unter Druck: von der "Klientenseite" und von der "Dienstleisterseite". Die von den "Klienten" gestellten Anforderungen steigen, die Ressourcen der "Dienstleister" sinken. Eine Tendenz, die sich in Zukunft weiter verstärkt. Der Ausweg kann nur über eine Verbesserung der Qualifikation, der Gesundheit und der Motivation der "Dienstleister" gesucht werden - und über eine verstärkte Anwerbung geeigneter Nachwuchskräfte.

Aufgrund des demographischen Wandels werden nicht nur die Patientinnen und Patienten immer älter, sondern auch die in den Gesundheitsberufen Tätigen, die diese Menschen versorgen. Was bedeutet das?

Der zunehmende Altersdurchschnitt der Patientinnen und Patienten führt dazu, dass die Anforderungen an die Gesundheitsberufe hinsichtlich ihrer Qualifikationen und ihrer Kompetenzen steigen:

- Menschen in der zweiten Lebenshälfte leiden häufiger an chronischen Krankheiten, die nur begrenzt therapierbar sind; die Behandlung chronischer Krankheiten ist eine Daueraufgabe, die in besonderem Maße auf die Patientenmitarbeit ("Compliance") angewiesen ist. Vor allem die lange Behandlungsdauer und das Erfordernis der Compliance erhöhen die Anforderungen an die psychosozialen Fähigkeiten der Gesundheitsberufe.
- Ältere Menschen sind außerdem öfter von mehreren Krankheiten gleichzeitig betroffen ("Multimorbidität"). Um sie medizinisch oder pflegerisch versorgen zu können, ist nicht nur ein vertieftes Wissen über die Zusammenhänge zwischen den Krankheiten und den jeweiligen Therapie- und Pflegemöglichkeiten erforderlich, sondern auch eine verstärkte interdisziplinäre Zusammenarbeit.
- Überdies sind Ältere zumeist körperlich weniger robust. Dadurch wird ein aufmerksames "Risikomanagement" notwendig - und ein besseres Wissen über alternative Therapie- und Pflegeformen, die sie weniger belasten.
- Da die körperliche, seelische und soziale Aktivierung älterer Menschen dazu beiträgt, Krankheiten zu vermeiden beziehungsweise hinauszuzögern, sind die Gesundheitsberufe zudem aufgerufen, älteren Menschen ein abgestimmtes "Konzept der Aktivierung im Alter" anbieten zu können. Dies erfordert mehr gerontologisches und geriatrisches Wissen sowie mehr Kooperationsbereitschaft und -fähigkeit bei den beteiligten Professionen, vor allem bei den Ärztinnen und Ärzten wie auch bei den Pflegekräften.

Nicht nur die Patientinnen und Patienten werden immer älter. Auch das durchschnittliche Alter der Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Gesundheitsberufen steigt. Ursächlich hierfür sind die geburtschwachen Jahrgänge seit 1965, aber auch die vom Gesetzgeber angestrebte längere Lebensarbeitszeit. Der Anstieg des Durchschnittsalters in den Gesundheitsberufen bedeutet, dass die Ressourcen der Gesundheitsberufe insgesamt - das heißt ihre Leistungsfähigkeit, die Patientinnen und Patienten zu versorgen - bei steigenden Anforderungen sinken:

- Älteres Personal verfügt zwar über mehr Erfahrung, kann in der Regel aber nicht mehr so schnell und so kräftig und mit derselben geistigen Aufnahmefähigkeit arbeiten wie das jüngere.
- Bei älteren Fachkräften liegt darüber hinaus die Ausbildungszeit oft schon länger zurück. Die neuen Standards der evidenzbasierten Medizin und Pflege, die heute für eine qualitätsgesicherte Diagnose und Therapie immer wichtiger werden, sind ihnen deshalb nicht immer hinreichend bekannt.
- Hinzu kommt: ältere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind länger krank - wenn auch weniger oft.

Zunehmende Anforderungen und abnehmende Ressourcen nehmen die Gesundheitsberufe in einen Zangengriff, der sich - so ist jedenfalls zu erwarten - in Zukunft noch weiter verstärken wird. Die Folgen: die "Bewältigungskapazität der Gesundheitsberufe" wird sinken - und die "Stresssymptome des Gesundheitswesens" werden steigen. Dass Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte streiken, Ärztinnen und Ärzte ins Ausland gehen, viele Gesundheitsberufler ihren Beruf nach Abschluss ihrer Ausbildung nicht antreten oder frühzeitig aufgeben - all dies sind vielleicht schon die ersten Vorboten.

Wie kann dieses Problem gelöst werden?

Am Anstieg der Anforderungen durch die immer älter werdenden Patientinnen und Patienten lässt sich nichts ändern. Dem Verlust der Ressourcen kann aber entgegengetreten werden:

- Ältere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter können dabei unterstützt und dazu motiviert werden, möglichst lange in ihrem Beruf zu bleiben; dies kann durch Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung und der Personalentwicklung erreicht werden.
- Mindestens genauso wichtig: es müssen genügend junge Leute für die Gesundheitsberufe gewonnen werden; so können auch Innovation und Erfahrung wirkungsvoll miteinander verbunden werden. Hierzu gilt es, Arbeitsstellen zu schaffen, die interessante Gestaltungsmöglichkeiten und Aufstiegsperspektiven bieten.
- Daneben ist es erforderlich, die fachlichen und technischen Qualifikationen der beteiligten Gesundheitsberufe durch kontinuierliche Fortbildungen - zum Beispiel auf dem Gebiet der Gerontologie - zu verbessern.
- Last but not least sollte die Fähigkeit zur Kooperation zwischen den Gesundheitsberufen wie zum Beispiel zwischen den Ärztinnen und Ärzten auf der einen Seite und den Pflegekräften auf der anderen Seite ausgebaut werden. Auch dies kann über entsprechende Fortbildungsmaßnahmen beziehungsweise Teamentwicklungsmaßnahmen erreicht werden.

Gelingt es, diese Maßnahmen in die Tat umzusetzen, steigen auch die Aussichten für die Gesundheitsberufe, sich aus dem Zangengriff des demographischen Wandels zu befreien.

Weiterführende Informationen im Internet unter: www.zvfk.de

Gesundheitsförderung im Alter: Welche neuen Herausforderungen erwachsen den Gesundheitsberufen aus dem demographischen Wandel?

Prof. Dr. phil. Adelheid Kuhlmei

Institut für Medizinische Soziologie
Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften
Charité - Universitätsmedizin Berlin

"Prävention und Gesundheitsförderung im Alter einschließlich Gender-Aspekten"

Angesichts des steigenden Anteils älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung bedarf es neuer Ansätze, um die vorhandenen Potenziale der Gesundheitsberufe zur Gesundheitsförderung und Prävention im Alter weiter auszubauen. Dazu gehört vor allem die Entwicklung entsprechender gesundheits- und pflegewissenschaftlicher Konzepte. Zudem müssen die Gesundheitsberufe stärker auf eine - auch geschlechtersensible - Gesundheitserhaltung und Klienten-Beratung ausgerichtet werden.

Empirische Untersuchungen zeigen, dass Gesundheitsförderung und Prävention auch im Alter sinnvoll sind: sie fördern die Vitalität und Lebensqualität älterer Menschen.

Bei der Planung und Umsetzung gesundheitsfördernder und präventiver Maßnahmen im Alter ist es jedoch nötig, stärker als bisher darauf zu achten, dass sich die Lebenswirklichkeiten älterer Frauen und älterer Männer unterscheiden - und damit auch die Gesundheitsrisiken, denen sie ausgesetzt sind.

So werden ältere Frauen zum Beispiel viel stärker als ältere Männer durch die Versorgung pflegebedürftiger Angehöriger in Anspruch genommen. Die Folge: sie leiden häufiger an entsprechenden Belastungssymptomen. Ein Umstand, der von präventiven Programmen zur Belastungsreduzierung im Alter zu berücksichtigen ist.

Überdies verfügen ältere Frauen im Allgemeinen über weniger soziale Gesundheitsressourcen: sie sind häufiger verwitwet, sind öfter von Altersarmut betroffen und weisen in der Regel einen geringeren Bildungsgrad auf - drei Faktoren, die sich ebenfalls negativ auf Gesundheit und Lebenserwartung auswirken. Verhältnispräventive Maßnahmen, die darauf zielen, soziale Ungleichheiten im Alter zu verringern, sollten deshalb vor allem älteren Frauen zugute kommen.

Angesichts des demographischen Wandels ist aber noch mehr erforderlich: die Gesundheits- und Pflegewissenschaften müssen die Entwicklung der konzeptionellen Grundlagen, Handlungsziele und Qualitätsstandards für die Gesundheitsförderung und Prävention im Alter stärker als bisher vorantreiben.

Zugleich ist darauf hinzuwirken, dass sich die Gesundheitsberufe mehr an der Erhaltung von Gesundheit orientieren - und nicht nur an der Behandlung von Krankheit. Ein größeres

Augenmerk als bisher sollten die Gesundheitsberufe auch darauf richten, ihren Klientinnen und Klienten durch Training und "Coaching" ein möglichst hohes Maß an Gesundheitskompetenz und Selbstständigkeit zu vermitteln.

Die Ausbildungsinhalte der Gesundheitsberufe müssen entsprechend aktualisiert und die Ausbildungsgänge akademisiert werden. Dabei sind die Grundausbildungen zusammenzuführen und die Qualifikationsmöglichkeiten auszufächern. Im Interesse einer besseren "Patientenzentrierung" ist es außerdem notwendig, die gegenwärtigen Ansätze der integrierten Betreuung und Versorgung weiter auszuformen.

Prof. Dr. med. Wolfgang von Renteln-Kruse
Medizinisch-Geriatriische Klinik Albertinen-Haus
Zentrum für Geriatrie und Gerontologie
Universität Hamburg

"Gesund in der zweiten Lebenshälfte - professionelle Herausforderungen in der Praxis"

Die Aufgabe, die Gesundheit älterer Menschen zu fördern, stellt die Gesundheitsberufe vor komplexe Herausforderungen. Durch den demographischen Wandel werden diese Herausforderungen noch dringlicher. Gefordert sind neben gerontologischem und geriatrischem Know-how vor allem die Vernetzung der beteiligten Berufsgruppen und die Weiterentwicklung integrativer Ansätze. Beispielhaft für die Praxis: das "Kleeblatt-Konzept" des Hamburger Albertinen-Hauses.

Ziel der Gesundheitsförderung und Prävention in der zweiten Lebenshälfte ist es, die körperliche, geistige und seelische Gesundheit sowie die Selbstbestimmung älterer Menschen "altersoptimal" zu erhalten. Darüber hinaus geht es darum, soweit wie möglich auch die allgemeine Lebensqualität älterer Menschen zu fördern. Diese reicht über Gesundheit und Selbstbestimmung hinaus und setzt vor allem soziale Teilhabe und eine existenzielle Sinnperspektive voraus.

Um diese Ziele zu erreichen, gilt es vor allem, etwaige funktionelle, kognitive und psychosoziale Einschränkungen älterer Menschen zu minimieren. Das kann aber nur dann gelingen, wenn dabei die einschlägigen wissenschaftlichen Erkenntnisse aus Gerontologie und Geriatrie berücksichtigt werden. Unabdingbar sind auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit und die Vernetzung mit den anderen, jeweils relevanten Berufsgruppen. Besonders wichtig hierbei: die Integration von stationärem und ambulantem Bereich.

Was bedeutet dies für die Gesundheitsberufe, die mit Gesundheitsförderung und Prävention im Alter zu tun haben? Diese Gesundheitsberufe müssen nicht nur das notwendige Fachwissen entwickeln, sich aneignen und auf den je einzelnen Fall anwenden können. Sie sollten auch bereit und in der Lage sein, mit Angehörigen anderer Disziplinen in den Dialog zu treten. Außerdem bedürfen sie der sozialen Kompetenzen, die für den Umgang mit älteren Menschen erforderlich sind. Und: sie müssen wissen, welche passenden Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention im Umfeld ihrer Klientinnen und Klienten bestehen.

Ein Beispiel gelungener Praxis stellt das "Kleeblatt-Konzept" dar. Es wurde 2001 vom Albertinen-Haus in Hamburg entwickelt. Die im "Kleeblatt-Konzept" vorgesehenen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention im Alter richten sich an Menschen über 60 Jahre, die nicht pflegebedürftig sind und noch unabhängig und ohne kognitive Beeinträchtigungen zu Hause leben.

Die älteren Menschen, die am "Kleeblatt-Konzept" teilnehmen, erhalten eine Schulung zu den Themen "Gesunde Ernährung", "Körperliche Aktivität", "Soziale Teilhabe" und "Gesundheit allgemein". Darüber hinaus werden für jede teilnehmende Person individuelle Empfehlungen zu diesen Themen entwickelt. Dabei werden auch Gesundheitsförderungsangebote in Wohnortnähe berücksichtigt. Die Schulung und die Beratung erfolgen durch ein interdisziplinäres Team von Fachleuten aus den Bereichen Ökotrophologie, Physiotherapie und Sozialpädagogik. Das Team steht unter ärztlicher Leitung.

Das "Kleeblatt-Konzept" wurde in den Jahren 2001 und 2002 wissenschaftlich evaluiert. Diese Evaluation wurde unter anderem vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gefördert. Das evaluierte Programm umfasste 503 Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die über Hausarztpraxen "rekrutiert" wurden. Bei der Evaluation konnten positive Effekte für alle der oben genannten Themenbereiche festgestellt werden.

Das "Kleeblatt-Konzept", das mit dem Präventionspreis 2005 ausgezeichnet wurde, kann auf jedes Geriatrie Zentrum übertragen werden, das über ein interdisziplinäres Team der genannten Art verfügt. Das Albertinen-Haus bietet hier entsprechende Weiterbildungen an.

Weiterführende Informationen im Internet unter: www.albertinen.de

Prof. Dr. phil. Rainer Richter

Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie
Zentrum für Innere Medizin
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer

"Psychische Erkrankungen im Alter: vorbeugen und therapieren"

Mit steigendem Alter nimmt auch das Risiko für psychische Erkrankungen zu. Ein Umstand, der von den Gesundheitsberufen zurzeit noch nicht hinreichend berücksichtigt wird. Um dem demographischen Wandel gewachsen zu sein, müssen sie ihr Wissen über die Diagnose und die Behandlungsmöglichkeiten psychischer Erkrankungen im Alter verbessern. Auch der Prävention solcher Erkrankungen muss ein erhöhter Stellenwert zukommen.

Die Zunahme des Anteils älterer Menschen und der Anstieg der durchschnittlichen Lebenserwartung stellen das Gesundheitswesen vor neue Aufgaben. Es entstehen neue Bedarflagen, die besondere gesundheitliche Versorgungsformen erfordern. Dies gilt auch für psychische Erkrankungen.

In Deutschland leiden etwa 25 Prozent der über 70-Jährigen unter mindestens einer psychischen Erkrankung. Die häufigste Diagnose ist "Demenz": sie wird bei ca. 14 Prozent dieser Altersgruppe gestellt; unter den 90-Jährigen weisen bereits ca. 33 Prozent dementielle Störungen auf. Die zweithäufigste Diagnose lautet "Depression": von ihr sind ca. 10 Prozent der über 70-Jährigen betroffen. Häufig werden auch Angst- und Belastungsstörungen festgestellt - ebenso somatoforme Störungen, das heißt körperliche Beschwerden, die sich nicht oder nicht hinreichend auf eine organische Erkrankung zurückführen lassen. Außerdem nicht selten: wahnhaftige Störungen und Substanzmissbrauch. 40 Prozent der Suizide werden von Menschen begangen, die über 60 Jahre alt sind; bei den 90-jährigen Männern ist die Suizidrate sogar fünfmal so hoch wie bei ihren 60-jährigen Geschlechtsgenossen: ein dramatischer Hinweis darauf, unter welchen psychischen Belastungen und unter welchem Leidensdruck viele Menschen besonders im höheren Alter stehen.

Dennoch werden ältere Menschen vergleichsweise selten psychotherapeutisch behandelt: nur 5 Prozent der Personen, die von niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten versorgt werden, sind älter als 60 Jahre - und das, obwohl diese Altersgruppe 20 Prozent der Bevölkerung ausmacht.

Woran liegt das? Psychische Erkrankungen werden teilweise von körperlichen Symptomen überlagert und bleiben aus diesem Grunde oft unentdeckt. Auch können falsche Scham oder Schicksalsergebenheit gerade ältere Betroffene davon abhalten, sich in psychotherapeutische Behandlung zu begeben.

Der Hauptgrund ist jedoch ein anderer: die gesundheitsberuflichen Professionen, die mit älteren Menschen zu tun haben, verfügen - was psychische Erkrankungen im Alter angeht - oft nur über unzureichende diagnostische Kompetenzen; zudem wissen sie in der Regel zu wenig über den Nutzen psychotherapeutischer Behandlungen auch im höheren Alter. Dies gilt im besonderen Maße für die Hausärztinnen und Hausärzte, denen bei der Erkennung psychotherapeutischer Erkrankungen älterer Menschen eigentlich eine Schlüsselrolle zukommen könnte.

Diese Wissenslücken bezüglich der Diagnose und der Therapie von psychischen Erkrankungen von älteren Menschen müssen dringend beseitigt werden. Zugleich ist es notwendig, auch die Prävention psychischer Erkrankungen im Alter zu verbessern. Sinnvolle präventive Maßnahmen sind die Identifikation von Risikobedingungen und Risikogruppen zum Beispiel im Rahmen von präventiven Hausbesuchen. Auch frühzeitig stützende Angebote bei auftretenden Belastungen, zum Beispiel in Form von Angehörigengruppen, zählen dazu. Eine wichtige Bedeutung kommt überdies dem Erhalt kognitiver Fähigkeiten, zum Beispiel durch Gedächtnistrainings, und der Integration in ein soziales Netz, zum Beispiel im Rahmen von Sportangeboten, zu.

Weiterführende Informationen im Internet unter: www.bptk.de

Zusammenfassung

Gesundheitsförderung im Alter: Welche neuen Herausforderungen erwachsen den Gesundheitsberufen aus dem demographischen Wandel?

Die Zunahme des Anteils älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung und die steigende Lebenserwartung erhöhen die Notwendigkeit für die Gesundheitsberufe, ihren Beitrag zur Gesundheitsförderung und Prävention im Alter zu vergrößern.

Gesundheitsförderung und Prävention im Alter müssen - als immer wichtiger werdende Aufgabe für die Gesundheitsberufe - nicht nur evidenzbasierter, ziel- und patientenorientierter werden. Sie sollten auch interdisziplinärer und vernetzter gestaltet werden. In diesem Zusammenhang kommt der Integration von stationärem und ambulantem Bereich eine besondere Bedeutung zu. Diesen Anforderungen entsprechend sind auch die Aus- und Fortbildung der Gesundheitsberufe zu aktualisieren, zu "verwissenschaftlichen" und zu akademisieren. Das Ziel: eine bessere Schulung in Gesundheitsförderung und Prävention im Alter.

Bei der Planung und Durchführung gesundheitsfördernder und präventiver Maßnahmen für ältere Menschen gilt es zudem, stärker als bisher auf die geschlechtsspezifischen Lebenswirklichkeiten Rücksicht zu nehmen: "gender mainstreaming" muss auch hier als notwendige Strategie anerkannt und umgesetzt werden. Angesichts der hohen Zahl von älteren Menschen, die von psychischen Erkrankungen betroffen sind, stehen die Gesundheitsberufe außerdem in der Pflicht, mehr auf die psychische Gesundheit ihrer Klientinnen und Klienten zu achten.

Gelingt es den Gesundheitsberufen, diesen Herausforderungen gerecht zu werden, können sie auch in Zukunft erfolgreich dazu beitragen, die Vitalität und Lebensqualität älterer Menschen zu verbessern und ihnen ein "optimales Altern" zu ermöglichen.

Wie können die Kompetenzen und Qualifikationen der Gesundheitsberufe verbessert werden?

Dr. med. Diethard Sturm

Erster Stellvertretender Vorsitzender des Deutschen Hausärzteverbandes e.V.
Vorsitzender des Instituts für hausärztliche Fortbildung des Deutschen Hausärzteverbandes e.V.

"Hausärztliche Weiter- und Fortbildung im Zuge des demographischen Wandels: neue Aufgaben erfordern neue Formen und Inhalte"

Zur Verbesserung der Kompetenzen und Qualifikationen von Hausärztinnen und Hausärzten eignen sich Maßnahmen der hausärztlichen Fortbildung. Damit die hausärztliche Fortbildung auch in Zeiten des demographischen Wandels "bedarfsgerecht" geschieht, muss sie neue Konzepte entwickeln, mit denen Hausärztinnen und Hausärzte in die Lage versetzt werden, den Bedürfnissen der immer mehr werdenden älteren Patientinnen und Patienten zu entsprechen. Ein Beispiel gelungener Praxis: das Institut für hausärztliche Fortbildung im Deutschen Hausärzteverband e.V.

Die zunehmende Lebenserwartung und die steigende Zahl älterer Menschen stellen auch für die hausärztliche Fortbildung eine Herausforderung dar: sie ist gehalten, nicht nur die Diagnostik und die Therapie von altersspezifischen oder alterstypischen Erkrankungen zu lehren, sondern auch die besonderen Bedürfnisse älterer Menschen zu berücksichtigen und den speziellen Bedingungen Rechnung zu tragen, die mit dem Alter einhergehen.

So ist etwa bei der hausärztlichen Fortbildung zum Impfmanagement, zur Betreuung von Menschen mit Diabetes oder zur Schmerztherapie zu beachten, dass hier die Risikoabschätzung, die Therapieziele und die Therapieansätze bei Älteren anders zu definieren sind.

Außerdem leiden Menschen höheren Alters oft an mehreren Krankheiten gleichzeitig. Bei diesen Patientinnen und Patienten ist es notwendig, dass die Hausärztin beziehungsweise der Hausarzt die Gesamtheit der Störungen sowie die Rangreihe und die Bedeutungen der Einzelerkrankungen für die Lebensziele der betreffenden Person in den Blick nimmt. Für die Fortbildung von Hausärztinnen und Hausärzten bedeutet dies, dass sie sich nicht in krankheitsorientierten Qualifizierungsmaßnahmen erschöpfen darf, sondern einen "Paradigmenwechsel zu einer komplexen Betrachtung" vollziehen muss.

Das Institut für hausärztliche Fortbildung (IhF) im Deutschen Hausärzteverband e.V. strebt diesen "Paradigmenwechsel" in Form eines Disease-Management-Programms "Multimorbidität" an. Darüber hinaus hat das IhF eine Fortbildung zum geriatrischen Basisassessment entwickelt, bei dem ältere Patientinnen und Patienten unter anderem auf Alltagskompetenz, Hirnleistungsstörungen und Sturzgefährdung untersucht werden. Diese Fortbildung wurde inzwischen mit mehr als 5.000 Ärztinnen und Ärzten durchgeführt. Auch zahlreiche Arzthelferinnen nahmen schon an der Fortbildung teil.

Menschen in der zweiten Lebenshälfte wünschen aber nicht nur ein möglichst gesundes, sondern auch ein möglichst erfülltes Leben mit Lebenslust und Lebensfreude. Hausärztinnen und Hausärzte können sie hierbei unterstützen, indem sie ihnen helfen, ihre Selbstständigkeit zu erhalten. Das IhF bietet neben Fortbildungen zur Sexualmedizin in Kürze auch ein Seminar zur Beurteilung und Förderung der Fahrtauglichkeit an; Fortbildungsangebote zur Reisemedizin werden folgen.

Reinhild Ferber

Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE)

Stellvertretende Sprecherin der Bundesarbeitsgemeinschaft der Heilmittelverbände e.V. (BHV)

"Prävention und Gesundheitsförderung: wichtige Elemente der Aus-, Fort- und Weiterbildung bei den Heilmittelerbringerinnen und Heilmittelerbringern"

Heilmittelerbringerinnen und Heilmittelerbringer können aufgrund ihrer Ausbildung Vieles zur Prävention und Gesundheitsförderung beisteuern. Insbesondere die Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten verfügen über Kompetenzen und Qualifikationen, die im Gesundheitssystem noch nicht hinreichend genutzt werden.

80 Prozent der in heilmittelerbringenden Berufen tätigen Personen sind Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, Masseurinnen und Masseur oder medizinische Bademeisterinnen und Bademeister. Neben dieser großen Gruppe gibt es unter den heilmittelerbringenden Berufen noch Vertreterinnen und Vertreter aus der Stimm-, Sprech-, und Sprachtherapie und der Logopädie (10%) sowie Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten (10%).

Prävention und Gesundheitsförderung spielen bei der Ausbildung aller drei Gruppen eine wichtige Rolle, die auch in den entsprechenden Berufsgesetzen und den jeweiligen Ausbildungs- und Prüfungs(ver)ordnungen verankert ist.

So umfasst beispielsweise die physiotherapeutische Ausbildung Lerneinheiten zu den Grundlagen der Prävention und zu gesundheitsgerechtem Verhalten. In der Logopädie-Ausbildung werden im Fach "Pädiatrie und Neuropädiatrie" Gesundheitserziehung, Gesundheitsvorsorge und Früherkennung unterrichtet und im Fach "Stimmbildung" Stimmhygiene, die dazu dient, Erkrankungen der Stimme vorzubeugen. Angehenden Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten werden unter anderem Maßnahmen der Gesundheitsförderung, theoretische Grundlagen der Prävention sowie Ergonomie und Arbeitsplatzgestaltung vermittelt.

Präventive und gesundheitsfördernde Elemente haben aber nicht nur in der Ausbildung der heilmittelerbringenden Berufe einen hohen Stellenwert, sondern sie finden ihren Platz auch in der Fort- und Weiterbildung dieser Berufe. Dies gilt in besonderem Maße für die Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten. Für sie stehen zum Beispiel Kurse zur Haltungs- und Bewegungsförderung für Erwachsene und bei Übergewicht sowie zur Prävention im Alter zur Verfügung. Logopädinnen und Logopäden können sich zum Thema "Stimmstörungen von Call-Center-Agenten" fortbilden lassen, in der Ergotherapie Tätige Seminare zum Gelenkschutz bei Rheuma, zum Gedächtnistraining oder zur Rückenschule besuchen.

Entsprechend ihrer Ausbildung sowie ihrer Fort- und Weiterbildung setzen Heilmittelerbringerinnen und Heilmittelerbringer bereits eine Vielzahl von Maßnahmen im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung um.

Mit Blick auf die Ergotherapie ist jedoch festzustellen, dass diese zwar zahlreiche Maßnahmen zur Sekundär- und Tertiärprävention anbietet, aber bisher kaum zur Primärprävention und zur Gesundheitsförderung. Dabei gäbe es viele Möglichkeiten: für Kinder könnten Angebote zu den Themen "Kinder - Fahrrad - Straßenverkehr", "Spielen statt Computer" oder "Geschicklichkeits-

förderung" entwickelt werden, für Erwerbstätige wären Maßnahmen wie "Kommunikation mit Kollegen und Vorgesetzten" oder "Schmerzsyndrome am Arbeitsplatz" denkbar. Älteren Menschen könnten ein "Wohn-Umfeld-Check", "Trainingsangebote zum Selbstständigkeitserhalt" oder einer "Beratungsstelle für pflegende Angehörige" angeboten werden.

Es gibt zahlreiche Möglichkeiten und Ideen, wie in der Ergotherapie Ausgebildete aufgrund ihrer Kompetenzen und Qualifikationen zur Primärprävention und Gesundheitsförderung der verschiedensten Altersgruppen beitragen können. Dieses Potenzial gilt es in Zukunft besser zu nutzen.

Weitere Informationen im Internet unter: www.bhv-heilmittelverbaende.de

Prof. Dr. phil. Doris Schiemann

Professorin für Pflegewissenschaft an der Fachhochschule Osnabrück
Wissenschaftliche Leiterin des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) an der Fachhochschule Osnabrück

"Expertenstandards in der Pflege"

Ein geeignetes Mittel zur Verbesserung der Qualifikationen und Kompetenzen der Gesundheitsberufe stellt die Entwicklung evidenzbasierter Expertenstandards dar. Das zeigen die vorhandenen Expertenstandards in der Pflege, die das "Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege" konzipiert hat: sie erweisen sich als ausgezeichnete Instrumente zur Verbreitung von evidentem, handlungsrelevantem Wissen.

Auf internationaler Ebene gilt die Entwicklung von Expertenstandards bereits seit geraumer Zeit als effektives Mittel zur Qualitätsverbesserung.

In Deutschland arbeitet das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) seit 1998 an der Entwicklung von Expertenstandards. Das DNQP arbeitet dabei mit dem Deutschen Pflegerat (DPR) zusammen und wird vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) finanziell unterstützt.

Bis Mitte 2006 werden bereits fünf Expertenstandards entwickelt, konsentiert und modellhaft eingeführt worden sein. Die Themen dieser Expertenstandards: Druckgeschwürprophylaxe, Entlassungsmanagement, Schmerzmanagement bei akutem nicht malignem Schmerz, Sturzprophylaxe und Förderung der Harnkontinenz. Der Lenkungsausschuss des DNQP geht davon aus, dass mit zehn bis fünfzehn Expertenstandards die großen und Sektoren übergreifenden Qualitätsrisiken in der Pflege erfasst sein werden.

Die Expertenstandards des DNQP erfüllen wichtige Funktionen: sie definieren berufliche Aufgaben und Verantwortungsbereiche, setzen Innovationen in Gang, fördern eine evidenzbasierte Berufspraxis und bilden die Grundlage für einen konstruktiven Dialog mit anderen Berufsgruppen.

Wie aber werden diese Expertenstandards entwickelt? Zu jedem Thema wird zunächst eine unabhängige acht- bis zwölköpfige Arbeitsgruppe aus Expertinnen und Experten gebildet. Sie besteht zu etwa gleichen Teilen aus Mitgliedern der Pflegepraxis und der Pflegewissenschaft; hinzu kommt eine Vertreterin oder ein Vertreter aus einem Patienten- und/oder Verbraucherschutzverband. Damit ist die Grundlage für ein dialogisches Verfahren in der Standardentwicklung gelegt, in dessen Rahmen die zur Verfügung stehende Literatur nach den Kriterien der Wissenschaft, dem Stand und den Handlungsbedingungen in der Praxis und den Bedürfnissen von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen bewertet wird. Die Arbeitsgruppe entwickelt einen Entwurf des jeweiligen Expertenstandards. Dazu wertet sie die aktuelle nationale und internationale Fachliteratur aus und berücksichtigt die Prinzipien der Evidenzbasierung. Dieser Entwurf wird dann auf einer Fachkonferenz erörtert und konsentiert, an der 450-650 Fachleute teilnehmen. Auf der Grundlage der Konferenzergebnisse wird eine abschließende Version des Expertenstandards formuliert, die dann bundesweit modellhaft in ca. zwanzig stationären und ambulanten Einrichtungen des Gesundheitswesens und der Altenhilfe von einem Team des DNQP wissenschaftlich begleitet und danach in einem Netzwerk-Workshop, bestehend aus ca. 350 Personen, diskutiert wird. Der Expertenstandard wird dann - zusammen mit den Kommentaren, der Literaturstudie, dem Bericht über die Entwicklung, Konsentierung und Implementierung sowie dem standardspezifischen Audit-Instrument - vom DNQP veröffentlicht und über Zeitschriften- und Buchpublikationen sowie über Vorträge und Weiterbildungsveranstaltungen verbreitet.

Für die Pflegepraxis sind die auf diesem Wege entwickelten Expertenstandards von großem Nutzen: sie unterstützen nicht nur den Theorie/Praxis-Transfer, sondern tragen auch zur Kompetenzförderung des Personals bei. Darüber hinaus ermöglichen sie eine systematische und messbare Qualitätsentwicklung. Ein weiterer Vorteil: das Niveau und die Arbeitsweise der Expertenstandards strahlen "unterschwellig" auch auf andere Themen und Handlungsfelder der Pflege aus.

Die Rückmeldungen aus den an den Modellprojekten beteiligten Praxiseinrichtungen lassen eine hohe Akzeptanz der Expertenstandards nicht nur bei den beteiligten Pflegekräften, sondern auch bei den kooperierenden Berufsgruppen - vorrangig ärztlicher Dienst, Sozialarbeit sowie Ergo- und Physiotherapie - erkennen. Bis März 2006 sind von den bis dahin veröffentlichten vier Expertenstandards bereits über 50.000 Exemplare aus dem gesamten deutschsprachigen Raum angefordert worden.

Weiterführende Informationen im Internet unter: www.dnqp.de

Prof. Dr. med. Peter T. Sawicki

Leiter des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)

"Kompetenzen verbessern - aktuelle Beiträge der wissenschaftlichen Forschung"

Um die medizinische Versorgung zu verbessern, müssen die Kompetenzen und Qualifikationen der Gesundheitsberufe ausgebaut werden. Dazu gehört, dass auch die Qualität der medizinischen Behandlungsmethoden gesichert und das Wissen über gesicherte Behandlungsmethoden an die Gesundheitsberufe weitergegeben wird. Hierzu leistet das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen einen wichtigen Beitrag.

Die Qualität der medizinischen Versorgung hängt zum einen ab von den Kompetenzen und Qualifikationen der Gesundheitsberufe, zum anderen von der Qualität der medizinischen Maßnahmen, das heißt der diagnostischen und therapeutischen Verfahren, der Arzneimittel und der Behandlungsrichtlinien, die von den Gesundheitsberufen zur Anwendung gebracht werden.

Zur Überprüfung und Sicherung der Qualität und Wirtschaftlichkeit medizinischer Maßnahmen wurde im Juni 2004 im Zuge der Gesundheitsreform 2003 das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) gegründet. Das in Köln ansässige Institut wurde vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in Form einer privaten Stiftung errichtet. Der G-BA ist ein Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärztinnen und Ärzten sowie Krankenkassen und Krankenhäusern, das über die Leistungen entscheidet, die von den Krankenkassen getragen werden. Finanziert wird das IQWiG aus Mitteln der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Bei der durch das IQWiG vorgenommenen Bewertung der Qualität einer medizinischen Behandlungsmethode ist in erster Linie der Nutzen für die Patientin beziehungsweise den Patienten entscheidend. Gefragt wird danach, ob eine Behandlungsmethode dazu führt, dass sich der Krankheitszustand der behandelten Person verbessert, sie länger oder mit weniger Beschwerden lebt oder künftige Erkrankungen oder Komplikationen vermieden werden können.

Die Kosten der Behandlungsmethode kommen erst in zweiter Linie in Betracht - wenn die Überlegenheit eines Verfahrens gegenüber einem anderen nicht belegt ist. In diesem Fall empfiehlt das IQWiG die billigere Variante. Bei manchen Maßnahmen ist eine Bewertung wegen fehlender Daten noch nicht möglich. In diesen Fällen regt das Institut an, Studien durchzuführen, um diese Lücken zu schließen.

Geprüft werden nicht nur Arzneimittel, die schon seit längerem auf dem Markt eingeführt sind. Auch neue, in der Regel sehr teure, Medikamente werden einer Überprüfung unterzogen. Dies gilt auch dann, wenn es sich nicht um einen völlig neuen Wirkstoff handelt. Denn bei medizinischen Wirkstoffen können selbst minimale Varianten zu Nebenwirkungen führen, die bei bewährten Präparaten nicht auftreten.

Die Überprüfung erfolgt jeweils objektiv, das heißt unabhängig von den Einflüssen einzelner Interessensgruppen - und sie erfolgt evidenzbasiert, das heißt auf der Basis der aktuellen besten wissenschaftlichen Datenlage. Die Ergebnisse der Überprüfung werden den Gesundheitsberufen zur Verfügung gestellt, damit diese sie in ihre Arbeit einfließen lassen und ihre Arbeit damit optimieren

können. Außerdem werden die Ergebnisse öffentlich und allgemeinverständlich kommuniziert, um die Bevölkerung darüber zu informieren, was diagnostisch und therapeutisch sinnvoll und möglich ist. Darüber hinaus dienen sie dem G-BA als wichtige Entscheidungshilfe dafür, welche Leistungen in den Regelkatalog der Krankenkassen aufgenommen beziehungsweise aus diesem ausgeschlossen werden sollen. Auf diese Weise trägt das IQWiG nicht nur zu einer Verminderung der Kosten, sondern auch zu einer Steigerung der Qualität der medizinischen Versorgung bei.

Weiterführende Informationen im Internet unter: www.iqwig.de

Zusammenfassung

Wie können die Kompetenzen und Qualifikationen der Gesundheitsberufe verbessert werden?

Um die mit dem demographischen Wandel verbundenen Herausforderungen meistern zu können, ist es erforderlich, die Potenziale der Gesundheitsberufe bestmöglich auszuschöpfen. Dies setzt die Verbesserung ihrer Kompetenzen und Qualifikationen in verschiedenen Bereichen voraus.

In der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe gilt es, mehr als bisher auch die Diagnostik und Therapie von altersspezifischen oder alterstypischen Erkrankungen ebenso wie die von chronischen Erkrankungen und von Multimorbidität zu berücksichtigen. Am Beispiel der Pflegewissenschaft ist zu sehen, wie hilfreich auch die Entwicklung fundierter und im Fachkreis konsentierter Expertenstandards ist. Sie tragen nicht nur dazu bei, die Aufgabe und die Verantwortung einer Gesundheitsprofession zu definieren, sondern sie eignen sich auch hervorragend zur Verbreitung von evidentem und handlungsleitendem Wissen. Außerdem ist die Qualitätssicherung der medizinischen Behandlungsmethoden weiter zu entwickeln. Dazu gehört auch, dass erlangtes Wissen über die Qualität von Behandlungsmethoden verstärkt kommuniziert wird. Dies ist nicht nur ein ökonomisches Erfordernis, vielmehr trägt es auch zur Kompetenzsteigerung der Gesundheitsberufe bei. Denn die Gesundheitsberufe können nur so gut sein, wie die Methoden, die sie bei der Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten einsetzen.

Wichtig ist: Aus-, Fort-, und Weiterbildungsmaßnahmen, Expertenstandards und Qualitätssicherung von Behandlungsmethoden können nur in dem Maße wirklich zur Verbesserung der Kompetenzen und Qualifikationen der Gesundheitsberufe beitragen, in dem sie tatsächlich wissenschaftlich wohlbegründet und so weit wie möglich evidenzbasiert sind.

Wie lässt sich die Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe stärken?

Dr. rer. pol. Doris Pfeiffer

Vorstandsvorsitzende des Verbands der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK)
und des Arbeiter-Ersatzkassen-Verbands e.V. (AEV)

"Die Integrierte Versorgung: ein Überblick aus Sicht der Gesetzlichen Krankenversicherung"

Um die Versorgungsstrukturen an die veränderten demographischen Rahmenbedingungen anzupassen und die Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe zu stärken, bietet sich die Integrierte Versorgung an. Sie hat sich bereits in der Vergangenheit bewährt, muss aber zukünftig noch weiter entwickelt werden. Notwendig dafür sind weitere, mutige Reformen.

Die Trennung der verschiedenen Leistungsbereiche des Gesundheitswesens in die ambulante, stationäre und rehabilitative Versorgung hat ebenso wie die mitunter unzureichende Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern - zum Beispiel zwischen Ärztinnen oder Ärzten, in der Physiotherapie Tätigen und Apotheken - in der Vergangenheit immer wieder zu Problemen und Missständen in der Versorgung von Patientinnen und Patienten geführt.

Mit der im Jahr 2000 vom Gesetzgeber eingeführten Integrierten Versorgung erhalten Krankenkassen die Möglichkeit, ihren Versicherten eine Versorgung anzubieten, bei der die einzelnen Leistungsbereiche und Leistungserbringer stärker miteinander vernetzt sind und koordiniert zusammenwirken.

Ziel der Integrierten Versorgung ist eine auf die Bedürfnisse der einzelnen Patientin beziehungsweise des einzelnen Patienten abgestimmte, Sektoren übergreifende Behandlungskette, bei der durch einheitliche medizinische Leitlinien und eine gezielte Diagnostik und Therapie nicht nur die Belastungen für die behandelte Person - beispielsweise durch unnötige Mehrfachuntersuchungen - vermindert, sondern auch die Qualität und die Wirtschaftlichkeit ihrer Versorgung verbessert werden.

Bis zum 31. Dezember 2005 konnten die Krankenkassen 1.984 Verträge zur Integrierten Versorgung abschließen, deren (beabsichtigtes) Vergütungsvolumen bei rund 477 Millionen Euro liegt. Über 3,4 Millionen Versicherte sind von diesen Verträgen erfasst. Fast zwei Drittel der Verträge beziehen Krankenhäuser als Vertragspartner ein, bei etwa 40 Prozent der Verträge sind niedergelassene Ärztinnen und Ärzte beteiligt: ein eindrucksvolles Zeugnis für die Innovationskraft des deutschen Gesundheitswesens.

Um der Integrierten Versorgung noch mehr Auftrieb zu geben, sind allerdings weitere Reformen erforderlich: so sollte etwa die freie Preisgestaltung für Arzneimittel auch für integrierte Versorgungsprojekte ermöglicht werden und eine gesetzliche Klarstellung erfolgen, dass Hausarztmodelle auch über §§140a ff. SGB V in die Integrierte Versorgung implementiert werden können.

Außerdem muss die Anschubfinanzierung für integrierte Versorgungsprojekte verlängert werden - mindestens so lange, bis die neuen Vergütungssysteme im ambulanten und stationären Bereich

definiert sind und damit ein Finanztransfer zwischen Regel- und Integrationsversorgung leichter möglich ist. Den Krankenkassen stehen zur Anschubfinanzierung integrierter Versorgungsprojekte in den Jahren 2004 bis 2006 jeweils bis zu einem Prozent der Honorarsummen für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie Krankenhäuser zur Verfügung. Zu fordern ist eine Verlängerung bis Ende 2009 und - da die Mittel bereits in vielen Regionen ausgeschöpft sind - eine Aufstockung auf fünf Prozent der Honorarsummen.

Schließlich könnte gegebenenfalls auch die Verhinderung von Pflegebedürftigkeit als Zielgröße in die Verträge zur Integrierten Versorgung aufgenommen werden. An solchen Verträgen wäre unter Umständen auch die Pflegeversicherung zu beteiligen. So könnte mit Hilfe der Integrierten Versorgung dem angesichts der weiter alternden Gesamtbevölkerung immer dringlicher werdenden Problem der steigenden Anzahl Pflegebedürftiger entgegengewirkt werden.

Dr. med. Gabriele Müller de Cornejo

Leiterin der Medizinisch-Wissenschaftlichen Abteilung im Deutschen Hausärzteverband e.V.

"Die hausarztorientierte Integrierte Versorgung: ein Praxisbericht"

Ein Jahr praktische Erfahrung beweist: die hausarztorientierte Integrierte Versorgung trägt zu einer verstärkten Vernetzung der Gesundheitsberufe bei. Von dieser Vernetzung profitieren sowohl die Hausärztinnen und Hausärzte als auch die Patientinnen und Patienten - nicht nur ökonomisch.

Anfang 2005 wurde zwischen dem Deutschen Hausärzteverband e.V., der Barmer Ersatzkasse und dem Deutschen Apothekerverband e.V. der bis heute größte Vertrag zur hausarztbasierten Integrierten Versorgung geschlossen. Seitdem haben sich fast 38.000 Ärztinnen und Ärzte und 18.000 Apotheken zur Teilnahme an dieser Versorgungsform entschieden, die damit von rund 1,5 Millionen Versicherten genutzt wird. Dem bundesweiten Vertrag folgten weitere regionale Verträge - so etwa mit der AOK Bayern, der AOK Baden-Württemberg oder der IKK Brandenburg und Berlin.

Ziel der Verträge ist es, der Hausärztin beziehungsweise dem Hausarzt eine Koordinierungsfunktion in der Versorgung der Patientinnen und Patienten zukommen zu lassen und die Qualität der hausärztlichen Versorgung zu verbessern - und dies nicht nur strukturell (zum Beispiel hinsichtlich der ärztlichen Qualifikation), sondern auch prozedural (etwa hinsichtlich der Zusammenarbeit mit Kolleginnen und Kollegen) und vor allem bezüglich des "Ergebnisses" (das heißt in erster Linie Besserung oder Heilung von Erkrankungen). Zudem sollen die Verträge dazu beitragen, ungenutzte Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen.

Ein gemeinsamer Schwerpunkt der Verträge liegt auf der Prävention - zum Beispiel durch die Förderung der Check-Up-Untersuchungen, der rationalen Arzneimitteltherapie oder der nicht-medikamentösen Maßnahmen zur Vorbeugung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes mellitus Typ 2.

Die Gestaltung der Verträge sieht außerdem vor, dass an einen Grundvertrag, der die allgemeinen Aufgaben der Hausärztinnen und Hausärzte beschreibt, so genannte indikationsbezogene

Modulverträge gekoppelt werden können. So legt der Vertrag in Baden-Württemberg beispielsweise einen weiteren Schwerpunkt auf die Betreuung von Personen mit Rückenschmerzen. Um die Teilnahme an den Verträgen für alle Beteiligten so einfach wie möglich zu machen, erfolgt die Einschreibung der Patientinnen und Patienten durch ein Rezeptformular. Dieses wird gegenwärtig noch per Post an das Abrechnungszentrum der Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft eG geschickt; zukünftig soll die Einschreibung auch auf elektronischem Wege erfolgen können.

Die Teilnahme an den Integrationsverträgen ist - so lässt sich nach gut einem Jahr bilanzieren - sowohl für die beteiligten Hausärztinnen und Hausärzte als auch für die teilnehmenden Patientinnen und Patienten von großem Nutzen: für die Ärztinnen und Ärzte bedeutet die Patientenbetreuung in den hausarztbasierten integrierten Verträgen zusätzliches Honorar und eine Stärkung ihrer hausärztlichen Rolle. Die Patientinnen und Patienten profitieren von der von der Hausärztin beziehungsweise vom Hausarzt gesteuerten Kooperation der verschiedenen Versorgungsebenen und von den verstärkten Präventionsleistungen. Darüber hinaus werden die Patientinnen und Patienten in der Regel von einem Teil der Praxisgebühren befreit. Die hohen Einschreibezahlen belegen es: die hausarztbasierte Integrierte Versorgung wird von allen Beteiligten gleichermaßen akzeptiert.

Christa F. Schrader

Projektleiterin und Referentin beim Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK)

"Das WHO-Modellprojekt - Untersuchung über die Machbarkeit der Familiengesundheitspflege in Deutschland"

Die Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe ist gerade bei der medizinischen Versorgung wirtschaftlich und sozial benachteiligter Menschen in besonderem Maße erforderlich, da diese in der Regel über geringere Gesundheitschancen verfügen. Um diesen Menschen in gesundheitlichen Belangen zu helfen, wird derzeit für Pflegefachkräfte und Hebammen eine neue berufsbegleitende Weiterbildung zur "Familiengesundheitspflegerin" beziehungsweise zum "Familiengesundheitspfleger" sowie zur "Familiengesundheitshebamme" erprobt. Nach absolvierter Weiterbildung sollen sie wirtschaftlich und sozial Benachteiligte in Fragen der Prävention und Gesundheitsförderung unterstützen und als "Verbindungsglied" zu anderen Gesundheits- und Sozialberufen zur Seite stehen.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat mit der Erklärung von Alma-Ata (1978) und der Ottawa-Charta (1986) die Bedeutung der primären Gesundheitsversorgung für die Erreichung des Zieles "Gesundheit für alle" hervorgehoben. Mit der Münchner Erklärung (2000) wurde die entscheidende Rolle von Pflegenden und Hebammen in den Bereichen der Prävention und Gesundheitsförderung betont und Familiengesundheitspflege als mögliches Wirkungsfeld benannt.

Vor diesem Hintergrund wurde im Jahr 2000 von der WHO EURO in zwölf Ländern eine multinationale Pilotstudie zur Etablierung der "Family Health Nurse" gestartet. In einer vom damaligen Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung initiierten und geförderten "Projekt-design- und Konsensphase" (2004-2005) wurde zunächst - mit positivem Befund - die Kompatibilität des Konzepts für das deutsche Gesundheitswesen überprüft. Seit 2005 läuft nun - bis 2008 - die

"Implementierungs- und Machbarkeitsphase", die von der Robert-Bosch-Stiftung gefördert wird. In diesem Rahmen hat im Oktober 2005 für 20 Pflegende und Hebammen im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung eine zweijährige berufsbegleitende Weiterbildung "Familiengesundheit" an zwei Weiterbildungseinrichtungen in München und Essen begonnen. Beide Projektphasen wurden beziehungsweise werden wissenschaftlich von der Universität Witten/Herdecke begleitet und vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert.

Bei der zukünftigen Familiengesundheitspflegerin beziehungsweise dem Familiengesundheitspfleger sowie der Familiengesundheitshebamme handelt es sich nicht um einen neuen Gesundheitsberuf, sondern um die Erweiterung der originär pflegerischen Aufgaben im neuen Handlungsfeld Gesundheitsförderung und Prävention - und hier vor allem mit dem Fokus auf Primärprävention im Setting "Familie".

Zu der primären Zielgruppe gehören gesundheitlich, sozial und/oder wirtschaftlich benachteiligte Familien, Alleinerziehende, Schwangere und Migrierte, aber auch Familien, die von akuter oder chronischer Krankheit oder Behinderung betroffen sind, sowie pflegebedürftige Menschen und allein stehende ältere Personen. Das Aufgabenfeld umfasst in erster Linie die Beratung und Unterstützung in Fragen der Prävention und Gesundheitsförderung, das frühzeitige Erkennen von Gesundheitsproblemen, aber auch die Unterstützung im Umgang mit einer aktuellen Erkrankung beziehungsweise Behinderung. Familiengesundheitspflegende und Familiengesundheitshebammen fungieren dabei als wichtiges "Verbindungsglied" - auch im Sinne des "Case Management" - zur Hausärztin beziehungsweise zum Hausarzt und anderen Gesundheits- und Sozialberufen sowie gegebenenfalls als "Lotse" für angrenzende Bereiche wie zum Beispiel das Sozial- oder das Arbeitsamt.

Auf diese Weise werden mit Familiengesundheitspflegerinnen und -pflegern sowie mit Familiengesundheitshebammen bestehende Versorgungslücken im Gesundheitssystem geschlossen und die Auswirkungen ökonomischer und sozialer Benachteiligung auf die Gesundheit von Familien ebenso wie von allein stehenden Menschen rechtzeitig erfasst und weitest möglich abgefangen.

Weiterführende Informationen im Internet unter: www.familiengesundheitspflege.de

Dr. med. Elisabeth Pott

Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

"Vernetzung und interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Gesundheitsförderung vor dem Hintergrund des demographischen Wandels"

Wie Gesundheitsberufe im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention effektiv zusammenarbeiten können, zeigen die Preisträger des Deutschen Präventionspreises 2004 und 2005. Dabei kommt es vor allem auf die Bündelung von Ressourcen, die Kooperation der Professionen, die Vernetzung bestehender Strukturen und die Verbindung von verhaltens- und verhältnispräventiven Ansätzen an.

In den kommenden Jahrzehnten wird eine sinkende Zahl von Erwerbstätigen für eine steigende Zahl von Menschen im Ruhestand sorgen müssen. Gesundheitsförderung und Prävention werden hierdurch vor eine doppelte Herausforderung gestellt: zum einen muss die gesunde Entwicklung der nachwachsenden Generation gesichert werden, damit diese später die von ihr geforderte Leistung erbringen kann, zum anderen gilt es, die Präventionspotenziale älterer Menschen bestmöglich auszuschöpfen, damit die Zunahme an Lebenserwartung mit einer Zunahme an "gesunden" Jahren einhergeht.

Wenn Gesundheitsförderung und Prävention diesen Herausforderungen erfolgreich begegnen sollen, ist es unabdingbar, dass

- Gesundheitsförderung und Prävention in Zukunft ein höherer gesamtgesellschaftlicher Stellenwert beigemessen wird,
- die Zielgruppen und die Ziele gesundheitsfördernder und präventiver Maßnahmen stets klar definiert werden,
- die an der Gesundheitsförderung und Prävention beteiligten Gesundheitsberufe verstärkt miteinander und mit Berufen in anderen Sektoren, zum Beispiel Bildung und Soziales, zusammenarbeiten,
- die Kooperation und die Vernetzung auf allen Ebenen - der Kommunen, der Länder und des Bundes - weiter ausgebaut werden.

Um diese Entwicklungen zu fördern, haben das Bundesministerium für Gesundheit, die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und die Bertelsmann Stiftung gemeinsam den Deutschen Präventionspreis ausgelobt, der seit 2004 jährlich auf einem ausgewählten Teilgebiet der Prävention an Projekte vergeben wird, die die Voraussetzungen der definierten Zielsetzung, der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe sowie der Vernetzung auf vorbildliche Weise erfüllen.

Beim Preisträger-Projekt aus dem Jahr 2004 geht es um den Aufbau einer Präventionskette in einem sozialen Brennpunkt zur Verhinderung von Armutsfolgen von der Geburt bis zur Berufsausbildung. In diesem Projekt sind unter anderem Kindergärten, Schulen, das Jugend- und das Gesundheitsamt, die Familien- und Erziehungsberatung, Sozialdienste, Sprachtherapeutinnen und Sprachtherapeuten sowie Hebammen miteinander vernetzt.

Beim Preisträger-Projekt aus dem Jahr 2005 "Aktive Gesundheitsförderung im Alter" handelt es sich um ein niederschwelliges ganzheitliches Angebot zur Gesundheitsförderung für über 60-Jährige, das die Bereiche Ernährung, Bewegung und soziale Teilhabe umfasst. Projektleitung und -koordination liegen beim Hamburger Albertinen-Haus, einem Zentrum für Geriatrie und Gerontologie. Im Rahmen des Projekts werden die über Hausärztinnen und Hausärzte vermittelten Personen von einem interdisziplinären Team, bestehend aus einer Ärztin oder einem Arzt, jeweils einer Fachkompetenz aus der Ökotrophologie und der Sozialpädagogik sowie einer Bewegungsexpertin oder einem Bewegungsexperten informiert und individuell beraten. Bei der Beratung werden vor allem auch die lokalen Altenhilfestrukturen und -angebote berücksichtigt.

Die Projekte zeigen: durch Kooperation und Vernetzung können vorhandene Ressourcen gebündelt und optimal genutzt, die traditionelle "Versäulung" kommunaler Dienste, Ämter und Einrichtungen aufgebrochen und verhaltens- und verhältnispräventive Strategien sinnvoll miteinander verknüpft werden.

Zusammenfassung

Wie lässt sich die Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe stärken?

In Zukunft werden immer weniger Erwerbstätige immer mehr Menschen im Ruhestand versorgen müssen. Die Gesundheitsberufe stehen damit vor der doppelten Herausforderung, nicht nur die gesunde Entwicklung der nachfolgenden Generation sicherzustellen, sondern auch die Präventionspotenziale älterer Menschen so weit wie möglich auszuschöpfen. Diese Herausforderung können die Gesundheitsberufe nur dann meistern, wenn sie stärker als bisher sowohl miteinander als auch mit den angrenzenden Berufen aus dem Bildungs- oder Sozialbereich zusammenarbeiten.

Um diese Zusammenarbeit zu fördern, ist es notwendig, die Integrierte Versorgung weiter auszubauen. Dazu muss unter anderem die Anschubfinanzierung für integrierte Versorgungsprojekte verlängert werden. Außerdem ist zu prüfen, ob es nicht ermöglicht werden soll, auch die Verhinderung von Pflegebedürftigkeit als eine weitere Zielgröße in die Verträge der Integrierten Versorgung aufzunehmen. Darüber hinaus gilt es, neue integrierende Versorgungsformen zu entwickeln. Beispielhaft hierfür ist die derzeitige Erprobung einer berufsbegleitenden Weiterbildung für Pflegekräfte und Hebammen zur "Familiengesundheitspflegerin" beziehungsweise zum "Familiengesundheitspfleger" sowie zur "Familiengesundheitshebamme", die wirtschaftlich und sozial benachteiligte Menschen in Fragen der Prävention und Gesundheitsförderung unterstützen und als "Verbindungsglied" zur Hausärztin oder zum Hausarzt, zu anderen Gesundheits- und Sozialberufen sowie zu angrenzenden Bereichen wie etwa dem Sozial- oder Arbeitsamt dienen sollen. Um die Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe zu vertiefen, müssen außerdem Modelle einer gelungenen Zusammenarbeit und Vernetzung noch stärker gefördert, bekannt gemacht und verbreitet werden. Einen wichtigen Beitrag hierzu leistet bereits der Deutsche Präventionspreis, der seit 2004 jährlich gemeinsam vom Bundesministerium für Gesundheit, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und der Bertelsmann Stiftung vergeben wird.

Wie lässt sich die betriebliche Gesundheitsförderung für Gesundheitsberufe optimieren?

Dr. rer. nat. Gabriele Richter

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA)

"Gesundheitsförderung und Reduzierung psychischer und physischer Belastungen für die Gesundheitsberufe"

Um die hohen Belastungen der Pflegekräfte zu vermindern, muss sich die betriebliche Gesundheitsförderung darum bemühen, die Arbeitsabläufe zu verbessern. Außerdem unverzichtbar: eine Mitarbeiterführung, welche die Pflegekräfte in kollegialer Weise sozial unterstützt, beruflich anerkennt und fördert. Hilfestellungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung für Pflegende gibt der Thematische Initiativkreis "Gesund Pflegen".

Pflegekräfte sind hohen physischen und psychischen Belastungen ausgesetzt. Das bleibt nicht ohne Folgen: Menschen, die in Pflegeberufen arbeiten, werden häufiger krank. Laut einer Studie der Deutschen Angestellten-Krankenkasse (DAK) - einer der größten gesetzlichen Krankenversicherungen in Deutschland - lag der Krankenstand bei den bei ihr versicherten stationären Pflegekräften im Jahr 2003 bei 3,9 Prozent, der DAK-Bundesdurchschnitt betrug im selben Zeitraum 3,5 Prozent. Mehr als die Hälfte (53,8 Prozent) der stationären Pflegekräfte hatte mindestens einmal in besagtem Jahr eine krankheitsbedingte Fehlzeit. Im Bundesdurchschnitt waren dies 45,8 Prozent. Auch die durchschnittliche Falldauer lag bei den stationären Pflegekräften mit 12,5 Tagen über dem Gesamtdurchschnitt von 11,5 Tagen.

Unter den Krankheitsarten, die den hohen Krankenstand der Pflegekräfte verursachen, sind Muskel-Skelett-Erkrankungen am häufigsten (25,5 Prozent), gefolgt von Erkrankungen der Atemwege (17,4 Prozent), Verletzungen (13,3 Prozent), psychischen Erkrankungen (9,3 Prozent) und Erkrankungen des Verdauungssystems (6,4 Prozent).

Die durchschnittliche Verweildauer im Pflegeberuf liegt unter zehn Jahren. 18,4 Prozent der Pflegekräfte erwägen, vorzeitig aus dem Pflegeberuf auszusteigen (NEXT-Studie, 2005). Als Gründe werden vor allem genannt: eine zu hohe Arbeitsbelastung, eine hohe psychische Belastung, ein zu geringer Lohn und ungünstige Arbeitszeiten.

Wie Pflegekräfte entlastet und ihre Potenziale besser genutzt werden können, ist also eine Frage, die angesichts des steigenden Bedarfs an Pflegepersonal immer dringlicher wird. Helfen können Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung - vorausgesetzt, es sind die richtigen.

Wichtig sind nicht nur mitarbeiterfreundlichere Arbeitszeitregelungen. Ferner gilt es, die Arbeitsabläufe zu optimieren, beispielsweise durch geeignete personalplanerische Interventionen. Vor allem aber muss für bessere berufliche Entwicklungsmöglichkeiten und mehr soziale Unterstützung für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gesorgt werden. Das setzt hohe Qualitäten beim Führungspersonal voraus. Wichtige Erfolgsfaktoren sind: ein kooperativer Führungsstil, die Förderung der Eigeninitiative, bedarfsorientierte berufliche Weiterbildungsangebote, regelmäßige Information des Personals, vorausschauende Personalplanung sowie Qualitätszirkel. All diese Maßnahmen führen

schließlich zusammengenommen auch zu einer gesteigerten Motivation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Um den Wissenstransfer in die Einrichtungen vor Ort zu unterstützen, wurde 2004 der Thematische Initiativkreis "Gesund Pflegen" gegründet. Er ist Bestandteil der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) und besteht aus Vertreterinnen und Vertretern von Berufsgenossenschaften, Universitäten, Forschungsinstituten, Sozialversicherungsträgern, Dachverbänden, Bund, Ländern und Unternehmen. Der Thematische Initiativkreis "Gesund Pflegen" stellt unter anderem Handlungshilfen zur Förderung der physischen und psychischen Gesundheit der Pflegekräfte zur Verfügung und dokumentiert vorbildliche Praxismodelle. Im April 2006 wurde der Wettbewerb "Beste Arbeitgeber im Gesundheitswesen" ausgerufen (www.greatplacetowork.de). Der Wettbewerb soll Krankenhäuser, Altenpflegeeinrichtungen und Pflegedienste dazu anregen, die Arbeitsbedingungen ihrer Pflegekräfte zu verbessern.

Weiterführende Informationen im Internet unter: www.inqa-pflege.de

Dipl.-Psych. Sabine Gregersen

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW),
Abteilung Grundlagen der Prävention und Rehabilitation,
Bereich Gesundheitsschutz / Psychologie

"Gesundheitsförderung als Teil der Unternehmensentwicklung in der Altenpflege"

Um nachhaltig erfolgreich zu sein, muss die betriebliche Gesundheitsförderung für Gesundheitsberufe "ganzheitlich" konzipiert werden: sie sollte ihren Ausgang in einer Bestandsaufnahme der Optimierungspotenziale nehmen und darauf aufbauend Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitslogistik, der Personalentwicklung und des Arbeitsschutzes umfassen. Altenpflegeeinrichtungen erhalten dabei Unterstützung durch verschiedene von der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) speziell für sie entwickelte Instrumente.

Mehr Pflegebedarf, aber weniger Geld und Personal: diese Herausforderung, vor die uns der demographische Wandel stellt, kann nur mit gesunden und motivierten Pflegekräften bewältigt werden. Um die Gesundheit und die Motivation der Pflegekräfte zu erhalten und zu fördern, reichen punktuelle Maßnahmen wie zum Beispiel sporadische Rückenschulen nicht aus. Vielmehr bedarf es übergeordneter Strategien und ganzheitlicher Managementsysteme, die Gesundheitsförderung als Teil der Unternehmensentwicklung und der Qualitätssicherung verstehen.

Aus diesem Grund bietet die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) versicherten stationären und ambulanten Altenpflegeeinrichtungen speziell auf sie zugeschnittene Instrumente an, mit denen sie ihre organisatorischen und personellen Strukturen verbessern können. Die Instrumente sind so konzipiert, dass sie eigenständig und ohne größeren Aufwand eingesetzt werden können. Zum Teil werden sie durch externe Fachberatung und wissenschaftliche Auswertung ergänzt:

- Bei der Mitarbeiterbefragung "*Psychische Belastung und Beanspruchung in der Altenpflege*" und dem "*BGW-Barometer*" handelt es sich um zwei Analyseinstrumente. Mit dem ersten können Pflegeeinrichtungen die zentralen psychischen Belastungsfaktoren und die Beanspruchungssituation ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter identifizieren. Das zweite hilft dabei herauszufinden, wie diese die "Gesundheitskultur" in ihrer Einrichtung einschätzen. Unter "Gesundheitskultur" sind dabei alle wesentlichen Bereiche wie Arbeitsorganisation, Arbeitsinhalte, soziales Klima, Arbeitszufriedenheit und Gesundheitszustand der Beschäftigten gefasst.
- Mit "ALIDA - Arbeitslogistik in der Altenpflege" und "Betriebliche Gesundheitsförderung durch Personalentwicklung" stehen zwei Optimierungsinstrumente bereit, die dazu beitragen sollen, moderne Methoden der Organisationsentwicklung und der Arbeitsorganisation in die Einrichtungen einzuführen und Kompetenzen des Personals und der Führungskräfte zu fördern, die über das rein pflegerische Fachwissen hinausgehen. Der Ansatz von ALIDA ist, durch neu gestaltete Personaleinsatzzeiten Arbeitsabläufe in der Pflege zu verbessern. In dem Ansatz zur Personalentwicklung werden folgende Kompetenzen gefördert: die Fähigkeit, mit Arbeitsaufgaben selbstständig und strukturiert umzugehen (Methodenkompetenz), die Fähigkeit zur konstruktiven Kommunikation mit Bewohnerinnen und Bewohnern, deren Angehörigen sowie mit Kolleginnen und Kollegen (soziale Kompetenz) wie auch schließlich das Vermögen zum reflektierten Umgang mit sich selbst, das heißt mit den beruflichen Anforderungen und Belastungen (personale Kompetenz). Diese Kompetenzen sind von zentraler Bedeutung, wenn es darum geht, Unter- und Überforderungssituationen zu vermeiden und psychische Belastungen abzubauen.
- "BGWqu.int.as - Qualitätsmanagement mit integriertem Arbeitsschutz" ist ein Optimierungsinstrument auf der Ebene des Qualitätsmanagements. Es dient dazu, wichtige Aspekte der Arbeitssicherheit und des Gesundheitsschutzes für die Beschäftigten in ein bereits eingeführtes oder im Aufbau befindliches Qualitätsmanagement zu implementieren. Nicht nur die Einhaltung von Arbeitsschutzvorschriften wird damit abgesichert, sondern darüber hinaus auch die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gefördert.

Die genannten Instrumente tragen dazu bei, dass Altenpflegeeinrichtungen "gesünder" und damit wirtschaftlicher und wettbewerbsfähiger werden. Bei den Beschäftigten gibt es weniger Fluktuation und weniger krankheitsbedingte Fehlzeiten; das fördert die Pflegequalität und die Kundenbindung. Außerdem verbessert sich für die Beschäftigten die Chance, ihren Beruf lange und in Gesundheit ausüben zu können.

Weiterführende Informationen im Internet unter: www.bgw-online.de

Dipl.-Päd. Günther Pauli

Institut für betriebliche Gesundheitsförderung BGF GmbH

"Ressourcen erhalten - die Rückkehr in den Pflegeberuf fördern"

Die betriebliche Gesundheitsförderung für Altenpflegerinnen muss auch die Bedürfnisse von (möglichen) Wiedereinsteigerinnen berücksichtigen und Maßnahmen bereitstellen, die den Wunsch, in den Beruf zurückzukehren, fördern und den Wiedereinstieg dann erleichtern. Einen Überblick über geeignete Maßnahmen gibt ein vom Institut für betriebliche Gesundheitsförderung GmbH entwickelter Leitfaden.

Erfahrungen des Instituts für betriebliche Gesundheitsförderung GmbH und der AOK Rheinland mit mehreren rheinischen Altenpflegeheimen zeigen: Altenpflegerinnen kehren nach der Babypause häufig nicht wieder in ihren Beruf zurück oder erleben nach ihrem Wiedereinstieg hohe physische und psychische Belastungen, die zu Fehlzeiten, Krankheiten und schlimmstenfalls sogar zum endgültigen Ausscheiden aus dem Beruf führen. Qualifizierte Mitarbeiterinnen in einer Branche, die angesichts des demographischen Wandels zunehmend unter einem Mangel an Arbeitskräften leiden wird, gehen so dem Arbeitsmarkt schon in jungen Jahren verloren.

Woran liegt das und was kann dagegen unternommen werden? Diese Fragen waren Gegenstand des Projekts "Gesunder Wiedereinstieg in den Altenpflegeberuf", das das Institut für betriebliche Gesundheitsförderung GmbH mit Förderung der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin in den Jahren 2004 und 2005 durchgeführt hat.

Dabei zeigte sich, dass durch geeignete Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung der Wiedereinstieg in den Altenpflegeberuf erleichtert werden kann:

- Zu diesen Maßnahmen gehört die Gewährung von Einarbeitungszeiten und gegebenenfalls auch von Weiterbildungen, damit die Wiedereinsteigerin ihr Wissen und ihre Kompetenzen aktualisieren kann.
- Ebenso sollte bei der Personaleinteilung nach Möglichkeit auf die besondere Situation der Wiedereinsteigerin Rücksicht genommen werden. Der Umgang mit gegenseitiger Vertretung, vor allem in ad-hoc-Situationen, ist hier ein wichtiger Regelungsbereich. Auch zu frühe tägliche Arbeitszeiten machen gerade jungen Müttern, die auf Kindergartenplätze für ihren Nachwuchs angewiesen sind, den Wiedereinstieg fast unmöglich. Um dies zu verhindern, sollten in Heimen die Möglichkeiten moderner Organisationssysteme genutzt werden, die nicht nur flexible Aufwach- und Frühstückzeiten für die Bewohnerinnen und Bewohner, sondern auch flexible Arbeitszeiten für das Personal zulassen. Unter Umständen kann die Kinderbetreuung auch durch das Heim oder dessen Träger unterstützt werden. Zeitflexibilität und Zeitsouveränität sind eine wichtige Voraussetzung für einen "gesunden" Wiedereinstieg.
- Ebenfalls nicht unwichtig für das psychische Wohlbefinden von Wiedereinsteigerinnen: betriebliche oder überbetriebliche Angebote zur Stressvermeidung, Stressreduzierung und Stressbewältigung. Dies ist vor allem nach belastenden Erlebnissen von großer Bedeutung, wie sie beispielsweise im Umgang mit dementen und aggressiven Bewohnerinnen und Bewohnern oder beim Tod einer betreuten Person auftreten können.

Diese und andere erprobten Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung zur Unterstützung des Wiedereinstiegs in den Altenpflegeberuf sind in einem Leitfaden zusammengefasst, der im Rahmen des Projekts entwickelt wurde. Der Leitfaden gibt Empfehlungen für den gesunden Wiedereinstieg in den Pflegeberuf und richtet sich vor allem an Wiedereinsteigerinnen, an ihre Kolleginnen und Kollegen, an Führungskräfte und Träger von Altenpflegeeinrichtungen sowie an Berufsverbände und Krankenkassen.

*Weiterführende Informationen im Internet unter:
www.bgf-institut.de/altenpflege/alt_main.html*

Brigitte Müller, M.A.

mediCONcept - Organisationsentwicklung im Gesundheitswesen für das Deutsche Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF)

"Betriebliche Gesundheitsförderung in Krankenhäusern - ein Ansatz für ältere Beschäftigte?"

Die derzeitigen Projekte zur betrieblichen Gesundheitsförderung in Krankenhäusern sind auch für ältere Beschäftigte von Nutzen und tragen zu einer altersgerechten Arbeitsgestaltung bei. Um diese Projekte zu verbessern, ist es jedoch erforderlich, sie stärker in eine umfassende Gesamtstrategie einzubinden. Auch sollten sie mehr als bisher - über die Berufsgruppe der Pflegenden hinaus - auf andere Berufsgruppen ausgedehnt werden.

In Krankenhäusern gibt es seit geraumer Zeit eine Reihe von Projekten zur betrieblichen Gesundheitsförderung. Sie beziehen sich zum Beispiel auf rückschonendes Arbeiten, auf Arbeits- und Organisationsgestaltung oder auf neue Arbeitszeitmodelle.

Eine Gesamtschau dieser Projekte würde mit großer Wahrscheinlichkeit zu folgenden Ergebnissen kommen:

- Die Projekte finden oft unabgestimmt und ohne Einbettung in eine Gesamtstrategie statt.
- Sie richten sich vor allem an das Pflegepersonal; andere Berufsgruppen werden weitaus weniger berücksichtigt.
- Eine systematische Qualitätssicherung ist eher selten.

Allerdings sind in den letzten Jahren neue Netzwerke entstanden, die sich auch für eine Verbesserung der Arbeitssituation in Krankenhäusern stark machen - so zum Beispiel das Deutsche Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser (1996), das Deutsche Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung (2001) und die Initiative Neue Qualität der Arbeit (2002).

Auch die Vernetzung zwischen den Akteurinnen und Akteuren nimmt zu - ebenso wie der Konsens darüber, an welchen Qualitätskriterien eine gesundheitsfördernde Arbeitsgestaltung und ein betriebliches Gesundheitsmanagement orientiert sein sollten. Publikationen von Beispielen guter Praxis und entsprechende Internet-Datenbanken unterstützen den Erfahrungsaustausch.

Es gibt in deutschen Krankenhäusern zwar keine komplex angelegten Spezial-Projekte für eine altersgerechte Arbeits- und Organisationsgestaltung, aber die existierenden Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung richten sich in der Regel an alle Altersgruppen, also auch an ältere Beschäftigte.

Das ist deshalb möglich, weil die zentralen Handlungsfelder der altersgerechten Arbeitsgestaltung - Gesundheit, Arbeitsorganisation und Arbeitsgestaltung, Weiterbildung, lebensbegleitendes Lernen und Führung - in ihren Grundlagen und Vorgehensweisen mit denen der "allgemeinen" betrieblichen Gesundheitsförderung weitgehend übereinstimmen. Die mit diesen "impliziten" Projekten für altersgerechte Arbeitsgestaltung erzielten Ergebnisse können sich mit den Ergebnissen, die in Projekten für altersgerechte Arbeitsgestaltung im deutschsprachigen Ausland erzielt werden, durchaus messen.

Dennoch könnten über eine stärkere Berücksichtigung einer altersgerechten Arbeitsgestaltung in Krankenhäusern zusätzliche Impulse für eine umfassende Selbstbeobachtung der Krankenhäuser, für eine langfristige Personalentwicklung und für eine demographiegerechte Personal- und Rekrutierungspolitik geschaffen werden.

Weiterführende Informationen im Internet unter: www.medicconcept.org

Zusammenfassung

Wie lässt sich die betriebliche Gesundheitsförderung für Gesundheitsberufe optimieren?

Gesundheitsberufe sind zum Teil hohen physischen und psychischen Belastungen ausgesetzt. Das spiegelt sich auch in den erhöhten Krankenständen mancher Gesundheitsberufe wider. Betriebliche Gesundheitsförderung kann dazu beitragen, diese Belastungen zu reduzieren.

Ihre optimale Wirkung entfaltet die betriebliche Gesundheitsförderung aber nur dann, wenn sie nicht nur - wie vielerorts - sporadisch durchgeführt, sondern ganzheitlich gestaltet und als ein zentrales Element der Unternehmensentwicklung gesehen wird. Eine ganzheitliche betriebliche Gesundheitsförderung baut auf einer systematischen Analyse bestehender Optimierungspotenziale auf und umfasst Maßnahmen zur Förderung des Arbeitsschutzes, der Arbeitslogistik, der Personalentwicklung und der Mitarbeiterführung. Dabei sollten vor allem auch solche Kompetenzen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wie auch der Führungskräfte gefördert werden, die über die reinen Fachkompetenzen hinausgehen, aber geeignet sind, Belastungssituationen entgegenzuwirken. Zu diesen Kompetenzen zählen beispielsweise die Fähigkeit, mit Arbeitsaufgaben strukturiert umzugehen, oder das Vermögen zur konstruktiven Kommunikation sowohl mit den Kolleginnen und Kollegen als auch mit den Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen.

Eine umsichtige Gesundheitsförderung für Gesundheitsberufe berücksichtigt darüber hinaus die Bedürfnisse von potenziellen Wiedereinsteigerinnen und Wiedereinsteigern in die Gesundheitsberufe - vor allem von Frauen nach der Babypause - und sieht Maßnahmen vor, die diesen einen Wiedereinstieg erleichtern, wie etwa die Flexibilisierung von Arbeitszeiten oder die Gewährung von Weiterbildungen, mit denen etwaige Wissensrückstände aufgeholt werden können. Um eine größtmögliche Effektivität der gesundheitsfördernden Maßnahmen sicherzustellen, ist es zudem erforderlich, dass diese einer kontrollierten Qualitätssicherung unterstellt und stärker als bisher über den Kreis des Pflegepersonals hinaus ausgedehnt werden, auf den sie sich bisher zumeist beschränken.

Quintessenz des Weltgesundheitstages 2006 in Deutschland

Die Weltgesundheitsorganisation gedachte anlässlich des Weltgesundheitstages 2006 der rund 60 Millionen Menschen, die weltweit in Gesundheitsberufen tätig sind. Herausgestellt wurde vor allem die Bedeutung, die diesen Menschen im Hinblick auf die Erhaltung und Förderung der Gesundheit der Bevölkerung zukommt. Andererseits wurde aber auch auf den zum Teil dramatischen Mangel an Gesundheitspersonal aufmerksam gemacht, unter dem vor allem die ärmeren Regionen der Welt leiden.

In Deutschland befasste sich der Weltgesundheitstag 2006 vorrangig mit den Auswirkungen des demographischen Wandels auf die Situation der Gesundheitsberufe. Die steigende Lebenserwartung und die fortschreitende Alterung der Gesellschaft sowie die damit einhergehende Zunahme an chronischen Erkrankungen und Multimorbidität stellen die Gesundheitsberufe in Zukunft vor große Herausforderungen.

Die nationale Fachveranstaltung zum Weltgesundheitstag 2006 in Deutschland führte rund 350 Vertreterinnen und Vertreter aus den Gesundheitsberufen, den Gesundheitswissenschaften und der Gesundheitspolitik zusammen, um gemeinsam aufzuzeigen, welche innovativen Wege beschritten werden müssen, um diese Herausforderungen zu meistern.

Unter den teilnehmenden Expertinnen und Experten bestand Einigkeit, dass rechtzeitig geeignete Maßnahmen in folgenden vier Bereichen ergriffen werden müssen: beim Ausbau der Gesundheitsförderung und Prävention im Alter, bei der Verbesserung der Kompetenzen und Qualifikationen der Gesundheitsberufe, bei der Stärkung der Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsberufen und bei der Optimierung der betrieblichen Gesundheitsförderung für die Gesundheitsberufe selbst.

Um die Gesundheitsförderung und Prävention im Alter zu fördern, wurden vor allem zwei Maßnahmen als wesentlich erachtet: zum einen die forcierte Entwicklung von effektiven und effizienten Konzepten, die auch Zielgruppen, Handlungsziele und Qualitätskriterien definieren, zum anderen eine höhere Priorisierung des Themas Gesundheitsförderung und Prävention im Alter in der Gesellschaft. Dabei sollte insbesondere auch der Vorbeugung psychischer Erkrankungen im Alter eine höhere Aufmerksamkeit zuteil werden - wie auch der Tatsache, dass sich die Präventionsbedürfnisse älterer Frauen und älterer Männer geschlechtsbedingt unterscheiden.

Zur Verbesserung der Kompetenzen und Qualifikationen der Gesundheitsberufe empfahlen die beteiligten Fachleute, die Aus-, Fort- und Weiterbildung in den Gesundheitsberufen inhaltlich zu aktualisieren und zu akademisieren. Außerdem regten sie an, vermehrt Expertenstandards zu formulieren, die berufliche Aufgaben- und Verantwortungsbereiche sowie verbindliche Qualitätsstandards für die Patientenversorgung festlegen. Eine zunehmend wichtigere Bedeutung wurde auch der Qualitätssicherung der diagnostischen und therapeutischen Verfahren, der Arzneimittel und der Behandlungsrichtlinien zugesprochen. Das im Jahr 2003 gegründete Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen in Köln leistet hier bereits einen wertvollen Beitrag und verbessert so die Kompetenzen der Gesundheitsberufe bei der Versorgung der Patientinnen und Patienten.

Als zentrales und bereits bewährtes Mittel zur Stärkung der Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsberufen wurde die Integrierte Versorgung - auch in Form der hausarztbasierten Integrierten Versorgung - hervorgehoben. Angesichts der anstehenden Herausforderungen sollte die Integrierte Versorgung weiter ausgebaut werden, indem die Anschubfinanzierung für integrierte

Versorgungsprojekte verlängert wird und Möglichkeiten geschaffen werden, auch die Verhinderung von Pflegebedürftigkeit als eine Zielgröße in Verträge der Integrierten Versorgung aufzunehmen.

Im Hinblick auf die erforderliche Optimierung der betrieblichen Gesundheitsförderung für die Gesundheitsberufe plädierten die Expertinnen und Experten dafür, gesundheitsfördernde Maßnahmen in Betrieben verstärkt ganzheitlich und als zentralen Baustein der Unternehmensentwicklung zu konzipieren. Betriebliche Gesundheitsförderung sollte zunächst systematisch die vorhandenen Optimierungspotenziale identifizieren und dann jeweils geeignete Instrumente für den Arbeitsschutz, die Arbeitslogistik, die Personalentwicklung, die Mitarbeiterführung und - oft übersehen - einen möglichen beruflichen Wiedereinstieg entwickeln.

Um sowohl nachhaltig wirksam als auch ökonomisch vertretbar zu sein, gelte es - so das Experten-votum -, bei allen genannten Maßnahmen darauf zu achten, dass diese nach Möglichkeit evidenzbasiert sind und dem aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechen. Vorbildliche Praxismodelle sollten noch stärker als bisher über geeignete Wege wie etwa Internet-Datenbanken oder Preisverleihungen bekannt gemacht und verbreitet werden.

Gelingt es den Gesundheitsberufen mit der nötigen gesamtgesellschaftlichen Unterstützung, diese Maßnahmen zur besseren Ausschöpfung vorhandener Gesundheitspotenziale umzusetzen, wird damit ein wichtiger Schritt getan sein, um die mit dem demographischen Wandel verbundenen sozial- und gesellschaftspolitischen Herausforderungen erfolgreich zu bestehen.

Liste der Referentinnen und Referenten

Reinhild Ferber, Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE) / Stellvertretende Sprecherin der Bundesarbeitsgemeinschaft der Heilmittelverbände e.V. (BHV)

Dipl.-Psych. Sabine Gregersen, Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), Abteilung Grundlagen der Prävention und Rehabilitation, Bereich Gesundheitsschutz / Psychologie

Prof. Dr. phil. Adelheid Kuhlmei, Institut für Medizinische Soziologie, Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften, Charité - Universitätsmedizin Berlin

Brigitte Müller, M.A., *mediCONcept* - Organisationsentwicklung im Gesundheitswesen für das Deutsche Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF)

Dr. med. Gabriele Müller de Cornejo, Leiterin der Medizinisch-Wissenschaftlichen Abteilung im Deutschen Hausärzterverband e.V.

Dipl.-Päd. Günther Pauli, Institut für betriebliche Gesundheitsförderung BGF GmbH

Prof. Dr. phil. Holger Pfaff, Leiter der Abteilung Medizinische Soziologie des Instituts für Arbeits- und Sozialmedizin und Sprecher des Zentrums für Versorgungsforschung Köln (ZVFK) der Universität zu Köln

Dr. rer. pol. Doris Pfeiffer, Vorstandsvorsitzende des Verbands der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK) und des Arbeiter-Ersatzkassen-Verbands e.V. (AEV)

Dr. med. Elisabeth Pott, Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Prof. Dr. med. Wolfgang von Renteln-Kruse, Medizinisch-Geriatrie Klinik Albertinen-Haus, Zentrum für Geriatrie und Gerontologie, Universität Hamburg

Dr. rer. nat. Gabriele Richter, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA)

Prof. Dr. phil. Rainer Richter, Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Zentrum für Innere Medizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf / Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer

Prof. Dr. med. Peter T. Sawicki, Leiter des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)

Prof. Dr. phil. Doris Schiemann, Professorin für Pflegewissenschaft an der Fachhochschule Osnabrück / Wissenschaftliche Leiterin des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) an der Fachhochschule Osnabrück

Christa F. Schrader, Projektleiterin und Referentin beim Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK)

Dr. med. Diethard Sturm, Erster Stellvertretender Vorsitzender des Deutschen Hausärzteverbandes e.V. / Vorsitzender des Instituts für hausärztliche Fortbildung des Deutschen Hausärzteverbandes e.V.

Susanne Weber-Mosdorf, Beigeordnete Generaldirektorin der Weltgesundheitsorganisation (WHO)