

Wir leben endlich

Sterben als Thema in der Gesundheitsversorgung und -förderung

Gesundes Alter(n) ist bereits seit 1996 ein wesentlicher Arbeitsschwerpunkt in der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen. Dennoch war auch bei uns die Thematisierung der letzten Lebensphase eher tabuisiert. Zum »erfolgreichen« Altern gehören aber nicht nur die relativ fitten Lebensjahre. Die Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen tragen natürlich dazu bei, dass ein Großteil der Jahre in der zweiten Lebenshälfte gesund verbracht wird und der Gesundheitsstatus von heute 75-Jährigen dem von 65-Jährigen vor drei Jahrzehnten entspricht. Aber diese Fortschritte tragen auch dazu bei, dass Sterben und Tod noch mehr verdrängt werden.

Dieser Newsletter versucht den bewussten Umgang mit der Endlichkeit des Lebens als eine lebenslange Entwicklungsaufgabe zu begreifen und das Thema in der Doppeldeutigkeit des Titels umzusetzen. Dass Sterben und Tod nicht nur im höheren Alter ins Leben eintreten können, greifen die Beiträge über Kinderhospiz-Arbeit und frühen Kindstod auf.

Das Thema stellt hohe Anforderungen an die Gesundheitsversorgung und den Umgang mit Sterben im Krankenhaus und Pflegebereich, aber auch in Kindergärten und Schulen. Gibt es so etwas wie »Death education«? Welche Vorsorge können Patientinnen und Patienten treffen? Welchem Wandel unterliegen Trauerarbeit und Bestattungsformen? Wie sieht eine gute palliative Versorgung aus? Diese Fragestellungen werden in den Schwerpunktartikeln dieses Newsletters ausführlich behandelt.

Trotz des Auslaufens der Förderung nach § 65b bleibt Patienteninformation und -unterstützung ein Schwerpunkt der Arbeit der Landesvereinigung. Im aktuellen Teil des Newsletters berichten wir deshalb über eine Gemeinschaftsaktion zu mehr Datenschutz in der Arztpraxis.

Die folgenden Schwerpunktthemen lauten »Gesundheitsrisiko Gewalt« - (Redaktionsschluss 15.10.2004) und »Viele Dicke - wenig Wissen, Adipositas in der Diskussion« (17.01.2005). Wie immer sind Sie herzlich eingeladen, sich an den kommenden Ausgaben mit verschiedensten Beiträgen, Anregungen und Informationen zu beteiligen.

Mit freundlichen Grüßen



Thomas Altgeld und Team

Inhalt

	Seite
■ Wir leben endlich	... 2
■ Kulturelle Unterschiede in der Trauerarbeit	... 3
■ Totengedenken und Begräbniskultur	... 4
■ Grundsätze des ärztlichen Handelns in der Sterbebegleitung	... 5
■ Patientenverfügung - Erfahrungen eines Amtsrichters	... 6
■ Patientenverfügung - Vorsorge fürs Lebensende	... 7
■ Medizinische Entscheidung am Lebensende in 6 europäischen Ländern	... 8
■ Umgang mit Krankheit, Sterben, Tod und Trauer in der Schule	... 8
■ Die Begleitung demenzkranker Menschen im Sterbeprozess	... 10
■ Hilfe für SID-betroffene Familien	... 11
■ Positive Lebensbewertung	... 12
■ Palliativ-Arbeitsgemeinschaft Niedersachsen gegründet	... 13
■ Aktion Datenschutz in der Arztpraxis	... 14
■ Alkoholhaltige Energydrinks	... 14
■ Neue Richtlinie zur Förderung niedrigschwelliger Angebote in Niedersachsen	... 14
■ Deutscher Präventionspreis 2004	... 15
■ Die FFGZ wird 30	... 15
■ Enquentekommision legt Bericht vor	... 15
■ SUPER SIZE ME	... 16
■ Häusliche Pflege	... 17
■ Hospiz Landesarbeitsgemeinschaft Niedersachsen e. V.	... 18
■ Kinderhospiz Löwenherz	... 19
■ Wer der Trauer Raum gibt	... 20
■ Palliativmedizin im Ev. Diakoniewerk	... 21
■ Themenheft Sterbebegleitung	... 22
■ Mehr Liebe in unseren Schulen	... 22
■ Ernährungsmedizin	... 22
■ Tabakentwöhnung	... 22
■ Übergänge in der Arbeit	... 22
■ Internetlinks	... 26

Wir leben endlich – Handlungsperspektiven bei Sterben, Tod und Trauer

Hinweise auf die Endlichkeit unseres Lebens verdichten sich mit zunehmendem Alter: Erste Trauer nach dem Verlust von Großeltern; Pflege und Sterbebegleitung von Eltern; Nachdenken über den eigenen Tod und das Leben danach, wenn wir z. B. eine Lebensversicherung oder ein Testament abfassen, sowie schließlich die Beschäftigung mit dem eigenen Sterbeprozess – insbesondere, wenn uns chronische oder terminale Erkrankungen treffen. Die Tatsache, dass trotz aller Ängste schwerkranke und sterbende Menschen häufig das Gefühl äußern, die Kostbarkeit der verbleibenden Lebenszeit wie nie zuvor zu empfinden, und beginnen, »endlich bewusst zu leben«, gibt der Überschrift noch eine andere Bedeutung, die ebenfalls zur Beschäftigung mit Tod und Trauer gehört.

Veränderte Realitäten

Dank besserer Lebensbedingungen und medizinischer Versorgung sind Haupttodesursachen nicht mehr schnell verlaufende Infektionskrankheiten, sondern sich über viele Jahre hinziehende, z.T. chronische Erkrankungen. Sterbeorte sind Krankenhäuser (ca. 50%) oder Altenheime (ca. 25%), obwohl die Mehrheit der Betroffenen nach Umfrageergebnissen lieber zu Hause sterben würde. Todesfälle sind zu 3/4 Todesfälle alter Menschen über 65 Jahre, die durch die schmerzlin- dernden Möglichkeiten einer inzwischen hochspezialisierten Palliativ- und Hospizversorgung zwar weitgehend schmerzfrei sterben könnten, dies aber, auf Grund unzureichender Angebote der niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen sowie der institutionellen Sterbeorte, leider nur selten erleben dürfen.

Neue Sensibilitäten und Anfragen ... auf gesellschaftlicher Ebene

Sterben als natürlicher Bestandteil auch des gesündesten Lebens – diese Sicht ist uns abhanden gekommen. Die Hospizbewegung – in Deutschland seit den 80er Jahren aktiv – ist auch durch das Engagement von Ehrenamtlichen Teil einer gesellschaftlichen Gegenbewegung geworden, die Bedürfnisse Sterbender und ihres persönlichen Umfelds wieder in den Mittelpunkt stellt. Hier ist eine Haltung entstanden, die an allen Sterbeorten ein Abschiednehmen wie zu Hause ermöglichen soll. Dazu gehört ein gemeinsames Aushalten und Ernstnehmen im emotionalen und spirituellen Leid bei gleichzeitig bestmöglicher medizinisch-pflegerischer Bekämpfung von Schmerzen durch palliative Maßnahmen.

Während lange Jahre in Deutschland das Thema »Sterbehilfe« nach den Schrecken des Dritten Reiches ein Tabu war, kann man nun Zeichen einer neuen Euthanasiebewegung wahrnehmen. Immer offener wird die Rationierung von Leistungen diskutiert, und letztlich stellt sich die zentrale Frage: »Welche Lebensqualität für alte, verwirrte, sterbende Menschen können wir uns noch leisten und wie können wir deren Lebenswillen und aktuelle Wünsche überhaupt erschließen?« Die Tatsache, dass in empirischen Untersuchungen »anderen nicht zur Last fallen« und »Spuren hinterlassen wollen« Kategorien sind, die Betroffene häufig als Aspekte eines »guten Sterbens« nennen, zeigt, wie sehr weniger Lebensdauer als viel- mehr Lebensqualität am Lebensende gefragt ist.

...auf institutioneller Ebene

Medizinisch-pflegerische und juristische Fragen einer Ethik des Lebensendes werden immer mehr Gegenstand öffentlicher Diskussion. Dies ist gut, weil auf diese Weise nach den Rahmenbedingungen des Sterbens gefragt wird – auch im Krankenhaus und Altenpflegeheim. Gerade demenzkranke Menschen zeigen uns, wie schnell individuelle Gestaltungsmöglichkeiten an Grenzen stoßen. Wer nur noch eingeschränkt kommunizieren kann, ist darauf angewiesen, dass entweder andere stellvertretend für ihn Bedürfnisse artikulieren und erfüllen oder aber Organisationen ethische Standards entwickeln, die sowohl die autonome Mitwirkung der Betroffenen zulassen, als auch Faktoren zum Erhalt der Würde sterbender Menschen als Teil notwendiger Fürsorge bereitstellen. Die Beschäftigung mit Fragen der Implementation des Hospizgedankens in Altenpflegeeinrichtungen zeigt die Schwierigkeiten und Möglichkeiten einer solchen Organisationsentwicklung. Zukünftig müssen dort Belastungsgrenzen und Kompetenzprofile hauptamtlicher Kräfte sowie die Kooperation mit Ehrenamtlichen geprüft werden. Immer wichtiger werden auch die Begleitung und Integration sowohl pflegender als auch trauernder Angehöriger.

...auf der individuellen Ebene

Bei der Frage nach der besten Vorsorge im Fall von Krankheit, Pflegebedürftigkeit und im Umfeld des Sterbens haben Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten eine besondere Bedeutung. Sie wurden zwar zum Schutze von Patienten und Patientinnen entwickelt, werden aber immer wieder auch als Gefahr zur Rechtfertigung der Einstellung von Behandlungsmaßnahmen diskutiert.

Die Abnahme religiöser und weltlicher Trauerrituale hat auch Schonräume für einzelne Trauernde reduziert. Trauer braucht Zeit, ist schmerzvoll und passt daher wenig in die heutige schnelllebige »Spaßgesellschaft«. Da Trauer zwar keine Krankheit ist – 2 Tage arbeitsfrei gewährt der Gesetzgeber beim Tod eines Ehepartners! – unverarbeitete Trauer jedoch krank machen kann, werden insbesondere Trauergruppen als heilsame Ausspracheorte zunehmend gesucht und angeboten.

»Death-education« und »erfolgreiches Altern«

Immer mehr auch ältere (d.h. über 60jährige) Menschen erfahren derzeit in Begleitungsaufgaben bei Hospizinitiativen und der dortigen Auseinandersetzung mit Tod und Sterben, dass dabei im Sinn einer »death-education« wichtige Potenziale zur Entwicklung ihrer Persönlichkeit hin zum »erfolgreichen Altern« liegen. Hier kann erstens der eigenen Trauer unter Gleichbetroffenen aller Altersgruppen Raum gegeben, zweitens in der Begleitung junger Menschen im Sterben der eigene Tod im Alter relativiert, drittens der Informationsstand zu Fragen rund um das Lebensende aktualisiert, und – last not least – in dem Gefühl, noch etwas geben zu können, dem eigenen Leben Sinn gegeben werden.

Literatur bei der Verfasserin: PROF. DR. DIPL. PSYCH. KARIN WILKENING, Fachhochschule Braunschweig/Wolfenbüttel, Ludwig-Winter-Straße 2, 38120 Braunschweig, Tel.: (05 31) 2 34 49 34

Friedrich Heckmann

Kulturelle Unterschiede in der Trauerarbeit

›Gib mir die gabe der tränen gott
gib mir die gabe der sprache
gib mir das wasser des lebens‹

schreibt Dorothee Sölle in einem ihrer Gedichte. Die Tränen der Trauer gehören zu den universellen ›Gaben‹ der Menschheit, allen Menschen, Kulturen und Religionen geschenkt. Menschen dürfen sich dem Prozess hingeben, den wir als Trauerarbeit bezeichnen, jenem Prozess, durch den der Mensch Verlust, Tod, Trennung oder Abschied verarbeitet. Die Tränen und die Trauer, die jene zeigen, gehören elementar zum Menschen, ermöglichen ihm, durch Sprachlosigkeit, Ohnmacht, innere Leere, Hilflosigkeit, Verzweiflung, Zorn und Wut hindurchzugehen, Trauer zu erleben und sie aktiv zu bearbeiten. Am deutlichsten wird dies im Todesfall eines geliebten Menschen.

Totenbräuche als Hilfe

Angehörige und Betroffene finden in Totenbräuchen und überindividuellen Formen menschlichen Verhaltens während und nach der Bestattung Hilfe, um ihrer Trauer Ausdruck zu geben und sich in der Zeit des Schocks der Gemeinschaft gegenüber verhalten zu können, ohne ihrer Trauer individuelle Form geben zu müssen. Wesentliche Merkmale der Trauer lassen sich universalisieren, in unterschiedlichen Kulturen und Regionen wiederfinden. H. Stubbe weist durch seine kulturanthropologischen Studien solche Traueruniversalien nach, sie können jedoch m. E. nur als Anhaltspunkte dazu verstanden werden, den je kulturell geformten Ausprägungen im Alltag nachzugehen. Das Trauer-Weinen, die Kleidung, Trauer-Verzichte und -Verbote, Selbstaggression und Trauer-Zerstörung, Trauer-Klagen und Tänze, Grabbeigaben bei der Bestattung und die Riten nach der Bestattung wie Trauermahl und Trauerzeit erlauben eine Klassifikation der Vielfältigkeit des Trauerverhaltens und -erlebens, die einen vorsichtigen und sorgsamem Umgang mit der Trauer in einer offenen (Migrations-) Gesellschaft ermöglichen. Übernommene Trauereriten helfen, Krisen zu bewältigen, die hergebrachte Sitte macht den Ausdruck der Trauer zur Verpflichtung. Insofern ist die Herkunft der Sitte aus welcher Kultur auch immer wichtig für das Gelingen der Trauerarbeit.

Unterschiedliche Trauereriten

Jenseits verallgemeinernder Klassifikationen des Trauererlebens unterscheiden sich die konkreten Trauereriten von Kultur zu Kultur beträchtlich. Gegen Stubbe ließe sich sagen, dass die Vielfalt der kulturellen Verarbeitung von Trauer jeglicher Klassifikation entgegensteht. Der analytische Zugriff auf Trauerverhalten, die Sicht von außen also, ist wenig hilfreich in der konkreten Begleitung von Trauernden, in der Begegnung mit dem Trauerverhalten anderer in einer polykulturellen und d.h. vor allem auch einer polyreligiösen Gesellschaft. Um so wichtiger ist ein gesellschaftliches Wissen um die kulturellen und religiösen Unterschiede im Trauerverhalten, um dem anderen den ihm zukommenden Respekt vor seiner Trauer entgegenbringen und unterstützende Hilfe im Trauererleben leisten zu können. Das betrifft z. B. die unterschied-

lichen Trauerzeiten wie die Zeit des Moratoriums nach dem Sterbefall: sieben Tage enthalten sich die Trauernden im Judentum nach dem ersten Tag der Verzweiflung jeglicher Arbeit, Körperpflege und Nahrungsaufnahme werden reduziert. Ein unrasierter, ungepflegter Mann hat also nicht Probleme, seinen Alltag zu strukturieren, sondern nimmt sich die ganze Zeit dieser sieben Tage für die Trauer. Ähnlich ist es im Islam. Dabei sei auf den engen Zusammenhang des Trauerns zur Religion hingewiesen, der in unserer Gesellschaft ausgeblendet wird.

Trauer zwischen Privatisierung und religiöser Veröffentlichung

Trauer wird privatisiert. Religion dagegen veröffentlicht im Trauerverhalten und Trauereritus die Trauer des einzelnen oder einer Familie. So widersprechen sich in der eigenen Kultur und Religion wurzelndes Trauerverhalten, wie es in den europäischen Migrationsgesellschaften in großer Vielfalt erlebbar ist, und die seit der Industrialisierung zunehmende Tendenz, Trauer aus dem öffentlichen Leben zu verdrängen: Trauerkleidung wird selbst zur Beerdigung immer weniger getragen, geschweige denn ein ganzes Jahr. Dass in unserer Gesellschaft Menschen weiterhin Trauerarbeit leisten, wird ausgeblendet: 40 Tage nach der Bestattung gestalten muslimische Mitbürger ihr Leben durch Trauersitzungen, religiöse Lesungen, Armenspeisungen. Weitere Trauerrestriktionen beschneiden das ›normale‹ Leben. Im Judentum dauert die dritte Trauerphase 30 Tage. Christliche Trauereriten haben ebenso wie die islamischen Anteil an den aus dem Judentum stammenden Trauermythen, um die kollektive wie individuelle Trauerarbeit zu unterstützen. Aber christliche Gemeinden leisten diese Trauerarbeit durch Trauereritage kaum noch öffentlich. Eine Ausnahme bilden z. T. ländliche Räume, in denen die kirchliche Tradition öffentlich wirksam den Trauerprozess unterstützt. Das gegenwärtige Trauerverhalten ist jenseits der traditionellen religiösen Trauereritage ›entregelt‹, die Regeln bestimmt die leistungs- und konsumorientierte Arbeits- und Erlebnisgesellschaft. Störungen in der Trauerverarbeitung weisen auf das Fehlen unterstützender religiöser Rituale und Normen des Trauerverhaltens. Die ›private‹ Verarbeitung stützt sich auf eine kommerzialisierte Form der Bestattung und eine diese bedingende beschönigende und distanzierende Einstellung zu Sterben und Tod. Stubbe spricht von dem American way of death. Demgegenüber wird soziale und gesellschaftliche Unterstützung individueller Trauerarbeit auf dem Hintergrund der nach wie vor wirksamen christlichen Tradition sowie zunehmender kultureller und religiöser Vielfalt, der Verdrängung des Todes und der Kommerzialisierung der Trauer- und Bestattungskultur in unserer Gesellschaft die Wahrnehmung öffentlichen Trauerverhaltens sowie die Wiederbelebung verschütteter Trauereritage fördern und soziale und kollektive Vernetzung zur wirksamen Trauerarbeit unterstützen.

PROF. DR. FRIEDRICH HECKMANN, *Ev. Fachhochschule Hannover, FB Sozialwesen, Blumhardtstr. 2, 30625 Hannover, Tel.: (05 11) 53 01-141*

Theo R. Payk

Totengedenken und Begräbniskultur im Wandel der Zeiten

Die Wertschätzung menschlicher Würde und die Achtung vor der Einzigartigkeit alles Lebendigen lässt sich auch am Umgang mit Sterben und Tod ablesen. Der Begriff ›Bestattung‹ hatte ursprünglich die Bedeutung, etwas ›an die rechte Stelle bringen‹. Die weltweit sich differenzierenden Bestattungsgepflogenheiten umfassen inzwischen eine Übergabe des Verstorbenen an alle vier Elemente: Erde, Wasser, Feuer und Luft.

Weiterexistenz und Ansehen

Die Versorgung der Toten war stets abhängig von den Vorstellungen über eine mögliche Weiterexistenz in veränderter Form an einem anderen Ort. Dem Wunsch nach Erhalt zumindest der äußeren Erscheinung entsprangen Gebräuche der Einbalsamierung oder Mumifizierung, ersatzweise der Aufbewahrung eines Bildnisses.

Andererseits stellt die Bestattungskultur insofern ein Soziogramm der Gesellschaft dar, als noch über den Tod hinaus Besitz und Ansehen demonstriert werden; wer sich oder anderen als wichtig gilt, hat ein entsprechend großartiges Grabmal zu erwarten. Prunkvolle Bestattungen in Pyramiden, Hügelgräbern oder Mausoleen waren stets den Mächtigen und Reichen vorbehalten, während die sterblichen Überreste der weniger Privilegierten schlicht in der Erde vergraben wurden.

Erste Anfänge und Tradition

Mit dem Vermögen zu Reflexion und Ich-Bewusstsein kam vermutlich auch die Erkenntnis auf, dass wir und alles, was lebt, vergänglich sind. Die ersten nachweisbaren Erinnerungszeichen in Form von Grabpfählen und steinernen Stelen (Menhiren) stammen aus der Steinzeit. Schon während der Altsteinzeit wurden sog. Hockergräber angelegt, in denen Verstorbene in Embryostellung bestattet und mit Grabbeigaben für den Aufenthalt im Totenreich versehen wurden. Aus der mittleren und jüngeren Steinzeit sind Baumsärge bekannt, die in Megalithgräbern aus aufgeschichteten Findlingen gefunden wurden. In den mesopotamischen, ägyptischen und mittelamerikanischen Pyramidenbauten und den riesigen alchinesischen unterirdischen Grabkammern fand der Totenkult seine bislang monumentalste bauliche Ausprägung.

Die Totenstädte (Nekropolen) der Antike lagen außerhalb der Stadtmauern, wobei berühmte Persönlichkeiten in steinernen Sarkophagen beigesetzt wurden. Im alten Rom versteckten die verfolgten Christen die Leichen in den Katakomben. Mit der Ausbreitung des Christentums gelangten Bestattungen offiziell in die Obhut der Kirche. Zwar erfolgten Beerdigungen in anonymen Sammelgräbern, jedoch an besonderen, unter göttlichem Schutz stehenden ›geheiligten‹ Orten; prominenten Personen wurde durch eine Grabplatte an oder in der Kirche gedacht. Selbstmörder, Verbrecher, ungetaufte Kinder oder Angehörige verfemter Berufe waren von einer kirchlichen Bestattung ausgeschlossen. Sie wurden verbrannt oder in einen Fluss geworfen.

Da die Massengräber aus Platzgründen ab und zu geleert werden mussten, wurden die ausgegrabenen Knochen in Beinhäusern (Ossarien) zusammengetragen, um dort der Auferstehung zu harren. Die Gebeine von Märtyrern oder Heiligen waren bis zur Reformation begehrte Reliquien. Aus theo-

logischen Gründen untersagte die Kirche daher seit dem 8. Jahrhundert ihren Gläubigen die Einäscherung des Leichnams, da wegen ihrer alttestamentarischen Ächtung die Leichenverbrennung als Totenschändung im jüdisch-christlichen Kulturraum verpönt war. So gab es vor allem von katholischer Seite bis zur Revision im Jahr 1963 erheblichen Widerstand gegen die Feuerbestattung. In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts entstanden Feuerbestattungsvereine; 1876 wurde in Mailand das erste Krematorium gebaut, zwei Jahre später das in Gotha. Eine unfassbare Perversion erfuhr der Einäscherungsgedanke durch die planmäßigen Massenverbrennungen von KZ-Häftlingen und psychisch Kranken, die im Rahmen des Nazi-Tötungsprogramms ermordet wurden.

Zunehmende Regulierung

Industrialisierung, Bevölkerungswachstum und wachsende Bedeutung medizinischer Hygiene führten zu Ende des 18. Jahrhunderts mehr und mehr zur Regulierung der Beerdigungsformalien. Die Zuständigkeit für das Bestattungswesen wurde kommunalen Behörden übertragen, dadurch auch standardisiert und bürokratisiert. Die damals nicht grundlos verbreitete Angst vor dem Scheintod führte zur gesetzlichen Totenschau und zur Aufbewahrung des Leichnams über mehrere Tage. Zu diesem Zweck entstanden auf den Friedhöfen die Vorläufer der späteren Leichenhallen.

Im 19. Jahrhundert wurde die Beisetzung im Anschluss an die kirchliche Trauerfeier oder Totenmesse gänzlich zu einer Dienstleistung. Beerdigungen wurden professionalisiert. Es bildeten sich Vereine zur Friedhofspflege und Denkmalsgestaltung. Die meisten Friedhöfe wurden kommunalisiert und Anzahl, Größe und Erhalt der einzelnen Gräber festgelegt. Im Sinne einer neuen Friedhofsästhetik wurden sie an den Stadtrand verlegt, landschaftsarchitektonisch geplant und im Stil von Parkanlagen oder als Waldfriedhöfe gestaltet. Sie dienten nicht mehr nur dem Gedenken an die Verstorbenen, sondern auch der Besinnung und Erholung.

Neue Formen des Totengedenkens

Der gesellschaftliche Wandel des 20. und 21. Jahrhunderts geht mit Forderungen nach einer Liberalisierung der Bestattungsvorschriften bzw. einer Lockerung des Friedhofsmonopols einher, z. B. nach Einrichtung von Naturfriedhöfen (›Friedwälder‹) oder anderen, individuelleren Begräbnismöglichkeiten; überdies gibt es eine Zunahme anonymer Begräbnisse.

Das Internet-Zeitalter bietet neue Möglichkeiten des Andenkens an die Verstorbenen. So werden auf speziellen Gedenkportalen (›Memory Halls‹) Nachrufe mit Texten, Bildern und Musik präsentiert und die Möglichkeit geboten, per E-Mail zu kondolieren. Die Zukunft wird zeigen, ob diese neue Form des Totengedenkens die herkömmlichen Gebräuche des Trauerns und Erinnerns ergänzen oder gar ersetzen wird. Bis dahin wird wohl den meisten der Friedhof letzter ›Zufluchtsort‹ – so dessen ursprüngliche Wortbedeutung – bleiben.

PROF. DR. DR. THEO R. PAYK, *Westfälisches Zentrum für Psychotherapie und Psychiatrie, Klinik der Ruhr-Universität Bochum, Alexandrinenstraße 1, 44791 Bochum*

Hermann Stockhorst

Grundsätze des ärztlichen Handelns in der Sterbebegleitung

In der jüngeren Vergangenheit hat eine in der Öffentlichkeit und auch von den Berufsverbänden geführte Diskussion über die Sterbehilfe und Sterbebegleitung stattgefunden, die dem Arzt im Ergebnis mehr Hilfestellungen im Umgang mit sterbenden Patienten gibt. Dies findet seinen wohl deutlichsten Ausdruck in den »Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung« der Bundesärztekammer.

Die Auseinandersetzung über Sterbehilfe und Sterbebegleitung nahm ihren Ursprung in den Ängsten von Patientinnen und Patienten vor einer menschenunwürdigen Praxis der Lebensverlängerung durch die moderne apparative Medizin und die häufig gestellte Forderung, den Zeitpunkt des eigenen Todes festlegen zu wollen.

Die von Fachleuten und Laien geführte Diskussion mündete 1998 in den von der Bundesärztekammer beschlossenen »Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung«, die 2004 überarbeitet und in einer Neufassung verabschiedet wurden.

Die »Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung« sind nicht nur Wegweiser für ärztliches Handeln, sondern entwickeln aufgrund der Rechtsprechung der letzten Jahre einen juristisch bindenden Charakter. Aktive Sterbehilfe wird durch die deutsche Ärzteschaft kategorisch abgelehnt. Für Situationen, in denen Maßnahmen zur Lebensverlängerung nicht mehr sinnvoll erscheinen, wird jedoch eine Richtungsänderung des Therapieziels gefordert.

Basisbetreuung

Ausdrücklich schreiben die Grundsätze für alle Patientinnen und Patienten eine unverzichtbare Basisbetreuung vor, die das Recht des Einzelnen auf ein menschenwürdiges Dasein garantiert und zudem Behandlungsgrundlage für eine Sterbebegleitung ist. Die Basisbetreuung billigt jeder Patientin und jedem Patienten eine menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege, Lindern von Schmerzen, Atemnot und Übelkeit und das Stillen von Hunger und Durst zu. Diese Grundsätze gelten nicht nur in der Phase des Sterbens, sondern auch bei Patientinnen und Patienten mit aussichtsloser Prognose. Sie ermöglichen eine Therapiereduktion, die z. B. für die intensivmedizinische Therapie Konsequenzen hat.

Voraussetzung ist immer der Abgleich mit dem Patientenwillen, der bei einwilligungsfähigen Patientinnen und Patienten erfragt werden kann. Bei Patienten und Patientinnen, die nicht in der Lage sind, ihren Willen zu äußern, wird die Behandlungsgrundlage aus deren mutmaßlichem Willen entwickelt. Dieser muss im Gespräch mit Betreuenden und Angehörigen gefunden werden oder liegt, ein Glücksfall für den behandelnden Arzt bzw. die Ärztin, in einer Patientenverfügung vor.

Begriffsklärungen

Zur Begriffsbestimmung bedarf es der Abgrenzung von Therapiebegrenzung, Therapiereduktion und Therapieabbruch. In der Therapiebegrenzung wird der Verzicht auf eine Eskalation der Intensivtherapie definiert und eine Vereinbarung über Handlungsweisen getroffen, z. B. Verzicht auf Wiederbelebung. Therapiereduktion ist die Rücknahme begonnener

intensivtherapeutischer Maßnahmen und die Reduktion auf eine rein unterstützende Basisbetreuung. Der Therapieabbruch ist eine vollständige Therapiereduktion.

Davon abzugrenzen ist die Sterbehilfe. In Deutschland werden in der Rechtsprechung verschiedene das Leben beendende Maßnahmen unterschieden und bewertet. Man unterscheidet aktive Sterbehilfe, passive Sterbehilfe und indirekte Sterbehilfe.

Aktive Sterbehilfe (»Euthanasie«) stellt das absichtliche und aktive Eingreifen zur Beschleunigung des Todesintritts auf ausdrücklichen Wunsch von Patientin oder Patient dar. Das kann auch ärztliches Handeln sein. Dieses Eingreifen ist gleichzusetzen mit einer Tötung auf Verlangen und strafbar nach § 216 StGB. Das Hauptmerkmal der aktiven Sterbehilfe ist nicht die aktive Handlung als solche (z. B. Abstellen des Beatmungsgerätes), sondern der Wille, durch die Handlung den Tod herbeizuführen.

Demgegenüber stellt passive Sterbehilfe den juristisch zulässigen Behandlungsverzicht bei Sterbenden dar. Im Sinne der Therapiereduktion oder des Therapieabbruchs werden Maßnahmen beendet, die das menschliche Sterben verlängern.

Indirekte Sterbehilfe ist die juristisch nicht strafbare unbeabsichtigte Nebenwirkung einer sinnvollen therapeutischen Maßnahme, die den Eintritt des Todes schneller herbeiführt. Intention der Therapie ist dabei in der Regel die Linderung von Leiden, z. B. schmerzlindernde Medikamente in der Tumorthherapie.

Auch die Herausgabe einer Anleitung zur Selbsttötung wird als Sterbehilfe gesehen, die standesrechtlich im Widerspruch zum ärztlichen Behandlungsauftrag, aber nicht im Gegensatz zum geltenden Recht steht.

Sterbebegleitung findet nicht nur im Krankenhaus statt. Die Vorstellung vom Hausarzt, der den Sterbenden an dessen Bett sitzend begleitet und den Angehörigen beisteht, ist vielleicht wünschenswert, aber nicht realistisch. Dennoch ist Sterbebegleitung jahrhunderte altes Handwerk der Medizin und wird von den dort tätigen Professionen beherrscht.

Palliativmedizin

In der weiterführenden Diskussion muss dann der Begriff der Palliativmedizin eingeführt werden. In ihr werden die körperlichen, seelischen und sozialen Probleme des Sterbeprozesses als Schwerpunktaufgabe gesehen. Zusätzlich zu den medizinischen Handlungsgrundlagen ist ein Schwerpunkt die psychosoziale Hilfestellung, die den involvierten Angehörigen Freiräume für die Sterbebegleitung geben. Sie beinhaltet eine berufsgruppenübergreifende Sterbebegleitung und hat die Bedürfnisse von Patientinnen oder Patienten nach einer fachlich kompetenten Symptom- und Schmerzkontrolle und der integrativen Betrachtung des Sterbeprozesses als Teil des Lebens zusammengeführt.

Zusammengefasst muss man feststellen, dass sich die Grundsätze des ärztlichen Handelns in der Sterbebegleitung mit dem aus dem gesellschaftlichen Wandel hervorgehenden Zwang entwickeln. Wurden früher Todkranke durch ihre Angehörigen in der häuslichen Gemeinschaft gepflegt, sind heute die Professionen des Gesundheitswesens gefragt, den Kon-

flikt zwischen medizinisch Möglichem und menschlich Gewolltem zu lösen.

DR. HERMANN STOCKHORST MBA, *In den Sieben Stücken 2-4, 30665 Hannover, Tel.: (05 11) 90 67 34, Fax: (05 11) 9 06 73 78, E-Mail: stockhorst.direktorium@klinikum-hannover.de, www.klinikum-hannover.de*

Dirk Veldtrup

Patientenverfügung – Erfahrungen eines Amtsrichters

In meinem beruflichen Alltag erlebe ich immer wieder, dass mir bei Anhörungen zu Betreuerbestellungen von den Partnern und Partnerinnen der Betroffenen oder deren Kindern entgegengehalten wird, sie regelten schon die Zustimmung zu ärztlichen Eingriffen, schließlich seien sie ja schon sehr lange verheiratet bzw. Kinder der Betroffenen.

Diese Ansicht ist zwar weit verbreitet, aber falsch, denn jeder und jede Volljährige ist nur für sich allein verantwortlich und kann nur für sich selbst entscheiden, es sei denn, sie oder er hätte eine Vollmacht erteilt oder stünde unter Betreuung.

Dieses Selbstbestimmungsrecht umfasst auch das Recht, über den eigenen Körper und die Gesundheit zu entscheiden mit der Folge, dass jeder ärztliche Eingriff die vorherige Zustimmung des Patienten erfordert, die ausdrücklich erteilt werden muss und die Aufklärung der Ärztin und des Arztes über die möglichen Folgen einer Behandlung oder das Unterlassen von ärztlichen Maßnahmen voraussetzt. Behandelt die Ärztin oder der Arzt trotz fehlender Zustimmung der Patientinnen und Patienten, machen sie sich der Körperverletzung schuldig.

Diese Folge tritt natürlich nicht ein, wenn sie etwa ein bewusstloses Unfallopfer behandeln, weil hier ein Einverständnis mit der Rettung des Lebens unterstellt werden kann.

Dieser Unterstellung kann aber dadurch entgegenge wirkt werden, dass Patientinnen und Patienten zu einer Zeit, zu der sie geistig dazu ohne Frage in der Lage waren, schriftlich verfügen, in bestimmten Situationen keine weitere ärztliche Behandlung zu wollen. Es reicht nicht, vor dem Fernseher bei der Schilderung über komatöse Patientinnen und Patienten, die mit einer Magensonde über Jahre ernährt werden, festzustellen, »so möchte ich nie enden«, sondern genau diese Situation sollte schriftlich festgelegt und eine weitere Behandlung ausdrücklich ausgeschlossen werden.

Das setzt voraus, dass eine solche Erklärung erst nach einer eingehenden Beratung durch einen Arzt oder eine Ärztin des Vertrauens und mit seiner bzw. ihrer Bestätigung erstellt wird, damit der »Empfänger«, also das später eingesetzte ärztliche Personal weiß, dass diese Erklärung auf einer fachlich fundierten Aufklärung beruhte.

Eine notarielle Beurkundung oder eine sonstige Form ist nicht vorgeschrieben. Dringend anzuraten ist aus meiner Erfahrung, dass mit den nächsten Angehörigen auch zu Zeiten, zu denen dies noch möglich ist, besprochen werden soll-

te, wie man sich die Sterbebegleitung, Schmerzlinderung und die Beerdigung vorstellt, weil das Thema Sterben und Tod in unserem Leben viel zu oft ausgeblendet wird. Das führt nicht selten dazu, dass viele Familien fassungslos und völlig ratlos dastehen, wenn der Tod eingetreten ist, weil sie gar nichts darüber wissen, was der bzw. die Verstorbene sich für diesen Fall selbst vorgestellt hat.

Zugleich wäre dies auch eine Gelegenheit, die Frage der weiteren Behandlung am Lebensende mit der Familie oder guten Bekannten zu besprechen und zu klären, ob eine oder einer von ihnen bereit ist, für die Durchsetzung der schriftlich festgelegten Wünsche zu sorgen und als Bevollmächtigter oder Bevollmächtigte in der Patientenverfügung aufgeführt zu werden.

DIRK VELDRUP, *Richter am Amtsgericht, Sonnenweg 33, 30171 Hannover*

Impressum

Herausgeberin und Verlegerin:

Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.
Fenskeweg 2, 30165 Hannover,
Tel.: (05 11) 3 50 00 52,
Fax: (05 11) 3 50 55 95,
E-Mail: LV-Gesundheit.Nds@t-online.de
Internet: www.gesundheit-nds.de

ISSN: 1438-6666

V.i.S.d.P.: Thomas Altgeld

Redaktion: Thomas Altgeld, Bärbel Bächlein, Claudia Bindl, Iris Bunzendahl, Stephanie Büttner, Sabine Hillmann, Angelika Maasberg, Franka Matthies, Eike-Christian Reinfelder, Dr. Antje Richter, Tania-Aletta Schmidt, Ute Sonntag, Irmtraut Windel, Birgit Wolff

Beiträge: Dr. Marie-Elisabeth Averkamp, Dr. Georg Bosshard, Heiner Brock, Dr. Ralph Charbonnier, Dr. Karin Faisst, Susanne Fischer, Prof. Dr. Friedrich Heckmann, Sven Jennessen, Hildegard Jorch, Wolfgang Krause, Inge Kunz, Burkhard Nedden, Monika Ortmann, Prof. Dr. Dr. Theo R. Payk, Dr. Christoph Rott, Ines Schäferjohann, Dr. David L. B. Schwappach, Mirjam Stierle, Dr. Hermann Stockhorst, Prof. Dr. Johann-Christoph Student, Ulrich Sündermann, Christel Suppa, Dirk Veldtrup, Wilken Voss, Prof. Dr. Karin Wilkening

Sekretariat: Andrea Eins, Marcin Czerwinski

Redaktionsschluss Ausgabe Nr. 45: 15.10.2004

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

Auflage: 5.500

Gestaltung: formfuersorge

Druck: Interdruck Berger

Erscheinungsweise: 4 x jährlich, im Quartal

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

Falls diese Ausgabe keinen Rückmeldecoupon mehr enthält, können Sie sich unter der oben angegebenen Adresse der Landesvereinigung kostenlos in den Newsletter-Verteiler aufnehmen lassen und/oder weitere Informationen über unsere Arbeit anfordern.

Patientenverfügung – Vorsorge fürs Lebensende

Die Vorstellung, bei schwerster Krankheit hilf- und wehrlos an medizinische Apparate angeschlossen zu sein, ängstigt viele Menschen. Es gibt Möglichkeiten, Vorsorge zu treffen – allerdings gehört dies wohl überlegt.

Oft besteht die Sorge mancher Patientinnen und Patienten, dass sie, sobald sie in einen hilflosen Zustand geraten, zum Objekt des Handelns werden, sich Maßnahmen gefallen lassen müssen, die sie eigentlich nicht wollen.

Vielen Menschen erscheint es deshalb sinnvoll, für die letzte Lebensphase eine rechtliche Absicherung zu suchen. Hierzu eignen sich die so genannten Vorausverfügungen, von denen die ›Patientenverfügung‹ am bekanntesten sein dürfte. Allerdings ist hier durchaus Vorsicht geboten. Die in Deutschland mittlerweile weit verbreiteten Patientenverfügungs-Formulare, auf denen man nur ankreuzen muss, was einem sinnvoll erscheint, haben sich in der Praxis als wenig tauglich erwiesen. Sie sind viel zu pauschal formuliert, um wirksam werden zu können.

Deshalb ist es wichtig, eine wirksame Sicherung für die letzte Lebensphase dadurch zu erreichen, dass auf pauschalierende Formulierungen verzichtet wird und stattdessen eine sehr individuelle, ganz persönliche Verfügung verfasst wird. Im Folgenden werden fünf Schritte beschrieben, die helfen können, wirksame Verfügungen für die Zeit des Sterbens zu treffen.

5 Schritte

1. Schritt: Wir müssen über unsere Wünsche und Bedürfnisse am Lebensende nachdenken – nicht nur einmal, sondern immer wieder.

Aus den oben geschilderten Erfahrungen und Sorgen entstehen häufig Patientenverfügungen, die vor allem beschreiben, was ein Mensch im Falle seines Lebensendes nicht möchte. Sieht man aber genauer hin, sind diese Patientenverfügungen meist wenig hilfreich, weil sich ihnen nicht entnehmen lässt, was ein Mensch an seinem Lebensende und in hilflosem Zustand möchte. Es ist wichtig und entscheidend, für das eigene Lebensende Wünsche zu formulieren. Das heißt, dass man sich vor allem die Frage stellen muss: ›Wie möchte ich sterben?‹

2. Schritt: Wir müssen diese Überlegungen mit den Menschen, die uns nahe stehen, eingehend besprechen – nicht einmal, sondern immer wieder.

Aber Voraussetzung dafür, dass unsere Wünsche eines Tages in Erfüllung gehen, ist, dass wir sie äußern, also mit Menschen, die uns nahe stehen, darüber ins Gespräch kommen. Wer hierzu den ersten Schritt wagt, wird mit vielen anderen Menschen die Erfahrung teilen, dass das Gespräch über letzte Dinge eine ganz besondere Form der Nähe, ja Intimität schafft.

3. Schritt: Wir tun gut daran, das Ergebnis dieser Gespräche auch schriftlich zu dokumentieren (Patientenverfügung). Wenn wir unsere Wünsche mit anderen diskutiert haben, ist der richtige Zeitpunkt gekommen, unsere Wünsche auch in schriftlicher Form zu dokumentieren. Dieses Papier lässt sich dann mit Recht als Patientenverfügung bezeichnen, denn es spiegelt unsere eigenen Überlegungen wider und ist bereichert durch die Gedanken jener Menschen, die uns nahe stehen.

4. Schritt: Es ist wichtig zu wissen, dass auch eine Patientenverfügung immer nur ein Anhaltspunkt sein kann und in vielen Situationen nicht weit genug gefasst ist. Dann sind wir darauf angewiesen, dass die Menschen, die Verantwortung für uns tragen, unsere Wünsche sinnvoll erschließen können – aus der Kenntnis unserer Wünsche in gesunden Zeiten.

Eine besondere Situation stellt der Zustand der Bewusstlosigkeit dar. Was man aus den Erfahrungen bewusstloser Menschen weiß, die wieder ins Bewusstsein zurückgekehrt sind, ist dies: Sie berichten vielfach davon, dass sie es als sehr angenehm gespürt haben, wenn ihnen vertraute Menschen sich in ihrer Nähe befanden. Sie leiden offenbar vor allem unter der Isolation, die ihnen dieser Zustand aufzwingt. Sie erleben es als entlastend, wenn Mitmenschen, insbesondere nahe Angehörige, versuchen, zu ihnen Kontakt aufzunehmen.

Wenn also bei Menschen mit lang anhaltender Bewusstlosigkeit aufgrund voreilig formulierter Verfügungen ein Behandlungsabbruch diskutiert wird, kann dies durchaus den Wünschen dieser Menschen widersprechen. Es muss also darauf geachtet werden, dass der Behandlungsabbruch nicht zu einer Alternative für menschliche Nähe wird.

5. Schritt: Wir sollten einen Menschen unseres Vertrauens dazu ermächtigen – falls wir uns selbst nicht mehr ausreichend äußern können – an unserer Stelle zu sprechen. Hierzu bedarf es eines weiteren rechtlichen Dokumentes, nämlich einer (eventuell notariell beglaubigten) Vorsorgevollmacht (Alternative: Betreuungsverfügung).

Was wir für die Zeit brauchen, in der wir uns nicht mehr ausreichend selbst äußern können, ist ein Mensch, der uns, unsere Lebensgewohnheiten und vor allem unsere Wünsche für die letzte Lebensphase gut kennt. Uns nützt sein Einfühlungsvermögen in unsere Situation und seine Bereitschaft, sich mit unseren Wünschen zu identifizieren. Um diesen Menschen mit der Macht auszustatten, unseren Willen gegenüber anderen durchzusetzen, müssen wir für ihn in gesunden Zeiten eine Vorsorgevollmacht ausstellen.

Wer einem anderen Menschen nicht ganz so viel Macht einräumen möchte, ist gut beraten, eine Betreuungsverfügung auszustellen. Mit ihr kann man festlegen, wer, sobald die eigenen Entscheidungsmöglichkeiten wesentlich eingeschränkt sind, vom Gericht als Betreuer eingesetzt werden soll.

Literatur bei dem Verfasser

PROFESSOR DR. MED. JOHANN-CHRISTOPH STUDENT, *Gesamtleiter des Hospiz Stuttgart, Staffenbergstraße 22, 70184 Stuttgart, Tel.: (07 11) 2 3741 53, www.hospiz-stuttgart.de*

Medizinische Entscheidungen am Lebensende in sechs europäischen Ländern

EU-Projekt »Medical End-of-Life Decisions: Attitudes and Practices in 6 European Countries«

Einleitung

Zum ersten Mal hat eine internationale Studie Sterbehilfe in 6 europäischen Ländern (Belgien, Dänemark, Holland, Italien, Schweden, Schweiz) untersucht. Unter Sterbehilfe werden dabei medizinische Entscheidungen am Lebensende verstanden, welche in Kauf nehmen oder zum Ziel haben, möglicherweise oder sicher den Todeseintritt des Patienten oder der Patientin zu beschleunigen. Ausgehend von einer Zufallsstichprobe wurden die den Totenschein unterzeichnenden Ärztinnen und Ärzte in strikt anonymisierter Form schriftlich zum Todesfall befragt. Das Interesse an der Untersuchung war sehr groß. Erste Ergebnisse des internationalen Studienprojektes, welches insgesamt über 20000 Todesfälle untersuchte, wurden in der Fachzeitschrift »Lancet« veröffentlicht. Nachfolgend werden die wichtigsten Befunde zusammengefasst.

Ergebnisse

In allen untersuchten Ländern war gemäß Angaben der jeweils befragten Ärztinnen und Ärzte etwa jeder dritte Todesfall unerwartet. Der Prozentsatz der Todesfälle, in denen eine Sterbehilfe-Entscheidung getroffen wurde, variierte zwischen 23% (Italien) und 51% (Schweiz). Unterschiede gab es in den sechs Ländern auch bei den Formen von Sterbehilfe: Im internationalen Vergleich wurde in der Schweiz die passive Sterbehilfe am häufigsten praktiziert (28% aller Todesfälle) und in Italien am seltensten (4%). Mit passiver Sterbehilfe ist der Verzicht auf bzw. der Abbruch von lebenserhaltenden Massnahmen gemeint. Der Prozentsatz der indirekt aktiven Sterbehilfe war in Dänemark am höchsten (26%) und in Italien am tiefsten (19%). Unter indirekt aktiver Sterbehilfe versteht man den Einsatz von Mitteln zur Leidenslinderung, welche als Nebenwirkung die Überlebensdauer herabsetzen können. Suizidbeihilfe, also die Bereitstellung oder Verschreibung eines tödlichen Medikamentes mit dem Ziel, dem Patienten oder der Patientin die Selbsttötung zu ermöglichen, war mit 0.4% in der Schweiz besonders verbreitet. In Italien und Schweden hat man hingegen keinen einzigen Fall beobachtet. Und keines der anderen fünf Länder scheint zudem einen Einbezug von Sterbehilfeorganisationen in der Form zu kennen, wie er sich in der Schweiz herausgebildet hat.

Aktive Sterbehilfe, d. h. die gezielte Verabreichung eines tödlichen Medikamentes, wurde auf Verlangen am häufigsten in Holland geleistet (2.6%), ohne ausdrückliches Verlangen am häufigsten in Belgien (1.5%).

Große Unterschiede gab es auch beim Einbezug der Betroffenen in den Entscheidungsprozess. Auffällig ist, dass in Ländern, in denen Sterbehilfe besonders häufig vorkam (Schweiz, Holland, Dänemark und Belgien), das Vorgehen mit den Betroffenen auch öfters besprochen wurde: In der Schweiz war dies bei 80% aller kompetenten Patientinnen und Patienten der Fall; bei inkompetenten Personen wurde die Entscheidung in 70% der Fälle entweder zu einem früheren Zeitpunkt mit diesen selber oder aber mit deren Angehörigen besprochen. In Italien und Schweden wurden sowohl

bei kompetenten als auch inkompetenten Personen die Sterbehilfe-Entscheidungen nur in etwa 40% der Fälle diskutiert.

Zusammenfassung

Die Studie, die erstmals Daten zur Häufigkeit von Sterbehilfe-Entscheidungen in verschiedenen europäischen Ländern zur Verfügung stellt, kann zur aktuellen gesellschaftlichen und politischen Auseinandersetzung im Umgang mit Sterben und Tod beitragen.

Literatur bei der Verfasserin und dem Verfasser

DR. MED. KARIN FAISST, MPH und Lic. phil. Susanne Fischer, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich, Sumatrastrasse 30, CH-8006 Zürich, Tel.: +41 (1634) 46 00, E-Mail: karin@ifspm.unizh.ch

DR. MED. GEORG BOSSHARD, Institut für Rechtsmedizin der Universität Zürich, Winterthurerstrasse 190/52, CH-8057 Zürich

Monika Ortmann, Sven Jennessen

Umgang mit Krankheit, Sterben, Tod und Trauer in der Schule

Kinder und Jugendliche mit chronischen und fortschreitenden Erkrankungen sind in allen Schulformen anzutreffen, insbesondere aber in Förderzentren für Kinder und Jugendliche mit körperlichen Beeinträchtigungen und in Förderschulen mit dem Schwerpunkt körperliche und motorische Entwicklung. Letztere sind häufig der geeignete Lern- und Lebensort für Kinder und Jugendliche mit eingeschränkter Lebenserwartung. Für Lehrkräfte dieser Schulform bedeutet dies, dass sie oft mehrfach mit der schwierigen Aufgabe konfrontiert werden, sich mit schwersten, fortschreitenden Erkrankungen der Schülerinnen und Schüler und deren Familien, dem damit verbundenen Leid und dem Sterben auseinander zu setzen. In vielen Fällen konnten die Lehrkräfte im Rahmen ihrer Ausbildung nicht die erforderliche professionelle Kompetenz erwerben, diese Kinder und Jugendlichen zu fördern und ihre Entwicklung pädagogisch zu begleiten.

Fragestellung des Forschungsprojekts

Eine Forschungsgruppe der Universität Oldenburg, finanziell unterstützt vom Niedersächsischen Ministerium für Wissenschaft und Kultur, arbeitete zu diesem Thema von Mai 2000 bis Oktober 2003 mit dem Schwerpunkt der Qualitätssicherung und Effizienz schulischer Arbeit mit fortschreitend und chronisch kranken Schülerinnen und Schülern und ihren Lehrerinnen und Lehrern.

Grundannahme ist, dass kulturell- und sozialisationsbedingte subjektive Theorien von Lehrkräften und Schülerinnen und Schülern eine offene und direkte Auseinandersetzung mit dem Thema Sterben und Tod erschweren oder verhindern. Davon ausgehend sollte geprüft werden, ob durch todbezogene Kognitionen, Emotionen und Bedeutungszuschreibungen der Lehrkräfte im Sinne einer Enttabuisierung, Angst- und Spannungszustände reduziert werden können.

Forschungsergebnisse zur Situation progredient erkrankter Kinder und Jugendlicher

Deutlich erkennbar wurde, dass fortschreitend erkrankte Schülerinnen und Schüler sich bei zunehmender Energie-, Bewegungs- und Funktionseinschränkung zusätzlich zu ihren entwicklungstypischen mit krankheitsbedingten Entwicklungsaufgaben konfrontiert erleben. Ihre Möglichkeiten, aktiv und mitgestaltend in die eigene Entwicklung einzugreifen, persönliche Ziele und individuelle Lebensaufgaben zu definieren, werden durch die Erkrankung beeinflusst und häufig stark eingeschränkt. Die Behandlung der Krankheitssymptome erfordert wiederholt unangenehme, schmerzhaft-medizinische Eingriffe und Krankenhaus- sowie Rehabilitationsaufenthalte. Für betroffene Kinder und Jugendliche ist die Kontinuität der Interaktionen wichtig, d.h. den Kontakt zu ihren Mitschülern zu halten und über ihren biologischen Tod hinaus Mitglied der Klassengemeinschaft zu bleiben. Bei krankheitsbedingtem Fernbleiben vom Schulunterricht kann die Klasse den Kontakt durch Besuche, Briefe, E-Mails, Hör- und Videokassetten aufrecht erhalten, so dass auch vom Krankenhaus oder von zu Hause aus für die Betroffenen die Möglichkeit bestehen bleibt, am Schulleben teilzunehmen, und bei der Rückkehr in die Klasse der Anschluss erleichtert wird.

Tödlich erkrankte Kinder und Jugendliche benötigen zeitweise einen speziellen Unterricht, in dem auf ihre besonderen Bedürfnisse eingegangen wird. Ihre Krankheitsverarbeitung ist pädagogisch zu stützen und sollte den jeweiligen Interessen und dem Entwicklungsstand entsprechend erfolgen. Im Prozess der Auseinandersetzung mit der Krankheit brauchen sie emotionale Unterstützung. Dabei ist es wichtig, sie nicht generell zu schonen, sondern ihnen durchaus intellektuelle und soziale Leistungen abzuverlangen.

Die Schülerinnen und Schüler äußern oft den Wunsch, über den weiteren Krankheitsverlauf Informationen zu erhalten, meist wissen sie auch um ihre verkürzte Lebensperspektive. Themenspezifische Kommunikationswünsche werden durch die Lehrkräfte aber häufig mit Verharmlosungs- und Harmonisierungsstrategien tabuisiert. So werden nicht nur wichtige Persönlichkeitsbereiche ausgeblendet, den Schülerinnen und Schülern wird auch die Möglichkeit zur Entwicklung adäquater Bewältigungsstrategien beschnitten. Die notwendige Bewältigung ihrer besonderen Entwicklungsaufgaben kann nur durch angemessene psychosoziale Unterstützung effektiv geleistet werden.

Forschungsergebnisse zur Situation der Lehrkräfte

Lehrkräfte sind für den Umgang mit diesen Schülerinnen und Schülern nicht hinreichend qualifiziert. Offensichtlich stellt die von ihnen verinnerlichte gesellschaftliche Tabuisierung der Konfrontation mit der eigenen Sterblichkeit das größte Hindernis dar bei dem offenen Umgang mit schwerer Krankheit, Sterben, Tod und Trauer. Neben Möglichkeiten der Aufhebung von Vermeidungs- und Abwehrmechanismen fehlen Lehrkräften im Umgang mit sterbenskranken Schülern wichtige Qualifikationsbausteine wie z. B. medizinische Grundlagen, Wissen zu psychosozialen Auswirkungen unterschiedlicher fortschreitender Erkrankungen, Kenntnisse über krankheitsspezifische Entwicklungsaufgaben und insbesondere Fähigkeiten zur methodisch-didaktischen Umsetzung der Themen Krankheit, Sterben, Tod und Trauer im Unterricht. Sicher identifizieren konnte die Oldenburger Forschungsgruppe ein hohes subjektives Belastungserleben der Lehrkräfte, was je nach individueller psychischer und physischer Konstitution und den zur Verfügung stehenden Ressourcen zu dauerhafter Überforderung führen kann.

Projektimmanente Strategien zur Qualitätsentwicklung

Zur Stressreduzierung, sozialen Stützung und Erweiterung der personalen Bewältigungskompetenz im Sinne einer effektiven Gesundheitsprävention sowie zur Qualitätssicherung der zu leistenden pädagogischen Arbeit boten wir Sonderschullehrerinnen und -lehrern dreitägige Fortbildungen an. Weitere, aus unserer Sicht notwendige, berufsbegleitende Qualifikations- und Präventionsmaßnahmen wie Beratung und Supervision konnten aufgrund der begrenzten Ressourcen nicht realisiert werden. Entsprechend der ausgewerteten Daten entwickelte das Forschungsteam Qualifikationsbausteine zu den Bereichen Einstellungen und Haltungen, Wissen sowie Kompetenzen. Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleituntersuchung verdeutlichen, dass intensive Qualifizierung für den pädagogischen Umgang mit schwerstkranken Schülerinnen und Schülern zu ihrer optimistischen, handlungssicheren und reflektierten pädagogischen Begleitung und Förderung schwerstkranker Kinder und Jugendlicher beitragen.

MONIKA ORTMANN, SVEN JENNESSEN, *Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Fakultät 1, EW 2, 26111 Oldenburg,*
 Tel.: (0441) 7 98-3742/29 95,
 E-Mail: monika.ortmann@uni-oldenburg.de,
sven.jennessen@uni-oldenburg.de

Dr. Marie-Elisabeth Averkamp, Inge Kunz

Die Begleitung demenzerkrankter Menschen im Sterbeprozess

Bis vor einigen Wochen war die 82-jährige, zarte, kleine, demente Frau laufend ›unterwegs‹. Unruhig, manchmal ängstlich und anlehnungsbedürftig schien sie innerlich zur Dauerbewegung getrieben zu sein; zur dauernden Suche nach Sicherheit und ›Heimat‹.

In der Welt war sie aber längst ›unbehaust‹ heimatlos geworden.

Inzwischen hatte ein weiterer Schlag – die Multiinfarktdemenz hatte die letzten 5 Jahre immer belastender gemacht – Frau K. von den Beinen geholt.

Jetzt liegt sie im Sterben, kann nicht mehr essen und trinken. Sprechen kann sie seit einem halben Jahr nicht mehr.

Dementiell erkrankte Menschen haben ausgeprägte Gedächtnisstörungen. Sprache, Erkennen und Affektkontrolle sind reduziert. Dazu kommen Desorientiertheit, Reizbarkeit, Ängste und Persönlichkeitsveränderungen.

Am Ende ihres Lebens stehende alte Menschen leben entweder alleine zu Hause, bei pflegenden Angehörigen oder in Einrichtungen der Altenhilfe.

Dort werden sie rund um die Uhr versorgt. Das bedeutet aber auch in der Regel den Verlust der Selbständigkeit sowie der Privat- und Intimsphäre. Niemand kann es leichthin ertragen und wie selbstverständlich hinnehmen, wenn er z.B. seine Ausscheidungen nicht mehr kontrollieren kann, wenn er gewaschen werden oder das Essen gereicht bekommen muss.

Viele Verluste begleiten das Leben: Eigentum, Beruf, Familie, Freunde, Partner, Selbstwertgefühl und – Achtung.

Im Alter lassen dann auch noch Fähigkeiten wie Sehen, Hören, Schmecken, Riechen und Fühlen nach. Hunger- und Durstgefühl nehmen ab und das Erinnerungsvermögen wird immer geringer.

Sterbende bewusstseinsklare Menschen haben zentrale Bedürfnisse wie Atmen, Essen und Trinken, Kontrolle ihrer Ausscheidungen, Schmerzbehandlung, Symptomkontrolle, Sicherheit für den ›Notfall‹, Liebe, Zärtlichkeit, Zuneigung, Achtung, Anerkennung, Respekt, Selbstachtung und nach jemandem, der ihnen zuhört.

Sterbende dementiell erkrankte Menschen brauchen das alles nicht nur im gleichen, sondern in ganz besonderem Maße, vor allem auf emotionaler Ebene, auf der Ebene der Sinne. Die Erfahrung lehrt, dass alte Erinnerungen, Gefühle, Berührungen, Märchen, Musiken ungeahnte geistige Kräfte mobilisieren. Kinder- und Wanderlieder können diese Menschen ›singen‹ oder Gedichte aufsagen, obwohl das Sprechen sonst nicht mehr geht.

In der Begleitung dementiell erkrankter Menschen gilt es, Schwächen auszugleichen und Stärken zu nutzen. Schützende Fassaden müssen aufrecht erhalten, schwierige Gefühle ausgehalten und Restfähigkeiten unterstützt werden. Der Tag muss strukturiert werden, Ablenkungen können entlastend sein. Vor allem darf der Kranke nicht beschämt werden.

Demente ziehen sich oft resigniert in ihre als ›real‹ empfundene Innenwelt zurück. Sie weinen über den gerade verstorbenen Vater, der in Wirklichkeit seit einem halben Jahrhundert tot ist.

Sterbende, demente Menschen in ihrer Hilf- und Orientierungslosigkeit, ihrem Leben in der Vergangenheit, werden

oft durch falsche Maßnahmen misshandelt und schwer missachtet, weil die Betreuenden es (noch) nicht besser wissen. Das gilt besonders für ihre Selbstbestimmung. Auch demente Menschen können noch selbst bestimmen. Martin Th. Hahn formuliert in seinem Artikel ›Selbstbestimmtes Leben‹: »Kommunikationsbeeinträchtigungen z. B. dürfen dann nicht zum Verzicht auf Kommunikation führen, sondern zu verstärktem Bemühen um Kommunikation, so dass ein Austausch über Bedürfnisse zustande kommen kann. Da sterbende Menschen mit Demenz bei ihrer Bedürfnisbefriedigung aber von uns abhängig sind, müssen wir lernen, sie zu verstehen und ihnen assistierend zu helfen. Das heißt, sie können etwas nicht selbst tun. Wir tun es für sie, indem wir sie bestimmen lassen, erstens: was wir tun sollen, und zweitens: wie wir es tun sollen.«

Selbstbestimmung wäre so gewährleistet, auch wenn sie nicht zur Selbstaufführung kommt.

Im Umgang mit sterbenden dementen Menschen müssen wir allerdings erkennen, dass eine neue Qualität notwendig, d.h. Notwendig ist, und dringend gefordert werden muss.

Das Problem ist vielerorts bekannt, die Umsetzung ist aber schwierig, weil das Personal knapp ist, Angehörige, Pflegende, Ärzte und Ehrenamtliche ungenügend ausgebildet sind, alle Beteiligten überlastet und erschöpft sind und last but not least die finanziellen Mittel fehlen.

Hier sind die Konzepte der Hospizbewegung und die Möglichkeiten der Palliativmedizin gefragt.

Im Mai dieses Jahres hat die Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz zusammen mit der Alzheimergesellschaft das Curriculum ›Mit-Gefühl‹ zur Begleitung Demenzerkrankter veröffentlicht, das ganz neue Aspekte für eine Tätigkeit im weit gefassten hospizlichen und palliativen Bereich eröffnet.

Die Versorgung und Begleitung von dementen und somit hilflosen Menschen ist ein Problem der Zukunft, das hohe Anforderungen an unsere Lebens- und Sterbekultur stellt. Das Menschenrecht Sterbender auf symptomkontrollierte, lebenserhaltende, achtungsvolle Versorgung darf ihnen nicht abgesprochen werden; einer aktiven Lebensverkürzung, Tötung aus Mitleid oder welcher Form einer ›Alten euthanasie‹ auch immer darf in den Köpfen und Herzen kein Platz eingeräumt werden.

DR. MARIE-ELISABETH AVERKAMP, *stellvertretende Vorsitzende*,
INGE KUNZ, *1. Vorsitzende von Omega- mit dem Sterben leben e.V.*,
Dickampstraße 12, 45879 Gelsenkirchen,
Tel.: (02 09) 9 13 28-13, E-Mail: bundesbuero@omega-ev.de

Hildegard Jorch

Hilfe für SID-betroffene Familien

Der Plötzliche Säuglingstod, auch SID (Sudden Infant Death) genannt, ereignet sich ca. 300–400 Mal im Jahr in Deutschland ohne Vorwarnung und ohne erkennbare Krankheitsanzeichen. Ca. 60% der Kinder sterben während des Nachtschlafes, die meisten in den frühen Morgenstunden, ca. 15–20% während des Mittagsschlafes. In der Regel ist das Geschehen lautlos, sogar in unmittelbarer Nähe einer Betreuungsperson kann das Kind unbemerkt sterben. Viele Kinder fühlen sich beim Auffinden noch warm an, obwohl sie schon länger tot sind. Mit 40% ist der Plötzliche Säuglingstod die häufigste Todesart im ersten Lebensjahr.

Belastung durch unbegründete Schuldvorwürfe

Die Eltern werden völlig unvorbereitet mit dem Tod ihres Kindes konfrontiert. Auf unerklärliche Weise haben sie ein anscheinend völlig gesundes Kind verloren. Massive Schuldgefühle und unbegründete Selbstvorwürfe, auch Schuldzuweisungen durch Dritte und Fragen nach dem Grund dieses rätselhaften Todes belasten die Eltern z.T. über Jahre hinweg.

Reaktionen wie Schock, Nicht-Glauben-Können, Leugnung und Erstarrung sind völlig normal nach dem plötzlichen Tod eines Kindes. Auch die Relativierung sonst wichtiger Alltagsgegebenheiten (eingespielter Tagesrhythmus, Haushalt, Essensgewohnheiten usw.) ist nicht ungewöhnlich. Der herbeigerufene Notarzt stellt einen ungeklärten Tod fest, die Polizei kommt ins Haus und nimmt Ermittlungen auf. Die Eltern brauchen unbedingt Aufklärung. Ihnen muss erläutert werden, dass die Aussage »ungeklärter Todesfall« auf dem Totenschein kein Misstrauen gegen sie ausdrückt, sondern gesetzlich vorgeschrieben ist.

Mit den Eltern muss sensibel über die Obduktion gesprochen werden. Ihnen muss erläutert werden, warum Organe für weitergehende Untersuchungen u.U. entnommen bleiben bzw. welche Möglichkeiten der Entscheidung über die Organe den Eltern dann noch bleibt.

Eltern brauchen Unterstützung in der Akutsituation

Wichtig für die Eltern ist das Gespräch und dass ihnen gestattet wird bzw. sie ermutigt werden, sich von ihrem Kind aktiv zu verabschieden. Eltern sollten nicht allein zurückgelassen werden, wenn das Kind vom Bestattungsunternehmen aus dem Haus getragen wird. Den Eltern ist es nicht egal, wie das Kind das Haus verlässt, ob in seiner Tragetasche, auf einer großen Trage oder sogar im metallenen Erwachsenenarg. In einer solchen Situation brauchen Eltern und Geschwister Unterstützung, die ihre Interessen vertritt und sie ermutigt, ihre Wünsche zu äußern.

Ereignis nicht totschweigen

Wohlmeinend geht man kurze Zeit später nicht mehr auf den Verlust des Kindes ein, das Ereignis wird totgeschwiegen. Außenstehende meinen, sie würden die Eltern emotional aufwühlen, wenn sie sie auf den Tod ihres Kindes ansprechen oder sie ehrlich nach ihrem Befinden fragen. Eltern haben aber das Bedürfnis, sich zu öffnen.

Hier bietet die Gemeinsame Elterninitiative Plötzlicher Säuglingstod (GEPS) durch regionale Elterngruppen und

Ansprechpersonen eine erste Anlaufstelle. Eltern und nächste Angehörige finden hier Verständnis für die aktuelle Situation, ein erstes Vertrauensverhältnis zu ebenfalls Betroffenen wird aufgebaut. Miteinander sprechen und weinen kann helfen, den Schmerz zu überwinden.

Geschwisterkindern mehr Beachtung schenken

Die Situation der Eltern erschwert auch die Trauerbewältigungssituation der Geschwisterkinder, die oft zusätzlich noch mit plötzlich auftretender Überbesorgtheit eines oder beider Elternteile, seltener mit Zuwendungsreduzierung konfrontiert werden. Für die Kinder ist es unerträglich, dass sie ihre Eltern nicht trösten können. Trauergefühle können den Eltern gegenüber nur schwer geäußert werden, denn die Kinder müssen dann erfahren, dass dadurch die Eltern in noch größere Trauer geraten.

Um den Geschwistern die Möglichkeit zu geben, sich unbeschwert außerhalb der familiären Situation zu öffnen, werden von der GEPS Geschwistertreffen mit Fachleuten veranstaltet. Gleichzeitig erfahren die Eltern durch Parallelveranstaltungen, wie sie die Trauer und Schuldgefühle ihrer Kinder erkennen und mit ihnen umgehen können. Erzieherinnen und Lehrkräfte erhalten Unterstützung von der GEPS im Umgang mit Geschwisterkindern.

Erneute Schwangerschaft und Nachfolgekind

Die Entscheidung für ein nachfolgendes Kind ist mit vielen Ängsten und Sorgen verbunden, ob man dem Baby das richtige Maß an Fürsorge und Gelassenheit entgegenbringen kann; ob beide Ehepartner genügend Kraft haben, bewusst mit dem bestehenden Risiko zu leben; ob eine Monitorüberwachung sinnvoll ist und ob das Folgekkind besondere Untersuchungen braucht.

Auch für diese Probleme können Lösungen gefunden werden durch enge Kooperation mit Hilfsorganisationen wie den Johannitern, durch Kooperation mit Pädiatern im wissenschaftlichen Beirat der GEPS sowie in der GEKIPS, einem Zusammenschluss von Ärzten und Ärztinnen in Kinderkliniken zur Erforschung des Schlafes und des Plötzlichen Säuglingstodes.

Plötzlicher Säuglingstod – der Ohnmacht begegnen

Seit 1991 wurden Präventionskampagnen in vielen deutschen Bundesländern sehr erfolgreich von der GEPS gemeinsam mit den entsprechenden Sozial- und Gesundheitsministerien durchgeführt.

Im Rahmen der Kampagne »Der Plötzliche Säuglingstod – der Ohnmacht begegnen« entstand Informationsmaterial für Eltern, medizinisches Fachpersonal, für die Industrie und den Handel.

Auf diese Weise konnten die SID-Rate in NRW um mehr als 50% gesenkt und mehr als 2000 Kinder allein in Deutschland in den letzten 5 Jahren vor dem Plötzlichen Säuglingstod bewahrt werden. Europaweit sind mehr als 10.000 Säuglinge seit Anfang der 90er Jahre aufgrund von Präventionsempfehlungen gerettet worden.

Keine medizinischen Maßnahmen haben mehr Leben von Kindern gerettet als die Präventionsempfehlungen gegen

den Plötzlichen Säuglingstod: Vermeidung der Bauchlage zum Schlafen, Beachtung einer rauchfreien Umgebung, besonders während der Schwangerschaft und im ersten Lebensjahr des Kindes, Stillen, soweit es möglich ist, Vermeidung von Überwärmung und Überdeckung usw.

Unter www.schlafumgebung.de sind im Internet weitere Infos zu dieser Thematik zu finden.

HILDEGARD JORCH, Postfach 41 01 09, 48065 Münster,
Tel./Fax: (02 51) 86 20 11,
E-Mail: GEPS NRW@schlafumgebung.de

Eine Langfassung des Artikels ist bei der Landesvereinigung Niedersachsen erhältlich

Christoph Rott

Positive Lebensbewertung trotz vielfältiger Einschränkungen – eine zentrale psychologische Stärke des sehr alten Menschen

Studien mit Hochaltrigen (80 bzw. 85 Jahre und älter) und Hundertjährigen haben gezeigt, dass das sehr hohe Alter mit enormen negativen Veränderungen verbunden ist. Körperliche Gebrechlichkeit, chronische Erkrankungen und Demenz sind weitverbreitet. In der Heidelberger Hundertjährigen-Studie wurde ermittelt, dass 83 % der Teilnehmenden im Alter von 100 Jahren Leistungen der Pflegeversicherung nach SGB XI beziehen. Zu den Verlusten in den körperlichen und geistigen Funktionen kommt eine erhebliche Verkleinerung des sozialen Netzwerkes. Der Tod des Partners oder der Partnerin und sogar der von Kindern sowie von Freunden und Bekannten ist eher der Normalfall als die Ausnahme.

Diese angehäuften Belastungen müssen als ernsthafte Bedrohung für das subjektive Wohlbefinden des Individuums angesehen werden. Manche Autoren und Autorinnen gehen davon aus, dass die psychologische Widerstandsfähigkeit zum Erliegen kommt und ein Phänomen, das als »psychologische Mortalität« bezeichnet wird, im sehr hohen Alter häufig anzutreffen ist.

Pessimistische Sichtweise geändert

Nur wenige Autoren haben diese pessimistische Sicht kritisiert. Einer davon ist der vor einigen Jahren verstorbene amerikanische Altersforscher Powell Lawton. Seine drei Hauptargumente lauten: Erstens erfolgt im Alter und hohen Alter eine zu starke Konzentration auf körperliche Einschränkungen und Krankheiten. Dadurch werden positive Aspekte des Lebens, die außerhalb des Gesundheitsbereiches liegen, wie z. B. die persönliche Bedeutung des Lebens, übersehen. Diese positiven Aspekte sind aber häufig der Grund, warum ältere Menschen die Folgen einer schlechten Gesundheit ertragen können. Zweitens wird häufig nur die gegenwärtige Situation

zur Beurteilung der Einschränkungen und des Lebens herangezogen. Es ist sehr wahrscheinlich, dass zurückliegende Lebensabschnitte, die mit positiven Empfindungen verbunden sind, wesentlich mehr Einfluss auf das Wohlbefinden ausüben, als die gegenwärtigen Umstände. Und drittens reichen die bisherigen Konzepte nicht aus, Fragen des Lebensendes angemessen zu behandeln. Das von Lawton neu entwickelte Konzept der positiven Lebensbewertung integriert daher die vielen positiven und negativen Geschehnisse des Lebens und beinhaltet den subjektiv erlebten Wert des eigenen Lebens und damit auch den Wunsch, weiterleben zu wollen.

Positive Lebensbewertung

Das Ausmaß an positiver Lebensbewertung und deren Einflussfaktoren wurden in der Heidelberger Hundertjährigen-Studie mit dem von Lawton entwickelten Instrument aus 13 Fragen näher untersucht. Die Untersuchung dieses Aspektes subjektiven Wohlbefindens muss sich zwangsläufig auf diejenigen Hundertjährigen beschränken, mit denen eine Kommunikation möglich war. Dies waren 56 Personen, von denen 37% in Einrichtungen der Altenhilfe lebten. 82 % waren pflegebedürftig, was das hohe Ausmaß an funktionalen Einschränkungen verdeutlicht. Eine Analyse der Einzelfragen ergab, dass 86% der Hundertjährigen das Beste aus ihrem Leben machen wollen, und für 75% von ihnen hat das Leben einen Sinn. Der beinahe gleiche Anteil ist prinzipiell hoffnungsvoll. Weniger als die Hälfte sehen ihr Leben als nützlich an, etwa ein Drittel will noch wichtige Dinge erreichen. Die Zusammenfassung aller Fragen zu einem Gesamtwert ergibt, dass das Ausmaß an positiver Lebensbewertung nur geringfügig unter dem von 70–80 Jahre alten Personen liegt. Da in der Heidelberger Hundertjährigen-Studie die Überlebenden nach 18 Monaten erneut befragt wurden und zudem das Todesdatum der Verstorbenen registriert wurde, lässt sich die Entwicklung des subjektiven Wohlbefindens auch in Abhängigkeit von der Nähe zum Tod darstellen. Bei 7 Personen veränderte sich das individuelle Niveau der positiven Lebensbewertung nicht, bei der gleichen Anzahl nahm es sogar zu, und nur bei 4 Personen ging sie zurück. Betrachtet man die positive Lebensbewertung in Abhängigkeit von der Nähe zum Tod, so ist kein Zusammenhang feststellbar. Auch sehr nahe am Lebensende ist ein hohes Maß an subjektivem Wohlbefinden vorhanden.

Faktoren für positive Einstellung zum Leben

In einem weiteren Schritt wurde untersucht, welche Faktoren die positive Lebensbewertung im sehr hohen Alter beeinflussen. Wie von Lawton vorhergesagt, haben Einbußen in grundlegenden körperlichen und geistigen Funktionen keinerlei Auswirkungen auf die positive Lebensbewertung. Ein bemerkenswertes Ergebnis. Als Vorhersagefaktoren treten die Fähigkeit zur Ausführung der instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (Telefonieren, Einkaufen, Kochen, usw.) und die Persönlichkeitseigenschaft Extraversion dagegen deutlich in Erscheinung. Auch die Möglichkeit, Freunde und Bekannte so oft sehen zu können, wie man es sich wünscht, erhöht die positive Lebensbewertung.

Diese Befunde aus der Heidelberger Hundertjährigen-Studie verdeutlichen eine zentrale psychologische Stärke des Menschen, vielleicht sogar des Alters, nämlich die Fähigkeit, trotz vielfältiger Einschränkungen und Verluste eine positive Lebensperspektive aufrechterhalten zu können. Im Gegensatz zu gesellschaftlichen Vorstellungen hat in der subjektiven Betrachtung ein solches Leben durchaus Bedeutung und ist bis zum Tode lebenswert – eine wichtige Erkenntnis für die Beurteilung des Lebens im sehr hohen Alter und nahe am Lebensende.

DR. CHRISTOPH ROTT, *Deutsches Zentrum für Altersforschung, Abteilung für Entwicklungsforschung, Bergheimer Str. 20, 69115 Heidelberg, Tel.: (0 62 21) 54 81 29 Fax: (0 62 21) 54 81 22, E-Mail: rott@dzfa.uni-heidelberg.de, www.dzfa.de*

Ralph Charbonnier

Palliativ-Arbeitsgemeinschaft Niedersachsen gegründet

Die Zeit ist reif für den Aufbau eines flächendeckenden Versorgungsnetzes für eine palliativmedizinische Versorgung in Niedersachsen. Dieser Meinung waren Teilnehmende eines Workshops ›Palliativmedizin in Niedersachsen‹, der im Januar 2003 vom Zentrum für Anästhesiologie, Rettungs- und Intensivmedizin der Universität Göttingen und des hannoverschen Zentrums für Gesundheitsethik in der Evangelischen Akademie Loccum veranstaltet wurde.

Von diesem Treffen ging der Impuls aus, die berufsübergreifende Palliativ-Arbeitsgemeinschaft Niedersachsen (PAG) zu gründen.

Palliativmedizin als vierte Säule der Medizin

Etwa ein Drittel aller Menschen in unserem Kulturraum stirbt an einer Krebserkrankung. Oftmals geht eine solche Krankheit mit Schmerzen, Übelkeit, Atemnot, Depressionen u. a. sowie mit seelischen Nöten einher. Wenn keine Aussicht mehr auf Heilung besteht oder

wenn der Sterbeprozess schon begonnen hat, weist die medizinische Versorgung oftmals schwerwiegende Lücken auf.

Die in Deutschland noch sehr junge Disziplin der Palliativmedizin versucht, dem Patienten und der Patientin in dieser Situation möglichst weitgehend die Lebensqualität zu erhalten. Palliativmedizin soll so vierte Säule der Medizin werden.

Von Einzelprojekten zur flächendeckenden Versorgung

Noch ist es die Sache einiger weniger engagierter Ärzte, Ärztinnen und Pflegenden, in Zusammenarbeit mit Mitarbeitenden aus den Bereichen Hospiz und Seelsorge regional begrenzt eine palliativmedizinische Versorgung sicherzustellen. Die Finanzierung solcher Projekte basiert bei diesen Projekten nahezu ausschließlich auf Spenden und finanziellen Zuwendungen von Stiftungen.

Die PAG hat sich gegründet, um auf der Basis der Erfahrungen solcher Einzelprojekte Modelle einer nachhaltigen, flächendeckenden und qualitativ hochwertigen Palliativversorgung zu entwerfen und diese in der Praxis zu verankern.

Zielsetzungen der PAG

Um diesem Ziel näher zu kommen, widmet sich die PAG u. a. der

- Vernetzung der im Bereich der Palliativen Versorgung tätigen Personen (Medizin, Pflege, Seelsorge, Psychologie, Sozialarbeit u. a.) und Institutionen (Palliativstationen, ambulante Palliativdienste, stationäre Hospize und ambulante Hospizdienste, Kirchen, Ärztekammer, Kassenärztliche Vereinigung, Medizinischer Dienst der Krankenkassen, Beratungsstellen u. a.)
- Öffentlichkeitsarbeit (Aufklärung über Palliativmedizin, Palliativpflege und Hospizarbeit u. a.)
- Förderung von Aus-, Fort- und Weiterbildung zur palliativen Versorgung
- Kontaktpflege zu anderen Fachverbänden (Deutsche Fachgesellschaft für Palliativmedizin, Hospiz Landesarbeitsgemeinschaft Niedersachsen e. V. u. a.)

Zusammenarbeit: Berufsübergreifend, Professionelle und Laien

Konzepte der palliativen Versorgung sehen vor, dass diese Arbeit patientenorientiert geschieht. Aus diesem Grund muss die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Berufsgruppen wie auch zwischen beruflich Tätigen und ehrenamtlich Tätigen der Hospizgruppen bzw. der Angehörigen von Sterbenden gelingen. Die Mitglieder der PAG stammen dementsprechend aus allen angesprochenen Berufsgruppen.

Erste Fachtagung zur Palliativmedizin in Niedersachsen

Ein erstes Arbeitsergebnis der PAG war die Ausrichtung einer Fachtagung zum Thema ›Palliative Versorgung – Vom Wunsch zur Wirklichkeit. Eine Bestandsaufnahme 2004 in Hildesheim. Auf dieser Tagung gelang es, Eckpunkte und klärungsbedürftige Details einer palliativen Versorgung zu benennen und zu diskutieren. Dabei wurde deutlich: Wenn das Sterben zum Leben gehört, dann hat die Palliativmedizin einen unverzichtbaren Platz im Gesundheitssystem. Trotzdem sind noch Widerstände bei der Umsetzung zu überwinden: Finanzierungsfragen sind offen, Organisationen müssen auf besondere Bedingungen der Palliativmedizin eingehen, Beteiligte müssen sich dem Sterben als einem unausweichlichen, belastenden Lebensphänomen öffnen, interprofessionelle Teamarbeit muss eingeübt werden.

Die PAG: Forum für Theorie und Praxis der Palliativmedizin

Die 1. Fachtagung zur Palliativmedizin in Hildesheim zeigte erneut, dass die Etablierung der Palliativmedizin in der Praxis noch durch vielfältige, auch interdisziplinäre wissenschaftliche Forschung und praxisbezogenen Erfahrungsaustausch begleitet und unterstützt werden muss.

Die PAG versucht diesem Unternehmen ein Forum zu geben.

DR. THEOL. RALPH CHARBONNIER, *Zentrum für Gesundheitsethik an der Ev. Akademie Loccum, Knochenhauerstr. 33, 30159 Hannover, Tel.: (05 11) 12 41-4 96, E-Mail: Ralph.Charbonnier@evlka.de*



Burckhard Nedden

Aktion Datenschutz in der Arztpraxis

Im Juni 2004 hat die ›Aktion Datenschutz in der Arztpraxis‹ begonnen, mit der die (Zahn-)Ärztinnen und -ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Niedersachsen bei der Sicherstellung des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht unterstützt werden sollen.

Träger dieser Aktion sind außer der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e. V.

- die Ärzte-, Zahnärzte- und Psychotherapeutenkammer Niedersachsen
- die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen
- das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit
- der Berufsverband der Arzt-, Zahnarzt- und Tierärzthelferinnen (Landesverband Niedersachsen)
- der Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen

Themen sind beispielsweise der Empfang (›Kann das Personal Telefongespräche führen, ohne dass zwangsläufig wartende Patientinnen und Patienten dadurch von Daten anderer Patienten und Patientinnen Kenntnis nehmen?‹), der Behandlungsbereich (›Erfolgen vertrauliche Patientengespräche in geschlossenen Räumen?‹) und die Praxisverwaltung (›Sind Karteikarten und Patientenakten vor dem Zugriff Unbefugter geschützt?‹).

Für alle Interessierten stehen weitere Informationen zu Datenschutz und Schweigepflicht in einer Arbeitshilfe bereit (Adresse s. u.).

Die Wahrung von Datenschutz und Schweigepflicht ist nicht nur Sache von Arzt und Ärztin; auch die Patienten und Patientinnen können ihren Teil dazu beitragen.

Arzt oder Ärztin am Empfang ›abzufangen‹, um ohne lange Wartezeit das Untersuchungsergebnis zu erfragen, zwingt diese, vertrauliche Dinge vor Publikum zu erörtern. Um eine Sensibilisierung in diesem Bereich zu erreichen, werden wir daher den genannten Gruppen ein ›Merkblatt für Patientinnen und Patienten – Was kann ich selbst zur Unterstützung des Datenschutzes in der Arztpraxis tun?‹ zur Verfügung stellen mit der Bitte, es diesen auszuhändigen.

Nähere Informationen finden Sie im Internet unter www.lfd.niedersachsen.de.

BURCKHARD NEDDEN, Landesbeauftragter für den Datenschutz Niedersachsen

Alkoholhaltige Energydrinks besonders heikel

Alcopops erfreuen sich zunehmender Beliebtheit und bringen gerade junge Menschen auf den Alkoholgeschmack. Süß, prickelnd und hochprozentig kommen sie getarnt als peppige Energydrinks daher. Sie versprechen Kraft und gesteigerte Leistungsfähigkeit. Doch gerade der Mix von Alkohol und Koffein ist bei diesen Energydrinks heikel, warnt die Verbraucherzentrale Niedersachsen.

Körperliche Anstrengungen beim ausgiebigen Tanzen in der Disco oder beim Sport können beim Genuss der alkohol- und koffeinhaltigen Limonaden zu Schwindel und Kreislaufbeschwerden bis hin zum Kollaps führen.

Oft wird die Wirkung des Koffeins völlig falsch eingeschätzt. Weder mildert noch hebt es die Wirkungen des Alkohols (z. B. im Straßenverkehr) auf. Im Gegenteil: Koffein und auch die teils enthaltene Kohlensäure in den Getränken beschleunigen die Aufnahme von Alkohol ins Blut und entwässern den Körper. Zudem ist das Zusammenwirken von Alkohol, Koffein und Taurin (körpereigener Stoff, der bei der Fettverdauung eine Rolle spielt), bisher wissenschaftlich nicht ausreichend untersucht.

Zum Thema Trendgetränke bietet die Verbraucherzentrale Niedersachsen für Schulen eine interaktive Ausstellung, die ›Mach-Bar-Tour‹ an. An verschiedenen Stationen wird ein kritischer Umgang mit Trendgetränken thematisiert und Alternativen aufgezeigt.

Verbraucherzentrale Niedersachsen,
Herrenstr. 14, 30159 Hannover,
Tel.: (05 11) 9 11 96-0,
E-Mail: info@vzniedersachsen.de

Tania-Aletta Schmidt, Birgit Wolff

Neue Richtlinie zur Förderung niedrigschwelliger Angebote in Niedersachsen

Das Land Niedersachsen unterstützt mit der am 15.09.2004 veröffentlichten Förderrichtlinie niedrigschwellige Betreuungsangebote für pflegebedürftige Menschen mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung.

Freiwillige Helferinnen und Helfer kümmern sich in Gruppen oder in eigener Häuslichkeit unter fachlicher Anleitung um die hilfebedürftigen Menschen und sorgen stunden- oder tageweise für Entlastung von pflegenden Angehörigen.

Zu ihnen gehören viele der etwa 120.000 Demenzerkrankten in Niedersachsen, aber auch psychisch kranke und geistig behinderte Menschen. Die rechtliche Grundlage für die ergänzenden Leistungen der Pflegekassen ist das Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz (§ 45 a – c SGB XI).

In Niedersachsen wurden seit Inkrafttreten des Gesetzes im Jahr 2002 rund 80 niedrigschwellige Betreuungsangebote nach gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätskriterien vom Niedersächsischen Landesamt für Zentrale Soziale Aufgaben in Hildesheim anerkannt.

Die Träger bereits anerkannter Angebote können dort auch die Förderanträge stellen. Das gesamte Fördervolumen in Niedersachsen beträgt in den Jahren 2004 und 2005 jeweils 911.000 Euro. Die Zuschüsse können rückwirkend für das gesamte Jahr 2004 beantragt werden. Nach Genehmigung der Projektförderung zahlen die Landesverbände der Pflegekassen noch einmal einen Betrag in gleicher Höhe. Der Antrag auf Landesförderung wird von den Landesverbänden der Pflegekassen zugleich als Antrag auf die Mittel aus der Pflegeversicherung gewertet.

Gefördert werden auch Modellprojekte zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen insbesondere für demenzerkrankte Menschen.

Auskünfte über Gestaltungsmöglichkeiten und Voraussetzungen einer Anerkennung und Förderung erteilt das ›Informationsbüro für niedrigschwellige Betreuungsangebote in Niedersachsen‹ bei der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e. V. www.niedrigschwellige-betreuungsangebote-nds.de



Mirjam Stierle

Deutscher Präventionspreis 2004 – viele Gewinner

Kinder und Jugendliche bis 14 Jahren, ihre Erzieherinnen und Lehrkräfte, ihre Eltern und Bezugspersonen – sie alle sind die Gewinner des Deutschen Präventionspreises 2004. Nämlich dort, wo die guten Praxisbeispiele aus diesem Wettbewerb umgesetzt werden.

»Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention für Kinder und Jugendliche bis 14 Jahren in Kinderbetreuungseinrichtungen und Schulen« wurden gesucht. 449 Bewerbungen gingen ein. Nur die Projekte wurden von der Jury zum weiteren Auswahlverfahren zugelassen, die ihre Ziele klar darlegen und ihre Wirksamkeit nachweisen konnten. Elf Preisträger wurden ermittelt, die stellvertretend für viele andere am 22. Juni in Berlin aus den Händen der Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt den ersten Deutschen Präventionspreis in Empfang nehmen konnten. Preiswürdig waren für die Jury vor allem Projekte, die auf Nachhaltigkeit angelegt sind, wie die Kindertagesstätte Schuntersiedlung in Braunschweig oder solche, die zeigen, dass Vernetzung funktioniert und rasche Erfolge für sozial Benachteiligte bringt, wie das Projekt Monheim für Kinder Mo.Ki. Spannend war auch zu sehen, warum die Bewerberprojekte initiiert wurden. Auslöser waren sehr häufig Schwierigkeiten im Umgang mit den Kindern und Jugendlichen oder aktuelle Entwicklungsprobleme. Diesen begegnet man mit gezielten Maßnahmen, die durch ihre Wirksamkeit und Ganzheitlichkeit bestechen. Und das gilt nicht nur für die Preisträger, sondern für viele andere Projekte. Der Deutsche Präventionspreis 2004 hat gezeigt: Gesundheitsförderung lässt sich nicht von Entwicklungs- und Bildungsförderung trennen und leistet einen wesentlichen Beitrag zur Chancengleichheit.

Die elf Preisträger bilden die Spitze eines Pools von nachahmenswerten Maßnahmen. Viele nicht prämierte Bewerberprojekte sind in einzelnen Bereichen gut, wie etwa in der Elternarbeit oder im Fundraising. Die Frage, ob Gesundheitsförderung und Prävention Kostentreiber sind, lässt sich mit »Nein« beantworten. Die Dinge anders machen, lautet die Devise in erfolgrei-

chen Projekten. Damit viele von diesen Erfahrungen anderer lernen können, arbeiten die Bertelsmann Stiftung und ihre Projektpartner nun an Umsetzungs- und Verbreitungsstrategien der Best-Practice-Beispiele. Wer sie hierbei unterstützen kann und möchte, ist herzlich eingeladen.

Ab November 2004 läuft die Bewerbungsfrist um den Deutschen Präventionspreis 2005. »Gesund in der zweiten Lebenshälfte« lautet die Überschrift. Auch hier geht es um erfolgreiche Projekte aus der täglichen Praxis.

Der Deutsche Präventionspreis wird jährlich zu einer definierten Fragestellung der Gesundheitsförderung und Prävention vergeben. Er steht unter der Schirmherrschaft der Bundesministerin für Gesundheit und Soziale Sicherung und ist ein Gemeinschaftsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Weitere Informationen unter www.deutscherpraeventionspreis.de

MIRJAM STIERLE, *Projektmanagerin*
Deutscher Präventionspreis, Bertelsmann
Stiftung, Carl-Bertelsmann-Straße 256,
33311 Gütersloh, Tel.: (0 52 41) 8 18 15 05,
E-Mail: mirjam.stierle@bertelsmann.de

Das FFGZ wird 30

Das Feministische Frauen Gesundheits Zentrum Berlin, wichtige Vorreiterin eines kritischen Blickes auf die gesundheitliche Versorgung von Frauen in Deutschland, hat Jubiläum. Schon früh machte das FFGZ auf die Probleme der Hormontherapie in den Wechseljahren und auf das Problem überflüssiger Operationen, z. B. von Gebärmutterentfernungen, aufmerksam. In einer Fachveranstaltung »30 Jahre Frauengesundheitsförderung – Herausforderungen für die Zukunft« am 20.10.2004 in Berlin wird es u. a. um die Rolle der FFGZs heute und in Zukunft im Zeitalter von Gender Mainstreaming gehen. Informationen unter www.ffgz.de/jubilaeum.htm

Ute Sonntag

Enquetekommission legt Bericht ihrer Arbeit vor

Die Enquetekommission »Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW« hat nach dreijähriger Arbeit dem Landtag nun ihren Bericht vorgelegt. Zu insgesamt 14 Arbeitsfeldern sind Situations- und Defizitanalysen, übergreifende Handlungsfelder und Handlungsempfehlungen an die Akteure und Akteurinnen im Gesundheitswesen entwickelt worden.

Die bearbeiteten Themen

Inhaltlich gliedert sich der Bericht in die Kategorien ausgewählte Krankheitsbilder, besondere Problemstellungen und Zielgruppen. Als ausgewählte Krankheitsbilder werden Herz-Kreislaufkrankungen, rheumatische Erkrankungen, die psychosoziale Versorgung bei Brustkrebs und HIV/AIDS bei Frauen bearbeitet. Zum Bereich der besonderen Problemstellungen zählen Frauen und Arzneimittel, gesundheitliche Folgen von Gewalt, Frauenerwerbsarbeit und Gesundheit sowie Zukunft eines frauengerechten öffentlichen Gesundheitsdienstes. Zielgruppenspezifisch werden Mütter und pflegende Angehörige unter den Aspekten Gesundheitsgefährdungen, Belastungen und Ressourcen berücksichtigt, die gesundheitliche Situation von Mädchen analysiert sowie Versorgungsdefizite für Lesben im Gesundheitssystem aufgezeigt. Zudem geht es um Hinderungsgründe und Chancen für die Umsetzung einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW.

Einige Themen sind während der Bearbeitungszeit schon ausführlich rezipiert worden. So hat der Landtag einen überfraktionellen Antrag zur Reduzierung der Verschreibungen von Hormontherapie verabschiedet. In der Enquetearbeit war das Thema Arzneimittelforschung und die unterschiedliche Verstoffwechslung von Arzneimitteln bei Männern und Frauen ein wichtiger Aspekt. Die Änderung des Arzneimittelgesetzes hin zur Einbeziehung von Frauen in die Arzneimittelforschung ist ein Beispiel dafür, dass es der Enquetekommission vor Berichtlegung bereits gelungen ist, wichtige Ergebnisse der eigenen Arbeit in den politischen Prozess auf Bundesebene einzuspeisen.

Ausgewählte Ergebnisse

Bei den lebensbedrohenden Herzerkrankungen ist eine zunehmende Inzidenz bei Frauen im mittleren Lebensalter und bei jüngeren Frauen festzustellen. Hauptursache sind das Zigarettenrauchen sowie die Kombination der Einnahme oraler Kontrazeptiva (Antibabypille) und Rauchen. Aufgrund der dokumentierten Wechselwirkungen, die das Risiko z. B. eines Herzinfarktes 40fach steigern, muss die Verordnung von oralen Kontrazeptiva bei Frauen, die regelmäßig rauchen, als Kunstfehler angesehen werden. Die Enquetekommission empfiehlt u. a. den Ärztekammern, geschlechtsspezifische Unterschiede in Diagnostik und Therapie in die Weiterbildungsveranstaltungen aufzunehmen und verstärkt über die Unvereinbarkeit von Rauchen und hormonellen Kontrazeptiva zu informieren.

Bei der rheumatoiden Arthritis ist es entscheidend, dass eine Identifizierung Neu-Erkrankter innerhalb von 12–14 Wochen nach Auftreten der Erkrankung erfolgt und sie mit neuartigen krankheitskontrollierenden Pharmaka behandelt werden. Nur eine so frühe Behandlung kann erfolgreich sein. Zur Zeit ist die Versorgungslage davon weit entfernt. In einem gesundheitsökonomischen Gutachten wurde festgestellt, dass allein die Unterversorgung hinsichtlich der medikamentösen Therapie jährliche Mehrkosten von mehr als 100 Mio. Euro in NRW verursacht. Die Enquetekommission empfiehlt u. a. den Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen, Qualitätszirkel zur Erarbeitung und Umsetzung von Leitlinien in der Behandlung und Prävention von rheumatologischen Erkrankungen zu entwickeln sowie ausreichende Mittel für den Einsatz der neuen hochwirksamen krankheitskontrollierenden Pharmaka bereit zu stellen. Zudem sollte der Unterversorgung mit niedergelassenen internistischen Rheumatologinnen und Rheumatologen entgegen gewirkt werden.

Bewohnerinnen und Bewohner von Alteneinrichtungen erhalten in der Regel mehrere Medikamente gleichzeitig. Dabei kommt es oft zu unbeabsichtigten Neben- oder Wechselwirkungen mit teilweise schwerwiegenden Folgen,

wie z. B. Krankenhauseinweisungen aufgrund von unerwünschten Arzneimittelwirkungen oder Stürzen aufgrund überlanger Wirkung von Schlaf- und Beruhigungsmitteln. Von Unterversorgung besonders betroffen sind psychisch erkrankte Bewohnerinnen und Bewohner. Da in Heimen mehr Frauen als Männer wohnen, sind Frauen in besonderer Weise von diesen Fakten betroffen. Zudem ist die Medikamentendokumentation in vielen Heimen fehlerhaft. Die Enquetekommission fordert u. a. z. B. die kommunalen Gesundheits- und Pflegekonferenzen auf, in Zusammenarbeit mit den Alteneinrichtungen Qualitätszirkel zur Arzneimittelversorgung einzurichten.

Landtag Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW. Bericht der Enquetekommission des Landtags Nordrhein-Westfalen, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2004, 365 Seiten, ISBN 3-531-14414-6, 39,90 Euro. Ab 1.1.2005 wird der Bericht auf der Homepage des Landtages verfügbar sein.

Angelika Maasberg

SUPER SIZE ME oder: Wie schädlich ist Fast-Food für die Gesundheit?

Die deutsche Gesellschaft für Ernährung schlägt Alarm – jedes fünfte Kind in Deutschland ist mittlerweile überge-wichtig, ein Trend, der, wie so vieles, aus den USA kommt, der fettesten Nation der Welt. SUPER SIZE ME, eine preisgekrönte Dokumentation, untersucht die Folgen von Fast-Food auf die Gesundheit. Morgan Spurlock unterzog sich einem Selbstversuch und ernährte sich 30 Tage lang ausschließlich bei McDonalds. Die Folgen waren mehr als erschreckend, von starker Gewichtszunahme bis zu schweren Leberschäden. McDonalds selbst präsentiert sich seit kurzem sehr gesundheitsbewusst: In Deutschland startete Ende März die ›salads plus‹-Linie, es gibt Schrittzähler zu kaufen und Ernährungstipps eines

Fitness-Profis im Internet. Ist das Essen bei McDonalds tatsächlich ›Gut für mich‹, wie ein Werbeslogan suggeriert?

Gesundheitliche Folgen sind erschreckend

SUPER SIZE ME ist ein satirischer Schlag in den Magen, angereichert mit viel Fett und Fakten über eine fragwürdige Mega-Industrie. In Michael-Moore-Manier führt Spurlock die Zuschauenden auf eine erstaunliche Reise durch das Fast-Food-Paradies Amerika. Während seines Selbstversuchs nahm Morgan Spurlock innerhalb eines Monats 25 Pfund zu, steigerte seinen Körperfettanteil und seinen Cholesterinspiegel auf ungesunde Werte und seine Leberfettwerte verschlechterten sich so dramatisch, dass die Ärzte zum Abbruch des Selbstversuches rieten. Er litt zudem unter Depressionen, Kopfschmerzen, Antriebslosigkeit, zunehmender körperlicher Schwäche und Verlust der Libido.

Spurlock, der für seinen Film auf dem renommierten Filmfest Sundance 2004 mit dem Preis für die beste Regie ausgezeichnet wurde, recherchiert hinter den Kulissen der Fast-Food-Industrie und serviert Fakten, die McDonalds neue ›Fitness-Welle‹ in Frage stellen. Der Regisseur geht vor allem auf die Ernährung von Kindern ein, bei denen Fast-Food mehr und mehr zum Alltag gehört. Der Film vermittelt eine wichtige Botschaft besonders für Eltern, deren Kinder schon im Alter von 2–3 Jahren ein Lieblings-Restaurant haben: McDonalds.

Fast-Food auch in deutschen Schulen?

Der Film SUPER SIZE ME richtet sich auch an Schulen, die eine Mittagsverpflegung für ihre Schülerinnen und Schüler anbieten. Der Regisseur zeigt, welche ›Gerichte‹ überwiegend in den Schulmensen der USA serviert werden – mit erschreckenden Ergebnissen. So beliefern z. B. Fast-Food-Ketten die Schulmensen, so dass die Schülerinnen und Schüler sehr häufig nur süße Getränke und fettes Essen zu sich nehmen. Ernährungswissenschaftlerinnen und -wissenschaftler fordern zwar, dass in Schulen auf gesünderes Essen umgestellt wird, doch dies scheitert meist daran, dass die Mensen durch den Ver-

kauf von Fast-Food weniger Arbeitsaufwand haben und mehr Geld verdienen.

Im Zuge der Zunahme von Ganztagschulen und Verpflegungsangeboten an Schulen in Deutschland ist dies eine Entwicklung, die in absehbarer Zeit auch auf unsere Schulen zukommen kann.

Der Dokumentarfilm kann als Ausgangspunkt für Diskussionen über das Thema Ernährung, Fast-Food und Lebensmittelwerbung dienen. Er ist ein nützliches Lehrmittel, um Schülerinnen und Schüler anzuregen, ihre eigenen Essgewohnheiten genauer zu beobachten und die gesellschaftlichen Veränderungen im Hinblick auf Lebensmittelherstellung, Konsumverhalten und die Rolle und Verantwortung der großen Fast-Food-Ketten zu untersuchen.

Der Film eignet sich für den Einsatz im Englisch-, Biologie-, Sport- und Sozialkundeunterricht sowie im Bereich Medienwissenschaften. Es wird empfohlen, den Film ab der 5. Klasse zu diskutieren. Darüber hinaus gibt es Materialien für den Schulunterricht, die Lehrkräfte darin unterstützen können, die o. g. Themen parallel zum Film zu bearbeiten.

Für mehr Informationen oder eine VHS dieses Films wenden Sie sich an die bundesweit betreuende Agentur PUBLIC INSIGHT: Kontakt: Andrea Klasterer, PUBLIC INSIGHT, Tel.: (0 89) 48 99 71 87, Fax: (0 89) 48 99 71 89, E-Mail: aklasterer@publicinsight.de, www.supersizeme.de

Wolfgang Krause, Wilken Voss

Häusliche Pflege: Mehr Qualität durch Bonussysteme?*

Einleitung

Eine dringend erforderliche Reform der Sozialen Pflegeversicherung wird vor dem Hintergrund der stetig alternden Bevölkerung und eines prognostizierten Fachkräftemangels die ambulante Pflege weiter stärken müssen. Durch die notwendige Weiterentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung besteht gleichzeitig die Chance für einen Qualitätswettbewerb unter den Anbietern

von Pflegeleistungen, z. B. in Form qualitätsabhängiger Vergütungen. Der IKK-Landesverband Niedersachsen (IKK-LVN) erprobt diese Vergütungsform seit dem 1. April 2003 unter wissenschaftlicher Begleitung des iSPO-Institutes Saarbrücken mit 10 Pflegediensten. Bei dem Projekt handelt es sich um eine modellhafte ›Qualitätsgemeinschaft‹ im Rahmen des Sozialgesetzbuches V, Häusliche Krankenpflege.

Die Ziele der Qualitätsgemeinschaft

Ein wichtiges Ziel des Modellprojektes ist die Vertiefung einer vertrauensvollen Partnerschaft zwischen dem IKK-LVN und den 10 Pflegediensten. Konkret angestrebt wird die schrittweise Optimierung einrichtungsindividueller Strukturen und Prozesse. Einzelne Instrumente wurden mit dem Ziel entwickelt, die Modellmodalitäten nach Ablauf des Projektes in Regelvereinbarungen überführen zu können. Mittel- bis langfristig soll die Versorgungsqualität der Versicherten verbessert werden, z. B. durch Verringerung der Zahl schlecht versorgter Dekubiti und Stärkung rehabilitativer Kompetenzen der Pflegebedürftigen. Eine Verringerung stationärer Einweisungen wird auch unter dem Kostenaspekt angestrebt.

Der Ansatz

Grundlage des Modellvorhabens ist die allgemeine ›Niedersächsische Vereinbarung zur Häuslichen Krankenpflege‹ zwischen Leistungserbringer- und Kostenträgerverbänden. Die Mitglieder der ›IKK-Qualitätsgemeinschaft‹ erproben die generelle Eignung und praktische Umsetzbarkeit von qualitätsabhängigen Vergütungselementen. Den Leistungserbringern wird ausdrücklich ein hohes Maß an Eigenverantwortung für die interne Qualitätssicherung und deren Nachweisführung übertragen.

Die Qualitätskriterien

In der Qualitätsgemeinschaft sind gemeinsam kundenzentrierte Qualitätskriterien entwickelt worden. Auf deren Basis wurde ein Bonussystem vereinbart, das Pflegedienste belohnt, die auf die hohe Qualität ihrer Leistungen achten und sich im Rahmen eines speziellen Auditverfahrens einem kontinuierlichen

Entwicklungs- und Überprüfungsprozess stellen. Für 20 Bereiche wurden Qualitätskriterien zwischen Pflegediensten, wissenschaftlicher Begleitung und IKK erarbeitet und vertraglich verankert.

Die Bewertung

Zu Beginn des Modellvorhabens wurde der Grad der Umsetzung dieser Qualitätskriterien durch Selbsteinschätzung des Krankenpflegedienstes beschrieben und je Kriterium anhand eines Bewertungsschemas bepunktet.

Der 2. Schritt der Bewertung war das Auditverfahren. Es ist das ›Herzstück‹ des Modellvorhabens und erfolgt durch hierfür speziell ausgebildete Auditorinnen und Auditoren. In wechselseitigen Audits werden jetzt zwischen den beteiligten Krankenpflegediensten die 20 Kriterien beleuchtet. Für die systematische und strukturierte Vorgehensweise wurde eine detaillierte Verfahrensanleitung entwickelt.

Eine erste Bilanz des Modellvorhabens

Feststellen lässt sich:

- Ein Mehr an überprüfbarer Qualität ist machbar – und lässt sich finanzieren. Die Etablierung einer IKK-Qualitätsgemeinschaft in der ambulanten Pflege ist gelungen.
- In den beteiligten Pflegediensten konnte bereits ein Ressourcen- und Qualitätszugewinn erreicht werden. Fast alle Dienste haben sich kontinuierlich verbessert.
- Die Selbsteinschätzung der Pflegedienste ergab die besten Werte für Qualitätskriterien, die sich auf Fragen der Betriebsorganisation bezogen (z. B. Einarbeitung neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter). Niedrigere Werte ergaben sich für Kriterien nahe an Kundinnen und Kunden (z. B. Bezugspflege). Dies zeigt den in der Fachdiskussion bekannten Handlungsbedarf auf, als sinnvoll erkannte Dinge auch in die Alltagspraxis umzusetzen.
- In der Praxis erprobte und bewährte Instrumente stehen zur Anwendung im Regelbetrieb zur Verfügung. Eine Verbreiterung des Ansatzes über die Modellphase hinaus auf andere Pflegedienste und – wenn möglich – andere

Krankenkassen ist wünschenswert. Abschließender Bestandteil des Projektes wird eine umfassende Kundinnen- und Kunden- sowie Beschäftigtenbefragung zu den Rahmenbedingungen und zur Versorgungsqualität der Pflege sein. So werden die Betroffenen unmittelbar beteiligt, um Erkenntnisse über konkrete Effekte des Vorhabens zu gewinnen. **Der Beitrag basiert auf einem Zwischenbericht zum Projekt von Werner Göpfert-Divivier und Jutta Göpfert, ISPO-Institut Saarbrücken, www.ispo-institut.de.*

Ansprechpartner: WOLFGANG KRAUSE, Vorstandsvorsitzender und WILKEN VOSS, Fachbereichsleiter Pflegeversicherung, IKK-LV Niedersachsen, Anderter Str. 49, 30629 Hannover

Ulrich Sündermann

Hospiz Landesarbeitsgemeinschaft Niedersachsen e. V. – Idee, Aufgaben und Struktur

Die Hospiz Landesarbeitsgemeinschaft Niedersachsen e. V. (LAG) ist ein aktiver Zusammenschluss der Hospiz- und Palliativbewegung in Niedersachsen. Vor ca. 20 Jahren hat die Hospizarbeit mit der ehrenvollen Arbeit einzelner ›hospizlich‹ bewegter Menschen begonnen. 10 Jahre später kamen erste ›Hospiz-Vereine und stationäre Hospize als Organisationsformen hinzu. Heute sind in der Niedersächsischen Dachorganisation (LAG) rund 120 Hospiz-Initiativen, ambulante Hospiz- und Beratungsdienste, ambulante Hospize, Beratungs- und Palliativdienste, Palliativstationen und stationäre Hospize organisiert. Hospiz- und Palliativdienste sind keine Organisationen für Alten- oder Freiwilligenarbeit sondern auf die Begleitung und Betreuung schwerkranker und/oder sterbender Menschen sowie die Vernetzung mit Hauptamtlichkeit ausgerichtet. Der Hospizarbeit kommt ein besonderes Aufgabenprofil zu. Von hoher Bedeutung ist die Beachtung psychosozialer und spiritueller Bedürfnisse (Würde), die Arbeit im interdisziplinären

Team mit Freiwilligen und der Ansatz, Sterben und Trauern als natürlichen Teil des Lebens anzusehen. Wichtig ist, wann immer möglich und gewünscht, Sterben zu Hause zu ermöglichen, die Begleitung der Begleiter und die Verbreitung effektiver Schmerzbehandlung, genauer die ›Palliative Care. Dabei werden den Aspekten Betroffenheit, Sensibilisierung, Leidensdruck sowie Rahmenbedingungen des Sterbens und Trauerns besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Die Hospizarbeit beinhaltet selbstorganisierte Öffentlichkeitsarbeit, Aufbau von palliativen und hospizlichen Versorgungsnetzen, Anleitung und Begleitung von Freiwilligen (z. T. gemeinsam mit Hauptamtlichen), Aufbau eigener Beratungs- und Begleitungsangebote, politisches Engagement und Mitgliederpflege. Die Mitglieder der LAG sind größtenteils in gemeinnützigen, eigenen Vereinen organisiert.

In ihr finden sich Freiwillige aus allen Altersgruppen, allen gesellschaftlichen Schichten, Menschen aus sozialpflegerischen und seelsorgerlichen Bezügen, aber auch aus allen anderen Berufen. Die Hospizbewegung ist eine Plattform für Begegnungsebenen mit Sterben, Tod und Trauer. Deshalb gilt es, besondere Achtsamkeit für eigene Kraftquellen und Grenzen zu beachten. Dann kommt es zu einem persönlichen Gewinn im Rahmen freiwilliger Hospizarbeit. Zu nennen wären Akzeptanz und Solidarität bei persönlichen Verlust Erfahrungen, Angebote zur Weiterentwicklung von Persönlichkeits- und Sozialkompetenz (Weisheit), aktuelle Informationen und Kontakte zum universellen Thema Tod und Sterben, intergenerative Kontakte, Gelegenheit, noch lange etwas Sinnvolles (in und als Begleitung) tun zu können. Auch die Relativierung eigener Todesängste sowie gesellschaftliche Wertschätzung und Einflussnahmemöglichkeiten können hier genannt werden. Das Menschenbild des seelischen Wachstums bei körperlichem Abbau (mit Folge einer Sensibilisierung für Würde und Lebensqualität am Lebensende) und die positive Sicht des Trauerns als Chance zum bewussteren Leben machen die hospizliche Grundhaltung deutlich.

Die LAG vertritt rund 10.000 Men-

schen in Niedersachsen auf Landesebene gegenüber anderen Organisationen, z. B. der Palliativ-Arbeitsgemeinschaft Niedersachsen www.palliativ-nds.de, der Akademie für Palliativmedizin Niedersachsen und der Hospiz-Stiftung Niedersachsen sowie gegenüber der Politik.

Auf Landesebene ist sie ein kompetenter Ansprechpartner für Rat- und Hilfesuchende, die im Hospiz- oder Palliativbereich tätig werden möchten oder einfach nur eine Auskunft wünschen. Auch als Verhandlungspartner für die Landesverbände der gesetzlichen Krankenkassen (§ 39 a), Ansprechpartner für die Politik und Standesorganisationen (Ärztinnen und Ärzte, Pflegeverbände, Krankenhäuser, Pflegeheime usw.) hat sich die LAG bewährt.

Auf Bundesebene vertritt die Hospiz Landesarbeitsgemeinschaft Niedersachsen e.V. ihre Mitglieder in der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz zur Förderung von ambulanten, teilstationären und stationären Hospizen (BAG) www.hospiz.net. Die LAG arbeitet in allen richtungsweisenden Arbeitsgruppen der BAG aktiv und engagiert mit. Die Hospiz LAG Nds. ist als Verein beim Amtsgericht Hannover eingetragen und vom Finanzamt Oldenburg als mildtätige Einrichtung anerkannt worden.

Der 11-köpfige Vorstand der LAG arbeitet wie die meisten Hospizler ehrenamtlich und finanziert die Sachkosten über die Mitgliedsbeiträge. Auch die Teilnahme an Sitzungen, Versammlungen, Vertragsgesprächen, Beratungen vor Ort, Bürodiensten, Fortbildungen oder Kommissionen ist für den Vorstand ehrenamtlich und somit unentgeltlich zu leisten. Obwohl – oder genau deshalb ist die LAG ein so erfolgreicher Zusammenschluss von aktiven Menschen, die Schwerkranken, Sterbende, Trauernde und ihre Freunde und Familien in der oft schwersten Zeit des Lebens und z. T. darüber hinaus begleiten.

ULRICH SÜNDERMANN, *Vorsitzender der Hospiz Landesarbeitsgemeinschaft Niedersachsen e.V., Hospiz Landesarbeitsgemeinschaft Niedersachsen e.V., Posener Straße 3, 31582 Nienburg, Tel.: (0 50 21) 8 86 99 05, Fax: (0 50 21) 8 86 99 06, E-Mail: hospiz.lag@hospiz-nds.de, www.hospiz-nds.de*

Heiner Brock

Kinderhospiz Löwenherz

In Syke ist seit Oktober vorigen Jahres das einzige Kinderhospiz Niedersachsens mit dem Namen ›Löwenherz‹ in Betrieb. Es bietet Platz für acht schwerst- kranke Kinder. Bis zu 150 Familien werden hier pro Jahr gemeinsam mit ihren Sorgenkindern jeweils für einige Wochen betreut. Im Vordergrund steht das Konzept für das ehrgeizige Vorhaben: Entlastung, Unterstützung und Stärkung für Eltern – und das in einer liebevollen Atmosphäre, mit Geborgenheit und viel Zuwendung für die Kinder. Das Modellprojekt wurde zu einem großen Teil durch Spenden finanziert. Auch die Betriebskosten werden rund zur Hälfte durch Spenden bezahlt.

Die Kinderhospiz-Idee stammt aus England. Dort werden inzwischen mehr als 25 dieser Einrichtungen betrieben. In Deutschland gibt es bisher sechs Kinderhospize: Das erste mit dem Namen ›Balthasar‹ wurde 1998 in Olpe im Sauerland (Nordrhein-Westfalen) eröffnet. Weitere Kinderhospize sind in Berlin, Hamburg, Düsseldorf, Gelsenkirchen, Wiesbaden – und eben in Syke. In Süddeutschland ist in Memmingen ein weiteres Kinderhospiz in Planung.

In Niedersachsen wurde die Kinderhospiz-Idee von ambulanten Kinderkrankenschwestern aus dem Raum Sulingen (Kreis Diepholz) umgesetzt. Sie wollten die Lücke zwischen stationärer Versorgung und häuslicher Pflege für schwerst- kranke Kinder schließen und betroffenen Familien helfen: Daraus entstand ein Verein von engagierten Unterstützern mit inzwischen mehr als 900 Mitgliedern. Die Initiatorin, Gaby Letzing – 14 Jahre lang ambulante Kinderkrankenschwester – hatte oft erlebt, wie Familien unter der Last der Pflege ihrer schwerstkranken, sterbenden Kinder litten.

Im ›Kinderhospiz Löwenherz‹ werden Kinder gepflegt, die an einer tödlich verlaufenden Krankheit ohne Aussicht auf Heilung leiden. Dazu gehören Herzerkrankungen, Hirnschädigungen während der Geburt, Stoffwechselstörungen, schwere angeborene Fehlbildungen, Chromosomenerkrankungen, Krebs – oder kleine Patienten mit schweren Verletzungen nach einem Unfall. Man nehme manchmal auch Schwerstmehrfach behinderte Kinder auf, wo

die Genese unklar sei, erläutert Gaby Letzing, die Leiterin des Kinderhospiz Löwenherz. Oft haben diese Kleinen dann mit zusätzlichen Komplikationen zu kämpfen: Mit Lungenentzündungen, schwersten Krampfanfällen oder Problemen der Atemwege. Eine notwendige Voraussetzung für die Aufnahme ist die Bescheinigung eines Arztes, dass die Krankheit lebenslimitierend ist.

Das Angebot richtet sich an die ganze Familie und ist ganzheitlich ausgerichtet. Pflege und liebevolle Betreuung stehen daher bei ›Löwenherz‹ im Vordergrund. Nur wenn Eltern wissen, dass ihr Kind gut versorgt wird, kann sich Vertrauen zu den Mitarbeitern aufbauen. Dieses Vertrauen ist wichtig, damit die Eltern ein Stück loslassen können und der Aufenthalt zum Segen für alle Beteiligten wird. Die Pflege und Betreuung orientiert sich an den individuellen Bedürfnissen und Fähigkeiten des Kindes und bezieht Therapie und Seelsorge mit ein. Oberstes Prinzip der 21 Löwenherz-Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen ist der Respekt vor den Eltern und die Akzeptanz ihrer Wünsche. Soweit es medizinisch vertretbar sei, werde die Pflege an die Vorstellungen der Eltern angepasst, erläutert die Hospiz-Leiterin.

Schmerzen sind für die Kinder, aber auch für die Eltern, unerträglich. Die Mitarbeiter des Löwenherz-Teams nehmen Schmerzäußerungen daher sehr ernst. So werden alle schmerztherapeutischen Möglichkeiten genutzt, um den Gästen unnötiges Leid zu ersparen. Denn wertvoll bis zum Tod leben heißt, möglichst beschwerde- und schmerzfrei zu sein. Zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung arbeitet man im Kinderhospiz daher sehr eng mit den Kinderärzten und -ärztinnen vor Ort zusammen.

Bei ›Löwenherz‹ vertritt man die Ansicht, dass ein Kind sterben ›darf‹, wenn seine Zeit gekommen ist. Wenn die Eltern jedoch die Überweisung ins Krankenhaus oder Reanimationsmaßnahmen wünschen, kann jederzeit eine Klinik oder ein Notarzt in Anspruch genommen werden. Der Wunsch der Eltern stehe dabei immer im Vordergrund, unterstreicht die Löwenherz-Leiterin.

Ein primäres Ziel der Arbeit im Kinderhospiz ist es, die Familien so weit zu stärken, dass sie wieder nach Hause können, damit das Kind möglichst dort sterben kann. Es kann aber in seiner letzten Lebensphase mit seiner Familie auch zu ›Löwenherz‹ kommen oder dort bleiben. Die Sterbebegleitung orientiert sich an den Bedürfnissen der Familie und des sterbenden Kindes.

Der Aufenthalt im Kinderhospiz wird zu einem Teil von den Kranken- und den Pflegekassen finanziert, ein Teil kommt von den Sozialämtern über ›Hilfe zur Pflege‹. Den Rest versucht Löwenherz durch Spenden zu finanzieren. Die Eltern geben am Ende ihres Besuches oftmals eine Spende für ihren Aufenthalt – wenn sie das Geld haben. Für den laufenden Betrieb ist der Verein auf viele Unterstützer und Sponsoren angewiesen: Denn die Hälfte der Betriebskosten muss durch Spenden erwirtschaftet werden: Rund 400 000 € sind dafür nötig – Jahr für Jahr.

HEINER BROCK, *Das Kinderhospiz Löwenherz, Siebenhäuser 77, 28857 Syke, Tel.: (0 42 42) 57 89-0, Fax.: (0 42 42) 57 89-89, E-mail: Info@kinderhospiz-loewenherz.de, www.Kinderhospiz-loewenherz.de, Spendenkonto: Kreissparkasse Syke Konto 1 110 099 999, BLZ: 291 517 00*

Wer der Trauer Raum gibt, schafft Platz für das Lachen

Der Tod gehört zum Leben dazu, genauso wie die Gefühle der Menschen, die um eine verstorbene Person trauern. Manchmal begegnet einem der Tod zum ersten Mal, wenn man selbst schon erwachsen ist. Oft jedoch verlieren auch Kinder eine ihnen nahe stehende Person. Genauso wie für Erwachsene ist dieser Verlust für sie ein großer Schock. Doch »Kinder und Trauer«, das passt für viele nicht zusammen. Trauer hat wenig Platz in unserer Gesellschaft und Trauerarbeit mit Kindern ist in Deutschland noch immer ein Tabu.

Kinder und Tod

Kinder reagieren unterschiedlich auf den Tod. Manche mit Angst und Hilflosigkeit, manche mit Wut, Aggression, Rückzug, Selbstvorwürfen und natürlich mit Traurigkeit. Kinder trauern anders als Erwachsene. Sie drücken ihre Trauer nicht immer in Worten und Weinen aus, oft besteht ihre Trauerarbeit aus Spielen, Malen, Schreien usw. Anders als Erwachsene agieren Kinder häufiger ihre Gefühle aus, sie zeigen körperliche Symptome wie Bauch- oder Kopfschmerzen, nassen wieder ein, sind in der Schule unkonzentriert oder haben Schwierigkeiten einzuschlafen.

Eltern, Kindergarten und Schule sind häufig verunsichert über den richtigen Umgang mit einem trauernden Kind. Gerade Eltern sind durch einen Todesfall in der Familie mit den Reaktionen ihrer Kinder oftmals überfordert. Sie sind beschäftigt mit ihrer eigenen Trauer und es fällt ihnen schwer, auf die Situation der Kinder einzugehen. Manchmal leugnen Kinder ihre Trauergefühle, um die Eltern/das Elternteil nicht noch mehr zu belasten. Kinder spüren sehr genau, ob der Raum da ist, ihren Gefühlen Ausdruck zu geben. Häufig erleben trauernde Kinder sich daher als isoliert, einsam und von Erwachsenen unverstanden.

Die Arbeit des Zentrums für trauernde Kinder

Hier setzt die Arbeit des Zentrums für trauernde Kinder e. V. in Bremen an. In einer Unterstützungsgruppe für Kinder, von denen jedes einen Tod zu beklagen hat, wird die Isolation trauernder Kinder aufgehoben. Die Kinder und

Jugendlichen treffen sich dort alle zwei Wochen. Sie machen die Erfahrung, dass sie nicht allein sind und können sich gegenseitig auf ganz besondere Weise unterstützen. An die Kinder und Jugendlichen werden keine Anforderungen gestellt. Sie erhalten Unterstützung und Begleitung darin, ihren eigenen individuellen Trauerweg zu finden. Sie werden dabei jedoch nicht gelenkt, ihr Verhalten und ihre Gefühle werden nicht bewertet und jedes Kind entscheidet selbst, wie lange es die Gruppe besuchen und was es dort tun möchte. Kinder und Jugendliche brauchen Raum für ihre Trauer. Bekommen sie ihn nicht, können daraus ernst zu nehmende Probleme entstehen, bis hin zu Traumata oder Selbsttötungsversuchen.

Das Zentrum für trauernde Kinder e. V. wurde 1999 in Bremen gegründet. Bis dahin gab es in Deutschland kein vergleichbares Projekt. Vorbild des Zentrums war das amerikanische Dougy Center, das seit 1984 trauernde Kinder und Jugendliche begleitet. Das Zentrum möchte dazu beitragen, dass Trauer und Traurigkeit ihren negativen Beigeschmack verlieren, dass das Thema enttabuisiert wird. Unsere Gesellschaft steht Trauer oft hilflos gegenüber und wir haben gelernt, mit Trauer und Verlust schnell »fertig zu werden«. Das Zentrum möchte durch seine Arbeit Kindern und deren Familien vermitteln, dass Trauer eine schöpferische Kraft ist. Sie ist eine lebenswichtige Reaktion unseres Organismus auf eine bestimmte Lebenssituation. Daher muss Trauer ausgedrückt werden. Sie muss gesehen, gehört, verstanden und akzeptiert werden.

Neben der Begleitung betroffener Familien ist daher die Aufklärung über Trauer von Kindern und Jugendlichen ein wichtiger Bestandteil der Arbeit des Zentrums. In Form von Workshops, Seminaren oder Elternabenden bietet es Menschen, die mit Kindern arbeiten oder Eltern und Betroffenen Gelegenheit, Unsicherheiten und Berührungängste zu überwinden und einen offenen Umgang mit dem Thema Tod und Trauer zu üben.

Das Zentrum für trauernde Kinder e. V. in Bremen wird seit September letzten Jahres durch Aktion Mensch gefördert und betreut mit Hilfe von 30 ge-

schulden Ehrenamtlichen mehr als 50 Kinder und Jugendliche. Die Nachfrage wächst ständig. Inzwischen entstehen bundesweit immer mehr regionale Angebote für Kinder und Jugendliche, häufig angegliedert an Hospizgruppen, die ja auch Angehörige betreuen. Im Mai diesen Jahres wurde daher ausgehend von Bremen der Bundesverband Kinder- und Jugendtrauer e. V. (BKJT) gegründet. Er soll dazu dienen, einzelne Gruppen besser zu vernetzen, das Informationsangebot auszubauen und eine breitere Öffentlichkeit auf das Thema Trauer bei Kindern aufmerksam zu machen.

Trauerrituale

Rituale sind wichtig im Umgang mit Trauer. Doch viele Rituale wie die Beerdigung oder der Gang zum Grab passen für Kinder und Jugendliche nicht. Dann können andere, neue Rituale sinnvoll sein: eine Kiste mit Erinnerungsstücken füllen oder einen »Altar« aufbauen, einen Brief mit ins Grab geben, Tagebuch schreiben oder eine Blume für die verstorbene Person pflanzen. Denn Trauer ist nichts, was irgendwann endgültig vorbei ist, sie gehört zum Leben und bietet auch eine Chance: »Traurigkeit ist etwas Natürliches. Es ist ein Atemholen zur Freude« (Paula Modersohn-Becker). Besucher oder neue Kinder und Familien wundern sich manchmal, wie oft in den Kindergruppen gelacht wird. Aber gerade das ist das Besondere an der Arbeit im Zentrum für trauernde Kinder e. V. Auch das Lachen hat seinen Platz und ist wichtig, um die Trauer aushalten zu können.

Am 6. November wird das Zentrum für trauernde Kinder e. V. in Bremen sein 5jähriges Jubiläum mit einem Symposium zum Thema Kinder und Trauer feiern.

Kontakt: Zentrum für trauernde Kinder e. V., Doventorscontrescarpe 172, Gebäude D, 1.Etage, 28195 Bremen, Tel.: (04 21) 3 43-6 68, E-mail: info@trauernde-kinder.de, www.trauernde-kinder.de

Palliativmedizin im Ev. Diakoniewerk Friederikenstift – aus Liebe zum Menschen

Wer schon einmal Angehörige z. B. durch eine Tumorerkrankung verloren hat, weiß: Für solche schwer kranken Menschen reicht eine medizinisch-pflegerische Versorgung allein nicht aus. Sie brauchen genauso dringend liebevolle Zuwendung und eine Ansprache, die auch seelische Schmerzen ernst nimmt. Wo Heilung nicht mehr möglich ist, setzt die Palliativmedizin ein, um den Menschen zu helfen und ihr Leiden so weit wie möglich einzugrenzen. Die Definition von Palliativmedizin nach der WHO lautet: »Palliativmedizin ist die aktive, ganzheitliche Behandlung von Patienten mit einer progredienten, weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung zu der Zeit, in der die Erkrankung nicht mehr auf kurative Behandlung anspricht und die Beherrschung der Schmerzen, anderer Krankheitsbeschwerden, psychologischer, sozialer und spiritueller Probleme höchste Priorität hat.«

Das Konzept

Menschen bis zu ihrem Ende zu begleiten, die Palliativmedizin in den Blick der Öffentlichkeit, der Kostenträger und der politisch Verantwortlichen zu bringen, war der Leitgedanke, der Prof. Dr. med. Wolfhard Winkelmüller dazu bewogen hat, die Palliativmedizin im Friederikenstift zu etablieren. Das Gesamtkonzept sieht den Aufbau eines Palliativzentrums in fünf Stufen vor. 1995 wurde als erste Stufe ein ambulanter Pflegedienst als Tochtergesellschaft (Krankenpflege GmbH) gegründet, der von Anfang an seinen Schwerpunkt in der Versorgung von Krebs- und Schmerzpatienten hatte, 1999 wurde das stationäre Uhlhorn Hospiz gegründet, welches das Friederikenstift zusammen mit der Henriettenstiftung betreibt. Die dritte Stufe ist seit August 2002 der ambulante Palliativdienst auf dem Gelände des Friederikenstifts, der organisatorisch der Krankenpflege GmbH zugeordnet ist. Im Palliativdienst arbeiten zur Zeit zwei examinierte Krankenpflegekräfte mit Palliativ-Care-Ausbildung, ein palliativmedizinisch erfahrener Arzt und eine Krankenhauseelsorgerin. Die vierte Stufe ist eine stationäre

Palliativeinheit mit drei Betten, die im Mai 2004 innerhalb der internistischen Klinik eingerichtet wurde. In Planung befindet sich noch ein Aus-, Fort- und Weiterbildungszentrum.

Die Zusammenarbeit

Das Ziel der palliativmedizinischen Behandlung ist die Verbesserung der Lebensqualität in der letzten Lebensphase. Im Friederikenstift ist der Palliativdienst die Schnittstelle zwischen stationärem und ambulantem Sektor und setzt so die geforderte integrierte Versorgung erfolgreich um.

Der Palliativdienst erfüllt folgende Aufgaben:

1. Konsildienst für das Krankenhaus: ärztliches Personal und Pflegekräfte auf den Stationen, aber auch in anderen Krankenhäusern der Stadt werden in speziellen palliativmedizinischen und -pflegerischen Fragestellungen beraten.

2. Brückendienste: Bei geplanten Entlassungen von Patientinnen und Patienten übernimmt der Palliativdienst zusammen mit dem Sozialdienst die Organisation. Auch bei erneuter Einweisung auf die Palliativeinheit, z. B. zur Symptomkontrolle, ist die Kontinuität in der Begleitung von Patienten und Patientinnen gewährleistet.

3. Ambulanter Palliativdienst: Auch nach erfolgter Klinikentlassung steht der Dienst den Angehörigen, Patienten und Patientinnen weiter zur Verfügung und berät nun die Haus- und Fachärzte sowie ambulante Pflegedienste bei speziellen Fragestellungen. Der Palliativdienst, der rund um die Uhr zu erreichen ist, stellt seine Kompetenzen auch anderen Krankenhäusern der Region zur Verfügung. Er berät in fünf typischen Schwerpunkten und stellt ein Unterstützungssystem für andere Leistungserbringer dar:

1. Schmerztherapie und Symptomkontrolle
2. Palliativpflege
3. Psychosoziale und spirituelle Begleitung
4. Ethik und Recht
5. Vernetzung

Die stationäre Palliativeinheit des Friederikenstifts ist zur Aufnahme von

Patienten und Patientinnen bereit, die in einer akuten Krise sind und unter Schmerzdurchbruch, Übelkeit, Blutungen, Luftnot, Angst etc. leiden. Das Palliativteam sorgt zusammen mit konsiliarisch hinzugezogenen Ärzten und Ärztinnen anderer Fachabteilungen für die Diagnostik und Behandlung der Symptome. Der Patient/die Patientin kehrt wieder nach Hause zurück, sobald sein/ihr Zustand stabil ist.

Die Finanzierung

»Ärzteverbände, Kirchen und Politiker erklären zwar angesichts der Verbreitung der aktiven Sterbehilfe die Wichtigkeit der palliativmedizinischen Versorgung der Bevölkerung, jedoch stehen für die Finanzierung der ambulanten und stationären Dienste bis heute keine Mittel zur Verfügung,« so Winkelmüller.

Die Finanzierung des Zentrums im Friederikenstift erfolgt ausschließlich aus Eigenmitteln, durch Sponsoren und Spenden aus dem Freundeskreis des Krankenhauses. Alle Leistungen des Palliativdienstes stehen den Patientinnen und Patienten, Angehörigen, Ärzten, Ärztinnen und Pflegenden kostenlos zur Verfügung, denn eine Vergütung durch die Kostenträger des Gesundheitssystems besteht immer noch nicht.

CHRISTEL SUPPA, Referentin für Öffentlichkeitsarbeit, Ev. Diakoniewerk Friederikenstift, Humboldtstraße 5, 30169 Hannover, Tel.: (05 11) 129-25 83 Fax: (05 11) 129-24 07, E-Mail: christel.suppa@friederikenstift.de

Themenheft Sterbebegleitung

Während in Deutschland weder Suizid noch die Anstiftung und Beihilfe zum Suizid strafbar sind, wird durch das Fremdtötungsverbot beispielsweise Tötung auf Verlangen strafrechtlich verfolgt. Dies ruft zahlreiche Definitionsprobleme für die Berufsgruppen im Gesundheitswesen hervor.

In diesem Heft des Robert Koch Institutes wird der Begriff ›Sterbebegleitung‹ als Begleitung von Menschen am Lebensende verstanden und ebenso weit gefasst dargestellt und diskutiert. Die Themen Sterbehilfe, Euthanasie, Palliativmedizin und Hospizbewegung werden ebenfalls thematisiert.

Die Instrumente Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung werden erläutert. Diese geben die Möglichkeit, den Willen des nicht mehr selbstbestimmten Menschen auszudrücken.

Robert Koch Institut (Hrsg.): Sterbebegleitung, Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 2, bearbeitet von PROF. DR. DR. JOCHEN VOLLMANN, überarbeitete Auflage 2003, 19 Seiten, ISBN 3-89606-121-6, kostenlos, www.rki.de

Mehr Liebe in unseren Schulen

Siebenunddreißig Plädoyers für Selbstachtung, wechselseitigen Respekt und Kooperation

Der Autor Helmut Bülter beschreibt zu Beginn des Bandes mit einem Fallbeispiel anschaulich, wie in bedrohlichen Situationen Kinder Beistand, Verständnis und liebevolle Zuwendung in angemessener Form benötigen. Doch was kann dies für den schulischen Alltag bedeuten? Welche Form von Liebe ist gemeint? Diese und ähnliche Fragen versucht der Autor zu klären und geht dabei auch auf die Lebenssituationen wie z. B. die familiäre Situation von Mädchen und Jungen ein.

Besonders ausführlich widmet sich Bülter der Rubrik ›Lieblosigkeit in der Schule‹. Hier analysiert der Autor, wie ein Kind auf Dauer demotiviert oder ihm ein Problem angehängt werden kann. In Zusammenarbeit mit weiteren Autorinnen und Autoren werden Ver-

haltensmuster von Lehrkräften unter die Lupe genommen mit dem Appell zu mehr wechselseitigem Respekt.

Die sich aus der Zusammenstellung für den Autor ergebenden drei Thesen lauten: Professionelle Pädagogik setzt Selbstachtung und Kooperation voraus; Kinder brauchen Lehrkräfte, die sich selbst achten und zu Kooperation bereit sind; Kinder werden auf Schulfähigkeit geprüft, aber die Gesellschaft muss dringend auf Kinderfähigkeit überprüft werden. (am)

HELMUT BÜLTER: Mehr Liebe in unseren Schulen, Diakonisches Zentrum (diz), Oldenburg 2003, 162 Seiten, ISSN 0932-7584, 9,- Euro

Ernährungsmedizin

Ernährungsabhängige und ernährungsmitabhängige Krankheiten haben einen hohen Anteil in den Morbiditäts- und Mortalitätsstatistiken. Vor diesem Hintergrund gewinnt die Ernährungsmedizin sowohl in Bezug auf die Diagnose und Therapie als auch auf die Prävention zunehmend an Bedeutung. Die umfassende 2. Auflage enthält eine Vielzahl von Beiträgen, in denen neben den Grundlagen der Ernährungsmedizin u. a. die Themen Lebensmittel und Nährstoffe, Lebensstil und Ernährung sowie Unter- und Überernährung behandelt werden. Weiterhin wird auch der Zusammenhang zwischen einzelnen Krankheitsbildern und Ernährung aufgezeigt.

Da die Ernährungsmedizin eine fachübergreifende Disziplin ist, richtet sich das Buch nicht nur an Mediziner und Medizinerinnen, sondern auch an andere Berufsgruppen aus dem Gesundheitswesen. (ts)

PETER SCHAUDER, Günter Ollenschläger (Hrsg.): Ernährungsmedizin. Prävention und Therapie. Verlag Urban & Fischer, München, Jena, 2. Auflage 2003, 997 Seiten, ISBN 3-437-22920-6, 99,95 Euro

Tabakentwöhnung

Dieser Leitfaden zur Tabakentwöhnung gibt nicht nur Suchtexperten und -expertinnen, sondern auch Fachleuten auf dem Gebiet der Medizin, Pädagogik und Psychologie einen strukturierten und praxisorientierten Überblick. Die vorgestellte Therapiemethode arbeitet nach der ›Punkt-Schluss-Methode‹, d. h. der Zigarettenkonsum wird an einem definierten Tag beendet.

Neben der Darstellung der theoretischen Grundlagen des Therapieprogramms wird auf die insgesamt sechs Therapieeinheiten im Detail, sowie auch kurz auf die Probleme der Raucherentwöhnung eingegangen. Zusätzlich sind auf einer CD-Rom, die dem Buch beiliegt, Materialien enthalten, die Umsetzung und Durchführung der Therapie erleichtern sollen.

ANIL BATRA UND GERHARD BUCHKREMER (Hrsg.): Tabakentwöhnung, Ein Leitfaden für Therapeuten. Kohlhammer, Stuttgart, 2004, 140 Seiten, ISBN 3-17-017614-5, 25,- Euro

Übergänge in Arbeit

Im gleichnamigen Forschungsschwerpunkt des Deutschen Jugendinstituts (dji) wird in Band 1 unter dem Titel ›Jugendliche fördern und fordern‹ eine umfangreiche Sammlung von Strategien und Methoden einer aktivierenden Pädagogik und Jugendsozialarbeit vorgestellt. Die Beiträge handeln von Chancen und Problemen einer aktivierenden Benachteiligtenförderung, nennen methodische Prinzipien und klären offene Fragen, wie jene nach der Funktion sozialpädagogischer Ansätze im Bereich Jugendberufshilfe. In einem kurzen abschließenden Teil werden neue Programme zur Förderung benachteiligter Jugendlicher beschrieben.

Band 2 mit dem Titel ›Abgeschrieben‹ nennt Ergebnisse einer empirischen Untersuchung über Schulverweigerer und legt für bekannte Alltagsbeobachtungen einen wissenschaftlichen Nachweis sowie verschiedene neue Erkenntnisse vor. Die Sicht auf aktive Schulverweigerung als altersabhängiges Phänomen, auf die zunehmende Isolation und Vereinsamung und die

Franka Matthies

Gesundgeredet?

Seit ein paar Jahren werden Krankenrückkehrgespräche zunehmend von Vorgesetzten mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern geführt, die nach einer krankheitsbedingten Fehlzeit ihre Arbeit wieder aufnehmen.

Befürworter dieser Gespräche sind davon überzeugt, dass sie der Gesundheitsförderung und Reduktion der betrieblichen Fehlzeit dienen, Gegner halten sie ausschließlich für ein Mittel zur Kontrolle des Fehlzeitenverhaltens, das eher zur gesundheitlichen Belastung der Beschäftigten und zur Ausgrenzung Kranker und Leistungsschwacher führt. Bislang fehlten empirische Untersuchungen zur Entscheidung dieser Frage. Klärung verschafft die von der Hans-Böckler-Stiftung geförderte Kölner Studie zur Untersuchung der Krankenrückkehrgespräche und Gesundheitspolitik in der Automobilindustrie. Das Buch gibt einen Überblick über die empirischen Ergebnisse und informiert über Formen und Verbreitung von Krankenrückkehrgesprächen. Es werden grundlegende Erkenntnisse über Nutzung und Bewertung des Instrumentes vermittelt.

HOLGER PFAFF, HOLGER KRAUSE, CLAUDIA KAISER: *Gesundgeredet? Praxis, Probleme und Potenziale von Krankenrückkehrgesprächen. edition sigma, Berlin, 2003, 322 Seiten, ISBN 3-89404-980-4, 18,90 Euro*

Kindheit, Jugend und Geschlecht – Einführung in die Psychologie der Geschlechter

Die Autorin beschreibt das Aufwachen von Kindern, soweit es mit der Geschlechterthematik zu tun hat. Ziel ist es, über den neuesten Stand der Geschlechterforschung zu informieren und zu klären, welche Bedeutung der Geschlechtszugehörigkeit eines Kindes für seine Entwicklung beigemessen werden muss. Dabei spielen z. B. die Bereiche ›psychische und kognitive Entwicklung‹, ›Einfluss der Eltern, Medien und Bildungseinrichtungen‹ ebenso eine Rolle wie Sexualität, Selbstschädi-

gung, Aggression und Gewalt. Rendtorff geht davon aus, dass bei einer Beschreibung kindlicher Entwicklung die komplexe Interaktion und die an ihr beteiligten Faktoren mitbedacht werden müssen, da jedes Kind einen Prozess der Ausgestaltung und Aneignung von Geschlechtsinterpretationen durchläuft, um im eigenen Geschlecht anzukommen. Dies ist ein Prozess, der mit Lust, aber auch mit Leid und Anstrengung verbunden ist. (am)

BARBARA RENDTORFF: *Kindheit, Jugend und Geschlecht – Einführung in die Psychologie der Geschlechter, Beltz Verlag, Weinheim, Basel, Berlin 2003, 322 Seiten, ISBN 340722148-7, 17,90 Euro*

Die vielen Gesichter des ADS, Begleit- und Folgeerkrankungen richtig erkennen und behandeln

Die Vielfalt der ADS-Symptome im Kindes- und Jugendalter und ihre besondere, bislang häufig vernachlässigte Dynamik bei der Entstehung von Begleit- und Folgeerkrankungen sowie wirkungsvolle Maßnahmen, um ihnen zu begegnen, sind Inhalt dieses Buches. Durch den präzisen fachlichen Hintergrund und Beispiele aus der Praxis wird deutlich, dass Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit ADS ihr Leben gut meistern können. Die Autorin vertritt die Meinung, dass die Qualität der medizinischen Betreuung sich nicht nur an einer auf den Einzelfall bezogenen sachgerechten Gabe von Medikamenten messen sollte. Eine gute Betreuung schließt darüber hinaus neben einer guten Aufklärung über das Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (ADS) eine verhaltenstherapeutische Begleitung unter Einbeziehung der Familienangehörigen mit ein. (am)

HELGA SIMCHEN: *Die vielen Gesichter des ADS, Begleit- und Folgeerkrankungen richtig erkennen und behandeln, Kohlhammer Verlag, Stuttgart 2003, 220 Seiten, ISBN 3-17-017532-7, 22,- Euro*

Beschreibung von Belastungssituationen, die zur Verweigerungshaltung führen, fördern das nähere Verständnis der komplizierten Situation dieser Schülerinnen und Schüler. Die Autorinnen verzichten auf moralische Bewertungen und nennen viele kreative Ansatzpunkte für eine wirksame Intervention. (ar)

Deutsches Jugendinstitut (dji) *Übergänge in Arbeit, Band 1*: THOMAS GERICKE, TILLY LEX, GÜNTHER SCHAUB, MARIA SCHREIBER-KITTL, HAIKE SCHRÖPFER (Hrsg.): *Jugendliche fördern und fordern, DJI Verlag München 2002, 356 Seiten, ISBN 3-87966-404-8, 14,50 Euro*
Band 2: MARIA SCHREIBER-KITTL, HAIKE SCHRÖPFER: *Abgeschrieben. DJI Verlag München 2002, ISBN 3-87966-405-6, 9,80 Euro*

Sterben in Braunschweig

Die erste deutsche Informationsbroschüre zum Thema Sterbebegleitung hat die Stadt Braunschweig jetzt vorgelegt. Jeweils etwa 20 % der Menschen sterben in Braunschweig Zuhause oder in Heimen, etwa 50 % in Krankenhäusern. Eine Hochrechnung der Todesfälle bei bestimmten Erkrankungen macht den Bedarf an potentieller Sterbebegleitung deutlich.

Angeregt durch die Pflegekonferenz der Stadt wurden die vielfältigen Angebote übersichtlich systematisiert, die jeweiligen Leitlinien zur Sterbebegleitung zu erfassen versucht, Schnittstellen beleuchtet und Verbesserungsvorschläge zusammengestellt. (us)

Stadt Braunschweig, Sozialreferat *Gesundheitsplanung: Sterben in Braunschweig – ein Reader für Professionelle, 2004, 79 Seiten, www.braunschweig.de*

Ansätze zur Pflegeprävention

Im Zwischenbericht des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung werden Pflegebedürftigkeit und Rahmenbedingungen für Pflegeprävention aus sozialrechtlicher, pflegewissenschaftlicher und medizinischer/geriatriischer Sicht untersucht. Über eine Analyse des Stellenwertes und Umfangs eines pflegepräventiven Ansatzes in Deutschland, der Beschreibung pflegepräventiver Kategorien und der Darstellung einer Recherche zu bundes- und weltweiten Modellprojekten entwickeln Autor und Autorin einen gesundheitspolitisch relevanten Zugang für pflegepräventives Handeln. Dabei stellen sie die Bedeutung der Prävention von Pflegebedürftigkeit sowohl in Modellergebnissen als auch im Rahmen gesetzlicher Grundlagen im SGB XI den tatsächlichen Leistungen zur Vorbeugung von Pflegebedürftigkeit im deutschen Gesundheitswesen gegenüber. Die Autorin und der Autor entwickeln des Weiteren qualifikatorische und konzeptionelle Ansätze und Erfordernisse für die praktische Umsetzung pflegepräventiver Handlungsstrategien. Das Buch bietet damit eine gute Übersicht über die derzeitigen pflegepräventiven Grundlagen und bestehenden Hindernisse in der Umsetzung. (bw)

Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (Hrsg.): Ansätze zur Pflegeprävention, Schlütersche Verlag, Hannover, 2003, 102 Seiten, ISBN 3-87706-881-2, 14,90 Euro

Eltern und Lehrer in konstruktiver Zusammenarbeit

Sowohl Eltern als auch Lehrkräfte sind Expertinnen und Experten für das Kind. Beide haben allerdings sehr unterschiedliche Sichtweisen. So erleben z. B. Eltern ihr Kind als Teil der Familie, während die Lehrkraft dasselbe Kind als einen Jungen oder Mädchen erleben, der bzw. die für eine bestimmte Zeit mit einem ganz bestimmten Auftrag in ihre Obhut gegeben wurde. Wie können die unterschiedlichen Erfahrungen und Sichtweisen nun zusammengeführt

werden? Aus dem Blickwinkel dieser beiden Positionen hat die Autorin ihre diesbezüglichen Erfahrungen zum Thema Elternarbeit in der Schule zusammengetragen. Ziel ist es, gegenseitige Vorurteile abzubauen und zu einem wertschätzenden Umgang miteinander zu kommen.

Der DIN A4-Band ist in die Schwerpunkte Mitarbeit, Mitgestaltung, Mitwirkung bei der Schulentwicklung und Mitverantwortung gegliedert. Unter den einzelnen Bereichen sind praxisnahe und leicht umsetzbare Beispiele dargestellt, die im Schulalltag dazu beitragen können, den ersten Kontakt mit Eltern entspannt und interessant zu gestalten. Mit konkreten und leicht verständlichen Anregungen und Tipps z. B. für den Umgang mit Konflikten, die Vorbereitung von Eltern-Lehrer-Treffen oder Telefongespräche mit Eltern bietet diese Arbeitsvorlage für Lehrkräfte konkrete Hilfestellungen für den Schulalltag, um die Zusammenarbeit mit Eltern auf eine konstruktive und sichere Basis zu stellen. (am)

BÄRBELE RADEMACHER: Eltern & Lehrer in konstruktiver Zusammenarbeit, AOL-Verlag, Lichtenau 2004, 64 Seiten, ISBN 3-89111-309-9, 12,90 Euro

Wechseljahre multidisziplinär

Wechseljahre als ganz normale Lebensphase von Frauen - wie mögen Frauen diese Räume Wechseljahre ausgestalten? Gästen wird nicht gestattet, die gesamte Einrichtung nach ihren Vorstellungen zu gestalten. Als Gäste sollten wir einfühlsam und respektvoll sein, so Winnie Abraham im Schlusswort des im Februar 2003 durchgeführten Kongresses, dessen Dokumentation mit überarbeiteten und aktualisierten Texten Anfang 2004 erschienen ist.

Neben den Bedürfnissen der Frauen in den Wechseljahren, den Risiken und Versprechungen der Hormontherapie und den Motiven der Ärztinnen und Ärzte wird der soziale und medizinische Kontext der Wechseljahre beleuchtet. Die Dokumentation ist zugleich ein Handbuch für alle, die sich

um einen neuen evidenzbasierten, frauen- und situationsgerechten Umgang mit den Wechseljahren bemühen. (us)

INGEBORG JAHN (Hrsg.): Wechseljahre multidisziplinär. Was wollen Frauen - was brauchen Frauen, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 28 der Gmünder Ersatzkasse, Asgard-Verlag, St. Augustin, 2004, 298 Seiten, ISBN 3-537-44028-6, Einzelexemplare sind kostenlos in den GEK-Betreuungsstellen erhältlich; die Anschrift einer Betreuungsstelle in Ihrer Nähe ist unter www.gek.de/suche/index.html zu finden.

Migration und Gesundheit

Die Betriebskrankenkassen sind traditionell Kassen mit hohem Anteil ausländischer Versicherter. Das vorliegende Buch dokumentiert prämierte Arbeiten des hessischen BKK-Innovationspreises Gesundheit 2003 zum Thema Migration und Gesundheit. Zuerst wird ein erfolgreiches Modellprojekt aus Nürnberg zu präventiven Maßnahmen bei schwangeren Migrantinnen vorgestellt. So konnte z. B. der Anteil der Migrantinnen, die sich der ersten Ultraschalluntersuchung erst nach der 13. Schwangerschaftswoche unterzogen, deutlich gesenkt werden. In einem Survey aus Bielefeld wurden die Begleitpersonen von Schulkindern, meist die Eltern, zum Zeitpunkt der schulärztlichen Einganguntersuchung auf ihren Gesundheitsstatus, ihren Versorgungsstatus, den Sozialindex und den Integrationsindex untersucht. Dabei wurden Deutsche sowie Migrantinnen und Migranten verglichen. Im dritten Beitrag geht es um das Alt werden in der Fremde. Die Vorstellungen Duisburger Migrantinnen und Migranten bzgl. der Lebensqualität im Alter sowie Handlungsbedarfe für Konzepte von Regeleinrichtungen der Altenarbeit wurden erhoben. (us)

BKK (Hrsg.): SANDRA HINZ, ANGELA KELLER, CHRISTINA REITH: Migration und Gesundheit, Mabuse Verlag, Frankfurt a. M., 2004, 135 S., ISBN 3-935964-26-9, 17,90 Euro

Sozialmedizin

Das prüfungsrelevante Lehrbuch Sozialmedizin für Studierende der Humanmedizin stellt die Sozialmedizin entlang der Versorgungsverläufe dar. Nach den Grundlagen von Gesundheit und Krankheit in der Bevölkerung werden soziale und medizinische Determinanten von Krankheit und Gesundheit vorgestellt. Danach geht es um die sozialen und medizinischen Reaktionen auf und die Folgen von Krankheit und Behinderung. Viele namhafte Autorinnen und Autoren haben daran mitgewirkt, so dass aktuelle Diskussionen Eingang gefunden haben. Bedauerlich ist, dass die gesundheitlichen Folgen von Gewalt sowie die daraus abzuleitenden Anforderungen an die Gesundheitsversorgung nicht behandelt werden. Zwar sind Daten nach Geschlechtern getrennt aufgeführt, die Sprache ist jedoch leider genderunsensibel, so dass ausschließlich Ärzte und Patienten vorkommen. (us)

RALPH BRENNECKE (Hrsg.): *Lehrbuch Sozialmedizin*. Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, 2004, 295 Seiten, ISBN 3-456-84082-9, 29,95 Euro

Bildungs- und Erziehungskatastrophe? Was unsere Kinder lernen sollten

Sind laut PISA die deutschen Schülerinnen und Schüler im internationalen Vergleich nicht wettbewerbsfähig? Ist es richtig, dass die Konsequenz der Bildungspolitik, wie z. B. Schülerinnen und Schüler frühzeitiger, häufiger und härter zu prüfen und zu testen, unsere Kinder intelligenter macht? Welche Bedeutung hat Bildung in einer sich wandelnden Gesellschaft? Die Autoren des Bandes »Bildungs- und Erziehungskatastrophe« suchen nach neuen Aspekten in der Bildungsdebatte und gehen – mit Blick auf die oben genannten Fragen – der Zielrichtung nach, was unsere Kinder für die Zukunft brauchen und wie sie es lernen sollen. Dazu gehören die pädagogische Professionalisierung der Lehrkräfte ebenso wie strukturelle Veränderungen an den Schulen.

Momentan vermittelt das deutsche Schulsystem unseren Schülerinnen und Schülern häufig das Gefühl von Niederlagen anstelle von Erfolgserlebnissen. (am)

DIETER KORCZAK: *Bildungs- und Erziehungskatastrophe? Was unsere Kinder lernen sollten*. Westdeutscher Verlag Wiesbaden, 2003, 194 Seiten, ISBN 3-531-14029-5, 31,90 Euro

Kulturelle Freiheit als Aspekt menschlicher Entwicklung

Das Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen (UNDP) legt mit diesem Bericht ein leidenschaftliches Plädoyer für eine multikulturelle Politik vor, die Vielfalt respektiert. Bei kultureller Freiheit geht es um die Ausweitung der Wahlmöglichkeiten der Einzelnen, bezogen auf Sprache, Religion, Gebräuche etc. Der Bericht beschreibt Ausgrenzungsprozesse und politische Handlungsstrategien, um diese zu beseitigen. Es werden progressive multikulturelle Ansätze zu Themen wie Machtteilung, religiösen und säkularen Staaten, Sprachenpolitik und Maßnahmen gegen die Diskriminierung von Minderheitengruppen präsentiert. Eine Fülle von Daten und Beispielen aus der ganzen Welt machen den Bericht sehr eindrucksvoll. (us)

United Nations Development Programme (UNDP) Deutsche Gesellschaft für die Vereinten Nationen e. V. (Hrsg. der deutschen Ausgabe): Bericht über die menschliche Entwicklung 2004: Kulturelle Freiheit in unserer Welt der Vielfalt, UNO-Verlag, Bonn, 2004, 318 Seiten, ISBN 3-923904-57-6, 27,90 Euro, zu beziehen über www.uno-verlag.de

Frauen und Karriere

Der vorliegende Sammelband beschreibt Chancen und Barrieren für die Karrieren von Frauen in Wissenschaft, Wirtschaft und Politik. Aus Sicht von Soziologie und Psychologie werden die gesellschaftlichen Strukturen und die individuellen Einstellungen und Verhaltensweisen betrachtet und aufeinander bezogen. Das Buch informiert über die Stellung der Frau in Spitzenpositionen im europäischen Vergleich. Untersuchungen zur Karriereentwicklung sowie Förderkonzepte für Wissenschaftlerinnen und Frauen in Politik und Wirtschaft werden vorgestellt. (us)

BARBARA KELLER, ANINA MISCHAU (Hrsg.): *Frauen machen Karriere in Wissenschaft, Wirtschaft und Politik. Chancen nutzen – Barrieren überwinden. Schriften des Heidelberger Instituts für Interdisziplinäre Frauenforschung (HIFI) e. V., Band 4. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, 2002, 202 Seiten, ISBN 3-7890-7757-7, 20,- Euro*

Kinder, Geld und Konsum

Die Kaufkraft von Kindern ist beträchtlich, der Kindermarkt expandiert und die Kommerzialisierung der Kindheit gilt als das entscheidende Merkmal für den Wandel der Kindheit seit dem ausgehenden 20. Jahrhundert. Die Autorin beleuchtet diese Entwicklung über empirisches Material, historische und juristische Darstellungen zu den Themen Taschengeld, Kinderarbeit und zur ökonomischen Rolle von Kindern im Familienhaushalt. Kein Taschengeld zu bekommen, beurteilt sie aufgrund der empirischen Ergebnisse als eine Armutsfolge. Abschließend setzt sie sich mit verbreiteten Thesen zum Begriff der Kindheit auseinander. Sie kommt zu dem Schluss, dass sich die Integration der Kinder in den Markt längst vollzogen hat, u.a. indem der Markt Fakten schafft. (ar)

CHRISTINE FEIL: *Kinder, Geld und Konsum – Die Kommerzialisierung der Kindheit*. Juventa Verlag, Weinheim und München, 2003, 288 Seiten, ISBN 3-77990226-5, 23,00 Euro



www.veid.de

Der Bundesverband verwaiste Eltern in Deutschland e. V. stellt auf seiner Internetseite nicht nur wichtige Informationen für Betroffene zur Verfügung, sondern gibt diesen gleichzeitig auf einfühlsame Art Hilfen für ihre schwierige Situation an die Hand. So berichten bspw. betroffene Eltern, die ein Kind durch Suizid oder ein Gewaltdelikt verloren haben, von ihren Erfahrungen; eine Lesecke umfasst Buchtipps, Gedichte und Liedtexte; Selbsthilfegruppen in ganz Deutschland werden mit Verlinkung zu ihren Internetseiten aufgeführt. Neben Seminaren und Tagungen zum Thema erfährt man u. a. auch von Freizeiten für verwaiste Geschwister, die der Verband mitorganisiert.

*Kontakt: Bundesverband Verwaiste Eltern in Deutschland e. V., Seelhorststraße 11, 30175 Hannover, Tel.: (05 11) 337 27 26
E-Mail: kontakt@veid.de*

www.dgpalliativmedizin.de

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. informiert auf ihrer Internetseite über ihre eigene Arbeit sowie allgemein über Palliativmedizin und -pflege. Das Angebot für Interessierte reicht von einer Vorstellung der einzelnen DGPM-Arbeitsgruppen über Stellungnahmen der DGPM zu verschiedenen Themen bis zu einer Adressliste mit Hospiz- und Palliativeinrichtungen sowie Institutionen für Aus-, Fort- und Weiterbildung.

*Kontakt: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V., von-Hompesch-Str. 1, 53123 Bonn, Tel.: (02 28) 64 81-3 09
E-Mail: dgp.bonn@malteser.de*

www.dghs.de

Die Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben e. V. wurde 1980 als Patienten- und Bürgerrechtsorganisation gegründet. Auf ihrer Internetseite kann man sich über ihre in der Öffentlichkeit z. T. kontrovers diskutierten Positionen zu Themen wie Sterbehilfe oder leidensmindernde Maßnahmen informieren. Darüber hinaus stellt sie Adressen von Schmerztherapeutinnen und -therapeuten und Hospizeinrichtungen zur Verfügung, bietet ein Diskussionsforum und

stellt Verlinkungen zu anderen themenähnlichen Internetseiten her.

*Kontakt: DGHS-Bundesgeschäftsstelle, Lange Gasse 2-4, 86152 Augsburg, Tel.: (08 21) 50 23 50,
E-Mail: info@dghs.de*

www.deutscherkinderhospizverein.de

Der 1990 gegründete Deutsche Kinderhospizverein stellt sich und seine bundesweite Arbeit vor. Daneben gibt es viele Links und Verweise auf beteiligte Organisationen, die stationären Einrichtungen und ambulanten Hospizdienste.

*Kontakt: Deutscher Kinderhospizverein e. V., Bahnhofstraße 7, 57462 Olpe, Tel.: (02 761) 96 95 55
E-Mail: www.deutscherkinderhospizverein.de*

www.hospiz.net

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e. V. zur Förderung von ambulanten, teilstationären und stationären Hospizen und Palliativmedizin (BAG) bietet auf ihrer Homepage umfassende Informationen und Links zu den Landesarbeitsgemeinschaften Hospiz (LAG), Organisationen und Initiativen an.

*Kontakt: Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz, Am Weiherhof 23, 52382 Niederzier, Tel.: (0 2428) 802937
E-Mail: bag.hospiz@hospiz.net*

www.hospize.de

Die Deutsche Hospiz Stiftung bietet alle Informationen zu dem Thema Hospiz. Viele Hintergrundinformationen und Stellungnahmen, die bis ins Jahr 1998 zurückreichen, sind als Dokumente herunterzuladen.

*Kontakt: Deutsche Hospiz Stiftung, Im Defdahl 5-10, 44141 Dortmund Tel.: (02 31) 7 38 07 30
Weitere Informationsbüros in München und Berlin*

www.igsl-hospiz.de

Die internationale Gesellschaft für Sterbebegleitung und Lebensbeistand e. V. ist eine Dachorganisation der Hospizbewegung, die international, interdisziplinär und überkonfessionell arbeitet. Es wird u. a. über aktuelle Termine und

Fortbildungen informiert und auf die 32 Regionalgruppen samt Adressen und Ansprechpersonen hingewiesen.

*Kontakt: Internationale Gesellschaft für Sterbebegleitung und Lebensbeistand e. V. (IGSL), Postfach 1408, 55384 Bingen, Tel.: (0 67 21) 1 03 18 oder (0 67 21) 92 11 61
E-Mail: geschaeftsstelle@igsl-hospiz.de*

www.hospiz-verlag.de

Der Hospiz Verlag, Fachverlag für öffentliche Medien im Sozial- und Gesundheitswesen und Partner der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz, publiziert Texte, die sich mit kulturhospizlichen Themen auseinandersetzen. Interessierte können die Schwerpunktthemen der verschiedenen Ausgaben der Hospiz-Zeitschrift einsehen, sich über themenbezogene Publikationen informieren und diese bestellen.

*Kontakt: der hospiz verlag, PAUL TIMMERMANN'S, Gertrundenstr. 15, 42105 Wuppertal, Tel.: (02 02) 4 46 84 70
E-Mail: hospiz-verlag@t-online.de*

www.verbraucherministerium.de

»Fit im Alter – gesund essen, besser leben« – ist das Motto einer mehrjährigen Kampagne des Bundesverbraucherministeriums, deren Starttermin am 30. September 2003 war. Der älteren Generation soll Hilfestellung bei einer altersgerechten- und gesundheitsbewußten Ernährung gegeben werden. Den Mittelpunkt der Kampagne stellt ein Informations- und Trainingsprogramm dar. In Unterstützung der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e. V. werden u. a. Fortbildungen für Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen von Senioreneinrichtungen und für Senioren angeboten.

Kontakt: Bundesministerium für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft; einzelne Landes Verbraucherzentralen



Veranstaltungen der LVG

Wie kommt Gesundheit ›in Betrieb‹ – Mehr Arbeit - weniger Gesundheit?

2. November 2004, 10-16.00, Wolfsburg

Die Erhöhung der Lebens- und Wochenarbeitszeit stellt neue Herausforderungen an Betriebe, die die Gesundheit ihrer Mitarbeiterschaft erhalten und fördern wollen. Wie lässt sich eine ›work-life-balance‹ unter diesen veränderten Rahmenbedingungen herstellen? Welche erfolgreichen Gesundheitsförderungsprogramme gibt es? Welchen Stellenwert hat Ernährung innerhalb solcher Gesundheitsmanagementkonzepte? All das sind relevante Fragestellungen, die im Rahmen der gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Ernährung, der Akademie für ärztliche Fortbildung, der Ärztekammer Niedersachsen und dem forum gesundheit durchgeführten Fachtagung beantwortet werden sollen.

Teilnahmegebühr: 65,- Euro (75,- Euro an der Tageskasse)
Weitere Informationen auf Anfrage

Niedersachsen-Forum Alter und Zukunft

4. November 2004, 10.00-17.00 Uhr, Hildesheim

›Essen ist mehr ... – Ernährung und Wohlbefinden‹ lautet der Titel des Niedersachsen-Forums Alter und Zukunft. In den Vorträgen und Workshops werden physiologische, psychische und soziale Aspekte der Ernährung von Senioren und Seniorinnen angesprochen. Auf einem Markt der Möglichkeiten präsentieren unterschiedliche Verbände, Institutionen und Projekte ihre Arbeit und Angebote. Die Veranstaltung richtet sich sowohl an ältere Menschen als auch an Fachleute aus dem Gesundheits-, Bildungs- und Sozialbereich. Veranstalter ist das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit in Kooperation mit dem Landkreis Hildesheim und der Stadt Hildesheim. Die Landesvereinigung für Gesundheit Nds. e.V. ist für die Koordination zuständig. Die Veranstaltung ist kostenfrei. Weitere Inform. auf Anfrage

›essen – bewegen – wohl fühlen‹ – Das Niedersächsische Modellprojekt zur Prävention von gestörtem Essverhalten und Ess-Störungen in der Grundschule stellt sich vor

11. November 2004, Hannover, vormittags

Das Projekt (s. auch impulse Nr. 41) konzentriert sich auf Niedersachsen und wird an Grundschulen aus unterschiedlichen Regionen durchgeführt. Hauptziel des Projektes ist es, eine positive Veränderung des Ess- und Bewegungsverhaltens von Grundschulkindern zu erreichen und das Thema ›Gesundheit‹ nachhaltig im Schulalltag zu verankern. Wie dies konkret aussehen kann und in den beteiligten Grundschulen im Arbeitsalltag integrierbar ist, soll an diesem Vormittag dargestellt werden.

Weitere Informationen auf Anfrage

Gesundheitsförderung im Stadtteil

15. und 16. November 2004, Hannover

Mit der Großgruppenveranstaltung wollen die drei Initiatorengruppen BKK Bundesverband, Regiestelle E&C und die Landesvereinigung für Gesundheit Nds. e.V. mit dem Thema ›Gesundheitsförderung im Stadtteil‹ eine stärkere Bewegung der Akteure und Akteurinnen schaffen. Somit können die

Kräfte der Quartiersmanager/innen, der kommunalen Verantwortlichen und Personen aus der Gesundheitsförderung gebündelt werden für ein gemeinsames gesundheitsförderliches Handeln im jeweiligen regionalen Kontext (Stadtteil). Die Teilnahme ist kostenlos, um verbindliche Anmeldung wird gebeten. Weitere Informationen auf Anfrage

Zu viele Hormone ... zu häufig psychotrope Medikamente ... Fehlmedikationen in Altenheimen: Was macht eine frauengerechte Gesundheitsversorgung aus?

Netzwerktagung, 1. Dezember 2004, Oldenburg

Das Netzwerk wird beispielhaft die Themenfelder Hormone in den Wechseljahren, Geschlechtsunterschiede bei der Verschreibung von Arzneimitteln sowie Medikamentengabe an ältere Menschen in Altenheimen aufgreifen und aktuelle Untersuchungsergebnisse vorstellen. Im Mittelpunkt der Veranstaltung steht die Frage ›Welche Schritte auf struktureller, politischer und persönlicher Ebene sind notwendig, um zu einer frauengerechten Gesundheitsversorgung zu gelangen?‹

Die 18. Tagung des Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen findet in Kooperation mit dem Frauenbüro Oldenburg und dem Therapie- und Beratungszentrum für Frauen Oldenburg, e.V. statt.

Weitere Informationen auf Anfrage

Gesundheitsmanagement in der niedersächsischen Landesverwaltung – Bilanz der zweijährigen Ausbauphase

9. Dezember 2004, Hannover

Diese Veranstaltung wird die zweijährige Ausbauphase von Gesundheitsmanagement in Dienststellen der niedersächsischen Landesverwaltung reflektieren. Es wird einerseits über die Erfahrungen und Ergebnisse in den Modelldienststellen berichtet, andererseits werden die Steuerungsinstrumente auf Landesebene beleuchtet. In parallelen Foren werden die Modelldienststellen ihre z.T. ganz unterschiedlichen Wege zum Gesundheitsmanagement vorstellen. Die Tagung ist eine Kooperationsveranstaltung des Niedersächsischen Ministeriums für Inneres und Sport und der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.

Teilnahmegebühr: 25,- Euro. Weitere Inform. auf Anfrage

Privatisierung öffentlicher Dienstleistungen: Risiken und (Neben-)Wirkungen für die Gesundheit

9. Dezember 2004, Hannover

In Zeiten knapper öffentlicher Kassen gelten Privatisierungen als bevorzugter Weg, finanzielle Probleme in überschaubarem Rahmen zu halten. Auch im Dienstleistungssektor nehmen Privatisierungsprozesse zu. Neben einem notwendigen ethischen Diskurs will die Tagung die Auswirkungen dieses Phänomens auf die Gesundheit der Menschen, auf soziale Aspekte und auf die Geschlechter beleuchten. Sie ist eine Kooperationsveranstaltung zwischen der Landesvereinigung für Gesundheit Nds. e.V. sowie u.a. der Stiftung Leben und Umwelt und medico international.

Teilnahmegebühr: 40,- Euro/ermäßigt 25,- Euro

Weitere Informationen auf Anfrage



Niedersachsen

Medien zwischen Ekel und Ethik, 4. 11. 2004, Hannover, Jahrestagung, Kontakt: Landesstelle Jugendschutz Nds., Leisewitzstr. 26, 30175 Hannover, Tel.: (05 11) 85 87 88, Fax: (05 11) 2 83 49 54, www.jugendschutz-niedersachsen.de

Stresserleben und Stressbewältigung in Schule und Familie, 5.-6. 11. 2004, Tagung, Bovenden, Kontakt: Frau Prof. Dr. Krause, Pädagogisches Seminar, Baurat-Gerber-Str. 4-6, 37073 Göttingen, Tel.: (05 51) 39 94 55, Fax: (05 51) 39 94 62, E-Mail: ckrause@uni-goettingen.de

Ohne Moos nix los? Denkste!, 9.-11.11.2004, Berlin, Kontakt: Evangelischer Erziehungsverband e.V., Flüggestr. 21, 30161 Hannover, Tel.: (05 11) 39 08 81-13, Fax: (05 11) 39 08 81-16

Pflege alter Menschen und Patientenautonomie, 11.-12.11.2004, Rehburg-Loccum, Kontakt: Zentrum für Gesundheitsethik an der Ev. Akademie Loccum, Knochenhauerstr. 33, 30159 Hannover, Tel.: (05 11) 12 41-4 96, Fax: (05 11) 12 41-4 97, www.zfg-hannover.de

Patientenautonomie am Lebensende – Ist der Gesetzgeber gefordert?, 13. 11. 2004, Tagung, Hannover, Rehburg-Loccum, Kontakt: Zentrum für Gesundheitsethik an der Ev. Akademie Loccum, Knochenhauerstr. 33, 30159 Hannover, Tel.: (05 11) 12 41-4 96, Fax: (05 11) 12 41-4 97, www.zfg-hannover.de

Fachtagung zum niedersächsischen Pilotprojekt Aufsuchende Familienhilfe für junge Mütter (Familienhebammenprojekt), 15. 11. 2004, Kontakt: Martina Krause, Stiftung „Eine Chance für Kinder“, 30163 Hannover, Tel.: (05 11) 2 79 14 30, Fax: (05 11) 27 91 43 22, www.eine-chance-fuer-kinder.de

Tag der Ethik: „...und das soll christlich sein?!, 17. 11. 2004, Hannover, Kontakt: Henriettenstiftung, Frau Dagmar Vogt-Janssen, Marienstraße 72-90, 30171 Hannover, Tel.: (05 11) 2 89 25 92, Fax.: (05 11) 2 89 20 00, E-Mail: Dagmar.Vogt-Janssen@Henriettenstiftung.de

Zwischen SIMS und Call of Duty, 24. 11. 2004, Seminar, Hildesheim, Kontakt: Landesstelle Jugendschutz, Leisewitzstr. 26, 30175 Hannover, Tel.: (05 11) 85 87 88, Fax: (05 11) 2 83 49 54, www.jugendschutz-niedersachsen.de

Leitbilder des Sterbens – Palliativmedizin und Hospizarbeit im Pluralismus der Sterbekultur, 24.-26. 11. 2004, Rehburg-Loccum, Kontakt: Zentrum für Gesundheitsethik an der Ev. Akademie Loccum, Knochenhauerstr. 33, 30159 Hannover,

Tel.: (05 11) 12 41-4 96, Fax: (05 11) 12 41-4 97, www.zfg-hannover.de

Gesundes Arbeiten durch faires Verhalten am Arbeitsplatz – 10 Jahre Mobbingberatung, 29. 11. 2004, Fachtagung, Göttingen, Kontakt: Mobbingberatungsstelle Hannover, Beate v. Eisenhart-Rothe, Tel.: (05 11) 62 55 64, E-Mail: eisenhart-rothe@mobbing-net.de

Bundesweit

22nd International Conference of Alzheimer's Disease International, 12.-14.10.2004, Berlin, Kontakt: Deutsche Alzheimer Gesellschaft, Fridrichstr. 236, 10969 Berlin, Tel.: (0 30) 2 59 37 95-0, Fax: (0 30) 2 59 37 95-29, www.deutsche.alzheimer.de

Onlineberatung – Aufbruch in digitale Welten, 14.10.2004, Fachtagung, Frankfurt a. M., Kontakt: Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e. V., Am Stockborn 5-7, 60439 Frankfurt a. M., Tel.: (0 69) 9 57 89-0, Telefax: (0 69) 9 57 89-1 90, www.iss-ffm.de

Erste Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft, 28.-29.10.2004, Bonn, Kontakt: Koordinationssekretariat WIAD, Godesberger Allee 54, 53175 Bonn, Tel.: (02 28) 8 10 41 72, Fax: (0228) 81 04 17 36, E-Mail: gesundinhaft@wiad.de

Chancen und Schwierigkeiten der Arbeit in multikulturellen Teams und Netzwerken – auf der Suche nach Synergieeffekten!, 2.-5.11.2004 in Remagen-Rolandseck, Kontakt: AWO-Akademie HELENE SIMON, Postfach 410 163, 53023 Bonn, Tel.: (02 28) 66 85-1 42, Fax: (02 28) 66 85-2 11, E-Mail: tei@awobu.awo.org

Suchtprävention, 8.-10. November, Fachkonferenz Sucht, Bielefeld, Kontakt: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V., Doris Kaldewei, Westring 2, 59065 Hamm, Tel.: (0 23 81) 90 15-0, Fax: (0 23 81) 90 15 30, www.dhs.de

Gemeinsam die Schule der Zukunft bauen, Festveranstaltung 30 Jahre Bundesverband Aktion Humane Schule e.V., 13. 11. 2004, Heidelberg, Kontakt: Aktion Humane Schule, Signe Brunner-Orawsky, Hauptstraße 129, 69214 Eppelheim, Tel. und Fax: (0 62 21) 79 37 77, www.ahs-bw.de

Nur mit uns: ein frauengerechtes Gesundheitssystem, 13.-14. 11. 2004, Jahrestagung, Berlin, Kontakt: AKF- Geschäftsstelle, Tel.: (04 21) 4 34 93 40, www.akf.info.de

Prävention und Gesundheitsförderung: Aktivitäten ausbauen – Evidenz stärken, 19. 11. 2004, Tagung, Bremen, Kontakt: Maïke Weerts, Gazer Str. 2 a, 28359 Bremen, Tel.: (04 21) 2 18 30 59, Fax: (04 21) 81 50, www.public-health.uni-bremen.de

Gesundheitsberichterstattung im gesellschaftlichen Wandel – Zur politischen Relevanz der Gesundheitsberichterstattung, 19.11.2004, Berlin, Kontakt: Freie Universität Berlin, Weiterbildungszentrum, Dr. Rolf Busch, Otto-von-Simson-Str. 13-15, 14195 Berlin, Tel.: (0 30) 83 85-14 14, Fax: (0 30) 83 85-13 97, E-Mail: robusch@zedat.fu-berlin.de

Lebensperspektiven von Frauen und Männern, Zwischen Kinderwunsch und Wunschkindern, 19.-21. 11. 2004, Fulda, Kontakt: Adelaide Dechow, Malteser Werke, Abt. Gesundheitsförderung und Prävention, Tel.: (02 21) 98 22-5 96, E-Mail: nfp@malteser.de

Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen, 24.-26. 11. 2004, Münster, Kontakt: Fachhochschule Münster, Fachbereich Sozialwesen Weiterbildung, Postfach 30 20, 48016 Münster, E-Mail: weiterbildung@fh-muenster.de

Kongress Armut und Gesundheit, 3.-4. 12. 2004, Berlin, Kontakt: Gesundheit Berlin e. V., Friedrichstr. 231, 10969 Berlin, Tel.: (0 30) 44 31 90-60, Fax: (0 30) 44 31 90-63, E-Mail: sekretariat@gesundheitberlin.de

International

Global Health Challenges: European approaches and responsibilities - 7th European Health Forum Gastein, 6.-9.10.2004, Bad Hofgastein, Kontakt: International Forum Gastein, Tauerplatz 1, 5630 Hofgastein, Austria, Tel.: +43 (64 32) 3 39 32 70, Fax: +43 (64 32) 3 39 32 71, E-Mail: info@ehfg.org, www.ehfg.org

Motivation und Qualifikation von Freiwilligen in der Suchtprävention, 22.-23.10.2004, Europäischer Kongress, Luxemburg, Kontakt: Centre de Prevention des Toxicomanies (CePT), 3 rue du Fort Wallis, L-2714 Luxembourg, Fax: (+3 52) 40 89 93, www.ecbap.org

Antwort bitte ausfüllen und schicken oder faxen an die

Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.
Fensckeweg 2, 30165 Hannover, Fax: (05 11) 3 50 55 95

Ich möchte ...

- den Newsletter regelmäßig kostenlos beziehen
- weitere Informationen über die Landesvereinigung für Gesundheit

Name:

Institution:

Anschrift:

Tel./Fax:

Ich/Wir sind vorwiegend tätig im

- Gesundheitswesen
- Bildungsbereich
- Sozialbereich

Anregungen, Kritik, Wünsche

Sonstiges: