

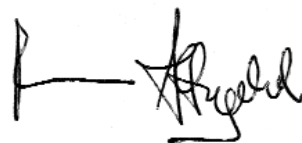
Landesvereinigung
für Gesundheit
Niedersachsen e. V.

Schnittstellen zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen, unterschiedlichen Sozialgesetzbüchern oder sektoralen Zuständigkeiten sind häufig Sollbruchstellen für die Umsetzung komplexer, lebenslagenbezogener Maßnahmen und Aktivitäten. Gesundheitsförderung ist als Querschnittsaufgabe im Sinne der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung der WHO ohnehin mehr an einem effektiven Schnittstellenmanagement interessiert als andere Versorgungs- und Aktivierungsbereiche. Gerade die aktuellen Diskussionen um frühe Hilfen machen deutlich, dass notwendige Hilfen für Menschen oder in diesem Falle von Familien in schwierigen Lebenslagen nicht an Zuständigkeitsgrenzen oder Finanzierungsfragen scheitern dürfen.

Wir betrachten in diesem Heft solche aktuellen Schnittstellendiskussionen und Lösungsansätze in diesen Fragen genauso wie die klassischen Themen der Gesundheitsversorgung selbst, die sich durch Effizienz- und Qualitätsprobleme gerade an den Schnittstellen auszeichnen. Diese werden bereits länger diskutiert, aber einfache Lösungen sind aufgrund der Versäulung unterschiedlicher Sektoren nicht schnell zu realisieren, wie etwa am Beispiel der Rehabilitation oder der Verknüpfung von Gesundheitsförderungsansätzen mit dem Projekt der Sozialen Stadt sehr schnell deutlich wird. In diesem Heft liefern wir über das Schwerpunktthema hinaus einen Überblick über aktuelle Veranstaltungen, neue, spannende Veröffentlichungen und Projekte.

Wie immer sind Sie an dieser Stelle zur Beteiligung an den nächsten Ausgaben mit Beiträgen, Anregungen und Informationen herzlich eingeladen. Die Schwerpunktthemen der nächsten Ausgaben lauten ›Depression und Ängste – Herausforderungen für Prävention und Versorgung‹ (Redaktionsschluss 16.10.2007) und ›Behinderung und Gesundheitsförderung‹ (Redaktionsschluss 17.01.2008).

Mit freundlichen Grüßen



Thomas Altgeld und Team

Inhalt

	Seite
■ Qualitäts- und Effizienzdefizite im Gesundheitssystem	2
■ Soziale Stadt und Gesundheitsförderung	3
■ Häusliche Gewalt – Intervention an den Schnittstellen Arztpraxis, Beratungsstellen und Justiz	4
■ Aufbau ›Früher Hilfen‹ – das Aktionsprogramm des Bundesfamilienministeriums	5
■ Kommunikation und Geschlechterkonstellation im ärztlichen Setting	6
■ Die Brüste werden optimal behandelt – wo bleiben die Frauen?	7
■ Zeitgemäße Prävention durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst	8
■ Schnittstellenmanagement in der Integrierten Versorgung	9
■ Schnittstellen Prävention – Rehabilitation – Prävention	11
■ Programme zur Verbesserung der Versorgungsqualität	12
■ Koordiniertes Entlassungsmanagement	13
■ Altersdiskriminierung. Ein Kurzüberblick über Maßnahmen in der Arbeitswelt	15
■ ›NiKo‹ – Kooperation von Jugendhilfe und Schule	16
■ Modellprojekt ›Case und Care Management im Rahmen trägerneutraler Pflegeberatung‹	16
■ Tagungsbericht Hauptstadtkongress	17
■ Kinder gestalten ihren Naschgarten	18
■ Ambulante Palliativversorgung	19
■ Ambulante gerontopsychiatrische Versorgung	19
■ Altersgerechtes Wohnen	20
■ Mediothek	21
■ Internet	25
■ Termine	26
■ Impressum	14

**Schnittstellen-
management in
Gesundheits-
förderung und
-versorgung**

Qualitäts- und Effizienzdefizite im Gesundheitssystem

Barrieren und Schnittstellenprobleme erschweren die Kooperation und Kommunikation – dies sind aber Voraussetzungen für die Bereitschaft, im Versorgungsprozess Verantwortung für Qualität und Effizienz zu übernehmen.

Strukturelle Voraussetzungen

Optimal gestaltete Behandlungsabläufe für Patientinnen und Patienten erfordern entsprechende strukturelle und organisatorische Voraussetzungen im Gesundheitssystem. Anreizstrukturen sorgen auf Seiten der Leistungserbringer für bessere Kooperations- und Kommunikationsbereitschaft zwischen den einzelnen Sektoren. Zu den notwendigen Voraussetzungen einer effizienten und patientenorientierten Behandlung gehören ebenfalls gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen für Mitarbeitende im Gesundheitsbereich, die eine stärkere Kommunikation und Kooperation untereinander zugunsten der Patientinnen und Patienten fördern.

Sektorenbezogene Interessen

Diese Voraussetzungen sind in der medizinischen Routineversorgung bisher nur bedingt vorhanden. Es dominieren vielmehr sektorenbezogene Interessen und professionelle Abgrenzungen, die vor allem ökonomische Hintergründe haben und einher gehen mit der Tendenz, sich jeweils zu Lasten eines anderen Sektors Vorteile zu verschaffen. Derartige ›Vorteile‹ sind meist mit Nachteilen für die Patientinnen und Patienten verbunden, im besten Fall wegen der wenig aufeinander abgestimmten und oftmals kaum nachvollziehbaren Behandlungs- oder Überweisungsentscheidungen, schlechtestenfalls wegen qualitativer Defizite oder problematischer Zeitverzögerungen bei notwendigen Behandlungen. So werden beispielsweise immer wieder ›teure Patienten‹ von ambulant tätigen Hausärzten oder Fachärzten ins Krankenhaus eingewiesen, weil dann bestimmte Behandlungskosten nicht mehr im eigenen Sektor anfallen. Die Kontaktintensität mit teuren Versorgungsebenen wird dadurch unnötig aufgebläht. Andererseits unterbleibt oft genug eine sinnvolle sektorenübergreifende Behandlung, weil eigene ökonomische Interessen eine rechtzeitige Überweisung der Patienten in einen anderen Behandlungssektor verzögern.

Im internistischen Bereich werden z. B. häufig erst sämtliche ambulanten apparativen Angebote ausgeschöpft, bevor es zur therapeutisch und ökonomisch sinnvollen Überweisung kommt. Dies gilt z. B. für den Bereich schlecht heilender Wunden ebenso wie für komplizierte Einstellungen von Diabetespatienten (z. B. bei Kindern mit Pumpen). Dies sind Prozeduren, die sicherlich in den meisten Fällen im stationären Umfeld besser umgesetzt werden könnten als in der ambulanten Versorgung.

Entlassungsmanagement

Andererseits leiden manche Patienten und Patientinnen auch unter einer allzu frühzeitigen Entlassung aus der stationären Versorgung, wenn diese aus ökonomischen Gründen, die im neuen Entgeltsystem liegen (DRG), vorgenommen wird. Dies ist insbesondere der Fall, wenn der Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung abrupt und nicht an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientiert statt-

findet. Dabei muss keineswegs die ›blutige Entlassung‹ im Mittelpunkt der Schnittstellendiskussionen stehen, die offensichtlich, trotz mancher Befürchtungen, nicht zur auffälligen Begleiterscheinung des DRG-Systems geworden ist. Im Mittelpunkt stehen vielmehr die ›kleinen‹ Probleme: Wie gestaltet sich für einen Schlaganfallpatienten die weitere logopädische und ergotherapeutische Behandlung in der ambulanten Versorgung, wie die kontinuierliche pflegerische Begleitung für einen Stomapatienten?

Abstimmungsdefizite

Die Schnittstellenprobleme in unserem System lassen sich besonders deutlich in der mangelhaften Abstimmung zwischen der Kranken- und Pflegeversicherung darstellen. Mit Pflegebedürftigkeit verbindet sich die Vorstellung eines irreversiblen und progredienten Zustands, der im besten Fall verlangsamt, nicht jedoch umgekehrt werden kann. Die Rehabilitationspotenziale hochbetagter und pflegebedürftiger Menschen werden daher selten gesehen und gefördert. Es kann folglich nicht erstaunen, dass das Rehabilitationspotenzial bei älteren Menschen durchgängig unterschätzt wird. Der Grundsatz ›Rehabilitation vor Pflege‹ folgt der Annahme, dass auch hochbetagte Menschen Rehabilitationspotenzial besitzen. Pflegebedürftigkeit könnte durch präventive und rehabilitative Maßnahmen erfolgreich und dauerhaft verhindert, verzögert oder beschränkt werden.

Anreize

Die Krankenkassen besitzen aber kein originäres Interesse, Rehabilitation im Pflegefall anzubieten, denn es handelt sich dabei um sogenannte Leistungen, die im Ermessen des Kostenträgers liegen (vgl. § 266 Abs. 4 SGB V) und im Risikostrukturausgleich (RSA) nicht ausgeglichen werden. Sie bleiben beim RSA unberücksichtigt, weil sie als Leistungen gelten, deren Umfang von den Krankenkassen beeinflusst werden kann. Dadurch werden jedoch Anreize gesetzt, diese Maßnahmen nicht zu fördern bzw. die Bewilligung zu erschweren und stattdessen Pflegebedürftigkeit in Kauf zu nehmen. Erbringt eine Krankenkasse dennoch rehabilitative Leistungen, schwächt dies in letzter Konsequenz ihre Wettbewerbsposition. Den Patienten zu rehabilitieren verbraucht Ressourcen, von denen die Pflegeversicherung profitiert, wenn die Pflegebedürftigkeit abgewendet, abgeschwächt oder hinausgezögert werden kann. Arbeitet eine Krankenkasse jedoch ein gutes Präventions- und Rehabilitationsangebot aus, könnte dies eher die schlechten Risiken anziehen und damit die Wettbewerbsposition insgesamt schwächen. Unter diesem Schnittstellenproblem leiden insbesondere z. B. Demenzerkrankte. Aus Krankenkassensicht führt diese Diagnose mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit zur Pflegebedürftigkeit. Warum also kurative Anstrengungen unternehmen, z. B. mit gezielt und zeitlich begrenzt eingesetzten Antidementiva als Versuch, die Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern oder rehabilitative Maßnahmen finanzieren, die die eigene Kasse belasten und die in absehbarer Zeit ohnehin finanzierungszuständige Pflegekasse entlasten? Diese Strategie des ›Verschiebebahnhofs‹ zwischen Medizin

und Pflege bezüglich der Lastenverlagerung in Richtung Pflegekasse wird im Rahmen der demographischen Veränderungen weiter verstärkt werden.

Rahmenbedingungen von Prävention

Auch bei der Umsetzung von Prävention ergeben sich Probleme aus den widersprüchlichen gesetzlichen Rahmenbedingungen. Die soziale Pflegeversicherung räumt Prävention zwar Vorrang vor Pflege ein, aber aus diesem Vorrang ergibt sich kein Anspruch des Pflegebedürftigen auf Präventionsleistungen. Leistungen nach SGB XI werden nur bei Behinderung und/oder Krankheit gewährt. Präventive Leistungen werden nicht vergütet. Aufgrund dieser Anreize dient Pflege vorrangig dem Ausgleich der Einschränkungen. Prävention ist somit Nebenprodukt einer pflegerischen Intervention und nicht deren Ziel. Dadurch werden die mit dem Gesetz verbundenen präventiven Ansätze, z. B. der aktivierenden Pflege, sowohl aus Sicht der Leistungserbringer als auch aus der Perspektive der Pflegebedürftigen nicht durch Anreize gefördert. Rehabilitative und/oder präventive Strukturen haben sich vor diesem Hintergrund bisher nicht ausbilden können.

Abbau von Schnittstellendefiziten

Die Analyse zeigt, dass daher Rehabilitation besser von dem Träger finanziert werden sollte, der auch von ihrem Erfolg profitiert. Bei der derzeitigen Rechtslage hat der Träger kein Interesse an der Erbringung der Maßnahme. Selbst wenn sie erbracht wird, ist ihre Effizienz von nachgeordneter Bedeutung für den Kostenträger. Es besteht aus Sicht der Kassen vielmehr ein Interesse, Ausgaben in die Pflegeversicherung zu verschieben. Eine Lösung in diesem Bereich wie aber auch in den übrigen Versorgungsstrukturen wären daher Modelle und Strukturen der integrierten Versorgung, auch zwischen Krankenversicherung und Pflegeversicherung, mit denen Anreizstrukturen verändert, Schnittstellenprobleme minimiert und die Versorgung »aus einem Guss« möglich würde.

PROF. DR. GERD GLAESKE, *Zentrum für Sozialpolitik (ZeS), Universität Bremen, Postfach 33 04 40, 28334 Bremen, Tel.: (04 21) 2 18-44 01, Fax: (04 21) 2 18-40 16, E-Mail: gglaeske@zes.uni-bremen.de*

Christa Böhme

Soziale Stadt und Gesundheitsförderung

Das 1999 aufgelegte Bund-Länder-Programm »Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – Soziale Stadt« ist ein innovativer Ansatz der Stadtteilentwicklung. Er zielt auf eine integrierte Förderung von benachteiligten Stadtquartieren, um einer sozialen und räumlichen Polarisierung gegenzusteuern. Kernelemente sind die fachübergreifende Bündelung von Maßnahmen und Ressourcen vor Ort, das Zusammenwirken aller Akteure unter Partizipation der Quartiersbewohner-

schaft sowie die Moderation durch ein aktives und aktivierendes Quartiersmanagement. Das Programm wird bereits in rund 450 Gebieten in mehr als 280 Städten und Gemeinden durchgeführt.

Gesundheitliche Lage in den Programmgebieten

In Verbindung mit städtebaulichen, ökonomischen, sozialen, kulturellen sowie Umweltproblemen konzentrieren sich in den Programmgebieten der Sozialen Stadt auch gesundheitliche Probleme. Soweit – bisher leider nur in Ausnahmefällen – stadtteilbezogene Gesundheitsberichte vorliegen, zeigt sich regelmäßig im gesamtstädtischen Vergleich, dass in benachteiligten Gebieten gesundheitliche Probleme überdurchschnittlich häufig auftreten. Eine wichtige Grundlage für stadtteilbezogene Gesundheitsberichte stellen die Schuleingangsuntersuchungen dar. Deren Ergebnisse sind einige der wenigen Gesundheitsdaten, die flächendeckend kleinräumig vorliegen. Demnach treten bei Kindern in benachteiligten Gebieten folgende Gesundheitsbeeinträchtigungen überdurchschnittlich häufig auf:

- unbehandelte Karies oder Zahnextraktionen wegen Karies,
- Übergewicht und Adipositas,
- motorische Entwicklungsstörungen,
- sprachliche Auffälligkeiten und Sprachstörungen,
- psychische Auffälligkeiten, vor allem Verhaltens-, Hyperaktivitäts- und emotionale Probleme,
- Passivrauchexposition,
- Nichtteilnahme an Früherkennungsuntersuchungen.

Gesundheitsförderung in der Programmumsetzung

Angesichts des Zusammenhangs zwischen Armut und Gesundheit und der hieraus resultierenden Konzentration entsprechender Probleme in benachteiligten Stadtteilen muss das Handlungsfeld Gesundheitsförderung zu den zentralen Anliegen des Programms Soziale Stadt gehören. So hebt auch die Bauministerkonferenz der Länder in ihrem »Leitfaden zur Ausgestaltung der Gemeinschaftsinitiative Soziale Stadt« Gesundheitsförderung als ein Thema hervor, das für die Quartiersentwicklung in sozialen Problemgebieten an Bedeutung gewinnt. Trotzdem spielen Gesundheitsförderung und die Bewältigung armutsbedingter Gesundheitsprobleme in den Quartieren bei der Programmumsetzung immer noch eine untergeordnete Rolle. Nur in einem Viertel der Programmgebiete – so das Ergebnis einer in den Jahren 2005/2006 bundesweit bei den kommunalen Ansprechpartnerinnen und -partnern durchgeführten Befragung – werden Maßnahmen und Projekte durchgeführt, die explizit auf Gesundheit ausgerichtet sind. Niedrigschwellige Angebote in den Bereichen gesunde Ernährung, Bewegung, Sucht- und Gewaltprävention, Gesundheit in der Familie sowie die Einrichtung von Gesundheitshäusern und -treffs sind dabei zentrale Elemente gesundheitsfördernder Strategien im Stadtteil.

Der Querschnittscharakter von Gesundheit führt allerdings dazu, dass neben den direkt gesundheitsbezogenen auch Maßnahmen und Projekte in anderen Handlungsfeldern vielfach mittelbar einen Gesundheitsbezug haben. So gehen

von einer Reihe von Maßnahmen in den Handlungsfeldern Umwelt und Verkehr sowie Wohnumfeld und öffentlicher Raum gesundheitsfördernde Effekte aus; zu nennen sind hier vor allem Lärmschutzmaßnahmen, die Einrichtung von Tempo-30-Zonen und von Spielstraßen, die Anlage von Radwegen und Spielplätzen, Schulhofumgestaltungen u. a. Einen bedeutenden Beitrag speziell zur Bewegungsförderung leisten auch viele Maßnahmen im Sportbereich. Ebenso fördern Bildungs- und Beschäftigungsmaßnahmen im Stadtteil die Gesundheit, tragen sie doch dazu bei, das Selbstwertgefühl und die ökonomische Situation der Bewohnerinnen und Bewohner zu verbessern.

Stärkung von Gesundheitsförderung in der Sozialen Stadt

Auch wenn das Interesse an Gesundheitsförderung im Quartier zunimmt und in einigen Programmgebieten bereits erfolgreich entsprechende Projekte und Maßnahmen durchgeführt werden, spielt das Handlungsfeld Gesundheitsförderung bei der Umsetzung des Programms Soziale Stadt noch eine untergeordnete Rolle. Dieses im Rahmen integrativer Stadtteilentwicklung zu stärken, scheint daher nötig, denn Gesundheitsförderung ist eine wesentliche Voraussetzung, um der Benachteiligung von Bewohnerinnen und Bewohnern in Stadtteilen mit besonderem Entwicklungsbedarf entgegenzuwirken.

Um das Thema Gesundheit stärker in die integrative Stadtteilentwicklung einzubringen, ist es vor allem erforderlich, dass sich alle im Gesundheitswesen und für die Gesundheitsförderung tätigen Akteure im Stadtteil – Gesundheitsamt, Krankenkassen, Ärztinnen und Ärzte, Hebammen und andere Gesundheitsberufe, Selbsthilfegruppen – mehr als bisher in der Umsetzung des Programms Soziale Stadt engagieren und vor Ort mitwirken. Damit dies gelingt, scheint es einerseits unerlässlich, den Ansatz der integrativen Stadtteilentwicklung sowie der sozialräumlichen und stadtteilbezogenen Gesundheitsförderung stärker in der ›Gesundheitsszene‹ zu verbreiten und darüber aufzuklären, dass der Stadtteil ein zentraler Ort, ein zentrales Setting der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten ist. Andererseits sollte das Quartiersmanagement das Thema Gesundheit aktiv in seine Arbeit integrieren und Vernetzungs- und Kooperationsstrukturen zwischen den relevanten Akteuren in der Verwaltung, im intermediären Bereich und im Quartier anstoßen, unterstützend mit aufbauen und koordinieren. Hilfreich hierfür kann die Einrichtung einer Koordinierungsstelle Gesundheit beim lokalen Quartiersmanagement sein, die als lokaler ›Kristallisationskern‹ eine gesundheitsbezogene Vernetzungsstruktur im Stadtteil aufbaut, pflegt und moderiert, gemeinsam mit den Netzwerkpartnern eine gesundheitsfördernde Gesamtstrategie für den Stadtteil entwickelt sowie Gesundheitsprojekte initiiert und unterstützt.

Literatur bei der Verfasserin

CHRISTA BÖHME, *Deutsches Institut für Urbanistik,*
 Straße des 17. Juni 112, 10623 Berlin, Tel.: (030) 39 00 12 91,
 E-Mail: boehme@difu.de

Häusliche Gewalt – Intervention an den Schnittstellen Arztpraxis, Beratungsstellen und Justiz

Rund 25% der Frauen haben mindestens einmal im Leben Gewalt durch ihren Ehepartner oder Lebensgefährten erlebt – das hat eine erste Prävalenzstudie für die Bundesrepublik Deutschland gezeigt. Das Spektrum der Taten reicht von sexuellen Übergriffen bis zu unterschiedlichen Formen körperlicher und seelischer Gewalt. Die Auswirkungen sind gravierend. Zwei Drittel der Opfer werden körperlich verletzt und tragen Prellungen und Verstauchungen, aber auch Verbrennungen, Knochenbrüche oder offene Wunden davon. Ähnlich häufig leiden betroffene Frauen unter psychischen Folgen – lähmende Ängste und Depressionen bis hin zu Selbstmordabsichten, Magengeschwüre, Essstörungen oder Alkoholprobleme. Hinzu kommen materielle und soziale Konsequenzen: Manche Frauen verzichten nach einer Flucht vor dem Täter aus Angst vor Repressalien und erneuter Gewalt auf Unterhaltszahlungen und andere finanzielle Ansprüche. Und viele misshandelte Frauen sind sozial isoliert – entweder, weil ihr Partner Kontakte zu Verwandten, Nachbarn und Freunden systematisch unterbunden hat oder weil sich Verwandte und Freunde abwenden, nachdem die Gewalt bekannt geworden ist.

Ansatzpunkte für die interdisziplinäre Kooperation bei häuslicher Gewalt

Die Beendigung und Bewältigung häuslicher Gewalt erfordert in der Regel professionelles Handeln auf unterschiedlichen Ebenen: Wenn die Gewalt durch die Flucht (z. B. ins Frauenhaus) oder durch einen Polizeieinsatz vorläufig gestoppt ist, benötigen viele Opfer vorübergehend psychosoziale Begleitung und Unterstützung in rechtlichen Fragen, um die Situation zu klären – häufig aber auch medizinische und therapeutische Hilfen. Die Prävalenzstudie zeigt jedoch: Nur etwa ein Fünftel bis ein Viertel der Betroffenen wenden sich an allgemeine Beratungsstellen oder spezialisierte Opferberatungen. Rund ein Drittel sucht dagegen einen Arzt oder eine Ärztin auf.

Für viele betroffene Frauen sind Arztpraxen und Notfallambulanzen die ›erste Adresse‹ im Hilfesystem – niedrighschwelliger als eine Beratungsstelle für misshandelte Frauen, einfacher als ein Antrag nach dem Gewaltschutzgesetz beim Amtsgericht und in seinen Konsequenzen leichter einzuschätzen als eine Anzeige bei der Polizei. Insofern haben Ärzte bzw. Ärztinnen eine Schlüsselrolle im interdisziplinären Fallmanagement: Hier finden betroffene Frauen neben der medizinischen Diagnostik und Versorgung erste professionelle Ansprechpersonen. Ein systematisches Fallmanagement wird unter Umständen jedoch dadurch erschwert, dass es misshandelten Frauen schwer fällt, offen und umfassend über ihre Situation zu berichten – viele Frauen suchen den Hausarzt oder die Notfallambulanz eines Krankenhauses zwar auf, um akute Verletzungen und andere Gewaltfolgen behandeln zu lassen, schweigen sich aber über deren Herkunft aus. Angesichts solch unklarer Situationen ist es für Medizinerinnen und Mediziner schwierig, Ansatzpunkte für einen strukturierten Umgang mit misshandelten Frauen zu erkennen und entsprechend zu handeln.

Voraussetzungen für das interdisziplinäre Fallmanagement

Ein systematischer und strukturierter Umgang mit Fällen häuslicher Gewalt setzt voraus, dass Fachkräfte aus Frauenschutz-

einrichtungen, Beratungsstellen und Gesundheitswesen sich gemeinsam über Handlungsschritte und Standards für den Umgang mit misshandelten Frauen verständigen. Im Hinblick auf das Gesundheitswesen sind dabei zwei Aspekte wesentlich: Ärztinnen und Ärzte sowie das Praxis- und Klinikpersonal können den Kontakt zu spezialisierten Einrichtungen im psychosozialen Bereich anbahnen. Als Grundlage dafür sollte die Praxis bzw. die Klinik Informationen über das Gewaltschutzgesetz und die vor Ort existierenden Hilfe- und Unterstützungseinrichtungen bereithalten. Für die Patientinnen ist besonders hilfreich, wenn der Arzt oder die Ärztin bzw. das Praxispersonal präzise über die Arbeitsweise und Angebote der Einrichtungen informieren können und auf zuverlässige Kontakte mit der Gewaltberatungsstelle, dem Frauenhaus oder der Interventionsstelle zurückgreifen können.

Für die justizielle Bearbeitung häuslicher Gewalt können ärztliche Falldokumentationen wichtig sein. Im zivilrechtlichen Verfahren kann ein Attest der Verletzungen die betroffene Frau bei der Glaubhaftmachung ihrer Situation unterstützen und es ihr erleichtern, Schutzanordnungen zu erlangen. Ebenso wichtig sind entsprechende Beweismittel im Strafverfahren: Typischerweise ist im Strafverfahren wegen häuslicher Gewalt die betroffene Frau die einzige Zeugin, ihre Aussage steht gegen die des Angeklagten. Vor diesem Hintergrund kommt einer ärztlichen Falldokumentation u. U. große Bedeutung zu. Um Reibungsverluste zu vermeiden, ist es sinnvoll, Standards für eine gerichtsverwertbare Abfassung entsprechender Dokumentationen in Zusammenarbeit zwischen Experten bzw. Expertinnen aus der Justiz und dem medizinischen Bereich zu erarbeiten.

Literatur bei der Verfasserin

ANDREA BUSKOTTE, Landespräventionsrat Niedersachsen,
Am Waterlooplatz 5 A, 30169 Hannover, Tel.: (05 11) 1 20 52 53
E-Mail: andrea.buskotte@mj.niedersachsen.de

Alexandra Sann

Aufbau ‚Früher Hilfen‘ – das Aktionsprogramm des Bundesfamilienministeriums

In den letzten Jahren ist in Deutschland der Blick für Kinder aus Familien mit hohen psychosozialen Belastungen geschärft worden. Die Bundesregierung hat schon im Koalitionsvertrag 2005 beschlossen, soziale Frühwarnsysteme aufzubauen und die Förderung früher Hilfen für gefährdete Kinder und ihre Eltern mit einem Aktionsprogramm zu fördern.

Was sind ‚Frühe Hilfen‘?

‚Frühe Hilfen‘ richten sich an (werdende) Eltern mit Kindern im Alter bis zu drei Jahren in Risikolagen, welche die (statistische) Wahrscheinlichkeit einer späteren Vernachlässigung und/oder Misshandlung des Kindes erhöhen. Dazu zählen vor allem:

- eine belastete elterliche Entwicklungs- und Lebensgeschichte,
- Partnerschaftsgewalt,
- psychische Probleme der Eltern,
- fehlendes Wissen um die Bedürfnisse von Kindern, unrealistische Erwartungen und mangelnde Empathie,
- Merkmale/Besonderheiten des Kindes, die Eltern überfordern oder ablehnen
- Gefühle der Überlastung, Isolation und mangelnden sozialen Unterstützung und
- Merkmale der familialen Lebenswelt: Armut, Alleinerziehendenstatus, kinderreiche Familie.

Besonders bei Kumulation mehrerer dieser Faktoren steigt das Risiko einer späteren Kindeswohlgefährdung stark an.

Ziel ‚Früher Hilfen‘ ist es zum einen, Familien in Risikolagen frühzeitig zu erkennen und im Vorfeld Vernachlässigung und/oder Kindesmisshandlung zu verhindern.

Mit der Risikoerkennung allein ist es jedoch nicht getan. Im anschließenden Gespräch müssen Familien zur Annahme von Hilfe motiviert werden. Der sensible Umgang des Fachpersonals mit den Eltern ist hierbei wichtig. Die Fachkräfte benötigen dazu viel Erfahrung und eine darauf vorbereitende Weiterbildung.

Über eine enge Verzahnung von Gesundheits-, Kinder- und Jugendhilfe sollen passgenaue Familienhilfen bereitgestellt werden. Diese Unterstützungen gehören in den Bereich der sekundären oder indizierten Prävention. Vor allem durch Förderung der Erziehungsfähigkeit der Eltern soll eine gesunde körperliche, psychische und soziale Entwicklung der betroffenen Kinder ermöglicht werden.

Die Weiterleitung von Eltern im Hilfenetz bedarf sicherer Übergaben in einem gut funktionierenden Netzwerk von Akteuren aus den unterschiedlichsten Bereichen (Jugendhilfe, Gesundheitswesen, Bildungs- und Betreuungseinrichtungen etc.). Eine Datenübermittlung kann nur mit Einverständnis der Eltern geschehen.

Auch im Verlauf einer Hilfe wird es immer wieder notwendig sein, die Belastungen und Ressourcen der betreuten Familien und die daraus resultierenden Risiken für das Wohl ihrer Kinder einzuschätzen, auch um Verschlechterungen der Lebenslage der Kinder rechtzeitig erkennen zu können. An dieser Schwelle leiten ‚Frühe Hilfen‘ im Sinne eines Frühwarnsystems auch zu intensiveren Interventionsformen über.

Das Aktionsprogramm ‚Frühe Hilfen‘ des BMFSFJ

Das Aktionsprogramm sieht folgende Aktivitäten vor:

1. Vorbereitende Studie: Kurzevaluation von Programmen zu ‚Frühen Hilfen‘ für Eltern und Kinder und sozialer Frühwarnsysteme in den Bundesländern
2. Einrichtung des ‚Nationalen Zentrums ‚Frühe Hilfen‘
3. Förderung von Modellprojekten in den Bundesländern: Beispiel: ‚Guter Start ins Kinderleben‘
4. Vergabe von Expertisen: z. B. zu Familienhebammen und zu rechtlichen Grundlagen ‚Früher Hilfen‘ (Kooperationsprojekt der Länder Bayern, Baden-Württemberg, Thüringen und Rheinland-Pfalz und der Universitätsklinik Ulm)

Kurzevaluation ›Früher Hilfen‹ durch das DJI

Das Aktionsprogramm setzt auf den vielfältigen Aktivitäten der Länder und Kommunen im Bereich ‚Früher Hilfen‘ auf. Das Deutsche Jugendinstitut e.V. (DJI) wurde beauftragt, eine Kurzevaluation exemplarischer Projekte der Bundesländer und Kommunen durchzuführen. Die untersuchten Arbeitsansätze bewegten sich dabei auf vielen unterschiedlichen Ebenen und reichten von hoch spezialisierten Einzelhilfen bis hin zu gemeinwesenorientierten komplexen Einrichtungen.

Die Ergebnisse der Untersuchung münden in folgende fachpolitische Forderungen:

- Ausbau der systematischen und umfassenden Zugänge zu Familien über das Gesundheitssystem
- Entwicklung valider und praxistauglicher Instrumente zur Einschätzung von Risiken für eine gesunde Entwicklung und Gefährdungen des Kindeswohls
- Weiterentwicklung von Eltern aktivierenden Ansätzen für Familien in gravierenden Unterversorgungslagen
- Fortbildung und Erfahrungsaustausch über die Grenzen der verschiedenen Disziplinen hinweg
- Klärung von Fragen des Datenschutzes bezüglich der Weitergabe von Informationen
- Entwicklung neuer Finanzierungsmodelle zwischen Jugend- und Gesundheitshilfe
- Initiierung von lokalen Netzwerken ‚Frühe Hilfen‘ mit Navigationshilfen für alle Familien
- Langfristige Evaluation verschiedener Arbeitsansätze unter Einbezug der Nutzer- und Nutzerinnenperspektive

Das Nationale Zentrum ›Frühe Hilfen‹

Auf der Pressekonferenz am 10. Juli 2007 in Berlin hat Bundesfamilienministerin Ursula von der Leyen den offiziellen Startschuss für das Nationale Zentrum ‚Frühe Hilfen‘ gegeben. Träger sind die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und das DJI.

Das übergeordnete Ziel ist die Verbesserung des Schutzes von Kindern vor Gefährdungen durch die Verzahnung gesundheitsbezogener und Jugendhilfe-Leistungen sowie zivilgesellschaftlichem Engagement. Das Nationale Zentrum hat drei Aufgabenbereiche:

1. Aufbau einer Plattform zum Austausch von Wissen und Erfahrungen; Recherche von Good Practice Beispielen; Schließen von Wissenslücken durch die Förderung von Modellprojekten, wissenschaftlichen Begleitungen und Wirkungsevaluationen;
2. Unterstützung von Kommunen und Trägern bei der Implementierung ‚Früher Hilfen‘ und sozialer Frühwarnsysteme in die Regelversorgung durch Beratung und Wissenstransfer;
3. Information der Öffentlichkeit über die besondere Bedeutung der ersten Lebensjahre für die Entwicklung von Kindern sowie über Hilfeangebote.

DIPLOM. PSYCH. ALEXANDRA SANN, *Wiss. Referentin am Deutschen Jugendinstitut e.V., Abt. Familie und Familienpolitik, Projekt ›Nationales Zentrum Frühe Hilfen‹, München, Nockherstr. 2, 81541 München, Tel.: (0 89) 6 23 06-3 23, E-Mail: sann@dji.de*

Kommunikation und Geschlechterkonstellation im ärztlichen Setting

Die Kommunikation: ein zentraler Bestandteil der ärztlichen Konsultation

Der Erfolg einer Konsultation hängt zu einem großen Teil davon ab, wie gut es Ärzten bzw. Ärztinnen und Patienten bzw. Patientinnen gelingt, miteinander zu kommunizieren. Ein Großteil der Informationen, die zur Diagnose führen, wird bereits im Erstgespräch eruiert. In bis zu 90% stimmt die aufgrund der Anamnese gestellte Verdachtsdiagnose mit der definitiven Diagnose überein. Andererseits kommt es häufig zu Fehldiagnosen aufgrund mangelhafter oder missverständlicher Kommunikation. Eine gute Kommunikationsqualität erhöht die Patientenzufriedenheit und die Bereitschaft, ärztliche Anweisungen zu befolgen. Wird eine Konsultation positiv bewertet, ist die subjektive Beurteilung des Symptomenverlaufs besser und es werden auch günstigere physiologische Messgrößen wie Blutdruck- und Blutzuckerwerte gemessen.

Das Geschlecht in der ärztlichen Konsultation

Nachgewiesenermaßen kann das Geschlecht der Patienten bzw. Patientinnen eine Rolle dafür spielen, welche Verdachtsdiagnose gestellt wird, welche Abklärungsuntersuchungen und welche Behandlungen verordnet werden: Gut dokumentiert sind solche Vorgehensunterschiede bei Herz-Kreislaufkrankungen, wurden aber auch bei anderen Erkrankungen nachgewiesen, so bei der Tuberkulosebehandlung, bei der Berücksichtigung für Nierentransplantationen oder bei Asthma. Krankheitsbezogene und demographische Faktoren erklären diese Ergebnisse nur teilweise.

Das Geschlecht ›redet mit‹

Die sprachwissenschaftliche Forschung weist darauf hin, dass Männer und Frauen sich beim Sprechen in inhaltlichen und formalen Aspekten unterscheiden: wie sie – je nach Kontext – unterschiedliche Sprachmittel einsetzen, verbal und nicht-verbal kommunizieren, ob sie eher ein kooperatives oder dominantes Gesprächsverhalten zeigen oder wie sie Informationen über sich selbst preisgeben.

Ärztliche Seite

Mehrere Studien zur Kommunikation im ärztlichen Setting zeigen, dass Ärztinnen im Vergleich zu Ärzten einen höheren Grad an Patientenzentrierung (aktives Interesse am Standpunkt der Patientinnen und Patienten) aufweisen. Sie zeigen ein kooperativeres Gesprächsverhalten, in dem sie häufiger positive Aussagen machen, sich häufiger ermutigend und beruhigend äussern, mehr Bestätigungen geben, mehr Fragen stellen und Statusunterschiede eher herunterspielen. Ihre Fragen betreffen häufiger den psychosozialen Bereich und sie erhalten auch mehr entsprechende Informationen. Sie geben mehr (biomedizinische wie psychosoziale) Informationen ab und reden insgesamt mehr als Ärzte. Das trifft auch für ihre Patienten und Patientinnen zu, was zu vergleichsweise gleichwertigeren Gesprächsbeiträgen führt. Ihre Konsultationen sind länger. Ärzte steuern das Gespräch im Vergleich zu Ärztinnen stärker durch Direktiva und Unterbrechungen und wirken in Anamnesegesprächen ›imponierender‹.

Claudia Schumann

›Die Brüste werden optimal behandelt – wo bleiben die Frauen?‹

Patienten-Seite

Auch Patientinnen und Patienten unterscheiden sich in ihrem Mitteilungs- und Sprachverhalten.

Geschlechterunterschiede wurden insbesondere bezüglich Gesundheitsvorstellungen, Gesundheitserleben und Symptombeschreibung beobachtet: Frauen zeigen allgemein eine größere Bereitschaft, Gesundheitsbelange zu thematisieren, betten ihre Symptome in einen breiteren Kontext ein, der auch das psychosoziale Umfeld und das Krankheitserleben umfasst. Sie geben mehr Symptome an und diese weisen eine größere Variabilität auf. Ärztinnen und Ärzte stellen ihnen weniger Fragen als Männern. Männer sind stärker auf körperliche Aspekte von Krankheit ausgerichtet und verwenden eher organbezogene Beschreibungen der Symptome und Fachausdrücke. Sie äußern tendenziell stärker einen Wunsch nach Klärung der Ursachen und vermitteln in ihrem Sprechen, dass sie das, was sie sagen, auch für wichtig halten. Kommunikationsprobleme als Grund für einen Arztwechsel gaben in einer amerikanischen Studie mehr Patientinnen als Patienten an.

Geschlechterkonstellation

Des Weiteren beeinflusst die Geschlechterkonstellation die Gesprächsinteraktion. Einer Ärztin gegenüber werden mehr positive Äußerungen gemacht als einem Arzt gegenüber. Patienten fühlen sich Ärztinnen gegenüber in einer stärkeren Position als Ärzten gegenüber. Sie wagen es eher, eine Ärztin zu unterbrechen und verhalten sich einer Ärztin gegenüber allgemein durchsetzungstärker. Patienten stellen mit Ärztinnen eine partnerschaftlichere Beziehung her als mit Ärzten, indem sie Ärztinnen um ihre Meinung fragen und bei Unklarheiten nachfragen. Jedoch zeigten sich keine Unterschiede bei der Emotionalität. Gleichgeschlechtliche Konsultationen gestalten sich scheinbar positiver als gegengeschlechtliche. Bei der Anamnese-Erhebung fand sich geschlechtergeprägte Kommunikation am häufigsten in der Konstellation Ärztin – Patient.

Theoretisch wird dieses geschlechtergeprägte Gesprächsverhalten unterschiedlich, mit Dominanztheorien, kulturbezogenen Differenztheorien oder mit Theorien des Doing Gender erklärt. Sie werden nicht so sehr als Ausdruck unvermeidlicher individueller oder Rollen-Merkmale interpretiert, sondern als ein Interaktionsphänomen, in welchem Geschlecht ›markiert‹ oder heruntergespielt werden kann.

Das Paradigma, dass Geschlecht keine Rolle spielt, weil es keine Rolle spielen darf und man alle ›Menschen‹ gleich behandelt (behandeln muss), ist kritisch zu hinterfragen. An dessen Stelle sollte besser eine Sensibilisierung für eine geschlechterbeeinflusste Gesprächsinteraktion gesetzt werden. Das würde erlauben, in der alltäglichen Arbeit eine Art ›second look‹ oder ›second thought‹ einzuführen, um festzustellen, ob das Geschlecht der Patientinnen bzw. Patienten oder eigene Geschlechtervorstellungen die Wahrnehmungen und Interpretationen beeinflusst haben.

PD DR. MED. ELISABETH ZEMP STUTZ MPH, *Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Basel, Abteilung Frauen und Gesundheit, Steinengraben 49, CH-4051 Basel, Tel.: 0 41 61 270 22 26*

Das Erkennen von Brustkrebs und die Versorgung von betroffenen Frauen war im deutschen Versorgungssystem lange problematisch: In der Früherkennung gab es ein sog. ›graues Mammographie-Screening‹ ohne Qualitätssicherung, die Behandlung wurde je nach Krankenhaus sehr unterschiedlich durchgeführt. Die Folge: Das Wissen um eine der Erkrankung angepasste Diagnostik und Therapie kam vielen Frauen nicht zu Gute, es gab Unter-, Über- und Fehlversorgung.

Um das zu ändern, wurden verschiedene ›Programme‹ geplant, mit denen gleichzeitig eine bessere Verzahnung der ambulanten und stationären Behandlung erreicht werden sollte. Dazu gehören das Mammographie-Screening, das DMP (Disease-Management-Programm) und die Brustzentren.

Im Folgenden sollen die Prinzipien der neuen Programme mit Blick auf die erhofften Verbesserungen und die tatsächlichen Veränderungen aus der Sicht der frauenärztlichen Praxis dargestellt werden. Dabei zeigt sich, dass es gerade an den Schnittstellen weiteren Verbesserungsbedarf gibt.

Mammographie-Screening

Für die Früherkennung von Brustkrebs wurden ganz neue Versorgungseinheiten geschaffen: Alle Frauen zwischen 50 und 69 werden regelmäßig zu einer Mammographie in ein spezielles Zentrum eingeladen, die Röntgenaufnahmen werden von zwei Ärzten bzw. Ärztinnen beurteilt, das Ergebnis wird den Frauen nach einigen Tagen direkt mitgeteilt; wenn sie es wünschen, auch ihrem behandelnden Frauenarzt. Bei auffälligem Befund werden sie erneut in das Zentrum zur weiteren Abklärung einbestellt. Wenn sich der Verdacht auf Brustkrebs letztlich bestätigt, vermittelt der ›programmverantwortliche Arzt‹ die Frau direkt an ein kooperierendes Brustzentrum zur Behandlung.

Da das einladende Screening-Zentrum aus finanziellen Gründen dringend an einer hohen Teilnahme von Frauen interessiert ist und auch daran, dass die eventuell notwendige weitere Abklärung ›im System‹ erfolgt, gibt es eine einseitige ›Pro-Screening‹-Informationspolitik gegenüber den Frauen. Da das Untersuchungsprogramm parallel zur Betreuung in der frauenärztlichen Praxis läuft und eine Rücksprache, gar ein Wechsel vom Screening in die Praxis nicht gewünscht wird, ist ein Abschotten gegenüber den niedergelassenen Frauenärztinnen und -ärzten die Folge. Die Frau mit Brustkrebs wird zwar zügig von fachlich kompetenten Ärztinnen/Ärzten von einer Diagnostikstufe zur anderen weitergegeben und in eine Klinik vermittelt, aber es findet bewusst keine Kooperation mit der vertrauten Frauenärztin statt. D.h. es werden auf der einen Seite Schnittstellen in der Behandlungskette vermieden, jedoch neue Einschnitte zwischen Diagnostik und Betreuung in der Praxis gesetzt.

DMP

Ziel dieses ›Krankheits-Management-Programms‹ ist, alle Behandlungsschritte nach der Diagnose Brustkrebs zu koordinieren, nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen zu optimieren und dabei die Frau bestens zu informieren und zu stärken. Dafür bietet sich der Frau eine DMP-Ärztin/ein DMP-Arzt als Lotsin bzw. Lotse an, die/der sie ab der Diagnose

›Brustkrebs‹ begleitet. Sie/er soll mit ihr die erforderliche Therapie einschließlich der Alternativen besprechen, die geeignete Klinik aussuchen, die Folgebehandlungen besprechen, sie psychisch unterstützen und auch die Nachsorge übernehmen. Die DMP-Ärzte müssen dafür eine besondere Fortbildung nachweisen und regelmäßig den Verlauf dokumentieren.

Ab der Diagnose Brustkrebs wird die Frau meist schnell in ein (DMP-) Brustzentrum eingewiesen, in dem dann über die weitere Behandlung entschieden wird. Nach meiner Erfahrung muss ich als DMP-Ärztin die sehr sinnvolle primäre Lotsenfunktion für die Frau zumeist aktiv einklagen. Wenn das nicht geschieht und die Frau nicht von sich aus darauf besteht, bei jedem Schritt eine zweite Meinung der behandelnden Frauenärztin einzuholen, wird sie nach dem Prinzip des Brustzentrums behandelt. Wenn auch so zwischen Diagnose und den einzelnen Behandlungsschritten keine Zeit verloren geht, ist doch fraglich, ob eine informierte Entscheidung der Frau gewährleistet ist. Die erhoffte Verzahnung ambulant-stationär ist nicht erreicht, im Gegenteil: Die Kooperation mit kleineren operativen Abteilungen vor Ort, die aber nicht mehr die Bedingungen des DMP erfüllen, war aus meiner Sicht oft einfacher, die Wege kürzer und die spezifischen individuellen Bedürfnisse der Frau konnten besser berücksichtigt werden.

Brustzentrum

Die Behandlung von Brustkrebs besteht aus einer individuellen Kombination von Diagnostik, Operation, Strahlentherapie, Chemotherapie und Hormontherapie. Damit das alles koordiniert und möglichst unter einem Dach abläuft, sollen sich therapeutische Einheiten zu Brustzentren zusammenschließen. Da die Ergebnisse auch von der Erfahrung abhängen, müssen mindestens 150 Frauen/Jahr operiert werden, damit die Klinik als ›Zentrum‹ anerkannt wird.

Da die Kliniken um möglichst viele Fälle kämpfen, wird eine Frau nach Diagnosestellung von der Strahlendiagnostik möglichst gleich zur Behandlung weiterverwiesen. Es wird keine Zeit gelassen zum Innehalten, zum Besprechen mit der vertrauten Frauenärztin, um die Krise zu verarbeiten und sich bewusst für/gegen eine Klinik zu entscheiden. Die mögliche Funktion der DMP-Ärztin als ›Lotsin‹ wird vom Brustzentrum nicht genutzt, vielleicht auch nicht gewünscht.

Fazit

Die neuen Strukturen mit ihren inhaltlich zum Teil sinnvollen Zielen wurden nebeneinander eingeführt in ein bestehendes System. Sie verändern die Versorgung der Frauen und das Versorgungsangebot. Neben Verbesserungen drohen Verschlechterungen, neue Gräben öffnen sich, während andere überbrückt werden. Womit das im Einzelnen zu tun hat – Konkurrenz, wirtschaftliche Interessen, fachliche Probleme u. a. – und welche Konsequenzen daraus zu ziehen sind, müsste dringend überprüft werden.

DR. MED. CLAUDIA SCHUMANN, *Frauenärztin/Psychotherapie, Hindenburgstr. 26, 37154 Northeim, Tel.: (055 51) 34 83 (Praxis), E-Mail: www.dr-claudia-schumann.de*

Elke Bruns-Philipps, Klaus Weber, Matthias Pulz

Zeitgemäße Prävention durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst

Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) ist die politische Repräsentanz von Gesundheit auf der kommunalen und der Landesebene. Als zunehmende Anforderungen an den ÖGD zeichnet sich ab, Maßnahmen und Projekte auch unter Qualitätsgesichtspunkten auf kommunaler Ebene und im Land darzustellen und transparent zu machen sowie die Vernetzung zwischen Projekten, aber auch den politischen Institutionen und Dienstleistungsinstitutionen zu fördern.

Das Land Niedersachsen hat mit dem am 01. Januar 2007 in Kraft getretenen Niedersächsischen Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (NGöGD) die Chance, sich der allgemeinen Prävention als originäre Länderaufgabe vorausschauend zu stellen und eigene inhaltliche Akzente zu setzen.

Die Verhütung von Krankheiten und die Gesundheitsförderung sind klassische Aufgaben und der Gründungszweck des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Seine Schwerpunkte haben sich dabei den jeweils vorherrschenden Problemstellungen angepasst. Während in früheren Jahren hygienische und individualmedizinisch nicht zu bewältigende, gesundheitliche Probleme im Zusammenhang mit der Verstädterung im Vordergrund waren, stehen dem heute Aufgaben der Prävention und Gesundheitsförderung wie z. B. Schuleingangsuntersuchungen und Zahngesundheit gleichwertig gegenüber.

Weichenstellung durch Gesetz

Mit dem am 01. Januar 2007 in Kraft getretenen Niedersächsischen Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (NGöGD) ist in der Prävention eine grundlegende Weichenstellung für die kommunalen Gesundheitsämter verbunden. Der klassische Begriff des ›Gesundheitsamtes‹ wird nicht fortgeführt. Stattdessen wird den Kommunen vorgegeben, zur Erfüllung ihrer Aufgaben einen ›medizinischen Fachdienst‹ mit einer ausreichenden Zahl von Fachkräften einzurichten. Dies ist als Signal zu werten, den ÖGD über die Medizin hinaus gesundheits- und sozialwissenschaftlichen Disziplinen zu öffnen. Das in Niedersachsen landesrechtlich abstrakt vorgegebene ›Zusammenwirken‹ der unteren Gesundheitsbehörde mit anderen Gesundheitsakteuren und Sozialen Diensten ist zukunftsweisend und soll eine Zusammenfassung und Vernetzung aller die öffentliche Gesundheit betreffenden Rechtsgrundlagen und zuständigen Behörden schaffen, wobei gleichzeitig der kommunale Gestaltungsspielraum bzw. die kommunale Selbstverwaltung im Interesse einer ortsbezogenen Aufgabenwahrnehmung gestärkt werden sollen.

Die hervorgehobene Bedeutung der Prävention zieht sich dabei durch das gesamte NGöGD. So verpflichtet es die Landkreise und kreisfreien Städte, die Gesundheit der Bevölkerung zu fördern und zu schützen. Dabei haben sie auf die Stärkung der Eigenverantwortung der Bürgerinnen und Bürger hinzuwirken und mit anderen Institutionen des Gesundheitswesens zusammen zu wirken. In Zeiten knapper Kassen und Ressourcen auf allen Ebenen, kann das nur dann effektiv und erfolgreich sein, wenn Netzwerke aufgebaut und Kooperationen gesucht werden, bei denen alle Teilnehmenden ihre spezifischen Qualifikationen einbringen. So hat der ÖGD speziell die Kompetenz zur Identifikation und Erreichung gesundheitlich und sozial benachteiligter Menschen und Lebenswelten

bewiesen und besitzt damit die Möglichkeit, bestimmte Zielgruppen und Settingansätze zu bedienen, um von der bisherigen Erreichung der Mittelschicht in der Prävention wegzukommen.

Auch das Instrument der Gesundheitsberichterstattung (GBE), welches auf kommunaler und Landesebene im ÖGD bereits in den letzten zehn Jahren auf- und ausgebaut wurde, ist dabei sowohl für die Bedarfserkennung und Beschreibung wie auch für die Evaluation und Bewertung von Maßnahmen wesentliche Erfassungs- und Entscheidungsgrundlage. Dass die GBE im NGöGD als Pflichtaufgabe im eigenen Wirkungskreis genannt wird, ist insofern zu begrüßen.

	Funktion	Aufgabe
Zielsetzung	<ul style="list-style-type: none"> · Moderation und Koordination · Initiierung von Gemeinschaftsaktionen durch Bündelung regionaler Ressourcen 	<ul style="list-style-type: none"> · Moderation · Ziele und Programme kommunizieren · Informationen zur gesundheitlichen Lage und Versorgung · Kommunikation der regionalen Ziele
Planung	<ul style="list-style-type: none"> · Rekrutierung von Projektträgern und Lebenswelten · Planung von Projekten in geeigneten Settings 	<ul style="list-style-type: none"> · Information von Projektträgern und Lebenswelten · Antragsberatung
Durchführung	<ul style="list-style-type: none"> · Begleitung von Projekten 	<ul style="list-style-type: none"> · Mitarbeit in geeigneten Settings · Begleitende Projektberatung
Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> · (Ergebnis-)Evaluation von Maßnahmen · »Surveillance« zur Umsetzung der Ziele 	<ul style="list-style-type: none"> · Beratung zur Evaluation · Integration in überreg. Aktivitäten · Bereitstellung geeigneter Verfahren zur Evaluation · Dokumentation

Konzept zur Rolle des ÖGD in der Prävention (BVÖGD)

Ein Beispiel aus der Praxis

Die Suchthilfe und die Jugendhilfe sind zunehmend mit Problemlagen konfrontiert, die ein engmaschig aufeinander abgestimmtes Handeln erfordern. Aus einem Expertengremium auf Grundlage einer Landtagsanfrage zur Drogenembryopathie und dem Arbeitskreis Schwangerschaft und Sucht hat sich in Hannover eine regionale Initiative entwickelt. Mit dem Ziel der noch besser abgestimmten Hilfen und der möglichst frühzeitig einsetzenden Prävention wird unter der

Moderation des Landesgesundheitsamtes eine Kooperationsvereinbarung erstellt. Diese soll die Zusammenarbeit der beteiligten Einrichtungen im Rahmen der Hilfen für Kinder aus suchtbelasteten Familien und für ihre Eltern in der Stadt und der Region Hannover auf freiwilliger Basis regeln, klarer strukturieren und transparent machen. Neben der Suchthilfe und der Jugendhilfe sind eine Kinderklinik, Familienhebammen und der kommunale Öffentliche Gesundheitsdienst von Beginn an eingebunden.

Diese Unterstützung von Vernetzungen im Präventionsbereich kann unter dem Aspekt eines kommenden Präventionsgesetzes u. a. mit der Anforderung der Berichterstattung auf Landesebene zu einer wichtigen Aufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes auf kommunaler und Landesebene werden.

Mit einem Präventionsgesetz des Bundes werden das Land und die Kommunen mit ihren spezifischen Maßnahmen im Konsens mit den Kostenträgern eine wesentliche Handlungsebene der Prävention sein. Alle politischen Instanzen werden damit aufgefordert, einen eigenen Beitrag zur Prävention zu leisten, insbesondere in Handlungsfeldern, die von den Gesetzlichen Kassen nicht abgedeckt werden können. Der Öffentliche Gesundheitsdienst sollte darauf ausgerichtet seine Kompetenzen und Fähigkeiten weiter herausarbeiten und sich aktiv in Netzwerke einbringen.

DR. ELKE BRUNS-PHILIPPS, DR. MATTHIAS PULZ, *Niedersächsisches Landesgesundheitsamt*, DR. KLAUS WEBER *Vorsitzender der Ärztinnen und Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst Landesverband Niedersachsen*, E-Mail: elke.brun-philipps@nlga.niedersachsen.de

Volker Eric Amelung, Christoph Wagner

Schnittstellenmanagement in der Integrierten Versorgung

Laut einer Analyse gutachterlicher Begründungen für anerkannte Fehlvorwürfe bei Behandlungsfehlern werden 23% der Fälle durch ungenügende Absprache und Koordination zwischen den Leistungserbringern verursacht. Behandlungsfehler sind freilich ein Extrembeispiel für mögliche Folgen dysfunktionaler oder optimierbarer Schnittstellen. In den meisten Fällen ergeben sich daraus erhöhte/vermeidbare direkte und indirekte Kosten sowie Unzufriedenheit bei Patienten bzw. Patientinnen und Leistungserbringern. Der Grund für ineffizienten Informationsaustausch kann im Einzelfall beim Leistungserbringer liegen. Gleichzeitig können drei Eigenschaften der eher zentralistischen Selbstverwaltung des Gesundheitssystems als tiefer liegende Ursachen für Kooperations- und Koordinationshürden angeführt werden:

- Versorgung und Vergütung werden im ambulanten, stationären und rehabilitativen Sektor separat geplant
- Budgets gelten strikt für einzelne Sektoren
- Versorgungsverträge werden für alle Leistungserbringer eines Landes/Sektors einheitlich abgeschlossen und damit lokal effizientere Lösungen verhindert

Integrierte Versorgung

Als ergänzende Lösung für die unflexible landes- bzw. bundesweit ausgeführte Versorgungsplanung und aus wettbewerbstheoretischen Überlegungen heraus verabschiedete der Gesetzgeber im Jahr 2000/2004 die §§ 140a-d SGB V zur »Integrierten Versorgung« (IV). Dadurch erhalten Krankenkassen die Möglichkeit, individuelle, sektoren- und fachübergreifende Einzel- und Gruppenverträge mit Leistungserbringern ihrer Wahl abzuschließen. Die Vergütungshöhe und Art ist frei verhandelbar. Derartige individuelle Versorgungsverträge zum Zweck der Integration können anhand von drei Dimensionen klassifiziert werden:

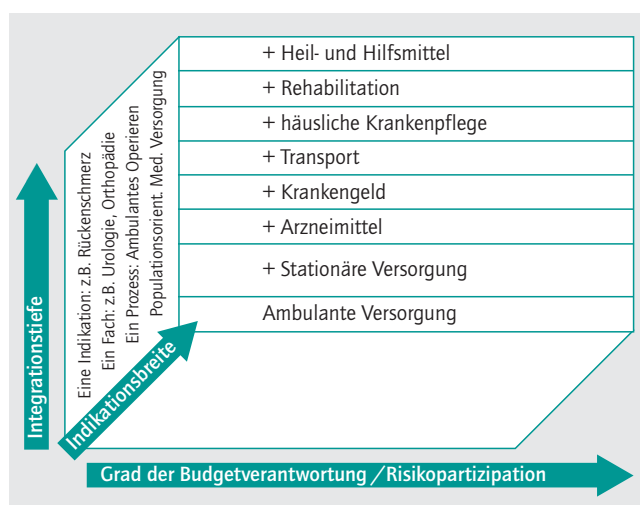


Abb. 1: Die drei Dimensionen der Integration in Gesundheitsnetzwerken

Basierend auf diesen Dimensionen der Integration wird zwischen zwei Grundtypen von IV-Modellen unterschieden. Indikationsorientierte IV-Modelle stellen den Löwenanteil der IV-Projekte. Hierbei schließen sich Leistungserbringer zur effektiven Behandlung eines Krankheitskomplexes zusammen. Ein Beispiel ist die wachsende Anzahl von IV-Netzwerken zur Behandlung des »Diabetischer Fuß«-Syndroms:

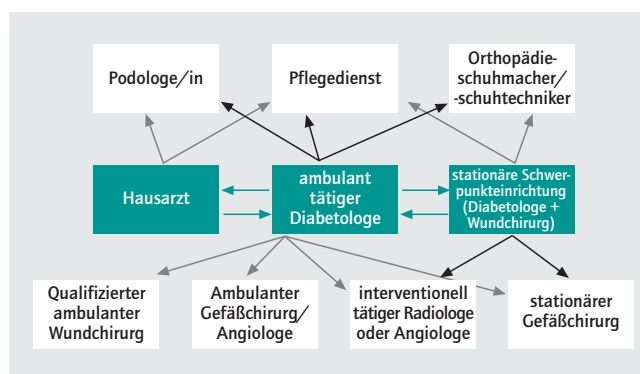


Abb. 2: Beteiligte Leistungserbringer und Schnittstellen im Fußnetz München, Quelle: www.fussnetz-muenchen.de

Abb. 2 zeigt eine für indikationsorientierte Modelle beachtliche Integrationstiefe. Eine gänzlich andere Größenordnung und Komplexität liegt jedoch bei Unternehmen zur popula-

tionsorientierten Integrierten Versorgung vor. Im »Unternehmen Gesundheit Oberpfalz Mitte GmbH & Co. KG« (UGOM) schlossen sich z. B. ca. 80 niedergelassene Ärzte, drei Krankenhäuser, ein ambulantes Operationszentrum und ein Medizinisches Versorgungszentrum zusammen und erarbeiteten ein Konzept für ein effizient geplantes Rundum-Paket der medizinischen Versorgung, das sie den örtlichen Krankenkassen anbieten. Diese medizinische Vollversorgung für eine ganze Region soll für die 11000 eingeschriebenen AOK-Versicherten alsbald per Kopfpauschale vergütet werden. Eine Bezahlung per Kopfpauschale, d.h. volle Budgetverantwortung, bedingt effiziente interne Mittelverwendung. Weiterhin steht das Unternehmen dadurch voll für das Risiko variierender Krankheitsschwere bzw. -kosten ein.

Instrumente und Lösungen der Integrierten Versorgung

Die Freiheit der Vergütungsvereinbarung ergibt für IV-Modelle mit Blick auf das Schnittstellenmanagement einen großen Vorteil. Zum Einen können mit Krankenkassen gesonderte Abrechnungsposten für Koordinations- und Kommunikationsleistungen vereinbart werden. Zum Anderen besteht im Rahmen pauschalierender Vergütung die Möglichkeit, Mittel nach eigenem Gutdünken für derartige Leistungen einzusetzen.

Eine besondere Form dieser Koordination durch Ärzte ist das »Gatekeeping«. Hier ist ein koordinierender Arzt stets die erste Anlaufstelle des Patienten bzw. der Patientin, der/die von dort aus an weitere ambulante oder stationäre Leistungserbringer weiterverwiesen wird.

Neben der erweiterten Leistungskoordination durch Ärzte wird in vielen IV-Modellen eine qualifizierte Pflegekraft als zugehöriger Fallmanager eingesetzt. Die Pflegekraft ist zentrale Bezugsperson des Patienten, organisiert notwendige Teilleistungen bzw. die Überleitung zwischen den Sektoren und gewährleistet die Compliance.

Das entscheidende Novum der Integrierten Versorgung ist jedoch, dass neue Versorgungskonzepte entwickelt werden. Aus der intensiven – teils von fachlichen Animositäten geprägten – Reflektion des gesamten Behandlungsprozesses heraus entstehen sektorübergreifende Behandlungspfade, Leitlinien oder Kooperationsvereinbarungen, in denen festgelegt wird, wer was wann wie macht. Nach erfolgreichen Vertragsverhandlungen definierte z. B. das »Fußnetz München« in einer achtseitigen Vertragsanlage für jeden Akteur des Netzwerkes (s. Abb. 2) Aufgabengebiete und Transfertätigkeitsmerkmale. Diese bilden seither die Basis der Aufbau- und Ablauforganisation.

Angesichts der Komplexität müssen bei UGOM andere Maßnahmen zur fortlaufenden Versorgungskonzeption ergriffen werden. Dazu gehört eine fortlaufend aktualisierte Datenbank mit interdisziplinären Behandlungspfaden sowie regelmäßige Treffen von Kompetenzteams. Alle (!) Leistungserbringer in UGOM haben Zugriff auf die elektronische Patientenakte, die als entscheidende Kooperationsplattform dient. Besonders die populationsorientierten Modelle sind Vorreiter bei der Entwicklung von interdisziplinär und sektorübergreifend kompatiblen IT-Lösungen, die enorme Unterstützung für Schnittstellenmanagement und Vernetzung leisten.

Fazit

Durch die Ausnutzung der Möglichkeiten der Informationstechnologie, lokal angepasste Versorgungskonzepte, Managed Care Instrumente wie Gatekeeping und Fallmanagement sowie frei einsetzbare Finanzmittel kann Schnittstellenproblemen der ‚normalen‘ Versorgung wirkungsvoll begegnet werden. Gleichzeitig stellen Management und Kontrolle dieser neuen Lösungen bzw. der teils komplexen IV-Projekte insgesamt eine neue Herausforderung dar.

Wenn auch vollumfängliche wissenschaftliche Evaluationen von IV-Modellen noch selten bzw. nicht abgeschlossen sind, so wird wohl ein Behandlungsfehler aufgrund von ungenügender Absprache und Koordination in UGOM – angesichts elektronischer Patientenakte und Behandlungspfaden – ein eher seltenes Ereignis sein.

Literatur bei den Verfassern

PROF. DR. VOLKER ERIC AMELUNG, CHRISTOPH WAGNER, *Medizinische Hochschule Hannover, Abteilung Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover, E-Mail: amelung.volker@mh-hannover.de*

Iris Brandes, Ulla Walter

Schnittstellen Prävention – Rehabilitation – Prävention

Prävention und Rehabilitation – Abgrenzung

Prävention und Rehabilitation beschreiben zwei unterschiedliche Perspektiven im Zeitverlauf einer Krankheit: Vermeiden bzw. Beheben von gesundheitlichen Einschränkungen, jeweils verbunden mit dem Ziel, die Gesundheit zu fördern und die Selbstständigkeit weit möglichst zu erhalten. In der Praxis können sich beide Versorgungsbereiche überlappen, so sind präventive Elemente immer auch Bestandteil der medizinischen Rehabilitation. Spätestens mit dem Begriff Tertiärprävention löst sich die Trennschärfe zwischen Prävention und (medizinischer) Rehabilitation auf.

Prävention und Rehabilitation – im Kontext der Versorgung

Prävention und Rehabilitation zählen zusammen mit der Akutversorgung und der Pflege zu den vier Säulen der Gesundheitsversorgung. Eine weit verbreitete Vorstellung zum ›natürlichen‹ Krankheitsverlauf sieht diesen als Sequenz von Phasen, beginnend mit Gesundheitsrisiken und präklinischen Krankheitsphasen, die Gegenstand unspezifischer Gesundheitsförderungen bzw. gezielter Präventionsmaßnahmen sein können. Die Kuration befasst sich mit manifesten Erkrankungen, gefolgt von der Rehabilitation bei weiter bestehenden Behinderungen. Sollte deren Wiederherstellungsziel nicht (ausreichend) realisiert werden, schließen sich Maßnahmen der Pflege an. Die Kritik an diesem Modell setzt u. a. bei der fehlenden Berücksichtigung der Reversibilität, der Kompensations- und Aggravierungsmöglichkeiten vieler Krankheitsprozesse bzw. bei Multimorbiditäten an. Gerade auch Maßnahmen der Rehabilitation (z. B. Schulungen und Nachsorge) bieten die Möglichkeit, Aspekte der Gesundheitsförderung und der Prävention zu integrieren und so den sequentiellen Verlauf zu durchbrechen.

Prävention und Rehabilitation – Zuordnung im Sozialversicherungssystem

Nach diesem sequentiellen, an abgeschlossenen Krankheitsphasen orientierten Modell ist auch die deutsche Sozialversicherung gegliedert. Während für die ambulante und stationäre Akutversorgung sowie die Pflege im Wesentlichen nur jeweils ein Kostenträger zuständig ist, kommen für Maßnahmen der Rehabilitation und Prävention verschiedene Kostenträger auf. Die Zielsetzung und der leistungsrechtliche Auftrag des jeweiligen Kostenträgers – definiert in den Sozialgesetzbüchern – entscheidet dabei über die Zuständigkeit: z. B. Gesetzliche Krankenversicherung – Vermeidung von Behinderungen und Pflegebedürftigkeit; Gesetzliche Rentenversicherung – Vermeidung von Behinderung und einer dadurch drohenden bzw. bedingten Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit; Soziale Pflegeversicherung – Vermeidung von Pflegebedürftigkeit. Der Nachteil dieses Systems besteht in der starren Zuständigkeitsregelung, die Versorgungslücken begünstigt. So werden RehaMaßnahmen überwiegend durch die Rentenversicherer finanziert, weshalb der Zugang für Nicht-Erwerbstätige erschwert ist.

Gesetzlich wird die inhaltliche Nähe von Prävention und Rehabilitation, ihre Anschlussfähigkeit sowie Integration im Versorgungsgeschehen kaum unterstützt. Vielmehr wird mit dem SGB zugrunde liegenden Verständnis ›Prävention vor Rehabilitation‹, ›Rehabilitation vor Pflege‹ das sequentielle Modell der Versorgung untermauert.

Der Vergütung als Steuerungsinstrument für das individuelle Verhalten der Leistungserbringer kommt dabei eine entscheidende Bedeutung zu. Leistungen, die nicht (ausreichend) vergütet werden, werden nicht erbracht, da die Anbieter im Präventions- und Rehabilitationsbereich mindestens kostendeckend wirtschaften müssen. Damit wird eine stark an dem gesetzlichen Auftrag orientierte Leistungserbringung gefestigt.

Die Zunahme an chronischen und damit sehr langfristigen Krankheitsverläufen erfordert eine Abkehr von einer Orientierung an Sektoren und Kostenträgern. Eine Ausrichtung der Versorgungsprozesse an den Patienten und Patientinnen mit ihren individuellen Krankheitsverläufen ist notwendiges Ziel der Gesundheitsversorgung. Erste Ansätze sind die Einführung von Disease-Management-Programmen und Modellen der Integrierten Versorgung. Auch Angebote zur Patientenschulung und zur intensivierten Nachsorge tragen insbesondere zwischen der Prävention und der Rehabilitation zu einer stärker vernetzten Versorgung und zu einer größeren Versorgungskontinuität bei. Diese Angebote wurden vorrangig entwickelt, um den eigenverantwortlichen Umgang (Selbstmanagement) der Patienten und Patientinnen insbesondere bei chronischen Erkrankungen zu verbessern. Darin kommt die Patientenorientierung zum Ausdruck, die als richtungsweisendes Konzept in der Prävention und Rehabilitation angesehen wird. Unterschiede bestehen jedoch in den anvisierten Personengruppen. Rehabilitation zielt insbesondere auf Personen mit bereits bestehenden (chronischen) Erkrankungen bzw. Hochrisikopersonen, während Prävention auch Bevölkerungsgruppen ohne bzw. mit leicht erhöhten Risiken einschließt. Hinsichtlich der Art (z. B. Settingansatz, organisations- und verhältnisbezogene Maßnahmen) und Inhalte (z. B. Beratung, Schulung, gesunder Lebensstil, Informationsvermittlung) der Interventionen ergänzen sich die beiden Bereiche.

Prävention und Rehabilitation – Fazit und Ausblick

Angesichts der demographisch und technologisch bedingten wachsenden Versorgungsbedarfe sowie mittel- und langfristiger Finanzierungsrisiken des Gesundheitssystems wird der Rehabilitation und der Prävention mit ihren bislang unausgeschöpften Potenzialen eine zukunftsentscheidende Bedeutung zugeschrieben. Beide Bereiche sind, bedingt auch durch den gesetzlichen Rahmen und jahrzehntelang aufgebaute Strukturen, in der gesundheitlichen Versorgung trotz vielfältiger Überschneidungen getrennt. Dabei entspricht eine sektorale Bearbeitung der Bereiche Prävention und Rehabilitation weder den lebensweltlichen Erfahrungen und Bedarfen der Menschen noch den Anforderungen an eine optimale integrative gesundheitliche Versorgung. Ziel ist daher eine stärkere Vernetzung von Prävention und Rehabilitation untereinander, aber auch mit den übrigen ›Säulen‹ der Gesundheitsversorgung.

Literatur bei den Verfasserinnen

IRIS BRANDES, MPH, PROF. DR. ULLA WALTER, *Prävention und Rehabilitation in der System- und Versorgungsforschung, Stiftungslehrstuhl an der Abteilung Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Medizinische Hochschule Hannover, Carl-Neubergstraße 1, 30625 Hannover, E-Mail: brandes.iris@mh-hannover.de, walter.ulla@mh-hannover.de*

Programme zur Verbesserung der Versorgungsqualität

Hintergrund

Den Anstoß für die Entwicklung von Disease-Management-Programmen (DMP) gab das Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Es wurde eine erhebliche Über-, Unter- und Fehlversorgung bei der Behandlung chronisch erkrankter Menschen in Deutschland als Folge der überwiegenden Konzentration auf die Behandlung akuter Beschwerden und der mangelnden Koordinierung und Kontinuität der Betreuung von Chronikern festgestellt.

Die gesetzlichen Krankenkassen bieten mittlerweile gemeinsam mit den niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen flächendeckend strukturierte Behandlungsprogramme für Patienten und Patientinnen mit Diabetes mellitus Typ 2 und koronarer Herzkrankheit sowie für Brustkrebs-Patientinnen an. Programme für Patienten und Patientinnen mit Typ-1-Diabetes, Asthma bronchiale und chronisch-obstruktiven Lungenerkrankungen (COPD) sind in mehreren Bundesländern gestartet. Mehr als 2,5 Millionen Versicherte nehmen bereits an den Programmen teil.

Versorgung seit der Einführung der Disease-Management-Programme

Die Evaluationsberichte der AOK, die am 26.06.2007 in Berlin vorgestellt wurden, zeigen positive Entwicklungen bei den Teilnehmenden des DMP Diabetes mellitus Typ 2. Der Langzeit-Blutzuckerwert (HbA_{1c}) ist beim Eintritt in das DMP im Durchschnitt bereits bemerkenswert gut eingestellt. Er konnte in der ersten Phase der DMP-Teilnahme noch weiter gesenkt werden. Über mehrere Jahre betrachtet ist allerdings ein leichter, verlaufsbedingter Anstieg zu beobachten. Der diastolische Blutdruckwert sank im Auswertungszeitraum von drei Jahren im Durchschnitt von 83,8 auf 79,5 mm Hg. Zudem ist unter den teilnehmenden Patienten und Patientinnen die Zahl der Raucher um etwa ein Drittel gesunken. Ausgewertet wurden die Daten von etwa 1,25 Millionen Teilnehmenden aus allen Bundesländern.

Erste Zwischenergebnisse der ELSID-Studie des Universitätsklinikums Heidelberg zeigen, dass die Vorgaben des DMP so umgesetzt werden, dass die Patientinnen und Patienten tatsächlich eine Verbesserung der Behandlung wahrnehmen. So werden DMP-Teilnehmende von ihrem Arzt und ihrer Ärztin häufiger nach ihren Vorstellungen bei der Gestaltung des Behandlungsplans gefragt als Nicht-Teilnehmende. Die Ergebnisse werden Anfang 2008 vorliegen.

Zur Verbesserung der Versorgungsqualität und der Sicherung der Kosteneffektivität ist die Umsetzung einer evidenzbasierten Therapie in die Regelversorgung von größter Bedeutung. Denn hohe Folgekosten in der Versorgung gerade chronisch Erkrankter werden häufig durch Leistungen verursacht, deren Wirksamkeit nicht gesichert ist. Versorgungsziele sollten sich daher an evidenzbasierten Leitlinien orientieren.

Die Disease Management Programme der Krankenkassen sind ein systematischer Behandlungsansatz, der für Chroniker eine kontinuierliche und qualitativ hochwertige Versorgung nach dem neuesten Stand der Wissenschaft organisiert.

Sabine Prange

Koordiniertes Entlassungsmanagement

Ein wissenschaftlich gesicherter Standard ist Gegenstand von Fortbildungen für Ärzte und Ärztinnen sowie spezieller Schulungen für Patienten und Patientinnen. Die gesetzlichen Krankenkassen helfen aktiv mit bei der Verbesserung der Patientenmitarbeit, indem sie z. B. Patienten und Patientinnen an wichtige Untersuchungen oder Eigenaktivitäten erinnern, Raucherentwöhnungsprogramme anbieten oder weitergehende unabhängige Informationen zur Erkrankung anbieten.

Patientenkompetenz als wichtiger Beitrag zur Versorgungsqualität

Die Einbeziehung von Patienten und Patientinnen in die Entscheidungsfindungsprozesse ist eine wichtige Prämisse des Disease Managements. Durch Patientenbeteiligung wird die Compliance der Patienten und Patientinnen gestärkt und die Transparenz des Versorgungsprozesses erhöht. Eine wichtige Rolle spielen in diesem Zusammenhang evidenzbasierte und hochwertige Patientenleitlinien, die in einer für die Betroffenen verständlichen Form Diagnostik, Therapie und Weiterbetreuung darstellen.

Patientenkommunikation stellt einen entscheidenden Faktor für den medizinischen Erfolg dar. Patienten und Patientinnen, die mitbestimmen und sich mitverantwortlich fühlen für die Therapie und deren Erfolg, sind besonders compliant. Patientenkompetenz bzw. -aufklärung trägt auch zur Verbesserung der Lebensqualität bei, weil Patienten und Patientinnen lernen, mit der Erkrankung und den damit verbundenen Ängsten und Aufgaben umzugehen.

Fazit

Disease Management hat sich aus der Erkenntnis entwickelt, dass Versorgungsunterschiede und Versorgungsfehler nicht durch die Optimierung isolierter Bereiche abgebaut werden können. Daher ist es der Leitgedanke des Disease Managements, durch eine populations- und krankheitsbezogene Integration der Versorgung Versorgungsfehler auf allen Versorgungsstufen abzubauen. Das wird ermöglicht mit Leitlinien, Neustrukturierung von Organisationsabläufen und -strukturen, Informationssystemen, Dokumentation, Vertragswesen sowie Einbeziehung von Patienten und Patientinnen in die Entscheidungsfindung.

PD DR. RER. POL. MARKUS LÜNGEN, DR. MED. THOMAS RATH, MSc,
UNIV.-PROF. DR. MED. DR. SC. (HARVARD) KARL W. LAUTERBACH, MdB,
*Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie
der Universität zu Köln, Gleueler Straße 176–178, 50935 Köln
Tel.: (02 21) 46 79-1 39, Fax: (02 21) 4 30 23 04,
E-Mail: Markus.Luengen@uk-koeln.de*

Koordiniertes Entlassungsmanagement umfasst Beratung, Organisation und Unterstützung für Patientinnen und Patienten im Krankenhaus, die eine notwendige Nachsorge in rehabilitativer oder medizinisch-pflegerischer Hinsicht benötigen. Es beinhaltet grundsätzlich auch die soziale Reintegration.

Grundlage ist der Nationale Expertenstandard Entlassungsmanagement, der sich auf den poststationären Pflege- und Versorgungsbedarf konzentriert und hervorhebt, dass die Umsetzung unter Berücksichtigung bestehender Organisationsstrukturen der Krankenhäuser erfolgen sollte und alle beteiligten Berufsgruppen einbezieht. Er beschreibt ausdrücklich die Notwendigkeit, Patientinnen und Patienten an der Entlassungsplanung aktiv zu beteiligen.

Wer leistet koordiniertes Entlassungsmanagement?

In der Regel ist es der Sozialdienst, der im Krankenhaus für Entlassungsmanagement zuständig ist. Er sichert realitätsgerecht unter Berücksichtigung der persönlichen Lage und der Krankheitsentwicklung seiner Klienten die Nachsorge, um dazu beizutragen, Fehlbelegung und Wiederaufnahme zu vermeiden und um Qualitätssicherung zu gewährleisten. Als Schnittstelle zwischen Krankenhausbehandlung und Nachsorge, Kostenträgern und sozialem Umfeld der Patientinnen und Patienten arbeitet er systemisch, interdisziplinär, prozessorientiert und unterstützt die Netzbildung im Gesundheitswesen.

Der Sozialdienst wird vielerorts inzwischen ergänzt durch Kooperationspartner, die das Entlassungsmanagement, primär die Überleitung in ambulante Pflege, teilweise oder ganz übernommen haben.

Wie funktioniert Entlassungsmanagement?

Entlassungsmanagement ist persönliche Einzelhilfe und erfordert die Auseinandersetzung mit aktuellen Konfliktlagen sowie das Erarbeiten von Lösungsmöglichkeiten mit Patientinnen und Patienten. Dabei ist die wechselseitige Zusammenarbeit mit dem interdisziplinären Behandlungsteam, den Einrichtungen und Kostenträgern das Fundament professionellen sozialarbeiterischen Handelns.

In der Beratung werden Patientinnen und Patienten unterstützt, Aufgaben zu bewältigen oder Entscheidungen zu treffen, die sie nicht an andere abtreten, aber auch nicht ohne professionelle Unterstützung selbst bewältigen können. Im Beratungsprozess erfolgt die Entscheidungsfindung, nach der der Sozialdienst die Nachsorgemaßnahmen organisiert und vermittelt und dafür die Voraussetzungen, wie Kostensicherung oder gesetzliche Betreuung, mit den Patientinnen und Patienten schafft.

Aufbau eines koordinierten Entlassungsprozesses

Koordiniertes Entlassungsmanagement im Krankenhaus wird im nachfolgenden Konzept eines Universitätsklinikums dargestellt.

Der Einstieg war eine Verfahrensanweisung für die koordinierte Entlassung in ambulante bzw. stationäre Pflege. Sie wurde vor Inkrafttreten vom ärztlichen Dienst sowie von Pflege- und Sozialdienst erprobt und evaluiert, um den gesamten Entlassungsprozess mit allen Beteiligten zu überprüfen

und festzulegen. Darauf aufbauend sind Tools entstanden, die intern die Umsetzung an den Schnittstellen erleichtern sollen. Das sind z. B.:

- Einschätzhilfen und Anforderungskriterien für das Stationspersonal
- Online-Leistungsanforderung im krankenhouseinheitlichen EDV-System
- Verfahren Veränderungsmitteilung
- Verfahren Pflegeüberleitung

Für die ambulante Pflegeüberleitung wurde ein Kooperationsvertrag mit einer Managementgesellschaft geschlossen, die Kooperationsverträge mit Pflegeorganisationen, Apotheken, Medical Home Care und Hilfsmittelanbietern hat. Die Beratung der Patienten und Patientinnen ist, unter Berücksichtigung des Datenschutzes, neutral. Die Vermittlung erfolgt gemäß Wunsch- und Wahlrecht in die von den Patientinnen und Patienten gewünschte ambulante Pflegeorganisation. Ziele der Kooperation sind u. a. sektorenübergreifend:

- Kurze Kommunikationswege
- Qualitätssicherung
- Reduzierung der Verweildauer
- Sicherung des Behandlungserfolges
- Schulungen und Fachkräfteaustausch
- Optimale Patientenzufriedenheit

Das Personal des Kooperationspartners ist organisatorisch dem für Entlassungsmanagement zuständigen Sozialdienst zugeordnet und wird für häusliche Pflege auf gleiche Weise angefordert wie der Sozialdienst. Beide pflegen einen engen Austausch, insbesondere bei Fallüberschneidungen oder bei Wechsel der Zuständigkeit. Eine gemeinsame Prozessevaluation trägt dazu bei, Prozesse kontinuierlich zu verbessern.

Der Weg ist das Ziel

Obwohl ein koordiniertes Entlassungsmanagement vorhanden ist, treten weiterhin Prozessstörungen auf. Die Gründe dafür liegen z. B. in der zunehmenden Leistungsverdichtung und verkürzten Patientenverweildauer bei gleichzeitigem Anstieg komplexerer Krankheitsbilder mit sozialen Folgeproblemen für die Erkrankten. Aber auch die aktuelle Weiterentwicklung des Gesundheitswesens mit zur Zeit immer neuen gesetzlichen und administrativen Anforderungen an Leistungsträger und -erbringer zieht ständig neue Anpassungsbedarfe mit Störanfälligkeiten nach sich.

Die bisherigen Erfahrungen mit einem koordinierten Entlassungsmanagement zeigen, dass nur durch enge Zusammenarbeit der Partner im Entlassungsprozess Patientinnen und Patienten qualitätsgesichert übergeleitet und effektiv und effizient weiterversorgt werden können. Entlassungsmanagement, ein elementarer Ausgangspunkt für sektorenübergreifende Dienstleistungen, hat eine wichtige Scharnierfunktion und ist ein ideales Fundament, damit aus Kooperationen Gesundheitsnetzwerke entstehen können.

SABINE PRANGE, *Leitung Sozialdienst, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Martinistraße 52, 20246 Hamburg, Tel.: (040) 4 28 03-48 01, Fax.: (040) 4 28 03-65 90, E-Mail: s.prange@uke.uni-hamburg.de*

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: info@gesundheit-nds.de, Internet: www.gesundheit-nds.de

ISSN: 1438-6666

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

Redaktion: Thomas Altgeld, Claudia Bindl, Iris Bunzendahl, Mareike Claus, Irena Diel, Angelika Maasberg, Dr. Antje Richter, Tania-Aletta Schmidt, Dr. Ute Sonntag, Kerstin Utermark, Dagmar Vogt-Janssen, Irmtraut Windel, Birgit Wolff

Beiträge: Prof. Dr. Volker Eric Amelung, Prof. Dr. Beate Blättner, Anette Berg, Christa Böhme, Iris Brandes MPH, Dr. Elke Bruns-Philippis, Andrea Buskotte, Prof. Dr. Gerd Glaeske, Melissa Henne, Susanne Keuntje, Sandra Köddewig, Prof. Dr. med. Dr. Sc. Karl W. Lauterbach, PD Dr. rer. pol. Markus Lungen, Mareike Milachowski, Sabine Prange, Dr. Matthias Pulz, Dr. med. Thomas Rath, Dr. Christian Robold, Alexandra Sann, Tania-Aletta Schmidt, Dr. med. Claudia Schumann, Christel Schulz, Detlef Ullenboom, Kerstin Utermark, Christoph Wagner, Prof. Dr. Ulla Walter, Dr. Klaus Weber, Regina Wilgeroth, Dr. Birgit Wolter, PD Dr. med. Elisabeth Zemp Stutz MPH

Sekretariat: Dana Kempf

Redaktionsschluss Ausgabe Nr. 57: 16.10.07

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

Auflage: 6.500

Gestaltung: formfuersorge, Jörg Wesner

Druck: Interdruck Berger & Hermann GmbH

Erscheinungsweise: 4 x jährlich, im Quartal

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

Altersdiskriminierung Ein Kurzüberblick über Maßnahmen in der Arbeitswelt

Der Begriff ›Altersdiskriminierung‹ ist vielschichtig und daher im Alltag oft schwer definier- bzw. fassbar. Diskriminierung wegen des Alters tritt im Wesentlichen in den Bereichen Arbeit, soziales Leben, Gesundheitswesen, Banken/Versicherungen und im Bereich Medien auf.

Arbeit ist das halbe Leben ...

In den vergangenen Jahren haben Bund, Länder, Verbände, Unternehmen, Gewerkschaften usw. etliche Projekte zum demographischen Wandel initiiert bzw. durchgeführt. Hierbei wurden – mit unterschiedlichen Akteuren und Reichweiten – auch immer Beschäftigte aller Branchen und Hierarchiestufen über das Thema ›Alter i. w. S. (und damit auch Diskriminierung) generell informiert.

›Arbeit und Innovation im demographischen Wandel (Arbid): Arbid ist eine gemeinsame Initiative des Ministeriums für Wirtschaft und Arbeit und der Sozialpartner in Nordrhein-Westfalen. Ziel ist es, Wettbewerbsfähigkeit und Beschäftigung zu sichern, indem Arbeit und Beschäftigtenstruktur generationenübergreifend gestaltet werden: Unternehmen und Betriebe sollen darauf vorbereitet werden, mit alternden Belegschaften kompetent arbeiten zu können.

Die ›Initiative Neue Qualität der Arbeit‹ (INQA) ist – vereinfacht gesagt – das Pendant zu Arbid auf Bundesebene. Bei INQA handelt es sich um einen Zusammenschluss von Sozialpartnern, Sozialversicherungsträgern, Bund, Ländern, der Bertelsmann- und der Hans Böckler Stiftung. Ziele sind Sicherheit, Gesundheit und Wettbewerbsfähigkeit in der Arbeitswelt, der Leitgedanke lautet: ›Gemeinsam handeln – jeder in seiner Verantwortung‹.

Bildungsscheck NRW: Auch wenn die Beteiligung Älterer an Weiterbildungsmaßnahmen in den letzten zwanzig Jahren immer weiter gestiegen ist, so ist doch ihr Anteil gegenüber Jüngeren immer noch verhältnismäßig gering. Angesprochen werden daher Beschäftigte kleinerer und mittlerer Unternehmen, die länger als zwei Jahre an keiner vom Betrieb veranlassten beruflichen Weiterbildung mehr teilgenommen haben. Mit dem Bildungsscheck wird versucht, ältere Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen (bzw. deren Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen), von denen man weiß, dass sie relativ selten an Weiterbildung teilnehmen, eine finanzielle Unterstützung als Anreiz zu bieten.

Initiative 50plus des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales: Als eine ›wichtige Aufgabe‹ bezeichnet es die Große Koalition, ›die Konsequenzen der demographischen Entwicklung bewusst zu machen und praktisch dazu beizutragen, dass die Berufschancen der Älteren und die gesellschaftlichen und volkswirtschaftlichen Potenziale, die sich daraus ergeben, deutlich verbessert werden.‹ Bewusstsein und vorhandene Instrumente seien ›besserungsbedürftig und besserungsfähig‹.

...auch im übrigen Europa

In den goer Jahren haben sich auch in den übrigen EU-Ländern durch wirtschaftliche Krisen Beschäftigungs-/Arbeitslosenquote, Renteneintrittsalter etc. nachteilig entwickelt, selbst in ehemaligen ›Musterländern‹. Viele Länder beschäfti-

gen sich bereits länger mit der Beseitigung der Ursachen und sind insofern weiter als Deutschland.

Finnland z. B. hat in den vergangenen Jahren umfangreiche Erfahrungen gemacht, die jetzt von anderen betroffenen Nationen interessiert aufgenommen und adaptiert werden. Dort definierte man den Begriff ›Arbeitsfähigkeit‹ als ›Potential eines Menschen, eine gegebene Aufgabe zu einem gegebenen Zeitpunkt zu bewältigen. Dabei muss die Entwicklung der individuellen funktionalen Kapazität ins Verhältnis gesetzt werden zur Arbeitsanforderung. Beide Größen können sich verändern und müssen gegebenenfalls alters- und altersadäquat gestaltet werden.‹ Gemeint ist, dass die zu verrichtende Arbeit mit dem bzw. der älter werdenden Beschäftigten ›mitwachsen‹ bzw. sich mitentwickeln muss.

Ein weiteres Betriebsbeispiel ist das LIFE-Projekt des österreichischen Stahlerzeugers Voest-Alpine. ›LIFE‹ ist weniger eine einzelne Maßnahme als vielmehr eine Unternehmensstrategie, die darauf abzielt, das gesamte sogenannte ›Human-Resources-Management‹ neu auszurichten, um mittels nachhaltiger und ganzheitlicher Innovationen in diesem Bereich langfristig ein ›Drei-Generationen-Unternehmen‹ zu schaffen, in dem alle Beschäftigten ihrem Leistungsvermögen entsprechend arbeiten können. Dazu werden faire Chancen ungeachtet des Alters bei internen und externen Stellenausschreibungen garantiert, in Aus- und Weiterbildung investiert, Gesundheitsvorsorge gefördert und die Nachtschichtarbeit für ältere Arbeitnehmer verringert.

›Age positive‹ ist ein Team in der Abteilung für Arbeit und Renten in Sheffield und London, das für Strategien und Richtlinien verantwortlich ist, die Menschen in ihren Entscheidungen in Bezug auf Arbeit und Pensionierungen unterstützen. Die Kampagne wirbt für die Vorteile einer Beschäftigung einer Belegschaft gemischten Alters, die sowohl junge als auch ältere Menschen umfasst.

In Norwegen findet eine ›Woche zur Altersdiskriminierung‹ statt, deren Schwerpunkt auf Altersdiskriminierung in der Arbeitswelt, der Gesetzgebung in diesem Bereich und der optimalen Bekämpfung von Altersdiskriminierung liegt – sowohl aus gesellschaftlicher als auch individueller Perspektive. Zielgruppen sind Unternehmen, Regierungsstellen, Arbeitgeber und Arbeitnehmer, Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen sowie Arbeitnehmerorganisationen.

Susanne Keuntje

»NiKo« – Kooperation von Jugendhilfe und Schule

Am 31.12.2006 endete das Präventions- und Interventionsprogramm PRINT nach sechs erfolgreichen Jahren. Um die geschaffenen Kooperationsstrukturen zwischen Jugendhilfe und Schule weiterhin zu nutzen und auszubauen, knüpft das Land mit dem Nachfolgeprogramm »NiKo« an. »NiKo« steht für »Niedersächsische Kooperations- und Bildungsprojekte an schulischen Standorten«. Dabei handelt es sich hier nicht um eine bloße Fortsetzung unter neuem Namen. Die bisherigen Partnerschaften von Jugendhilfe und Schule sind um den Bildungs- und Lernort Familie erweitert worden. Im Vordergrund stehen neben Prävention und Integration nunmehr die Themen Bildung und Kompetenzen. Mit dem neuen Programm soll in erster Linie der Aufbau und die Vernetzung von Angebotsstrukturen rund um den Standort Schule gefördert werden.

Inhaltliche Schwerpunkte

1. BILDUNGS- UND ERZIEHUNGSPARTNERSCHAFTEN

In den Familien werden die Grundlagen für ein verantwortliches, gemeinschaftsorientiertes und selbstbewusstes Handeln gelegt. Familien und Eltern als ein maßgebender Rahmen für die Entwicklung der Kinder und Jugendlichen sind wichtige Partner und Bezugspunkte der Kinder- und Jugendhilfe sowie der Schule. Schwierige familiäre und soziale Lebensbedingungen führen dazu, dass viele junge Menschen Probleme bei der sozialen, schulischen und beruflichen Integration haben.

Ein umfassendes Netzwerk zwischen den Partnern Jugendhilfe, Schule und Elternhaus soll entscheidend zur Verbesserung der Chancen der Integration in Schule, Beruf und in das Leben schlechthin beitragen. Erfolgreiche Integration ist auch erfolgreiche Prävention und leistet einen wichtigen Beitrag, Gewalt und Ausgrenzung an Schulen, Ausbildungs- und Arbeitsplätzen und in der Gesellschaft allgemein zu verhindern.

Auf der Basis der durch das PRINT-Programm ausgebauten Kooperationsstrukturen zwischen Jugendhilfe und Schule sollen Erziehungs- und Bildungspartnerschaften zwischen Elternhaus,

Jugendhilfe und Schule entwickelt werden, die bei einzelnen jungen Menschen und bei Gruppen zum Abbau von Bildungsbenachteiligungen und Erziehungsdefiziten beitragen.

2. ERHÖHUNG DER BILDUNGS- UND ERZIEHUNGSKOMPETENZ VON ELTERN

Wie im vorangegangenen Absatz bereits beschrieben, sind schwierige familiäre Lebensbedingungen ein Hemmnis für die erfolgreiche Integration junger Menschen in unsere Gesellschaft. Hier gilt es durch zielgruppengemäße sozialpädagogische Angebote Familien in ihrer Erziehungskompetenz zu stärken und zu unterstützen. Ziel ist es, bei den Eltern Verständnis für die Entwicklungsphasen von Kindern und Jugendlichen zu wecken sowie Kenntnisse über angemessene Erziehungsformen zu vermitteln.

Im Rahmen von niedrigschwelligen Angeboten wie z.B. Hausbesuche, Beratung, Elternabende, Schulungen für Eltern etc. sollen insbesondere Familien mit besonderem Beratungs- und Unterstützungsbedarf erreicht werden. Hierzu zählen u. a. Alleinerziehende, Familien mit Migrationshintergrund oder in prekären Lebenssituationen. Für diese Familien sollen Jugendhilfeträger und Schulen Hilfen zur Bewältigung von Erziehungsaufgaben bereitstellen.

3. GESUNDHEIT

Vor dem Hintergrund alarmierender wissenschaftlicher Untersuchungsergebnisse soll sich das Programm auch für Projekte der Gesundheitsprävention öffnen. Die Kooperation von Jugendhilfe und Elternhaus soll dazu beitragen, den Stellenwert von gesundheitsbewusstem Verhalten und gesunder Ernährung bei Kindern und Jugendlichen zu verbessern. Durch Bewegung, Spiel und Sport erschließen sich Kinder und Jugendliche ihren Platz in ihrer Umwelt und entwickeln so ihre eigene Persönlichkeit, Selbstachtung und ihr Selbstbewusstsein. Der Gesundheitsbegriff ist jedoch noch umfassender und schließt auch Bereiche wie Sucht, Medien und Gewalt mit ein. Es gilt, die Voraussetzungen zu schaffen, dass die jungen Menschen Bildungschancen wahrnehmen können, einen guten

Start in das Berufsleben erzielen und aktiv und gestaltend am gesellschaftlichen Leben teilnehmen.

4. VERZÄHNUNG VON SCHULISCHER UND AUSSERSCHULISCHER BILDUNG

Durch stärkeres und konkreteres Zusammenwirken von schulischen und sozialpädagogischen Partnern in gemeinsamen Projekten und Aktivitäten sollen den einzelnen Zielgruppen zu den oben aufgeführten Schwerpunkten Angebote der außerschulischen und nicht-formalen Bildung gemacht werden.

Die Fachkraft als Netzwerkmanagerin

Im Gegensatz zu den Präventionsfachkräften von PRINT oder den Schulsozialarbeitern bzw. Schulsozialarbeiterinnen sieht sich die NiKo-Fachkraft überwiegend in der Rolle der Netzwerkmanagerin. Sie führt in enger Zusammenarbeit mit der Schule die Bedarfsanalysen durch und erstellt auf dieser Basis die Konzepte für die konkrete sozialpädagogische Arbeit. Die Bildung und Führung eines örtlichen Arbeitskreises mit allen relevanten Institutionen obliegt ihr ebenso wie die Akquise von Ressourcen in Form von Angeboten örtlicher Institutionen und Vereine.

SUSANNE KEUNTJE, *Landesamt für Soziales, Jugend und Familie, Waterlooplatz 11, 30169 Hannover, Tel.: (05 11) 1 06 74 38 E-Mail: Susanne.Keuntje@ls.niedersachsen.de*

M. Henne, S. Köddewig, M. Milachowski

Modellprojekt »Case und Care Management im Rahmen trägerneutraler Pflegeberatung«

Auf Basis des § 8 SGB XI können die Spitzenverbände der Pflegekassen (VdAK) Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung durchführen. Um ein solches Vorhaben handelt es sich bei dem Modellprojekt »Case und Care Management im Rahmen trägerneutraler Pflegeberatung«. Ende 2006 ist das Projekt in Träger-



Tania-Aletta Schmidt

Tagungsbericht Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit 2007

schaft des Sozialverbandes Deutschland (SoVD) in den drei Modellregionen Hannover, Westerstede und Sulingen an den Start gegangen. Neben der Finanzierung durch die Pflegekassen wird das Projekt vom Land Niedersachsen gefördert. Die wissenschaftliche Begleitung und Evaluation des Projektes erfolgt durch das Institut für Pflegewissenschaften in Bielefeld.

Case Management

Der Titel des Projektes verdeutlicht die Schwerpunkte. Neben der Weitergabe von Informationen und der Durchführung von Beratungen rund um die Themen ›Pflege‹ und ›Wohnen‹ im Alter, sollen insbesondere Menschen unterstützt werden, die sich in komplexen Problemlagen befinden. Adressatenorientiert sollen in diesen Fällen Hilfen und Möglichkeiten aufgezeigt und koordiniert werden. Im Vordergrund stehen dabei immer die Wünsche und Bedarfe der Ratsuchenden. Indikatoren für den Einsatz der Methode des Case Management können neben der Pflegebedürftigkeit z. B. häufige Krankenhausaufenthalte in Relation zum Krankheitsbild, das Vorliegen einer fortschreitenden Demenz, die Überforderung des sozialen Umfeldes oder auch der Bedarf an Maßnahmen zur Wohnumfeldverbesserung sein. Nach Aufnahme der Gesamtsituation des Ratsuchenden in Form eines ausführlichen Assessments wird gemeinsam ein Hilfeplan erstellt. Im Rahmen dieses für beide Seiten verbindlichen Hilfeplans werden die notwendigen Maßnahmen definiert, Verantwortlichkeiten festgelegt sowie eine Zeit- und Kostenplanung aufgestellt.

In einem nächsten Schritt werden die Maßnahmen initiiert und begleitet. Erst wenn ein ausreichendes Netz an unterstützenden Maßnahmen besteht, zieht sich die Case Managerin nach einer ausführlichen Evaluation des Prozesses mit den Beteiligten aus dem Versorgungsgeschehen zurück.

Care Management

Der Einsatz der Methode Case Management erfordert neben der konkreten Umsetzung auf der Ebene des Einzelfalls auch einen Ansatz auf der System-

ebene. Die Klärung von Zuständigkeiten und Kompetenzen auf Organisationsebene ist notwendig, um eine Anerkennung der Rolle der Case Managerin als Koordinatorin des Versorgungsgeschehens bei allen beteiligten Akteuren zu erreichen. So sollen eine kundenorientierte Versorgung und ›Hilfen aus einer Hand‹ ermöglicht werden.

Im Rahmen des Modellprojektes ist es vorgesehen die drei Pflege- und Wohnberatungsstellen in die bestehenden Versorgungs- und Vernetzungsstrukturen vor Ort zu integrieren und eine adressatenorientierte Angebotserweiterung zu ermöglichen.

Projektziele

Innerhalb der Gesamtlaufzeit wird geprüft, inwieweit das Beratungsangebot in die bestehenden Altenhilfestrukturen vor Ort integriert werden kann und ob eine flächendeckende Ausweitung angestrebt werden sollte.

Die unterschiedlichen Standorte ermöglichen dabei einen Vergleich zwischen den beiden ländlichen Bereichen mit einer zahlenmäßig eher geringen Akteursdichte und dem städtischen Bereich mit einer hohen Anzahl von Dienstleistungsanbietern im Altenhilfesektor.

Zudem soll untersucht und erprobt werden, an welchen Stellen im Rahmen des Case Managements ein Bedarf an ehrenamtlicher Unterstützung ersichtlich wird und wie dieser gedeckt werden könnte.

Der SoVD Niedersachsen ist als Träger des Projektes parteipolitisch neutral und selbst kein Anbieter von Dienstleistungen im Bereich der Pflege. Das Beratungsangebot kann kostenfrei in Anspruch genommen werden und ist nicht an eine Mitgliedschaft gebunden.

Nähere Informationen sind im Internet unter www.pflegeberatung-nds.de erhältlich.

MELISSA HENNE, SANDRA KÖDDEWIG, MAREIKE MILACHOWSKI, *Koordinierungsstelle der Pflege- und Wohnberatung, Herschelstraße 31, 30159 Hannover, Tel.: (05 11) 70 148 35, Fax: (05 11) 70 148 70, E-Mail: sandra.koeddewig@pflegeberatung-nds.de*

Vom 20.–22. Juli 2007 hat nun bereits zum zehnten Mal der Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit in Berlin stattgefunden. Unter diesem Titel werden das Hauptstadtforum Gesundheitspolitik und das Forum der Versicherungen sowie die Fachkongresse Krankenhaus Klinik Rehabilitation, Deutscher Pflegekongress und das Deutsche Ärzteforum zusammengefasst. Damit bietet der einmal im Jahr stattfindende Hauptstadtkongress den unterschiedlichsten Akteuren der Gesundheitsbranche die Möglichkeit zur Information und Diskussion aktueller gesundheitspolitischer und -wirtschaftlicher Fragestellungen. Neben über 100 Einzelveranstaltungen zu verschiedenen Themenbereichen haben sich im ICC Berlin fast 150 Aussteller präsentiert.

Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt eröffnete den Hauptstadtkongress und hob in ihrer Rede mit dem Hinweis auf die Höhe der Ausgaben im Gesundheitswesen die Bedeutung der Gesundheitsbranche hervor.

Sie stellte wesentliche Neuerungen des zum 01.04.2007 in Kraft getretenen GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes dar und betonte, dass dadurch eine gute Versorgung zu bezahlbaren Preisen möglich bleibe. Einen weiteren Schwerpunkt ihrer Rede bildete das gerade erarbeitete Eckpunktepapier zur Reform der Pflegeversicherung (welches mittlerweile in einen Gesetzesentwurf eingegangen ist). Wesentliche Ziele und Aufgaben sind u. a. Teilhabe, Verbleib in der gewohnten Lebensumwelt, Stärkung des ehrenamtlichen Engagements, Versorgung von älteren Menschen mit geistiger Behinderung, quartiersbezogene Versorgung, Abbau von Schnittstellenproblemen, die Möglichkeit des Abschließens von Einzelverträgen und besonders die Verbesserung der Versorgung von Demenzkranken. Als weiteres Reformvorhaben nannte Ulla Schmidt das Präventionsgesetz.

Das Thema Prävention wurde auch im Rahmen des Hauptstadtforums Gesundheitspolitik im internationalen Vergleich diskutiert. Die gesundheitspolitische Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung ist in den europäischen Ländern sehr unterschiedlich. Nach Ansicht der Experten

hängt dies vor allem mit den verschiedenen, kulturell und historisch gewachsenen Vorstellungen zur Rolle des Staates für Prävention zusammen. In der Veranstaltung waren Vorträge von Dr. Klaus Theo Schröder (BMG), Prof. Dr. Reinhard Busse (TU Berlin), Michael Hübel (Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz der EU-Kommission) und Dr. Ingrid Völker (WISO S.E. Consulting GmbH) zu hören.

Eine Veranstaltung des Deutschen Ärztesforums thematisierte die Zukunft des ärztlichen Leitbildes. Dabei wurde mit Vertreterinnen und Vertretern der Ärztekammern und des wissenschaftlichen Bereiches diskutiert, wie sich der Arztberuf vor dem Hintergrund des sich wandelnden Gesundheitswesens gestalten lässt, um z. B. der wachsenden Unzufriedenheit und zunehmendem Zeit- und Kostendruck begegnen zu können.

Die Reform der Pflegeversicherung wurde in einer Vielzahl von Veranstaltungen diskutiert. Als wichtiger Schritt wurde die Verbesserung der Situation Demenzkranker von verschiedenen Akteuren gewürdigt, wenngleich die vielfach geforderte Änderung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs derzeit noch aussteht, dieser aber bis 2008 durch eine Expertengruppe überarbeitet werden soll. Kritisiert wurde, dass die Finanzierungsseite keine grundsätzliche Änderung erfahren habe. Demnach müssten vor dem Hintergrund demografischer Entwicklungen weitere Reformen folgen. In der Veranstaltung ›Dauerbaustelle Pflegeversicherung?‹ wurden diese Themen aus Sicht der Beteiligten umfassend diskutiert. Prof. Thomas Klie zeigte die erforderlichen Maßnahmen aus wissenschaftlicher Sicht auf. Dazu gehören u. a. neben einem anderen Pflegebedürftigkeitsbegriff auch Case Management, fachliche Beratung und Begleitung, Modifizierung des Sachleistungsprinzips, multiprofessionelle Qualitätssicherung sowie ressortübergreifende Vorgehensweise.

Malu Dreyer, Sozialministerin in Rheinland-Pfalz, nannte noch die Stärkung der ambulanten Versorgung sowie die bessere Vernetzung von Rehabilitation und Prävention.

Beate Blättner, Kerstin Utermark

Kinder gestalten ihren Naschgarten

Ein Kooperationsprojekt zur Adipositas-Prävention im kommunalen Setting

In Holzminden gestalten Kinder einen Naschgarten nach ihren Vorstellungen, erleben die Natur, sind körperlich aktiv und werden spielerisch auf den Geschmack von naturbelassenen, gesunden Lebensmitteln gebracht.

Weltweit, so auch in Deutschland, werden immer mehr Kinder dicker, als es ihrem Wohlbefinden gut tut. Mit der KIGGS-Studie des Robert Koch Institutes liegen für Deutschland erstmals repräsentative Daten vor. Betroffen sind primär Kinder aus sozioökonomisch benachteiligten Elternhäusern, Kinder mit Migrationshintergrund und Kinder, deren Eltern selbst übergewichtig oder adipös sind. Adipositas bei Kindern und Jugendlichen scheint dabei stärker als bisher vermutet mit Essstörungen (Binge Eating Disorder) oder gestörtem Essverhalten kombiniert zu sein.

Bisherige Wege der Prävention scheinen nicht ausreichend und nachhaltig erfolgreich zu sein. Sie können sogar hinsichtlich der Verschärfung von Essstörungen und der noch stärkeren sozialen Selektion kontraproduktive Wirkungen haben.

Mit dem Naschgarten in Holzminden wird daher ein anderer Weg beschritten.

Kinder entscheiden und gestalten, die Erwachsenen moderieren

Ein Gelände in der Nähe des sozioökonomisch benachteiligten Kernstadtbereiches wird nach Vorstellungen der dort lebenden Kinder und unter ihrer Mitwirkung zu einer kindgerechten Erlebniswelt umgestaltet, in der Kinder Obst, Gemüse und duftende Kräuter selbst anbauen, pflegen und verzehren. Im Sinne einer allgemeinen verhältnisorientierten Prävention richtet sich das Projekt an alle Kinder im Alter zwischen drei und zwölf Jahren, unabhängig von ihrem bereits erreichten Körpergewicht. Ziele sind die Verbesserung des Wohlbefindens durch Teilhabechancen, die Reduktion der körperlichen Inaktivität und Veränderungen in der Einstellung zum Essen.

Ermöglicht wird das Projekt durch eine Kooperation zwischen der Stadt

und dem Landkreis Holzminden, dem Duft- und Geschmacksstoffhersteller Symrise, der Hochschule Fulda und der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e. V.

Die Umsetzung der Idee erfolgt in Zusammenarbeit mit den Kinder- und Jugendeinrichtungen der Stadt Holzminden. Die Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen hat das Projektmanagement übernommen.

Die Projektidee wurde von der Hochschule Fulda (Prof. Dr. Beate Blättner, Prof. Dr. Kathrin Kohlenberg-Müller und Prof. Dr. Henny Annette Grewe) entwickelt. Dort wird das Projekt wissenschaftlich begleitet und evaluiert. In einer begleitenden Teilstudie gemeinsam mit dem Gesundheitsamt Holzminden soll die Entwicklung der Prävalenz der Adipositas von der Schuleingangsuntersuchung bis zur Schuluntersuchung in Klasse vier im Vergleich von allochthonen und autochthonen Kindern (Kinder mit und ohne Migrationshintergrund) analysiert werden.

Mehr Informationen sind unter www.hs-fulda.de/index.php?id=6259 und in Kürze unter www.naschgarten.com zu finden.

PROF. DR. BEATE BLÄTTNER, *Hochschule Fulda, Fachbereich Pflege und Gesundheit, Marquardstr. 35, 36039 Fulda, E-Mail: Beate.Blaettner@pg.hs-fulda.de*
KERSTIN UTERMARK, *siehe Impressum*

Christian Robold

Ambulante Palliativversorgung

Versorgungsqualität inkonstant

Bis in die jüngste Zeit ist die Versorgungsqualität schwerstkranker Palliativpatienten und -patientinnen im Schnittpunkt zwischen ambulatem und stationärem Bereich eher eine Frage glücklicher oder unglücklicher Zufälle als eines konsequenten Fallmanagements. Unter Palliativpatienten werden Menschen verstanden, die an einer fortgeschrittenen, in absehbarer Zeit weiter fortschreitenden, unheilbaren Erkrankung wie z. B. Tumorerkrankung, ALS, MS, fortgeschrittene internistische Erkrankungen, in deren Folge Schmerzen, andere belastende Symptome z. B. Luftnot, Übelkeit, Appetitlosigkeit, Schwäche und psychosoziale Probleme entstehen. Häufig entstehen durch eine nicht gesicherte Koordination und durch Kommunikationsdefizite Lücken in der Betreuung, die die Behandlungsergebnisse gefährden.

Im Gegensatz zu den klar definierten Behandlungswegen onkologischer Patientinnen und Patienten in früheren Erkrankungsstadien, bleibt das weitere Vorgehen häufig unklar, wenn eine Erkrankung fortschreitet, verstärkt Beschwerden auftreten und eine zunehmende Zahl von Behandlern erforderlich wird. Patient bzw. Patientin und Angehörige wissen häufig nicht, wer als erstes ansprechbar ist. Der Hausarzt übernimmt oft aus Zeitmangel und teilweise mangels fehlender Erfahrung nicht die Rolle des Koordinators. Onkologe oder Strahlentherapeutin fehlen Kenntnisse über die häusliche Situation, auch ihnen mangelt es häufig an Zeit. Ambulante Pflegedienste kennen zwar die häusliche Situation sehr gut, der Informationsfluss zwischen Hausarzt bzw. -ärztin und Pflegedienst ist allerdings oft lückenhaft. Die Kommunikation zwischen verschiedenen beteiligten Krankenhausabteilungen untereinander und mit dem ambulanten Bereich ist oft problematisch.

Unerwünschte Notfalleinweisungen

Das Ergebnis dieser Defizite ist oft eine große Unsicherheit bei Patienten und Angehörigen. Die Informationen, die die verschiedenen Betreuer zum Krankheitsstand und notwendigen Therapie- maßnahmen geben, sind oft nicht

abgesprochen und daher widersprüchlich. Es entstehen bei Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen massive Ängste vor zunehmenden Beschwerden und akuten Notfallsituationen. Eine geregelte nächtliche Zuständigkeit besteht für die Patienten und Patientinnen nicht. Bei unerwarteten Ereignissen werden daher nachts und am Wochenende die Notdienste alarmiert, die mit den akuten Problemen häufig überfordert sind. Wiederholte Notfalleinweisungen in die Klinik sind die Folge.

Aus dem Gesagten ergibt sich die Frage nach einer Koordination und einem gezielten Patientenmanagement.

Patientenkoordination am Palliativstützpunkt

Palliativstützpunkte (Palliativteams) können in Form eines integrierten palliativen Netzwerkes die Funktion der Patientenkoordination wahrnehmen. In einem Palliativstützpunkt arbeiten verschiedene ambulante und stationäre Einrichtungen der Palliativversorgung zusammen. Dazu gehören u. a. Palliativstationen an Krankenhäusern, ambulante Palliativdienste, stationäre Hospize, ambulante Hospizdienste, Seelsorger, onkologisch erfahrene Pflegedienste. Den Kern eines Palliativstützpunktes bilden speziell geschulte Pflegekräfte mit Palliative-Care Zusatz- ausbildung, die von einem erfahrenen Palliativmediziner bzw. einer erfahrenen Palliativmedizinerin unterstützt werden. Ihnen obliegt die Koordinatoren- funktion. Mindestens einmal wöchentlich durchgeführte Patientenbesuche dienen der Einschätzung der aktuellen Situation, zusätzlich erfolgen regelmäßig Telefonkontakte. Die Palliativpflege- kräfte machen Vorschläge zu Schmerz- therapie, Symptomkontrolle und zur Planung der weiteren Versorgung. Sie sind am Entlassungsmanagement von stationär nach ambulant beteiligt und initiieren nötigenfalls die Überlei- tung in ein stationäres Hospiz. Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige werden über die aktuelle Einschätzung und geplante Maß- nahmen ausführlich informiert. Es erfolgt eine enge Abstimmung besonders mit dem Hausarzt, der Hausärztin und dem betreuenden Pflegedienst. Für

Notfälle steht eine 24-Stunden Ruf- bereitschaft zur Verfügung.

Niedersächsisches Modell

Die Einrichtung von Palliativstützpunkten erfolgt in Niedersachsen seit 2005 landesweit durch das Sozialministerium auf Initiative der Palliativarbeitsgemein- schaft Niedersachsen. Derzeit existie- ren landesweit 20 Palliativstützpunkte, die von der Landesregierung für vier Jahre finanziell unterstützt werden.

Resümee

Durch die Einrichtung einer fachlich versierten Koordinationsstelle lässt sich die Schnittstellenproblematik bei schwerstkranken Palliativpatienten deutlich verbessern. In Zukunft wird es bundesweite Aufgabe sein, eine quali- tativ hochwertige flächendeckende Pal- liativversorgung zu organisieren. Das Modell der niedersächsischen Palliativ- stützpunkte kann hierfür eine adä- quate Organisationsform darstellen.

DR. CHRISTIAN ROBOLD, *Ärztlicher Leiter, Palliativstation Klinikum Region Hannover, Roesebeckstr. 15, Tel.: (05 11) 9 27-23 05 E-Mail: christian.robold@klinikum-hannover.de*

Regina Wilgeroth

Ambulante gerontopsychiatrische Versorgung

Die ambulante Versorgung geronto- psychiatrischer Patienten und Patien- tinnen ist in der Praxis ein Arbeitsfeld für viele Berufsgruppen. Soziale, medizi- nische, therapeutische und pflege- rische Belange sind zu berücksichtigen. In Hannover existiert seit 1990 ein multiprofessionelles Versorgungsnetz unter der Trägerschaft des Caritasver- bandes. Seit April 2006 arbeiten Sozial- arbeiterinnen, Sozialpädagoginnen, Fachpflegekräfte, Ärzte und Ehrenamt- liche gemeinsam in in einem Versor- gungszentrum Hannover – Linden. Alle Mitarbeiterinnen sind gerontopsychia- trisch fachweitergebildet. Im Einzugs-

gebiet eines psychiatrischen Sektor-Landeskrankenhauses mit ca. 100.000 Einwohnern und Einwohnerinnen werden Beratung, Hausbesuche, niedrigschwellige Betreuung in Gruppen, integrierte Versorgung, Angehörigenberatung einzeln und in Gruppen sowie ambulante gerontopsychiatrische Pflege nach SGB V angeboten. Hauptmerkmal des Casemanagement ist der Netzwerkcharakter durch die stadtteilbezogene Zusammenarbeit von ambulanten, teilstationären und stationären Institutionen aus der Altenhilfe. Diese Zusammenarbeit bündelt sich in einem gemeinsamen Qualitätszirkel, der 4 x jährlich stattfindet. Die Schnittstellen übergreifende Zusammenarbeit hilft bei der Erreichung des gesetzten Zieles: Die Vermeidung von unnötigen stationären Behandlungen und Unterbringungen.

Bei der Aufnahme neuer Patienten und Patientinnen und ihrer dauerhaften Begleitung ist es erforderlich, die aktuelle und individuelle Bedürfnislage einzuschätzen, um die vorhandenen Angebote zielgerichtet einzusetzen. In der Gerontopsychiatrie kann sich diese Bedürfnislage sehr rasch verändern. Besonders die Ausprägung von Multimorbidität hat einen wesentlichen Anteil in der Priorität der einzusetzenden Hilfen. Eine Verschlechterung des körperlichen Gesundheitszustandes führt zu rasch notwendiger pflegerischer Hilfe bzw. deren Erweiterung. Die Ausprägung der gerontopsychiatrischen Symptomatik geht mit mangelnder Pflegecompliance einher. Für die zu treffende Entscheidungen ist daher die Einrichtung einer rechtlichen Betreuung in den meisten Fällen erforderlich. Veränderungen der gerontopsychiatrischen Symptomatik machen es oft erforderlich, Medikamente zu geben oder die Dosierung zu verändern. Die Beurteilung dieser Angelegenheit obliegt einem psychiatrischen Facharzt, die Beobachtung der Wirkung erfolgt durch die geschulten Pflegekräfte im engen Kontakt zum Arzt und zur Ärztin. Standardisierte Assessmentbögen helfen bei der Aufnahme und Begleitung des Patienten bzw. der Patientin bei der Erfassung und Beurteilung des Zustandes und dem Einsatz der erforderlichen Maßnahmen. So wird das vorhandene

Angebot gezielt und nicht nach dem Gießkannenprinzip eingesetzt.

Regelmäßige Dienstbesprechungen als Aktensite und Fallbesprechungen geben die Gelegenheit, die einzelnen Fälle aus unterschiedlichen Fachrichtungen zu sehen. Einseitige Beurteilung kann so vermieden werden. In Krisensituationen kann in enger Zusammenarbeit im Team schnelle Hilfe organisiert werden, z. B. durch einen Hausbesuch des Facharztes, der Fachärztin und einer Pflegekraft mit sofortiger Aufnahme oder der Einsatz von Therapeuten und Therapeutinnen, Tagespflege etc.

Die Teilnahme an den niedrigschwelligen Betreuungsgruppen hilft den Patienten und Patientinnen bei der Stabilisierung ihrer Ressourcen, des Tagesrhythmus und der Kontaktpflege. Ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen unterstützen die Hauptamtlichen. Sie kommen häufig selbst aus Pflegesituationen zu Hause und sind eine wichtige Schnittstelle zwischen der professionellen Arbeitsweise und dem häuslichen Alltag.

Die Multiprofessionalität ist das Herzstück in diesem Versorgungsteam und verhilft zur optimalen Zusammenarbeit und gegenseitigen Bereicherung zum Wohle der Patientinnen und Patienten.

REGINA WILGEROTH, *Caritas Seniorendienste, Ambulantes Gerontopsychiatrisches Zentrum, Ungerstr. 4, 30451 Hannover, Tel.: (05 11) 2 10 43 71, E-Mail: agz-linden@caritas-hannover.de*

Birgit Wolter

Altersgerechtes Wohnen in der Großwohnsiedlung

Viele Großwohnsiedlungen leiden in Deutschland gegenwärtig unter einem Rückgang ihrer Bewohnerzahlen und unter Problemen der Neuvermietung. Aus diesem Grund versuchen die Wohnungsunternehmen zunehmend, Mieter und Mieterinnen mit speziell auf sie zugeschnittenen Angeboten zu halten.

Gerade die Gruppe der älteren Menschen wird als attraktive Zielgruppe umworben, da sie als zuverlässige und weitgehend unkomplizierte Kunden und Kundinnen gelten. In einer (West-) Berliner Großwohnsiedlung haben sich seit 2003 rund 50 Vertreter und Vertreterinnen aus Wirtschaft, Politik, Pflege und Gesundheit zu einem Netzwerk zusammengeschlossen. Die in den 1970er Jahren entstandene Siedlung am Stadtrand besteht überwiegend aus 8–15geschossigen Miethäusern. Die Wohnungen werden zur Zeit noch zu etwa 80 % öffentlich gefördert und befinden sich vor allem im Eigentum einer großen Wohnungsbaugesellschaft. Der Anteil der älteren Menschen (> 65 Jahre) unter den ca. 40.000 Bewohnern und Bewohnerinnen liegt mit ungefähr 20 % deutlich über dem Berliner Durchschnitt.

Ziele des Netzwerkes

Das erklärte Ziel des Netzwerkes besteht darin, den Menschen so lange wie möglich ein selbstständiges Leben in der eigenen Wohnung zu ermöglichen. »Hier will ich bleiben« heißt das Motto der Aktivitäten, die die Lebensqualität für ältere Bewohner und Bewohnerinnen verbessern sollen. Durch niedrigschwellige Beratungs- und Präventionsangebote, soziale Dienste und kulturelle Aktivitäten im öffentlichen Raum unterstützen die Netzwerkpartner und -partnerinnen, zu denen die Wohnungsbaugesellschaft ebenso zählt wie die ansässige Apotheke, die örtliche Klempnerei und das Bezirksamt, die älteren Menschen in ihrer Alltagsbewältigung. Die Netzwerkangebote erreichen die Zielgruppe in ihrem unmittelbaren Wohnumfeld. Zu den Angeboten zählen interkulturelle Begegnungsstätten für Senioren und Seniorinnen, Computerkurse, Besuchsdienste und unterschiedliche Beratungsdienste. Innerhalb des Netzwerkes findet ein informeller Austausch über problematische Lebenslagen einzelner Mieter und Mieterinnen statt, um präventiv erforderliche Hilfen leisten zu können.

Überwindung von Schnittstellen

Die räumliche und soziale Vernetzung der sehr heterogenen Akteure im Quar-

tier soll Schnittstellen zwischen den einzelnen Beteiligten überwinden. Durch die räumliche Präsenz des Netzwerkes in der Siedlung werden öffentliche Orte im Wohnumfeld geschaffen, die den älteren Bewohnern und Bewohnerinnen, gerade auch den sozial Benachteiligten, den Zugang zu Netzwerkangeboten erleichtern sollen. Die Mitarbeit der einzelnen Netzwerkpartner und -partnerinnen erfolgt ehrenamtlich und freiwillig, ist aber durch Selbstverpflichtungen zur Kooperation und eine definierte Organisationsstruktur geregelt. Eine auf diesem Wege geschaffene Kultur der kurzen Wege und direkten Kommunikation kann helfen, Reibungsverluste und Übertragungsdefizite zu vermeiden.

Primärpräventive Effekte

Im Rahmen der Präventionsforschung des Bundesforschungsministeriums wurde das Institut für Gerontologische Forschung Berlin e.V. damit beauftragt, die primärpräventiven Effekte des Netzwerkes und ihre Wirkungen im Lebensalltag der älteren Menschen zu untersuchen. Die Forschungsarbeit setzt auf drei verschiedenen Ebenen an. Untersucht werden 1. die Organisation und Arbeitsweise des Netzwerkes selbst als gesundheitsförderliche, stadtteilbezogene Struktur der Primärprävention, 2. die primärpräventiven Effekte auf die Zielgruppe und 3. die partizipative Weiterentwicklung der Qualität und die Evaluation der Netzwerkaktivitäten. Im Fokus der Untersuchungen steht das Zusammenwirken von individueller Verfügbarkeit ökonomischer, sozialer und kultureller Ressourcen einerseits und den durch das Netzwerk repräsentierten sozialräumlichen Angeboten andererseits. Im Rahmen des Setting-Ansatzes wird dabei auch der Einfluss des öffentlichen Raumes und seiner Gestaltung auf die Struktur und Wirkung des Netzwerkes erfasst.

Mit der Untersuchung werden Erkenntnisse über die Effekte des Netzwerkes unter sozialen, stadträumlichen und gesundheitsfördernden Aspekten sowohl für die Angehörigen der Zielgruppe, als auch für die Netzwerkakteure gewonnen und zugleich die Übertragbarkeit des Modells auf andere

Wohnsiedlungen geprüft. Untersuchungsbegleitend werden geeignete Verfahren für eine laufende Evaluation der Netzwerkarbeit auf Basis der Partizipation der Bewohner und Bewohnerinnen entwickelt. Die Laufzeit des Projektes endet 2010.

DR. BIRGIT WOLTER, *Institut für Gerontologische Forschung Berlin e. V., Torstraße 178, 10115 Berlin, Tel.: (030) 8 59 49 08, E-Mail: stadtgestaltung.wolter@gmx.de*

Mediothek

Geschlechterforschung in der Medizin

Frauen weisen bei vielen Erkrankungen andere Beschwerdebilder auf als Männer, gehen anders mit sich und ihren Erkrankungen um und benötigen andere Behandlungsansätze. Das Zentrum für Geschlechterforschung in der Medizin geht diesen Zusammenhängen in einem jährlich organisierten Symposium nach. Das Symposium von 2006 wird in diesem Sammelband als Werkstattbericht dokumentiert. Nicht nur die Vorträge, sondern auch die Posterpräsentationen und der Workshop »Integration von Gender in die medizinische Lehre« sind präsentiert. Leider sind einige Beiträge nur ein bis zwei Seiten lang und einige medizinische Artikel für Nichtmedizinerinnen schwer zu verstehen. Es sind jedoch spannende aktuelle Ergebnisse z. B. zu Genderunterschieden bei rheumatologischen Erkrankungen und ein ganzes Kapitel mit Artikeln zu verschiedenen Erkrankungen aus dem Herz-Kreislauf-Bereich enthalten. Genderspezifische Strategien für die Prävention werden ebenso angesprochen wie die Karriereplanung für Ärztinnen in Hochschule, Klinik und Praxis. (us)

VERA REGITZ-ZAGROSEK, JUDITH FUCHS (HRSG.): *Geschlechterforschung in der Medizin, Peter Lang Europäischer Verlag der Wissenschaften, Frankfurt am Main, 2006, 186 Seiten, ISBN 3-631-55252-1, 34,00 Euro*

Prävention von Entwicklungsstörungen

Anliegen des Buches ist, für die Prävention von Entwicklungsstörungen Bilanz zu ziehen und die Effektivität einzelner Interventionen kritisch zu hinterfragen. Der Herausgeber vertritt die Überzeugung, Prävention von Entwicklungsstörungen sei wesentlich effektiver als Therapie und Förderung entwicklungsauffälliger Kinder. Es wird für sorgfältige Risiko-Nutzen-Abwägungen vor dem Start und regelmäßige Qualitätssicherung während der laufenden Maßnahmen plädiert. Es werden Möglichkeiten zur Vorbeugung motorischer und kognitiver Entwicklungsstörungen, zur Verhinderung emotionaler Störungen und Fehlentwicklungen des Bindungs- und Sozialverhaltens besprochen. (ar)

WALDEMAR VON SUCHODOLETZ (HRSG.): *Prävention von Entwicklungsstörungen. Hogrefe Verlag Göttingen, 2007, ISBN 978-3-8017-1980-7, 286 Seiten, 34,95 Euro*

Was ist los mit Marie?

Die Geschichte dreht sich um die Bärengruppe im Kindergarten. Es ist Spielzeugtag und alle Kinder bringen ihr Lieblingsspielzeug von zu Hause mit. Nur Marie nicht. Den Kindern fällt auf, dass Marie nie richtig mitmacht. Sie nimmt weder an einem Ausflug teil, noch am Bastelnachmittag, wenn Tonpapier mitgebracht werden muss. Sie denken zunächst, Marie kann sie nicht leiden und hat einfach keine Lust, mit ihnen zusammen zu sein. Zunächst gibt es Streit, doch dann zeigt sich, wie wichtig Freundschaft ist.

Das Bilderbuch will das Einfühlungsvermögen von Kindern, Eltern und Erzieherinnen und Erziehern gegenüber Kindern stärken, die in Armut leben. Die Geschichte ist anschaulich geschrieben und farbig illustriert. An der Idee und der Konzeption des Buches waren Fachkräfte des Diözesan-Caritasverbandes für das Erzbistum Köln maßgeblich beteiligt. (ar)

STEFAN GEMMEL: *Was ist los mit Marie? Mit Illustrationen von Sonja Piechota-Schober. edition zweihorn, Neureichenau, 2004, 22 Seiten, ISBN 3-935265-17-4, 9,90 Euro*

M Armut und Reichtum an Verwirklichungschancen

Der Ansatz der Verwirklichungschancen (Capabilities) des Ökonomenobelpreisträgers Amartya Sen liefert die Basis für internationale Indizes zur Messung von Entwicklung und Armut, unter anderem auch Konzepte für die deutsche Armuts- und Reichtumsberichterstattung. Der Ansatz teilt eine Reihe von Herausforderungen mit dem Lebenslagenansatz von Gerhard Weiser, der zunächst ebenfalls als kaum umsetzbar erschien.

Während noch vor einigen Jahren darüber diskutiert wurde, ob der Capability-Ansatz überhaupt operationalisierbar sei, existiert heute hierzu bereits eine Vielzahl internationaler Studien. Der Sammelband bietet Beispiele und skizziert zentrale Inhalte und Grundbegriffe dieses Ansatzes. Die Aufsätze zeichnen sich aus durch umfassende Betrachtungen des Ansatzes, die über ressourcenorientierte Aspekte weit hinausgehen. (ar)

JÜRGEN VOLKERT (HRSG.): *Armut und Reichtum an Verwirklichungschancen – Amartya Sens Capability-Konzept als Grundlage der Armuts- und Reichtumsberichterstattung*. VS Verlag, Wiesbaden, 2005, 309 Seiten, ISBN 3-531-14675-0, 31,90 Euro

Pflegebedürftigkeit im Alter

Die Zahl der Pflegebedürftigen ist in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich angestiegen. Zur Zeit leben in Deutschland ungefähr 2 Mio. Pflegebedürftige, von denen 69 % zu Hause versorgt werden. Das Thema Pflegebedürftigkeit gewinnt damit sowohl auf individueller als auch auf gesellschaftlicher Ebene zunehmend an Bedeutung und stellt aufgrund demografischer Entwicklungen eine neue Herausforderung für die Gestaltung von Versorgungsstrukturen dar. Die Autorin stellt zunächst die gesellschaftlichen und sozialpolitischen Rahmenbedingungen pflegebedürftiger Menschen sowohl in der Bundesrepublik Deutschland als auch im internationalen Vergleich dar. Weiterhin werden der Begriff der Pflegebedürftigkeit, das Pflegeversicherungsrecht, die

Leistungsansprüche sowie die ambulante und stationäre Versorgung aufgezeigt. Vor dem Hintergrund der Forderung nach einer interdisziplinären Betrachtung und einem bevölkerungsbezogenen gesundheitswissenschaftlichen Ansatz werden abschließend die Schlussfolgerungen für die Versorgungssituation auf den verschiedenen Ebenen diskutiert. Das Buch bietet eine umfassende und übersichtliche Darstellung des komplexen Themas Pflegebedürftigkeit im Alter. (ts)

BEATE RÖTTGER-LIEPMANN: *Pflegebedürftigkeit im Alter. Aktuelle Befunde und Konsequenzen für künftige Versorgungsstrukturen*. Juventa-Verlag, Weinheim und München, 2007, 255 Seiten, ISBN 978-3-7799-1147-0, 23,00 Euro

Pädagogik der frühen Kindheit

Das Handbuch ist als aktuelles, theoretisch fundiertes, umfassendes Überblicks- und Nachschlagewerk gedacht, das nicht an ein spezielles theoretisches Grundverständnis gebunden ist, sondern das breite Feld frühpädagogischer Fragestellungen und Ansätze spiegelt. Neben Konzepten zu Kind und Kindheit bietet es einen Überblick über Programmatik, Konzepte zu speziellen Bildungs- und Erziehungsbereichen wie Sprachförderung, kognitive Förderung, ästhetische Bildung und vieles mehr. Es werden professionelle Hilfen vorgestellt und Institutionen beschrieben. In drei Beiträgen geht es außerdem um Beruf, Professionalisierung und Reform der Ausbildung von Erziehungsfachkräften.

Das Buch kann zur Orientierung in der zur Zeit hochaktuellen Diskussion um die Bedeutung der öffentlichen und institutionellen frühkindlichen Erziehung als familienergänzende Maßnahme verhelfen. (ar)

LILIAN FRIES, SUSANNA ROUX (HRSG.): *Pädagogik der frühen Kindheit. Handbuch und Nachschlagewerk*. Beltz Verlag, Weinheim und Basel, 2006, ISBN-13: 978-3-407-56283-8, 400 Seiten, 39,90 Euro

Mehr Elternkompetenz in Problemfamilien

Das Konzept der Eltern-AG ist präventiv ausgerichtet und wendet sich über das Prinzip der Mentoren vor allem an sozial benachteiligte Mütter und Väter. Im vorliegenden Band wird zunächst Einblick in die Praxis gegeben. Er beginnt mit Hinweisen und Leitlinien für den Aufbau und die Durchführung der Eltern-AG und stellt mit der so genannten Werkzeugkiste den Methodenkatalog vor. Anschließend werden kurze Einführungen in Grundlagenwissen, u. a. zu den gesellschaftlichen Randbedingungen oder zur Wirkungsweise von Empowerment gegeben. Im dritten Kapitel werden überblicksartige Theorien und Empirie vorgestellt, die in die Entwicklung des Konzepts eingeflossen sind. (ar)

MEINRAD ARMBRUSTER: *Eltern-AG – Das Empowerment-Programm für mehr Elternkompetenz in Problemfamilien*. Carl-Auer Verlag Heidelberg, 2006, ISBN 3-89670-561-x, 256 Seiten, 24,95 Euro

Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege

Bereits in frühen Schriften zur Pflege finden sich Ansätze präventiver und gesundheitsförderlicher Überlegungen als Bestandteil pflegerischer Aufgaben. Vor dem Hintergrund unterschiedlichster Entwicklungen wurden diese aber in den letzten Jahrzehnten zurückgedrängt und zum Teil von anderen Professionen übernommen. Erst neuere Diskussionen um Prävention und Gesundheitsförderung in der gesundheitlichen Versorgung sowie gesetzliche Änderungen, wie beispielsweise die Reform des Krankenpflegegesetzes, haben diesem Bereich wieder mehr Bedeutung in der Pflege zugewiesen. Um dieser Aufgabe gerecht zu werden, sind theoretische Grundlagen und Konzepte notwendig, die in der Ausbildung vermittelt und in die Praxis umgesetzt werden sollen. Weiterhin müssen die rechtlichen Rahmenbedingungen und Zuständigkeiten vorhanden sein, um präventives Handeln in der Pflege zu ermöglichen. In verschiedenen Beiträgen

werden die Entwicklung präventiver Aufgaben in der Pflege, die Kompetenzen und Aufgaben im internationalen Vergleich, Nutzen und Wirksamkeit sowie verschiedene Beispiele präventiver und gesundheitsförderlicher Ansätze in der pflegerischen Versorgung dargestellt und geben damit einen guten Überblick über das Aufgabenspektrum. (ts)

MARTINA HASSELER, MARTHA MEYER: *Prävention und Gesundheitsförderung – Neue Aufgaben für die Pflege. Grundlagen und Beispiele. Berliner Schriften. Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover 2006, 191 Seiten, ISBN 3-89993-161-0, 24,90 Euro*

Wem gehört die Familie der Zukunft?

Der 2006 herausgegebene 7. Familienbericht der Bundesregierung beschäftigte sich mit dem Thema ›Zukunft der Familie – Gesellschaftlicher Wandel und soziale Integration‹. In dem vorliegenden Band werden ausgewählte Expertisen zum Familienbericht zusammengefasst. Das Buch gliedert sich in drei Themenblöcke, die vor dem Hintergrund des demographischen Wandels beleuchtet werden. Das erste Kapitel befasst sich mit dem Bereich Nachhaltige Familienpolitik und die Zukunft der Kinder. In Kapitel 2 wird das Thema ›Geschlechterrollen im Wandel – Modernisierung der Familienpolitik‹ diskutiert. Kapitel 3 setzt sich mit Ansätzen zur Modernisierung familienbezogener Instrumente als Kernelemente einer modernen und nachhaltigen Familienpolitik auseinander. Die Beiträge liefern ein facettenreiches Bild der Familie vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Veränderungsprozesse und einen wichtigen Diskussionsbeitrag über die Rahmenbedingungen und die Zukunft von Familie. (ib)

HANS BERTRAM, HELGA KRÜGER, C. KATHARINA SRIESS (HRSG.): *Wem gehört die Familie? Expertisen zum 7. Familienbericht der Bundesregierung. Verlag Barbara Budrich, Opladen, 2006, 515 Seiten, ISBN: 978-3-86649-049-9, 36,00 Euro*

Primäre Prävention

Der Grundlagenband von Rolf Rosenbrock und Claus Michel bietet einen Überblick über den aktuellen Stand und die Perspektiven primärer Prävention. Dabei werden sozioökonomische Einflussfaktoren auf die Verteilung von Gesundheitschancen genauso im Hinblick auf die effektive Gestaltung primärer Präventionsansätze betrachtet wie aktuelle Modelle der Gesundheitspsychologie und -kommunikation. Die Autoren wollen abseits der finanziellen, zum Teil höchst unrealistischen finanziellen Präventionshoffungen dazu beitragen, Prävention als eine zeitgemäße, wirksame und nachhaltige Aufgabe von Gesundheitspolitik zu etablieren. Dafür zeigen sie sowohl kleinräumige (z. B. Betriebe und Kommunen) als auch übergreifende Handlungsansätze (z. B. Kampagnen, Evaluation und Qualitätssicherung) auf. Insgesamt werden dabei neben den Potenzialen auch die Forschungslücken und Umsetzungsbedarfe angesprochen. (ta)

ROLF ROSENBRÖCK, CLAUS MICHEL: *Primäre Prävention – Bausteine für eine systematische Gesundheitssicherung. Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, 2007, 144 Seiten, ISBN 3-939069-16-7, 29,95 Euro*

Sozial- und Gesundheitsberichterstattung

Das Thema Gesundheitsberichterstattung gewinnt seit den neunziger Jahren zunehmend an Bedeutung. Vor dem Hintergrund von Kostensteigerungen und der Forderung nach effizienterem Mitteleinsatz ist die systematische Erfassung von Sozial- und Gesundheitsdaten von großer Bedeutung. Kenntnisse über Prävalenz und Inzidenz verschiedener Erkrankungen sowie deren Zusammenhang mit sozioökonomischen und ökologischen Merkmalen sind wesentliche Voraussetzungen für die Planung gesundheitspolitischer Maßnahmen. In dem vorliegenden Band wird die Entwicklung der Sozial- und Gesundheitsberichterstattung dargestellt sowie deren Möglichkeiten und Grenzen herausgearbeitet. Der Autor

definiert und analysiert zunächst Sozial- und Gesundheitsberichterstattung auf einer wissenschaftlichen Ebene und rekurriert dabei auf die Methodologie des kritischen Rationalismus. Im weiteren Verlauf wird anhand praktischer Beispiele die Umsetzung von Gesundheitsberichterstattung dargestellt und diskutiert. (ts)

RÜDIGER JACOB: *Sozial- und Gesundheitsberichterstattung. Hintergründe, Defizite, Möglichkeiten. Peter Lang Verlag, Frankfurt a. M., 2006, 367 Seiten, ISBN 978-3-631-55700-6, 44,80 Euro*

Häusliche Gewalt

In der Arztpraxis, in Krankenhäusern, in der psychotherapeutischen Praxis, in der Hauspflege – in vielen medizinischen und paramedizinischen Einrichtungen sind Fachleute des Gesundheitswesens mit häuslicher Gewalt konfrontiert. Menschen, die häusliche Gewalt erlebt haben, suchen hier oft als erstes Hilfe. Neben Mut und Verständnis ist auch Fachwissen notwendig, um häusliche Gewalt zu erkennen, sie angemessen anzusprechen, zu dokumentieren und bei Bedarf kompetent weiterzuverweisen bzw. weitere Schritte einzuleiten.

Das vorliegende Handbuch vermittelt eine Fülle von Informationen und Erkenntnissen, die helfen, das komplexe Geschehen bei häuslicher Gewalt besser verstehen und einordnen zu können. Es informiert über die Hintergründe und Folgen häuslicher Gewalt, zeigt verschiedene Interventionsmöglichkeiten auf und stellt das Konzept der Frauenklinik Maternité als beispielhaft für eine Institution des Gesundheitswesens dar. (us)

FACHSTELLE FÜR GLEICHSTELLUNG STADT ZÜRICH, FRAUENKLINIK MATERNITÉ, STADTSPITAL TRIEMLI ZÜRICH, VEREIN INSELHOF TRIEMLI, ZÜRICH (HRSG.): *Häusliche Gewalt erkennen und richtig reagieren. Handbuch für Medizin, Pflege und Beratung. Verlag Hans Huber, Bern, 2007, 271 Seiten, ISBN 978-3-456-84424-4, 29,95 Euro*

M Zwangsheirat und Gewalt aus Sicht türkischer Männer

Was denken türkische Männer über Zwangsehen und Gewalt gegen Frauen? Ahmet Toprak ist dieser Frage nachgegangen, indem er 15 türkische Migranten der zweiten und dritten Generation interviewte, die in Deutschland leben, aber eine Verwandte aus ihrem Heimatdorf in der Türkei heirateten. Diese Sicht auf ungebrochene patriarchale Strukturen und Denkweisen macht deutlich, dass die Ehre der Familie ausschließlich am Verhalten der Frau festgemacht wird. Kinder werden geschlagen, um sie zu disziplinieren, die Ehefrau wird vergewaltigt, wenn sie nicht freiwillig die sexuellen Wünsche des Ehemannes erfüllt. Der Mann sieht sich vollkommen im Recht, so zu handeln. Wie die diesem Verhalten zugrunde liegenden kulturellen Konstrukte beschaffen sind, macht diese Milieustudie deutlich. Dabei werden die Männer als unsicher und ihren Eltern unterworfen dargestellt. Der Vater oder Großvater verheiratet den Sohn, um diesen zu disziplinieren. Toprak, selbst Referent für Gewaltprävention, versucht sich am Schluss an Vorschlägen zur Prävention von Zwangsehen und häuslicher Gewalt. Diese sind jedoch nicht überzeugend. So bleiben die deutschen Leser und Leserinnen ratlos zurück. (us)

AHMET TOPRAK: *Das schwache Geschlecht – die türkischen Männer. Zwangsheirat, häusliche Gewalt, Doppelmoral der Ehre.* Lambertus Verlag, Freiburg im Breisgau, 2005, 187 Seiten, ISBN 3-7841-1609-4, 18,00 Euro

Gesundheitsförderung im aktivierenden Sozialstaat

Der von Bettina Schmidt und Petra Kolip herausgegebene Band versteht sich gerade in Zeiten des wieder neu diskutierten Präventionsgesetzes als grundsätzliche Verankerung von Gesundheitsförderung in sozialen Kontexten. Er zeigt dabei Wege auf, wie Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe ernst genommen werden kann. Mit der WHO-Ottawa-Charta wurde ein Paradigmenwechsel in der Gesundheitsför-

derung eingeleitet. Die Neuverteilung von Zuständigkeiten zwischen Staat und Markt sowie Privatperson und Zivilgesellschaft zielt auf eine steigende Eigenverantwortung. Ob und in welcher Weise gilt das sozialstaatliche Motto vom ›Fördern und Fordern‹ auch für die Gesundheitsförderung? Welche Problemlagen und Lösungsmöglichkeiten ergeben sich insbesondere für jene, die das fordernde Fördern als Überforderung erfahren? Diesen Fragen widmet sich der vorliegende Band.

Im Schlussteil des Bandes werden sinnvolle Strategien vorgestellt, die unter den aktuellen politischen Rahmenbedingungen die Gesundheit aller Menschen fördern können. Dabei liegen erkennbare Potenziale in der Verschränkung von Gesundheitswissenschaften und Sozialer Arbeit. (ta)

BETTINA SCHMIDT, PETRA KOLIP (HRSG.): *Gesundheitsförderung im aktivierenden Sozialstaat – Präventionskonzepte zwischen Public Health, Eigenverantwortung und Sozialer Arbeit.* Juventa Verlag, Weinheim und München, 2007, 228 Seiten, ISBN 978-3-7799-1567-6, 21,00 Euro

Christel Schulz

DVD – Apfelsinen in Omas Kleiderschrank

Der Film ›Apfelsinen in Omas Kleiderschrank‹ ist ein bereichernder Film mit vielfältigen Inhalten. Aus der Sicht eines 16jährigen Enkelsohns wird ein intensiver, berührender Einblick in das Familienleben mit einer alzheimerkranken Oma vermittelt.

Neben dem Hauptfilm enthalten die didaktisch aufbereiteten Materialien eine Fülle von Begleitmaterial, die Wege aufzeigen, wie das Thema Demenz mit unterschiedlichen Inhalten und Methoden erschlossen werden kann. Besonders gut haben mir die Arbeitsblätter ›Gemeinsames Tun fördert Wohlbefinden und Lebensqualität‹ gefallen. Die Orientierung an der Lebensgeschichte wird eindrucksvoll herausgearbeitet und es wird anschaulich und überzeugend dargelegt, dass jeder Mensch mit einer Demenz

eine Persönlichkeit mit einer eigenen Geschichte ist und sich wünscht, anerkannt zu sein und gebraucht zu werden. Hierzu gibt es viele Hinweise, wie diese Haltung in der alltäglichen häuslichen Situation praktiziert werden kann.

Die DVD entstand im Auftrag des Kuratoriums Deutsche Altershilfe, in Kooperation mit der Deutschen Alzheimer Gesellschaft und wurde von der Robert Bosch Stiftung gefördert.

RALF SCHNABEL, WILMA DIRKSEN: *Apfelsinen in Omas Kleiderschrank, DVD, 2006, 40,00 Euro, zu bestellen bei: FWU Institut für Film und Bild, Bavariafilmplatz 3, 82031 Grünwald*

Kindheit und Kindheitsforschung in Deutschland

Das Buch gibt einen systematischen Überblick über die theoretischen und forschungsmethodischen Zugänge in der deutschen Kindheitsforschung und diskutiert auf der Grundlage neuerer Forschungsbefunde die Lebensbedingungen und Lebenslagen von Kindern in Deutschland. Die ersten drei Kapitel beschäftigen sich mit der Geschichte der Kindheitsforschung, mit Theorieansätzen und Forschungsschwerpunkten sowie mit Forschungsmethoden. Es folgt ein umfangreiches Kapitel zu den Lebenslagen von Kindern im deutsch-deutschen Vergleich, in dem die Themenkomplexe Familie, pädagogische Institutionen, Wandel des Freizeitverhaltens, Kinderbiographien sowie Kinderrechte und Kinderpolitik beleuchtet werden. Ein weiteres Kapitel richtet den Blick auf das Thema Kindheit in Europa. Abschließend werden zukünftige Entwicklungsperspektiven für die Kindheitsforschung aufgezeigt. (ib)

CATHLEEN GRUNERT, HEINZ-HERMANN KRÜGER: *Kindheit und Kindheitsforschung in Deutschland. Forschungszugänge und Lebenslagen.* Verlag Barbara Budrich, Opladen, 2006, 266 Seiten, ISBN: 978-3-86649-023-9, 19,90 Euro



**[www.die-gesundheitsreform.de/
gesundheitsystem/
zukunft_entwickeln/index.html](http://www.die-gesundheitsreform.de/gesundheitsystem/zukunft_entwickeln/index.html)**

Die vom Bundesministerium für Gesundheit herausgegebene Website informiert über zukunftsweisende Modelle in der medizinischen Versorgung, wie z. B. Integrierte Versorgung, Disease Management Programme, Medizinische Versorgungszentren, Qualitätsmanagement in Arztpraxen und Hausarztmodelle. Es werden grundlegende Informationen, Hintergründe und Modelle aus der Praxis vorgestellt.

www.fruehehilfen.de

Im Rahmen des Aktionsprogramms des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend ›Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme‹ betreiben die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und das Deutsche Jugendinstitut (DJI) in gemeinsamer Trägerschaft das multiprofessionelle ›Nationale Zentrum Frühe Hilfen‹. Das Zentrum unterstützt die Praxis dabei, Risiken früher und effektiver zu erkennen und adäquate Hilfen bereit zu stellen. Die Homepage informiert über Projekte, Netzwerke, Beratungsangebote und Datenbanken im Arbeitsfeld ›Frühe Hilfen‹ und stellt Dokumente, Materialien und Links zur Verfügung.

www.svr-gesundheit.de

Die Homepage des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen informiert u. a. über die Aufgaben des Gremiums, gesetzliche Grundlagen sowie die Ratsmitglieder. Das aktuelle Gutachten 2007 ›Kooperation und Verantwortung – Voraussetzung einer zielorientierten Gesundheitsversorgung‹ wird in Kurz- und Langfassung als pdf-Datei zur Verfügung gestellt, ebenso weitere Materialien wie z. B. die Dokumentation einer Anhörung ausgewählter Berufsverbände von Gesundheitsberufen zum Thema ›Neue Aufgabenverteilungen und Kooperationsformen zwischen den Gesundheitsberufen im Sinne einer Verbesserung von Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung‹.

www.iqwig.de

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) ist ein unabhängiges wissenschaftliches Institut, das den Nutzen medizinischer Leistungen für die Patientinnen und Patienten untersucht. Das Institut erforscht, was therapeutisch und diagnostisch möglich und sinnvoll ist und gibt entsprechende Informationen weiter. Zu den Aufgaben gehört u. a. die Bewertung von Operations- und Diagnoseverfahren, Arzneimitteln sowie Behandlungsleitlinien. Auf der Basis der evidenzbasierten Medizin erarbeitet das IQWiG außerdem die Grundlagen für neue Disease Management Programme (DMP). Die Website informiert über Aufträge, Publikationen sowie Methoden und Werkzeuge des Instituts.

www.dgcc.de

Die Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC) fördert die Anwendung und Entwicklung von Care und Case Management im Sozialwesen, im Gesundheitswesen, in der Pflege, im Versicherungswesen und in der Beschäftigungsförderung. Sie stellt eine Plattform und Vertretung für die Case Management-Anwendungspraxis, Aus- und Weiterbildung sowie die Forschung in diesem Bereich dar. Die Website stellt Informationen über die DGCC, Veranstaltungs- und Literaturhinweise sowie Materialien und Links zum Thema bereit.

www.dgiv.org

Die Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung (DGIV) ist ein Zusammenschluss von Akteuren im Gesundheitswesen mit dem Ziel, die integrierte Versorgung in der medizinischen, pflegerischen und sozialen Betreuung als Regelfall durchzusetzen. Sie bietet eine Plattform für gemeinsame Kommunikation und Aktion aller in der integrierten Versorgung Beteiligten. Die Website informiert u. a. über ein von der DGIV herausgegebenes zertifiziertes Qualitätssiegel zur integrierten Versorgung und gibt einen Veranstaltungskalender heraus.

www.dgdm.de

Die Deutsche Gesellschaft für Disease Management e. V. hat es sich zur Aufgabe gemacht, den Informations- und Gedankenaustausch sowie die Erforschung der wissenschaftlichen Grundlagen des Disease-Managements zu fördern, an einer Intensivierung des internationalen Austauschs und der Zusammenarbeit mitzuwirken sowie eine Plattform für Kommunikation und Kooperation zu bieten. Auf der Website werden u. a. ein Infodienst und ein Veranstaltungskalender bereitgestellt.

www.bvmanagedcare.de

Der Bundesverband Managed Care e. V. ist ein bundesweiter pluralistischer Verein für innovative Systementwicklung im Gesundheitswesen. Er versteht sich als Forum für zukunftsfähige, qualitätsgesicherte und patientenorientierte Konzeptionen. Der Verband fördert die Kontakte seiner Mitglieder untereinander sowie zu Partnern im deutschen und europäischen Gesundheitsmarkt.

**[www.hilfe-und-pflege-im-alter.de/
content/](http://www.hilfe-und-pflege-im-alter.de/content/)**

Die vom BMFSFJ geförderte und vom Kuratorium Deutsche Altershilfe herausgegebene Website ›Hilfe und Pflege im Alter zu Hause‹ stellt Informationen für ältere Menschen und pflegende Angehörige bereit. Sie informiert über die Themen Beratung, Wohnen, Krankheit und Rehabilitation, Hilfe und Pflege zu Hause, pflegende Angehörige, Hilfe und Pflege im Heim, Vorsorge, Sterbebegleitung, Finanzierung und Pflegeversicherung. Es werden Adressen und Links bereitgestellt.



Veranstaltungen der LVG Niedersachsen e. V.

Anders alt?! Chancengleichheit

11./12. Oktober 2007, Hannover

Die Lebenserwartung von Menschen mit geistiger Behinderung ist stark gestiegen, so dass in den nächsten Jahren erstmals eine ganze Generation in den Ruhestand gehen und Unterstützung bei der Gestaltung ihrer Lebenssituation als Seniorinnen und Senioren benötigen wird. Der Zugang dieser Generation zu Bildung, Beschäftigung, gesundheitlicher Versorgung war großenteils wesentlich schlechter als derjenige späterer Generationen.

Konzeptionelle Überlegungen zu ihrer Unterstützung müssen daher die Frage der Chancengleichheit für diese Gruppe berücksichtigen: die Etablierung eines positiven Alterskonzeptes und die Anerkennung der Entwicklungsfähigkeit im Alter müssen ebenso gewährleistet werden wie spezielle Unterstützungsleistungen.

Das Thema des Älterwerdens wird in den europäischen Aktionsplänen sehr hoch bewertet, auf nationaler und auf regionaler Ebene allerdings unterschiedlich umgesetzt. Ziel der Tagung ist es, nationale und internationale Beispiele guter Praxis zu präsentieren und auf ihre Realisierbarkeit in Niedersachsen zu überprüfen.

Die Tagung findet im Rahmen des ›Europäischen Jahres der Chancengleichheit für alle‹ statt.

Niedersachsen Forum – Alter und Zukunft – Verbraucherschutz im Generationenmarkt

08. November 2007, Lüneburg,
Ritterakademie und Rathaus

Die Kaufkraft der Generation 60plus wächst stetig und die Wirtschaft hat eine neue Zielgruppe entdeckt. Nachdem bis vor wenigen Jahren sowohl Hersteller als auch Unternehmen die ältere Zielgruppe ignoriert haben, wird nun um die kaufkräftigen Alten, die ›Best Agers‹, die ›Silver Generation‹, die ›Master Consumers‹, wie sie auch genannt werden, verstärkt geworben. Handel und Dienstleister haben sich auf die vielversprechende Konsumentengruppe eingestellt und werben mit Produkten auf dem Seniorenmarkt.

Expertinnen und Experten informieren auf dem Niedersachsen Forum über verschiedene Angebote, die der Markt bereit hält, und diskutieren darüber mit den Teilnehmenden. Dabei werden die Bedürfnisse und Interessen der Verbraucherinnen und Verbraucher im Vordergrund stehen.

Veranstalter des Niedersachsen Forums sind das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit zusammen mit der Stadt Lüneburg. Organisiert wird die Tagung von der Landesagentur Generationendialog Niedersachsen in der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e. V. in Kooperation mit der Verbraucherzentrale Niedersachsen und der LINGA.

Die Veranstaltung richtet sich an ältere und jüngere Menschen, Fachpublikum und Interessierte. Wir laden Verbraucherinnen und Verbraucher ein, sich auf dem Generationenmarkt zu informieren und einzubringen.

›Ich bin doch kein Hosenscheißer!‹ Vom Umgang mit Jungen in Kindertagesstätten

18. Oktober und 19. November 2007, Göttingen

Wie entdecken Kinder den Geschlechtsunterschied? Sind Jungen wirklich das ›starke Geschlecht‹? Und was hat Bildung mit dem Geschlecht zu tun? Im Teamgespräch in der Kita geht es oft um Aggressivität, Lautstärke, zu große Aktivität von Kindern – von Jungen, wie sich immer wieder herausstellt. Aber Jungen sind nicht so stark, wie sie manchmal gern wären: sie sind unsicher, gesundheitlich anfälliger und werden häufiger in der Erziehungsberatung vorgestellt als Mädchen. Und dann sind sie auch noch schlechter in der Schule, zumindest im Durchschnitt. Folgende Fragen stehen im Mittelpunkt der Veranstaltungen: Wie erleben wir Jungen (und Mädchen) im Kita-Alltag? Wie wünschen wir uns Jungen – und wie wollen sie selbst sein? Wie können wir geschlechtsbezogene Pädagogik gemeinsam mit Jungen und Mädchen konkret gestalten? Die Veranstaltungen wollen Anregungen für gezielte Beobachtungen und praktische Veränderungen ermöglichen und neue Wege für die pädagogische Arbeit mit Jungen – und Mädchen – aufzeigen.

Fachforum ›Gute Schulen brauchen starke Partner‹

21. November 2007, Congress Centrum Hannover

Die Auftaktveranstaltung der Landesinitiative ›Bildung – Gesundheit – Entwicklung‹, in der die gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen, der Gemeindeunfallversicherungsverband Hannover, das Kultusministerium, die Leuphana Universität Lüneburg und die Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e. V. zusammenarbeiten, soll Unterstützungsstrukturen für Gesundheitsförderung und -management in Schulen zusammenführen. Die Reform der niedersächsischen Schulgesetzgebung, die den Schulen mehr Eigenverantwortlichkeit ermöglicht, macht neue Formen der Kooperation und Unterstützung möglich. Für mehr Gesundheit aller Beteiligten und bessere Bildung brauchen Schulen starke Partner. Diese werden sich und ihre Angebote innerhalb des Forums präsentieren.

Patienten und Patientinnen mit Delir und Demenz im Krankenhaus

28. November 2007, Hannover

Nach einer Auftakt-Veranstaltung im letzten Jahr unter dem Titel ›Wo bin ich?‹ werden während dieser Tagung verschiedene Projekte aus der Bundesrepublik vorgestellt, in denen demente und delirante Patienten und Patientinnen in der Akutversorgung und Behandlung während eines Krankenhausaufenthaltes im Fokus stehen. Diese Fortbildungsveranstaltung für Ärzte (Fortbildungspunkte), Pflegekräfte, Bildungseinrichtungen, Krankenkassen u. a. m. wird in Kooperation mit der Alzheimer Gesellschaft Niedersachsen und der Landesarbeitsgemeinschaft Geriatrie Niedersachsen im Ärztehaus organisiert.

Anhand der Projektvorstellungen und der Beispiele guter Praxis sollen Anregungen und Arbeitsansätze zur Umsetzung in der eigenen Arbeit vermittelt werden. U. a. ist die Kooperation von ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen

Neues aus der Akademie für Sozialmedizin Hannover e. V.

8. SOPHIA Anwenderkreis Fachtagung

09. November 2007, Winsen/Luhe

Die diesjährige SOPHIA-Fachtagung (SOZIALPÄDIATRISCHES PROGRAMM HANNOVER – JUGENDÄRZTLICHE AUFGABEN) befasst sich mit dem Umgang Chronischer Erkrankungen von Schulkindern, wie z. B. Allergien und Diabetes mellitus. Im weiteren Verlauf der Fachtagung werden Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen aus Niedersachsen vorgestellt. Parallel zu der Vortragsveranstaltung finden Workshops zu dem Thema ›Schwieriges Elterngespräch‹ statt. Abschließend beschäftigt sich Dr. Johann Böhm mit dem Thema ›Erkennen von Gewalt gegen Kinder: Hilfemöglichkeiten für Schulen durch Vernetzung von Institutionen?‹

Die Fachtagung findet in Kooperation mit dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Gesundheitsamtes des Landkreises Harburg statt.

Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Gemeindepsychiatrie

15. November 2007, Sarstedt

Fortschritte in der Informationstechnik eröffnen neue Möglichkeiten, aber auch Risiken der Nutzung quantitativer Daten für die Dokumentation und Berichterstattung. Bisher schon werden in der gemeindepsychiatrischen Versorgung viele Daten routinemäßig gesammelt, jedoch oft nicht transparent gemacht.

Die Veranstaltung möchte in Workshops verschiedenen Fragen nachgehen, um eine intensive und zugleich ergebnisbezogene Diskussion anzuregen und damit letztlich im gemeindepsychiatrischen Feld zu einer Verbesserung der Behandlungsverläufe und ihrer Ergebnisse beitragen.

Die Tagung findet in Kooperation mit dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen Niedersachsen, der AOK, der Medizinischen Hochschule Hannover und dem Landesfachbeirat Psychiatrie Niedersachsen statt.

mit dem klinischen Bereich eine wichtige Voraussetzung für die Verbesserung der Situation Demenzerkrankter im Krankenhaus aber auch das Zusammenspiel aller Bereiche im Krankenhaussetting.

Workshop ›Betreuungsgruppenarbeit‹

05. Dezember 2007, Kulturzentrum PFL, Oldenburg

Workshop zur Betreuungsgruppenarbeit im Rahmen niedrigschwelliger Betreuungsangebote.

Die Veranstaltung richtet sich in erster Linie an Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bereits anerkannter Angebote.

Vorschau

Gesundheitszirkel richtig einsetzen und effektiv moderieren

22.02.2008, Hannover

Workshop des Arbeitskreises Gesundheitsfördernde Hochschulen

›Früh übt sich...‹ Frühkindliche Entwicklung – Bildung und Gesundheit in der Kita

27.02.2008, Hannover

Treffen des Arbeitskreises Gesundheitsfördernde Hochschulen

27.03.2008, Lüneburg

Gesundheitliche Rahmenbedingungen und Studienerfolg

28.03.2008, Lüneburg

Thementag des Arbeitskreises Gesundheitsfördernde Hochschulen

Niedersachsen

Auf dem Weg in die Zukunft – Verstetigung von Erfolgen in der Stadterneuerung Soziale Stadt, 10.10.2007, Göttingen, Kontakt: SteG c/o plan zwei Stadtplanung und Architektur, E-Mail: steg@plan-zwei.com, Markus Westhoff, Tel.: (05 11) 27 94 95-45, Fax: (05 11) 27 94 95-59

Kinder mit einer Epilepsie, 13.10.2007, Oldenburg, Kontakt: Interessengemeinschaft Niedersachsen e.V., Helga Renneberg, Bünne 21, 37081 Göttingen, Tel.: (05 51) 916 09

11. Niedersächsisches Ernährungsforum Hannover 2007 – Fette Schlagzeilen, magerer Inhalt – Erfolgreiche Ernährungs- und Gesundheitskommunikation???, 13.10.2007, Hannover, Kontakt: Deutsche Gesellschaft für Ernährung Sektion Niedersachsen, Tel.: (05 11) 3 80-24 66, Fax: (05 11) 3 80-24 65, E-Mail: dge.niedersachsen@t-online.de

Autorität durch Beziehung – Elterliche/professionelle Kompetenz als systematisches Konzept, 18.10.2007, Hannover, Kontakt: Nds. Landesamt für Soziales, Jugend und Familie, Klaus Hauptenthal, Tel.: (05 11) 1 06-72 67, Fax: (05 11) 1 06-26 12, E-Mail: Klaus.Hauptenthal@ls.niedersachsen.de

IV. Symposium Gesundheit vor Ort fördern – Salutogenetische Orientierung in der Gemeinde, 19.–20.10.2007, Göttingen, Kontakt: Akademie für patientenzentrierte Medizin c/o Zentrum für Salutogenese, Tel.: (0 53 82) 9 55 47 30, Fax: (0 53 82) 9 55 47 12, E-Mail: info@salutogenese-zentrum.de

Fachtagung Lärm/Vibration – Neue Regelungen, 06.11.2007, Hannover, Kontakt: Runder Tisch Arbeits- und Gesundheitsschutz in der Region Hannover beim Staatl. Gewerbeaufsichtsamt Hannover, Tel.: (05 11) 90 96-114, Fax: (05 11) 90 96-199, E-Mail: renee.bergmann@gaa-h.niedersachsen.de

6. Wohnungspolitischer Kongress Nds. Partner finden – Zukunft gestalten, 29.11.2007, Hannover, Kontakt: Niedersächsische Landes-treuhandstelle, Tel.: (05 11) 361-5500, Fax: (05 11) 361-5706, E-Mail: info@lts-nds.de

MOVE: Motivierende Kurzintervention bei Drogen konsumierenden Jugendlichen, 04.12.2007, Hannover, Kontakt: Landesstelle Jugendschutz Nds., Tel.: (05 11) 85 87 88, Fax: (05 11) 2 83 49 54, E-Mail: info@jugendschutz-niedersachsen.de

Symposium – Die vorbildliche Geburtsklinik heute, Kontakt: AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen Gesundheitsmanagement stationär, Versorgungs- und Ergebnissteuerung, Julia Weber, Tel.: (05 11) 87 01 14-106, Fax: (05 11) 87 01 14-009, E-Mail: Julia.Weber@nds.aok.de

Bundesweit

Jahrestagung Selbstbestimmt leben! 15 Jahre BPE, 19.–21.10.2007, Kassel, Kontakt: Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V., c/o Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V., Tel.: (02 28) 69 17 59, Fax (02 28) 65 80 63

Weiterbildung Eltern stärken – Ermutigung zum Dialog, 22.10.2007, Kontakt: Paritätisches Bildungswerk Bundesverband e.V., Christa Busch, Tel.: (0 69) 67 06-2 72, Fax: (0 69) 67 06-2 03, E-Mail: fobi@paritaet.org

Auf dem Weg zu einer gesunden Organisation: Herausforderungen und Strategien für die Wohlfahrtspflege, 23.10.2007, Erkner bei Berlin, Kontakt: DNBGF-Geschäftsstelle, c/o BKK Bundesverband, Tel.: (02 01) 1 79 14 75, E-Mail: dnbgf@bkk-bv.de

6. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung – 2. Nationaler Präventionskongress, Versorgungsforschung und Prävention, 24.–27.10.2007, Dresden, Kontakt: Forschungsverbund Public Health Sachsen und Sachsen-Anhalt – FVPHS/SA Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus, Technische Universität Dresden, Tel.: (03 51) 4 58 44 90, Fax: (03 51) 4 58 53 38, E-Mail: public.health@mailbox.tu-dresden.de

Fachtagung Perspektive Lebenslanges Lernen, Kompetenzen stärken – Übergänge gestalten, 25.–26.10.2007, Bielefeld, Kontakt: W. Bertelsmann Verlag GmbH & Co. KG, Michael Postier, Tel.: (05 21) 9 11 01-37, Fax: (05 21) 9 11 01-79, Internet: www.wbv-fachtagungen.de

Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) e.V., Europa ver-rückt: die Perspektiven, 01.–03.11.2007, München, Kontakt: DGSP-Bundesgeschäftsstelle, Tel.: (02 21) 51 10 02, Fax: (02 21) 52 99 03, E-Mail: dgsp@netcologne.de

Jahrestagung des Arbeitskreises Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft, 03.–04.11.2007, Erkner bei Berlin, Kontakt: AKF-Geschäftsstelle, Tel.: (0 30) 86 39 33 16, www.akf-info.de

Fachtagung ... ohne Angst verschieden sein ..., 07.11.2007, Duisburg, Kontakt: Gesundheitsamt Duisburg, Julianna Heiland, Tel.: (02 03) 2 98 29 61, E-Mail: aids-std-beratung@stadt-duisburg.de

Tagung Geburt – Kreativität – Aktualität, Geburt als Impuls für die Kunst, 09.–10.11.2007, Dresden, Kontakt: CfG Geschäftsstelle, Tel.: (0 30) 45 02 69-20, E-Mail: gfg@gfg-bv.de, Internet: www.gfg-bv.de/tagungen

Ist soziale Integration noch möglich? Die Wohnungslosenhilfe in Zeiten gesellschaftlicher Spaltung, 07.–09.11.2007, Potsdam, Kontakt: BAG Wohnungslosenhilfe e.V., Tel.: (05 21) 1 43 96-0, Fax: (05 21) 1 43 96-19, E-Mail: info@bagw.de

Tagung Gesundheitssicherung neu denken?! Das Spannungsfeld zwischen Subjekt und strukturellen Rahmenbedingungen, 09.–10.11.2007, Bremen, Kontakt: Promotionskolleg NutzerInnenorientierte Gesundheitssicherung, c/o Anke Stück, Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen, FB 11, Tel.: (04 21) 2 18-95 43, Fax: (04 21) 2 18-81 50, E-Mail: promotionskolleg@uni-bremen.de,

3. Dresdner Palliative Care-Forum – Gegen das Ausbrennen, 09.–10.11.2007, Dresden, Kontakt: Akademie für Palliativmedizin und Hospizarbeit gGmbH, Tel.: (03 51) 44 40 29 02, Fax: (03 51) 44 40 29 99, E-Mail: kielgast@palliativakademie-dresden.de

Fachtagung Gesundheitsförderung im Kindergarten, 15.11.2007, Bad Segeberg, Kontakt: Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V. in Schleswig-Holstein, Tel.: (04 31) 9 42 94, Fax: (04 31) 9 48 71, E-Mail: lind@lvfsh.de

Jahrestagung Individuelle Wege ins Arbeitsleben, 19.–20.11.2007, Kassel, Kontakt: Aktion psychisch Kranke e.V., Tel.: (02 28) 67 67 40, Fax: (02 28) 67 67 42, E-Mail: apk@psychiatrie.de

Tagung Gesundheitsförderung im Justizvollzug: Veränderungsprozesse gestalten statt sie nur zu verkraften, 19.–20.11.2007, Bremen, Kontakt: Senator für Justiz und Verfassung, c/o Dieter Eilers, Tel.: (02 21) 36 11 54 05, Fax: (04 21) 36 11 54 13, E-Mail: deilers@arbeitsschutz.bremen.de

Fachtagung Sozialraumorientierte Gesundheitsversorgung und -förderung älterer Migrantinnen und Migranten, 22.11.2007, Bonn, Kontakt: Bonner Institut für Migrationsforschung und Interkulturelles Lernen, Tel.: (02 28) 9 69 13 75 oder 23 17 59, Fax: (02 28) 9 69 13 76, E-Mail: bimev@netscape.net oder josef.heveling@t-online.de

1. Jahrestagung der Gesellschaft für Hygiene, Umweltmedizin und Präventivmedizin und des lögd NRW für den Öffentlichen Gesundheitsdienst, 22.–24.11.2007, Bielefeld, Kontakt: Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH, Tel.: (0 36 41) 35 33 12, Fax: (0 36 41) 35 33 272, E-Mail: ghup2007@conventus.de, Internet: www.conventus.de/ghup2007

13. Kongress Armut und Gesundheit, Teilhabe stärken – Empowerment fördern – Gesundheitschancen verbessern!, 30.11.–01.12.2007, Berlin, Kontakt: Gesundheit Berlin e.V., Tel.: (0 30) 44 31 90-72, Fax: (0 30) 44 31 90-83, E-Mail: kongress@gesundheitberlin.de

International

Internationales Symposium Kindheit und Gesellschaft 1: Interdisziplinäre Grundlagenforschung – Gesellschaftspolitisches Handeln im Sinne der Kinder, 25.–27.10.2007, Bregenz, Österreich, Kontakt: Welt der Kinder, Tel.: + 43 (0) 55 74-43 44 3-23, Fax: + 43 (0) 55 74-43 44 3-4, E-Mail: service@convention.cc, Internet: www.weltderkinder.at/symposium/symp2007.html

3. Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft, 07.–09.11.2007, Berlin, Kontakt: WIAD, Tel.: (02 28) 8 10 41 72, E-Mail: gesundinhaft@wiad.de

Internationale Konferenz Das Menschenrecht auf Bildung im Kontext von Migration und Integration, 15.–16.11.2007, Bonn, Kontakt: Institut für Internationale Zusammenarbeit, Internationale Konferenz, Tel.: (02 28) 97 56 9-0, Fax: (02 28) 9 75 69-55, E-Mail: info@dw-international.de, Internet: www.migrationandintegration.de

Wenn Sie den Newsletter regelmäßig kostenlos beziehen möchten, bestellen Sie ihn bitte unter der folgenden E-Mail-Adresse: info@gesundheit-nds.de