

Landesvereinigung
für Gesundheit
Niedersachsen e.V.

Paradigmen- wechsel in der Pflege? Der mühsame Weg von der Defizit- zur Ressourcen- orientierung

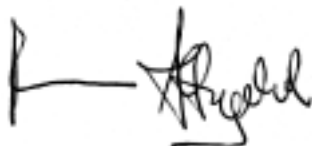
Pflege und Gesundheitsförderung zusammenzudenken, erscheint immer noch etwas holprig, weil Gesundheit und Krankheit nach wie vor eher als Gegensätze definiert werden. Die Arbeitsteilung in der deutschen Gesundheitsversorgung hat die Pflege als eigenständigen Bereich und wesentliche Versorgungssäule lange in den Hintergrund gespielt. Deshalb wurden die Schnittstellen zu anderen Sektoren, u. a. der Prävention und Gesundheitsförderung auch erst relativ spät ausgelotet.

Dieser Newsletter versteht sich als erste und damit vorläufige Bestandsaufnahme genau dieser Schnittstellen, gemeinsamen Strategien und Zielgruppen. Er fächert das ganze Spektrum auf, dies beginnt bei der Gesundheitsförderung für Pflegeberufe und reicht bis zu den Gesundheitsförderungspotenzialen in der Pflege eigener Angehöriger.

Die Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. kann in diesem Jahr ihr 100-jähriges Jubiläum feiern und ist damit die älteste Gesundheitsförderungseinrichtung in Deutschland. Wir informieren Sie deshalb auf zwei Sonderseiten über die Vereinsgeschichte und die Jubiläumsveranstaltung der Landesvereinigung, die leider in eine Zeit fällt, in der der diskussionsgewaltige Anlauf für ein Präventionsgesetz in Deutschland vorläufig versandet ist. Zwischen Bundesrat und Bundestag war hierzu in der laufenden Legislaturperiode keine Einigung mehr zu erzielen. Wann die Gesetzesinitiative wieder von wem und vielleicht mit etwas weniger bürokratischem Überbau aufgegriffen wird, ist noch völlig unklar. Auf mittlere Perspektive werden wohl die vorhandenen Rahmenbedingungen optimiert werden müssen, ohne dass eine Gesetzesgrundlage diesen Prozess unterstützt.

Die Schwerpunktthemen der nächsten Ausgaben lauten ›Soziale Netzwerke und Gesundheit‹ (Redaktionsschluss 22.07.2005) und ›Auswirkungen des sozialen Wandels auf Gesundheit‹ (Redaktionsschluss 21.10.2005). Wie immer sind Sie herzlich eingeladen, sich an den kommenden Ausgaben mit verschiedensten Anregungen und Beiträgen zu beteiligen.

Mit freundlichen Grüßen



Thomas Altgeld und Team

Inhalt

	Seite
■ Zahlen, Daten und Fakten zur Pflegebedürftigkeit	... 2
■ Präventionsgesetzentwurf: Und wo bleibt die Pflegeprävention?	... 3
■ Die Rolle der Pflegeberufe 4
■ Gesundheitliche Belastungen von Pflegekräften	... 5
■ Neue Versorgungsformen 6
■ Die neuen Ausbildungen in den Pflegeberufen	... 8
■ Problemfelder der Begutachtung nach dem SGB XI	... 9
■ Im hausärztlichen Fokus: Die gesamte Pflegefamilie	... 10
■ Die familiäre Pflege demenzkranker Menschen	... 11
■ GF und Prävention bei pflegenden Angehörigen	... 12
■ Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege	... 13
■ Von der Volkswohlfahrt zum Diversity Management	... 14
■ Niedrigschwellige Betreuung	... 16
■ Entwicklung der Pflegebereitschaft	... 17
■ Häusliche Schwerstkrankenpflege und Empowerment	... 18
■ ›Rauchende Kids‹	... 18
■ Mit Migranten für Migranten	... 19
■ Gesund essen mit Freude	... 20
■ Wettbewerb ›Besser essen. Mehr bewegen.‹	... 20
■ Wohnungsanpassung für ältere und behinderte Menschen	... 21
■ Ambulante gerontopsychiatrische Versorgung	... 21
■ Pflegeausbildung in Bewegung	... 22
■ Internetlinks	... 26
■ Impressum	... 7

Zahlen, Daten und Fakten zur Pflegebedürftigkeit in Deutschland

Gegenwärtig erhalten ca. 2 Mio. Menschen Leistungen bei Pflegebedürftigkeit, darunter ca. 1,9 Mio. Leistungsempfänger und -empfängerinnen der Sozialen Pflegeversicherung und 0,1 Mio. der Privaten Pflegeversicherung. Die Gesamtzahl der Leistungsempfänger und -empfängerinnen hat sich in den letzten Jahren kaum erhöht und lag 2003 in der Sozialen Pflegeversicherung lediglich um 3,6 % über dem Stand von 1999. Einen dramatischen Anstieg der Pflegebedürftigkeit, wie er teilweise in der öffentlichen Diskussion angenommen wird, hat es folglich nicht gegeben.

Pflegebedürftigkeit – gegenwärtig vor allem ein Problem hochbetagter Frauen

Pflegebedürftigkeit tritt in Deutschland überwiegend erst im hohen Alter auf und ist gegenwärtig in besonderem Maße ein Problem für hochbetagte, alleinstehende Frauen. Während in der Altersgruppe bis 60 Jahre gegenwärtig durchschnittlich nur 0,5 % der Bevölkerung pflegebedürftig sind, steigt der Anteil der Pflegebedürftigen bei den 60–65-jährigen auf 1,6 % und verdoppelt sich in jeder der folgenden Fünfjahreskohorten. Unter den 75–80-jährigen sind bereits ca. 10 % pflegebedürftig, unter den 80–85-jährigen 21 % und bei den über 90-jährigen schließlich ca. 60 %.

Unter den von Pflegebedürftigkeit betroffenen alten Menschen stellen die hochbetagten, alleinstehenden Frauen gegenwärtig die mit Abstand größte Gruppe. Im Jahr 2003 handelte es sich bei ca. 52 % aller Pflegebedürftigen um Frauen über 75 Jahre. In der Altersgruppe der 90–95-jährigen sind sogar ca. 85 % der Pflegebedürftigen Frauen.

Der hohe Anteil älterer Frauen ist vor allem eine Spätfolge des Zweiten Weltkrieges. Viele der vor 1930 geborenen Männer sind im Krieg gestorben, sodass in der Altersgruppe der über 75-jährigen der Bevölkerungsanteil der Männer gegenwärtig unterproportional gering ist. In der Altersgruppe der 80–85-jährigen gibt es in Deutschland gegenwärtig nur ca. 30 % Männer und in der Gruppe der 90–95-jährigen nur ca. 20 %.

Diese Spätfolge des Zweiten Weltkrieges ist für die Pflegeversicherung insofern von besonderer Bedeutung, als die betroffenen älteren Frauen nicht nur alleinstehend sind, sondern häufig auch keine Kinder haben, die im Fall von Pflegebedürftigkeit informelle Unterstützungsleistungen erbringen könnten. In dieser Gruppe ist folglich die Nachfrage nach professioneller, vergüteter und vollstationärer Pflege überproportional hoch.

Häusliche Pflege überwiegt

Pflegebedürftige werden überwiegend von Angehörigen oder Nachbarn in ihrer häuslichen Umgebung versorgt. Im Jahr 2003 wurden 1,44 Mio., also fast 70 % der Pflegebedürftigen zu Hause versorgt und davon wiederum ca. 987.000 ausschließlich durch Angehörige oder Nachbarn. Bezogen auf die Gesamtzahl der Pflegebedürftigen versorgten Angehörige somit fast die Hälfte aller Pflegebedürftigen allein und ohne Inanspruchnahme professioneller Dienstleistungen (abgesehen von den vorgeschriebenen Beratungsbesuchen nach § 37 Abs. 3 SGB XI). Mit Unterstützung oder ausschließlich durch ambulante Pflegeeinrichtungen wurden ca. 450.000 Pflegebedürftige versorgt.

Die Bedeutung der familiären und nachbarschaftlichen Unterstützungsleistungen bei Pflegebedürftigkeit kann daher nicht hoch genug geschätzt werden. Vor allem Familienangehörige ermöglichen Pflegebedürftigen ein Verbleiben in der gewohnten häuslichen Umgebung. Dabei sind es in der Regel mehrere Personen, die gemeinsam die erforderlichen pflegerischen und hauswirtschaftlichen Unterstützungsleistungen erbringen. Pflegearrangements bestehen zumeist aus einer Hauptpflegeperson, in der Regel die Ehefrau, Tochter oder Schwiegertochter, sowie 2–3 weiteren Familienangehörigen und auch Nachbarn.

In den letzten Jahren mehren sich allerdings Zeichen, die auf eine zunehmende Überlastung pflegender Angehöriger hinweisen. Im Mittelpunkt der Diskussion steht dabei der seit einigen Jahren in der Sozialen Pflegeversicherung zu beobachtende Rückgang der Inanspruchnahme reiner Geldleistungen und die verstärkte Inanspruchnahme von Pflegesachleistungen. Hatten Pflegebedürftige 1997 noch zu 56,3 % Pflegegeld, 7,9 % Pflegesachleistungen und 9,1 % Kombinationsleistungen (Pflegegeld/Sachleistungen) gewählt, so verschoben sich die Anteile innerhalb weniger Jahre auf 49 %, 8,6 % und 10,3 % (Stand 2003).

Pflegeheim als letzter Ausweg

Ist ein familiäres Unterstützungsnetzwerk nicht vorhanden oder ein vorhandenes Pflegearrangement nicht mehr in der Lage, die Belastungen einer progredient verlaufenden Pflegebedürftigkeit zu tragen, so wird der Wechsel in die vollstationäre Pflege erforderlich. Im Jahr 2003 wurden ca. 640.000, d. h. 31 % aller Pflegebedürftigen in einem Pflegeheim versorgt. Die Notwendigkeit in ein Pflegeheim zu wechseln, stellt sich gegenwärtig weit überdurchschnittlich häufig für hochbetagte, alleinstehende Frauen. Knapp 80 % der Pflegebedürftigen in Heimen sind Frauen, 95 % von ihnen sind verwitwet oder waren nie verheiratet.

An diesen Daten wird aber nicht nur die Nachwirkung des Zweiten Weltkrieges deutlich, sie zeigen auch auf eindringliche Weise, dass Pflegebedürftigkeit nicht nur ein somatisches Problem ist, sondern auch und vor allem ein soziales. Es ist in erster Linie das Fehlen ausreichender sozialer und d. h. vor allem familiärer Unterstützungsnetzwerke, das Pflegebedürftige zu einem Wechsel in die vollstationäre Pflege zwingt bzw. veranlasst. Hier klafft eine erhebliche Versorgungslücke, nicht zuletzt auch, weil die Pflegeversicherung auf der Annahme aufbaut, dass ein stabiler Sockel an familiären Unterstützungsleistungen vorhanden ist, der nur durch zusätzliche Leistungen ergänzt werden muss.

Zunehmend häufigerer Wechsel ins Heim

Diese Lücke hat in den letzten Jahren wesentlich dazu beigetragen, dass zunehmend mehr Pflegebedürftige von der häuslichen in die vollstationäre Pflege gewechselt sind. Lag der Anteil der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen in der Sozialen Pflegeversicherung 1997 noch bei 27,9 %, so erreichte er 2003 bereits 32,4 %. Der Wechsel von der häuslichen in die vollstationäre Pflege widerspricht – wie aus mehreren repräsentativen Befragungen bekannt ist – den Präfe-

Anne Ströbel, Frank Weidner

Präventionsgesetzentwurf: Und wo bleibt die Pflegeprävention?

Leistungen zur Vorbeugung und Verzögerung von Pflegebedürftigkeit berühren eine Schnittstelle im deutschen Sozial- und Gesundheitswesen. Im SGB V sind diese klar leistungsgerechtlich vorgesehen. Im SGB XI, das einen eigenständigen Handlungsspielraum für die Berufsgruppe der Pflegenden darstellt, stoßen sie schnell an Grenzen.

Im SGB XI werden mit Ausnahme der Beratungsleistungen für pflegende Angehörige (§ 37 SGB XI und § 45 SGB XI) und dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz keine präventiven und gesundheitsförderlichen Maßnahmen vergütet. Zur aktivierenden Pflege sind die Pflegenden verpflichtet, diese wird als immanenter Bestandteil pflegerischen Handelns angesehen. Zusätzliche pflegerische Interventionen, die dem Fortschreiten des Schweregrades von Pflegebedürftigkeit entgegenwirken, sowie selbständigkeitserhaltende und -fördernde Maßnahmen bei Menschen mit Beeinträchtigungen im Vorfeld von Pflegebedürftigkeit sind im SGB XI nicht enthalten. Hier haben die Pflegekassen die Pflicht, bei den zuständigen Leistungserbringern, im Sinne des Vorrangs von Prävention und Rehabilitation, auf die zuständigen Leistungsträger hinzuwirken.

Im deutschen Gesundheitswesen wird Pflege als Alternative zu Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration und Rehabilitation betrachtet und nicht als eine diese Strategien integrierende Disziplin. Gleichzeitig werden in den Ausführungsbestimmungen für pflegerisches Handeln (SGB XI, Altenpflegegesetz, Krankenpflegegesetz) fördernde, präventive und rehabilitative Interventionen zur Vorbeugung von Pflegebedürftigkeit und Erhaltung von Gesundheit gefordert. Dies ist das Spannungsfeld, in dem Pflege momentan agiert.

Neue Strukturen

Der Soziologe Giddens betrachtet Handlung und Struktur als sich reproduzierende Perspektiven eines sozialen Gebildes. Seine grundlegende These ist, dass das Handeln der Akteure und die Struktur eines Systems sich gegenseitig beeinflussen und reproduzieren. Struktur ist Medium und Ergebnis von Handeln zugleich. Intendierter Wandel geschieht, indem die Akteure die Strukturen bewusst hinterfragen und Anpassungen sowohl auf der Handlungs- als auch auf der Strukturebene vornehmen. Die Berufsgruppe der Pflege reagiert, indem sie ihr Handeln um präventive und gesundheitsförderliche Interventionen erweitert. Sollen diese Aufgaben etabliert werden, ist nach Giddens auch die Anpassung der Strukturen notwendig. Geschieht dies nicht, wird durch die Rekursivität von Handlung und Struktur das alte Handlungsmuster wieder etabliert.

Die geltende Sozialgesetzgebung unterstützt diesen strukturell notwendigen Wandel nicht. Ein Anstoß in diese Richtung könnte vom Entwurf des Präventionsgesetzes ausgehen. Das im Gesetzentwurf zugrunde gelegte Verständnis von Prävention (§ 2) ist sehr medizinorientiert. Lediglich die unter tertiärer Prävention subsummierten Faktoren und die in Satz vier erwähnten Punkte der Gesundheitsförderung bieten eine Grundlage zur Vorbeugung von Pflegebedürftigkeit. Die gesetzte Definition der Primärprävention ›Vorbeugung des erstmaligen Auftretens von Krankheiten‹ schließt beeinträch-

renzen der Mehrheit der Pflegebedürftigen und Angehörigen. Er ist auch für die finanzielle Entwicklung der Pflegeversicherung hoch problematisch, zumindest solange, wie die Leistungssätze für die vollstationäre Pflege über denen der ambulanten liegen. Als besonders bedenklich kann dabei auch die Tatsache gelten, dass der Anteil vollstationär versorgter Pflegebedürftiger in der Sozialen Pflegeversicherung nicht nur bei den Hochbetagten, sondern in allen Altersgruppen gestiegen ist.

Dieser Trend soll im Rahmen der geplanten nächsten Reform der Pflegeversicherung gestoppt werden, vor allem dadurch, dass die Leistungssätze insbesondere für die Pflegestufe I bei vollstationärer Pflege erheblich abgesenkt werden. Eine solche Maßnahme würde aber nicht bei den Ursachen für die Zunahme vollstationärer Pflege ansetzen. Denen müsste vielmehr durch eine Verbesserung der Leistungen bei häuslicher Pflege und vor allem auch durch einen Ausbau von Leistungen und Angeboten zur Unterstützung pflegender Angehöriger begegnet werden.

Prof. Dr. Michael Simon, Evangelische Fachhochschule Hannover, Blumhardtstr. 2, 30625 Hannover, Tel.: (05 11) 53 01-10 9, E-Mail: simon@efh-hannover.de

tigte, gleichwohl selbstständig lebende Menschen nach Wortlaut aus. Pflegerische Interventionen werden in § 3 im Bereich der tertiären Prävention nur im Zusammenhang mit bereits bestehender Pflegebedürftigkeit aufgeführt.

Die Leistungen der vom Gesetz betroffenen sozialen Präventionsträger sollen auf Maßnahmen und Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung ausgerichtet werden. Dies schließt an die bestehende Gesetzgebung an, auch momentan sind Maßnahmen der sekundären und tertiären Prävention im SGB V nicht gesondert ausgewiesen. Insbesondere im Zusammenhang mit präventiven Maßnahmen zur Verhinderung und Verzögerung von Pflegebedürftigkeit hat dieses System Schwächen. So sind z. B. Ärzte der Allgemeinversorgung in diesem Bereich häufig nicht geschult, so dass mögliche Maßnahmen nicht angeordnet werden.

Unter Berücksichtigung der Definition von Primärprävention im Gesetzentwurf muss argumentiert werden, dass alle weiteren Vorgaben des geplanten Gesetzes, insbesondere die Ausführungen zur Verhaltensprävention (§ 15) und die Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten (§ 17), durch die in § 10 festgelegte Zielorientierung dem von potenzieller Pflegebedürftigkeit betroffenen Personenkreis nicht zur Verfügung stehen. Die eingeforderte Zusammenarbeit (§ 6) der sozialen Präventionsträger, des Bundes, der Länder und der Kommunen, ist ebenfalls hinfällig.

Neue Aufgabe im SGB XI

Überraschend sind die auf der Grundlage dieses Gesetzentwurfes vorgesehenen Änderungen des Pflegeversicherungsgesetzes. Denn in den § 4, § 5 und § 28 sind Maßnahmen der primären Prävention als Leistungen der Pflegeversicherung vorgesehen. Unter Bezugnahme auf die Definitionen im Entwurf muss die Frage erlaubt sein, ob Pflegekassen nun Maßnahmen der Prävention für Herz-Kreislaufkrankungen bei Personen des mittleren Erwachsenenalter bezahlen sollen. Denn laut Pflegeberichterstattung des Medizinischen Dienstes stellen sie die häufigste pflegebegründende Diagnose dar.

In den hinzugefügten § 45 d, 45 e und 45 f wird nochmals auf die Vorbeugung von Pflegebedürftigkeit eingegangen. Die hier benannte Zielgruppe sind ältere Versicherte mit hohem gesundheitlichen Risiko. Also eine Gruppe von Personen, die bislang von Leistungen der Pflegeversicherung ausgeschlossen ist. Hier ist konkret Prävention von Pflegebedürftigkeit vorgesehen. Die Verantwortung hierfür wird den Pflegekassen übertragen. Ob und in welcher Form Pflegende sich einbringen können, bleibt abzuwarten.

Die Absicht des Gesetzentwurfes, Prävention durch die zielgerichtete Verwendung finanzieller Ressourcen und die Vernetzung der Akteure zu stärken, kann gelingen. Ob die in § 45 vorgesehenen Änderungen den Anstoß hin zu einem notwendigen Strukturwandel bedeuten, der bezahlte eigenständig präventive und gesundheitsförderliche pflegerische Leistungen ermöglicht, muss allerdings abgewartet werden.

ANNE STRÖBEL, PROF. DR. FRANK WEIDNER, *Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V., Hülchrather Str. 15, 50670 Köln, Tel.: (02 21) 46 86 15 2*

Die Rolle der Pflegeberufe in Prävention und Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung in der Pflege hat in Europa eine lange Tradition. Seit Beginn ihrer professionellen Entwicklung haben Pflegende sich nie nur um die Pflege einzelner Kranker gekümmert, sondern immer auch um die Gesunderhaltung besonders vulnerabler gesellschaftlicher Gruppen. Im Zuge der medizinischen Entwicklung und der Ausgestaltung der stationären Gesundheitsversorgung sind diese präventiven pflegerischen Tätigkeiten gerade in den mitteleuropäischen Ländern in den Hintergrund getreten. Heute sind die Themenbereiche Prävention und Gesundheitsförderung nicht nur gesundheitspolitisch, sondern auch in der Pflegepraxis und in der Pflegewissenschaft wieder top aktuell.

Krankenschwestern und Krankenpfleger arbeiten mit einzelnen Patientinnen und Patienten, manchmal auch mit deren Angehörigen. Ihre Kernaufgabe bisher ist, für kranke/ pflegebedürftige Menschen tätig zu sein. Hier unterstützen sie Patienten und Patientinnen darin, mit den Folgen einer Krankheit so gut wie möglich umgehen zu lernen.

In der Pflegewissenschaft gibt es eine klare und eindeutige Orientierung auf die Zielrichtung, Gesundheit zu erhalten und zu fördern. Sie hat hier wichtige Public Health-relevante Konzepte entwickelt, die sich sowohl auf die Verbesserung der Versorgung – für benachteiligte Bevölkerungsgruppen – als auch auf die Verhütung von Krankheiten und Risiken beziehen. Und nicht zuletzt ist auch die europäische Integration ein Motor für neue Entwicklungen in der Pflege. In den Ländern der europäischen Union, die ein staatliches Gesundheitssystem haben, übernehmen Pflegende in der primären Gesundheitsversorgung seit langem sehr differenzierte Public Health-orientierte Aufgaben.

So wurde im neuen Krankenpflegegesetz, welches seit 2004 in Kraft ist, die verantwortliche Mitwirkung der Pflege in Prävention und Gesundheitsförderung festgeschrieben.

Pflegespezifische Handlungsfelder in Prävention und Gesundheitsförderung

Eine wichtige traditionelle Aufgabe von Pflegenden sind Prophylaxen. Hier haben Pflegende wichtige risikobezogene Kompetenzen zur Verhütung von Begleit- oder Folgeerkrankungen, die dem Bereich der tertiären Prävention zugeordnet werden.

Neben diesen traditionellen Aufgaben erwerben Pflegende zunehmend Kompetenzen im Umgang mit chronisch kranken Menschen. Je technikintensiver die Medizin hier interveniert, desto mehr sind die Pflegeberufe gefragt, mit chronisch kranken Menschen zu arbeiten, mit dem Ziel, soviel Gesundheit und Autonomie wie möglich zu erhalten. Um chronisch kranken Menschen oder Menschen mit Behinderungen zur Autonomie zu verhelfen, bedarf es einer gezielten gesundheitlichen Kompetenzförderung, die auf Partizipation und Selbstbestimmung gerichtet sein muss.

In der Gesundheitsförderung wird unter Kompetenz die Fähigkeit von Menschen verstanden, erworbene Fähigkeiten, soziale Regeln und Wissensbestände so sach- und situationsgerecht einzusetzen, dass gesundheitsbezogene Ziele selbst verfolgt werden können. Es ist heute eine wichtige Erkenntnis, dass sich auch kranke oder gesundheitsgefährdete Menschen ihre eigenen Erfahrungen gesundheitsförderlich nutzbar

Gesundheitliche Belastungen von Pflegekräften

machen können. Durch geplante, bewusste und konstruktiv begleitete Lernprozesse können die Menschen sich aktiv mit ihrer Lebenswirklichkeit auseinandersetzen und dabei nicht nur ihre gesundheitlichen Risiken mindern, sondern auch ihre Fähigkeiten neu entdecken und entfalten. Pflegende leisten hierzu einen wesentlichen Beitrag. Im Sinne von Public Health lassen sich die übergeordneten Ziele personenbezogener pflegerischer Gesundheitsförderung folgendermaßen zusammenfassen:

Pflegende unterstützen und befähigen ihre Patientinnen und Patienten so,

1. dass sie aufgeklärt, informiert und selbstbewusst ihr gesundheitsbezogenes und krankheitsbezogenes Verhalten steuern können;
2. dass sie Versorgungsentscheidungen mit beeinflussen können;
3. dass sie ihre verbliebenen Gesundheitspotenziale erhalten und neue Gesundheitspotenziale entdecken können;
4. dass sie gesundheitsbezogene Veränderungen in ihr Leben integrieren können.

In all diesen verhaltensbezogenen Bereichen von Prävention und Gesundheitsförderung, die sich auf die direkte Kommunikation mit Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen stützen, ist pflegerische Gesundheitsförderung als Teilbereich der pflegerischen Arbeit offensichtlich. Breiter angelegte Gesundheitsstrategien, wie sie auch im Präventionsgesetz verfolgt werden, stützen sich aber auch auf die wichtigen Grundsätze Lebensweltorientierung, Chancengleichheit, Bürgerbeteiligung und multisektorale Zusammenarbeit. Dabei geht es auch um die Gestaltung gesundheitsrelevanter Lebensverhältnisse. Lebenswelten, die für Pflegende relevant sind und in denen sie mitgestalten können, sind vornehmlich das Krankenhaus und die Gemeinde. Auch hier ergeben sich eine Reihe von pflegespezifischen Ansatzpunkten zur Entwicklung von Gesundheitsforderungsprogrammen bzw. zur Beteiligung an Programmen:

1. Förderung und Entwicklung von unterstützenden sozialen Netzwerken mit dem Ziel, bestehende soziale Bindungen zu stärken, neue Netzwerkbindungen zu entwickeln und Nachbarschafts- und Gemeindeintegration zu fördern
2. Gemeindebezogene Gesundheitsförderung mit dem Ziel, die Gesundheitsbedingungen für benachteiligte Gruppen (z. B. Migranten, alte Menschen) zu verbessern
3. Gesundheitsförderung im Krankenhaus mit dem Ziel, Krankenhäuser auch zu Zentren der Gesundheitsförderung werden zu lassen.

Zukunftig ist die Rolle der Pflege sowohl in der verhaltens- als auch in der verhaltnisbezogenen Prävention/Gesundheitsförderung auszubauen. Dass das in Kooperation mit den anderen Berufsgruppen geschehen muss, ist selbstverständlich. Die Herausarbeitung pflegespezifischer Ansatzpunkte ist jedoch eine zentrale Voraussetzung für gelingende Kooperation.

PROF. DR. MARIANNE BRIESKORN-ZINKE, *Evangelische Fachhochschule Darmstadt, Fachbereich Pflege- und Gesundheitswissenschaft, Zweifalltorweg 12, 64293 Darmstadt, Tel.: (0 61 51) 87 98 46, E-Mail: brieskorn-zinke@efh-darmstadt.de*

Pflegekräfte sind in ihrer Tätigkeit einer Vielzahl von sowohl physischen, chemischen, bakteriellen als auch psychischen Belastungen ausgesetzt. Bekannte Belastungen in der Pflege betreffen z. B. das Heben und Tragen von schweren Lasten, den Umgang mit Desinfektionsmitteln und infektiösem Material und das Arbeiten im Schichtdienst. Vor allem aber auch durch die grundlegenden Veränderungen im Gesundheitswesen sind in den letzten 15 Jahren weitere Belastungen entstanden. Zu diesen Veränderungen zählt die Einführung der Fallpauschalen (DRGs), der Abbau von Betten seit Anfang der 90er Jahre, die Reduzierung der durchschnittlichen Verweildauer der Patienten und Patientinnen im Krankenhaus bei gleichzeitiger Erhöhung der Anzahl der behandelten Patienten und Patientinnen und Abbau von Stellen im Pflegebereich.

Um die Arbeitsbedingungen in der Pflege nachhaltig zu verbessern, müssen sie vor dem Hintergrund eines sich weitreichend verändernden Gesundheitssystems in Deutschland betrachtet werden. Ursache der Veränderungen ist das Bestreben, die finanzielle Situation im Gesundheitswesen in den Griff zu bekommen. Seit 1992 sind die Gesundheitsausgaben in Deutschland nominal von 163,1 auf 239,7 Mrd. EUR gestiegen. Alleine zwischen 2001 und 2003 haben sich die Ausgaben weiter um 12 Mrd. EUR erhöhet. Gemessen am deutschen Bruttoinlandsprodukt entspricht dies zwar «nur» einer Erhöhung um 1,2 % in den letzten 10 Jahren, dennoch bleibt die Frage offen, wie dies vor dem Hintergrund eines zunehmenden internationalen Wettbewerbs und des demographischen Wandels in Deutschland langfristig finanziert werden kann. Um die Erhöhung von Krankenkassen- und Pflegeversicherungsbeiträgen und damit einen weiteren Anstieg der Lohnnebenkosten zu vermeiden, wird angestrebt, das Gesundheitswesen zu reformieren und die Versorgung effizienter und onomischer zu gestalten.

Für die Pflegekräfte bedeutet das, dass durch die Umstrukturierung die Arbeitsdichte und der Zeitdruck sowie die Angst um den eigenen Arbeitsplatz zugenommen haben. Durch die Umstrukturierungsmanahmen entsteht auch ein Spannungsfeld zu den Patientinnen und Patienten sowie ihren Angehörigen. Mit den infolge der Gesundheitsreform eingeführten Zuzahlungen ist eine neue Anspruchshaltung bei den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen entstanden, der die Pflegekräfte nicht nachkommen können.

Die zunehmenden Belastungen, u. a. durch Kostendruck, Zeitdruck, Informationsdefizite, physische Belastungen, Schichtarbeit, eine höhere Pflegedokumentation und eine Doppelbelastung durch Familie und Beruf, führen zu einem Verschleiß der psychischen und physischen Kräfte des Pflegepersonals. Dies führt dazu, dass sich nachhaltig die Qualität der Arbeit verringert, wobei Fehlzeiten und Fluktuation steigen. Bei Personalengpässen, z. B. durch arbeitsbedingte Fehlzeiten oder Urlaub, verschärft sich die Situation für die verbleibenden Pflegekräfte, da das gleiche Arbeitspensum von weniger Personen zu bewältigen ist. Diese Belastungen wirken sich auch ungunstig auf das Verhalten der Patientinnen und Patienten aus und verschlimmern die ohnehin angespannte Situation. Im Gesundheitsreport 2000 berichtet die DAK einen gegenuber dem Durchschnittswert aller

Versicherten (3,2 %) deutlich erhöhten Krankenstand bei den Beschäftigten in Pflegeberufen (4,8 %). Dabei waren die Pflegekräfte sowohl häufiger als auch länger krank.

»Gesund Pflegen«

Die Situation in der Pflege ist aber keineswegs aussichtslos. Wichtig ist nur zu erkennen, dass eine grundlegende Umstrukturierung stattfindet, welche sowohl das Personal im Gesundheitswesen als auch die Patientinnen und Patienten und deren Angehörige betrifft. Veränderungen bieten immer auch Chancen und neue Möglichkeiten. Hier können verschiedene Akteure (Träger, Krankenhausverwaltungen, Krankenkassen, Berufsgenossenschaften sowie Bund und Länder) ansetzen, um die Pflege von heute und morgen zu gestalten. Im Rahmen verschiedener Aktivitäten, wie zum Beispiel der Initiative Neue Qualität der Arbeit (www.inqa-pflege.de) und des Deutschen Netzwerks Betrieblicher Gesundheitsförderung (DNBGF), werden Lösungen erarbeitet, um die Gesundheit der Pflegekräfte und die Qualität der Arbeit zu fördern. Wie auch vor dem Anspruch der Effizienz steht das Gesundheitswesen bezüglich der Qualität der Arbeit und der Belastungen in der Pflege auf dem Prüfstand. Die Patientinnen und Patienten sowie die Pflegekräfte brauchen eine an die jeweilige Situation der Bedürftigen angepasste Pflege. Es mangelt an Information, Kooperation und der Umsetzung einer patientenorientierten Pflege. Die Aktivierung der Patientinnen und Patienten sowie die Einbeziehung von Angehörigen kommt zu kurz. Dies führt sowohl zu einer schlechteren Qualität der Pflege als auch zur Unzufriedenheit der Pflegekräfte, die ihrem »eigentlichen Ideal der Pflege« nicht nachkommen können. Gemeint ist eine Pflege, welche sich um den Patienten und die Patientin umfassend kümmert und individuelle Ressourcen nutzt, um die Gesundheit nachhaltig zu fördern.

Einen vielversprechenden Weg zu einer gesunden Pflege bietet ein Paradigmenwechsel von einer Defizit- zur Ressourcenorientierung. Dies gilt sowohl für die eigentliche Pflege als auch für die Gestaltung der Tätigkeit der Pflegekraft. Die Ressourcenorientierung versucht gezielt die jeweiligen Ressourcen der Person zu nutzen, um verschiedene Anforderungen zu bewältigen. Um welche Ressourcen es sich dabei handelt, kann individuell verschieden sein. Entscheidend ist hier auch das Wissen des Patienten, der Patientin und der Pflegekraft, was für ihr jeweiliges physisches und psychisches Wohlbefinden notwendig ist. Die gesunde Pflege ist präventiv. Sie ergreift Maßnahmen, bevor es zu Erkrankungen, Fluktuation, Berufsausstieg oder Frühverrentungen kommt, und setzt gezielt auf die individuellen Ressourcen der Pflegebedürftigen, der Angehörigen und der Pflegekräfte.

DR. GABRIELE RICHTER, STEPHAN SCHWARZWÄLDER, *Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, INQUA-Pflege, Team »Gesund Pflegen«, Proschhübelstr. 8, 01099 Dresden, Tel.: (03 51) 56 39-54 81, E-Mail: gesundpflegen@baua.bund.de*

Neue Versorgungsformen – Auswirkungen und Perspektiven

Unbestritten ist, dass das Gesundheitswesen von einer Vielzahl von Steuerungsproblemen beeinträchtigt ist, die zur Über-, Unter- und Fehlversorgung führen und somit erhebliche Effizienzverluste zur Folge haben. Als Schwachstellen werden dabei die künstlich gewachsenen sektoral abgeschotteten Organisationsstrukturen insbesondere zwischen dem stationären und ambulanten Sektor, die mangelnde Leistungstransparenz innerhalb der Versorgungsabläufe und die daraus resultierende unzureichende Behandlungskontinuität benannt.

Der Gesetzgeber hat mit zwei ab dem 1.1.2004 in Kraft getretenen Reformstrategien, der für alle 2200 Krankenhäuser der Bundesrepublik flächendeckenden Einführung eines Festpreissystems und dem GKV-Modernisierungsgesetz ein ganzes Bündel von Reorganisationsmaßnahmen auf den Weg gebracht, die für die Player im Gesundheitswesen weitreichende Folgen haben werden. Zu nennen sind hierzu:

- die flexiblen leistungs- und vertragsrechtlichen Möglichkeiten der integrierten Versorgung durch die Novellierung des § 140 a–d SGB V
- die Teilöffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung gem. § 116 a und b SGB V
- die Stärkung der Rolle der Hausärzte und -ärztinnen als Case Manager durch die Einführung der hausarztzentrierten Versorgung gem. § 73 b SGB V
- die Konzentration fachärztlicher Leistungen in Ergänzung mit komplementären Diensten durch medizinische Versorgungszentren gem. § 95 SGB V.

Integrierte Versorgung

Mit der integrierten Versorgung ist ein Instrument geschaffen worden, das Versorgungslücken zwischen ambulanter und stationärer Rehabilitation und Pflege schließen sowie die kooperationswilligen Partner zu einer teilweisen oder vollständigen ökonomischen und medizinischen Gesamtverantwortung für die Leistungssteuerung veranlassen soll. Die erwarteten Effizienzgewinne durch die notwendige Prozessoptimierung können autonom von den Vertragspartnern einbehalten werden und z. B. auch für Leistungen eingesetzt werden, die bislang nur unzureichend finanziert wurden. Hierzu war es vor allem notwendig, die Möglichkeit einer intensiven Zusammenarbeit zwischen Haus- und Fachärzten sowie Krankenhäusern zu schaffen.

Der Gesetzgeber hat damit den Beteiligten für die Ausgestaltung der Kooperationsbeziehungen einen breiten Spielraum überlassen. Möglich sind sowohl vollumfängliche Vertragsarchitekturen für die Steuerung der Krankheitsrisiken ganzer Versichertenkollektive als auch indikationsbezogene Modelle oder Vertragsbeziehungen zwischen einigen wenigen Vertragspartnern für die Steuerung der einzelnen Behandlungsprozesse durch Case Management. Krankenhäuser, Vertragsärzte und Rehaeinrichtungen und eingeschränkt auch ambulante Pflegedienste können erstmals nicht nur Finanzierungsmittel aus dem 1% Rückbehalt der Krankenkassen für die notwendigen Finanzierungsmaßnahmen (»Anschubfinanzierung«) abrufen, sondern auch ein praxisnahes und wesentlich flexibleres Vertragsrecht nutzen. Mit dem Auf-

brechen der kollektiv-vertraglichen Strukturen und der Orientierung auf selektive Einzelverträge (Direktverträge) wird ein zunehmender Wettbewerbsdruck entfaltet. Da die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) ihre unmittelbaren Mitbestimmungsrechte und Regelungsvorbehalte verlieren, werden insbesondere auch Vertragsärzte ihre bisherigen Vorbehalte aufgeben und über bereits bestehende Kooperationsformen hinaus (z.B. Praxisgemeinschaften oder Praxisnetze), ihre Chancen in den integrierten Vertragsstrukturen und der Gründung von ambulant ausgerichteten Gesundheitszentren, sog. Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) prüfen.

DRG-Fallpauschalen

Zeitgleich zur Strukturreform in der GKV wurde auch eine einschneidende Reorganisation der Krankenhausvergütung auf den Weg gebracht, bei der über 95% aller Behandlungsleistungen über ein Festpreissystem, die sog. DRG-Fallpauschalen, abgerechnet werden. Die damit einhergehende Verweildauerverkürzung von derzeit durchschnittlich 9,5 Tagen auf 6–7 Tage wird die Patientennachsorge mit Blick auf ein strukturiertes Entlassungsmanagement auf eine völlig neue Basis stellen. Die Teilnahme an den entsprechenden Nachsorgekonzepten verspricht hierbei für die ambulanten Leistungserbringer betriebliche Entwicklungspotenziale, hilft neue, spezialisierte Versorgungsbereiche zu erschliessen und so die zukünftige Auftragslage abzusichern. Dies kann jedoch nur gelingen, wenn die entsprechenden organisatorischen Voraussetzungen der Anbieter insbesondere mit Blick auf die interdisziplinäre Versorgungsplanung, die effektive Datenstrukturierung innerhalb der Leistungserfassung und -dokumentation, die Kosten- und Leistungsrechnung und Ablaufplanung angepasst werden.

Die zu erwartende Vorwärtsstrategie im Sinne einer ›Ambulantisierung‹ wird jedoch von niedergelassenen Ärzten, den KVen und den Pflegeeinrichtungen mit Sorge vor einem ungezügelter Expansionskurs der Krankenhäuser betrachtet. Krankenhäuser werden unter dem Druck der Ökonomisierung der Patientenversorgung, dem drohenden Bettenabbau und dem wachsenden Spezialisierungswettbewerb strategische Anstrengungen unternehmen, neben der Erhöhung der Fall-Durchlaufzahlen und der internen Steuerung des Case Mix auf den ambulanten Versorgungsmarkt vorzudringen, um dort neue Geschäftsfelder und Finanzierungschancen zu erschließen. Dabei steht die Sicherung der gezielten Zuweisung der Patienten und Patientinnen ins Krankenhaus im Mittelpunkt der strategischen Überlegungen. Ferner wird das Krankenhaus gleichsam als Systemmanager auch die Gesamtverantwortung für die Nachsorge der Patienten und Patientinnen übernehmen. Die ambulanten Leistungsanbieter geraten dadurch in einen Verdrängungswettbewerb, wenn Krankenhäuser beginnen, den traditionellen Versorgungsmarkt der ambulanten Versorgung zu deregulieren.

MARIUS GREUËL, Dozent an der Alice Salomon FH Berlin und Geschäftsführer der Mediplus Managementgesellschaft mbH, E-Mail: Marius.Greuel@web.de

Impressum

Herausgeberin und Verlegerin:

Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.
Fenskekweg 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, Bärbel Bächlein, Claudia Bindl, Iris Bunzendahl, Angelika Maasberg, Dr. Antje Richter, Tania-Aletta Schmidt, Ute Sonntag, Irmtraut Windel, Birgit Wolff

Beiträge: PD Dr. Baldo Blinkert, Prof. Dr. Marianne Brieskorn-Zinke, Christa Büker, Dr. Rita Büllsbach, Prof. Dr. Helmut Fabel, Dr. Michaela Filipini, Marius Greuël, Katrin Hodler, Tanja Hohmann, Michael J. Huneke, Julia Lademann, Dr. Vera Lasch, Prof. Dr. med. Thomas Lichte, Björn Menkhaus, Maren Pflüger, Dr. Gabriele Richter, Ramazan Salman, Dr. Claudia Schacke, Stephan Schwarzwälder, Prof. Dr. Michael Simon, Andrea Stamm, Anne Ströbel, Prof. Dr. Frank Weidner, Regina Wilgeroth, Dr. Klaus Wingenfeld, PD Dr. Susanne Zank

Sekretariat: Marcin Czerwinski

Redaktionsschluss Ausgabe Nr. 48: 22. 7. 2005

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

Auflage: 7.000

Gestaltung: formfuersorge

Druck: Interdruck Berger

Erscheinungsweise: 4x jährlich, im Quartal

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

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

Die neuen Ausbildungen in den Pflegeberufen

Von der Pflege kranker Menschen zum umfassenden Gesundheits- und Pflegeverständnis

Das Gesetz über die Berufe in der Altenpflege wurde bereits im November 2000 als Bundesgesetz verabschiedet. Bis zu diesem Zeitpunkt wurde zwar die Kranken- und Kinderkrankenpflegeausbildung vom Bund geregelt, nicht aber die Altenpflegeausbildung. In seiner Rechtsprechung entschied das Bundesverfassungsgericht, dass die Altenpflege ebenso wie die Krankenpflege als ›Heilberuf‹ zugelassen sei und deshalb bundesgesetzlich geregelt werden müsse. Das Altenpflegegesetz trat am 1. August 2003 in Kraft.

Für das neue Krankenpflegegesetz vom 1. Januar 2004 ergaben sich fundamentale Veränderungen in Inhalt und Form der Ausbildung. Das zeigt sich bereits an der neuen Berufsbezeichnung. Statt der ›Krankenschwester‹ lautet der neue Titel nun ›Gesundheits- und Krankenpfleger/-in‹.

Was sind die wichtigen Veränderungen in beiden Ausbildungsgesetzen?

Die neuen Regelungen rücken vor allem von dem engen Fokus auf die reine kompensierende Krankenpflege, aber auch von dem rein sozialpflegerischen Ansatz der Altenpflege ab. Natürlich arbeiten Krankenschwestern und Krankenpfleger heute ebenso im Altenheim wie Altenpflegerinnen und Altenpfleger beispielsweise in der ambulanten Pflege. Dort kommt alten und chronisch kranken Menschen eine herausragende Rolle zu, jedoch werden auch viele behinderte Kinder in diesem Bereich versorgt. Altenheime sind oftmals eine wichtige Anlaufstation auch für jüngere behinderte Menschen, die auf dauerhafte stationäre Pflege angewiesen sind. Im Krankenhaus wiederum, vor allem in den Abteilungen für Innere Medizin, beträgt der Anteil der über 65-jährigen bereits 60 Prozent und mehr. Die Schnittstellen zwischen den verschiedenen Bereichen werden zu bedeutsamen Austauschmöglichkeiten aller pflegerischen Berufsgruppen, die dann auch ein gemeinsames pflegerisches Grundverständnis teilen sollten. Nur so ist es möglich, in den vielfach gegliederten Arbeitsfeldern mit vielen Überschneidungen ein professionelles berufliches Bild von Pflege aufrecht erhalten zu können.

In der Öffentlichkeit wird Pflege häufig nur als ›Anhängsel‹ der Medizin oder im Einsatz für Menschen gesehen, die sich selber nicht mehr helfen können und auf das Ende zugehen. Beides ist so nicht richtig! Berufliche Pflege hilft nicht nur in der Übernahme von Tätigkeiten des alltäglichen Lebens, die die Betroffenen nicht mehr selber ausführen können, sondern betrifft auch die Bereiche der Prävention und Gesundheitsförderung, vor allem auch den der Rehabilitation. Somit können beruflich Pflegenden dazu beitragen, dass z.B. das Altenheim nicht die letzte Lebensstation sein muss, sondern die Betroffenen auch wieder auf den häuslichen Bereich vorbereitet werden. Die Pflegewissenschaft erforscht als Leitdisziplin die Grundlagen für alle diese pflegerischen Ausrichtungen. Der lebensweltliche Ansatz moderner Pflege bezieht so wichtige Begriffe wie ›Alltagskompetenzen‹, ›Menschenwürde‹, ›selbstständiger Umgang‹ und ›individuelle Bedürfnisse‹ der Betroffenen ein.

Für die beiden neuen Ausbildungsgesetze kann man Folgendes festhalten:

- Die Ergebnisse der Pflegewissenschaft, nicht mehr die der Medizin oder Sozialwissenschaft, bilden jetzt die Grundlage für die Ausbildung und die Lehrerinnen und Lehrer müssen künftig in der Regel einen Hochschulabschluss nachweisen.
- Adressat aller Bemühungen ist der Mensch in unterschiedlichen und ganz individuellen Pflege-, Alters- und Lebenssituationen. Diese schließen immer auch die Umwelt des Betroffenen ein (lebensweltlicher Setting-Ansatz).
- Die Unterrichtsmethoden tragen dem Rechnung, indem mögliche Lebenssituationen von Betroffenen bearbeitet werden (situitives Lernen, Lernfeldansatz).
- Pflegerische Aufgaben umfassen die Gesundheitsförderung, Prävention, Rehabilitation, palliative, curative und kompensierende Pflege.
- Pflegenden verstehen sich als Teil des Gesundheitsteams, welches für die Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger Verantwortung trägt (Interdisziplinarität).
- Der Pflegeprozess, die Beratung, Anleitung und Qualitätssicherung sind eigenverantwortliche und besondere Aufgaben der Pflege (Vorbehalt der Profession).

Der Gesetzgeber hat erkannt, dass die Altenpflege und die Gesundheits- und Krankenpflege sich angenähert haben und er hat Möglichkeiten einer künftigen gemeinsamen Pflegeausbildung vorgedacht. Beide Ausbildungen haben heute einen viel umfassenderen und nicht mehr so engen Horizont. Dafür musste sich allerdings der Umfang an schulischem Unterricht deutlich erhöhen. Die theoretische Ausbildung umfasst jetzt in beiden Ausbildungen wie von den Berufsverbänden gefordert 2.100 Unterrichtsstunden, die über die drei Jahre verteilt werden.

Auch in einer Reihe anderer Punkte ist der Gesetzgeber den Wünschen der Mehrheit der angehörten Pflegeverbände gefolgt.

- Aufwertung des Lehramtes und der Praxisanleitung, indem die Ausbilder eine Qualifikation als Mentoren nachweisen müssen.
- In den praktischen Ausbildungseinsätzen wurde der Anteil ambulanter Pflege deutlich erweitert.
- Zulassung einer Teilzeitausbildung über fünf Jahre, um Familie und Berufsleben während einer Ausbildung besser vereinbaren zu können.

Unterm Strich lässt sich sagen, dass die neuen Ausbildungsgesetze viel stärker als früher auf die veränderten gesellschaftlichen Rahmenbedingungen eingehen. Gleichzeitig wird die berufliche Pflege in ihrem Selbstverständnis deutlich gestärkt und aufgewertet. Es bleibt zu hoffen, dass aufgrund leerer Kassen künftig nicht Qualitätseinbußen in der Versorgung der Bevölkerung in Kauf genommen werden, indem die berufliche Pflege durch die Verlagerung pflegerischer Arbeit auf Hilfskräfte ausgegrenzt wird.

Literatur beim Verfasser.

MICHAEL J. HUNEKE, *Geschäftsführer im DBfK Landesverband Nordwest e.V., Lister Kirchweg 45, 30163 Hannover, Tel.: (05 11) 69 68 44 0, E-Mail: hannover@dbfk.de*

Problemfelder der Begutachtung nach dem SGB XI

Ungeachtet der wichtigen Funktion der Pflegeversicherung für die soziale Absicherung von Pflegebedürftigen und den Ausbau des pflegerischen Versorgungsangebotes blieb ihre konkrete Ausgestaltung umstritten. Dies gilt vor allem für die Kriterien zur Bestimmung der Pflegebedürftigkeit und ihre Anwendung im Rahmen der Begutachtung durch die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK).

Regionale Unterschiede

Wenngleich sich die Qualität der MDK-Begutachtung im Verlauf der letzten zehn Jahre zweifellos verbessert hat, konnten einige zentrale Probleme nicht behoben werden. Hierzu gehören die anhaltenden regionalen Unterschiede bei den Einstufungsergebnissen. Mehreren Faktoren wird hierbei Bedeutung beigemessen, etwa dem unterschiedlichen Antragsverhalten, den abweichenden Versorgungsstrukturen, aber auch einigen Unschärfen der Begutachtungsregelungen und den daraus resultierenden Spielräumen. Die erste Fassung der Begutachtungsvorgaben bot keine geeignete Grundlage, um den notwendigen Pflegezeitaufwand und damit die Pflegestufe ohne Rückgriff auf die abweichenden Erfahrungen und Einschätzungen verschiedener Gutachterinnen und Gutachter bestimmen zu können. Verbesserungen erwartete man u.a. von der Einführung der Zeitkorridore im Jahr 1997. Sie stellen zeitliche Orientierungswerte zur Verfügung, die allerdings nur bei vollständiger Übernahme von Verrichtungen durch die Pflegeperson gültig sind. Nach wie vor sind regionale Unterschiede der Begutachtungsergebnisse zu verzeichnen, zwischen den Bundesländern ebenso wie innerhalb des Zuständigkeitsbereichs der einzelnen MDK.

Rückläufiger Anteil der Pflegestufe III

Derzeit gibt noch eine weitere Entwicklung Anlass zu kritischen Fragen. Der Anteil der Pflegebedürftigen mit der Pflegestufe III ist rückläufig. Dies zeigt sich besonders deutlich im Heimbereich und bewegt sich in einem offensichtlichen Widerspruch zur Versorgungsrealität: In stationären Pflegeeinrichtungen findet sich ein zunehmender Anteil Hochaltriger und nicht zuletzt auch demenziell Erkrankter mit umfassendem Unterstützungsbedarf. Für diesen Widerspruch gibt es bislang keine überzeugende Erklärung. Vermutet wird gelegentlich eine zentral koordinierte, ökonomisch motivierte Steuerung der Begutachtungsergebnisse, was allerdings Strukturen unterstellt, die so nicht existieren: Die 16 MDK in Deutschland sind eigenständige Organisationen, zwischen denen die Abstimmung oft genug nur schlecht gelingt. Mit dem rückläufigen Anteil der Pflegestufe III verschlechtert sich für viele stationäre Pflegeeinrichtungen die ökonomische Situation, was u. a. zur Folge hat, dass weniger Personal trotz hohen Unterstützungsbedarfes der Bewohner und Bewohnerinnen zur Verfügung steht.

Begutachtung und Pflegedokumentation

Eine Wirkung ganz anderer Art zeigt die Begutachtung auf die Arbeitsweise der beruflichen Pflege. Um zu überprüfen, wie glaubhaft Angaben zum Hilfebedarf sind, greifen Gutachterinnen und Gutachter oftmals auf die Pflegedokumen-

tation zurück. Pflegeeinrichtungen sind daher zum Teil dazu übergegangen, peinlich genau jede einzelne Unterstützungsleistung zu dokumentieren. Dies führt nicht nur zu fachlich nutzlosem Aufwand. Auch ist die wichtige Funktion der Pflegedokumentation als Informationsbasis zur fachgerechten Gestaltung der Versorgung im Bewusstsein vieler Pflegekräfte mehr und mehr in den Hintergrund getreten. Man kann die MDK-Begutachtung natürlich nicht für Mängel der Pflegedokumentation verantwortlich machen, sie fördert mitunter jedoch eine Arbeitsweise, die der Entwicklung von Dokumentationsqualität wenig zuträglich ist.

Kinderbegutachtung

Es gibt Personengruppen, bei denen die Begutachtungsregelungen von jeher zu kurz greifen. Hierzu gehören nicht nur demenziell Erkrankte, sondern auch pflegebedürftige Kinder, bei denen der krankheitsbedingte mit dem altersbedingten Unterstützungsbedarf verrechnet werden muss – ein Verfahren, das für die Eltern kaum nachvollziehbar ist und das sich auf keine wissenschaftlich fundierten Daten stützen kann. Es ist nicht verwunderlich, dass es in der Begutachtungspraxis häufig zu Kommunikationsproblemen und Meinungsverschiedenheiten kommt, die u.a. in einer überdurchschnittlich hohen Zahl an Widersprüchen ihren Ausdruck finden.

Krankenhauspatientinnen und -patienten

Ebenso wenig zugeschnitten sind die Begutachtungsvorgaben auf Krankenhauspatientinnen und -patienten. Hier haben die MDK während einer Krankheitsepisode, in der allenfalls vage Prognosen möglich sind, eine konkrete Bestimmung des in den folgenden sechs Monaten zu erwartenden Hilfebedarfs vorzunehmen. Zudem müssen Anträge im Eilverfahren bearbeitet und viele logistische Probleme gelöst werden, um die Finanzierung der Anschlussversorgung sicherzustellen. Auch in diesem Punkt gibt es keine bundeseinheitliche Verfahrensweise und zahlreiche Schwierigkeiten im Begutachtungsalltag.

Anpassung der Begutachtungsvorgaben

Kritik an der Begutachtung richtet sich häufig pauschal an die MDK und übersieht dabei, dass sich zahlreiche Probleme unter Beibehaltung des heutigen Begutachtungssystems nicht zufriedenstellend lösen lassen. Man kann sich darüber streiten, ob die MDK nicht gelegentlich andere Wege beschreiten könnten, um die im System angelegten Probleme in Grenzen zu halten. Durchgreifende Lösungen müssen jedoch auf einer anderen Ebene ansetzen. Notwendig ist vor allem eine Anpassung der gesetzlichen Kriterien zur Bestimmung der Pflegebedürftigkeit, die mehr Klarheit und Nachvollziehbarkeit gewährleisten, eine Verkürzung auf körperliche Bedarfslagen vermeidet und flexibel genug ist, die Absicherung von Pflegebedürftigkeit auch außerhalb der häuslichen Umgebung sicherzustellen.

Literatur beim Verfasser.

DR. KLAUS WINGENFELD, *Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, Universitätsstr. 25, 33615 Bielefeld, Tel.: (05 21) 1 06 25 83, E-Mail: Klaus.Wingenfeld@uni-bielefeld.de*

Im hausärztlichen Fokus: Die gesamte Pflegefamilie

Pflege zuhause ist nur möglich in der Pflege- oder Versorgungsfamilie. Diese besteht in der Regel aus dem nächsten pflegebereiten Angehörigen und einer evtl. bestehenden Restfamilie. Pflegenden Angehörige erster Ordnung, also die Hauptbetreuenden, sind zu je ca. 40% Partnerinnen und Partner bzw. Kinder, zu über 80% in der westlichen Welt Frauen. Die zukünftige Entwicklung zeigt eine Verdreifachung des Bedarfs an häuslicher Pflege in den nächsten zwei Jahrzehnten. Die Zunahme der Singlehaushalte und ein geringerer Kinderanteil wird die Betreuungssituation ähnlich wie bei der Sicherstellung der Renten dramatisch gefährden. Die Versorgung der Menschen über 60 Jahre mit immer höherer Lebenserwartung stellt inzwischen den Hauptanteil der hausärztlichen Tätigkeit dar; neben der medizinischen wird hier die psychosoziale immer wichtiger – auch unter präventiven Aspekten. Verbesserte Hygiene und medizinischer Fortschritt waren die Voraussetzung für die jetzige demografische Entwicklung. Es gilt jetzt, diese Errungenschaften des Älterwerdens mit Leben und Lebensqualität zu erfüllen. Besonders in Pflegefamilien sind sinnstiftende Zustände und Situationen zu schaffen.

Der Pflegebedürftige und seine Probleme standen bisher sehr stark im Fokus; mit ihnen zusammen müssen jetzt mehr die Pflegenden als Einheit betrachtet werden. Neben den professionellen Pflege- und Beratungseinrichtungen sollten Hausärztinnen/Hausärzte beratend und begleitend zur Verfügung stehen. Diese Aufgaben sind wegen der Individualität und damit Komplexität von Situation und Betroffenen mit intuitiven und möglichst auch mehr evidenzbasierten Strategien zu bestreiten.

Die neue DEGAM-Leitlinie: Pflegenden Angehörige

Da oben beschriebener Sachverhalt typisch für die koordinierende und integrative Tätigkeit der Hausärztinnen und Hausärzte ist, hat der Autor im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) die Leitlinie zur Betreuung pflegender Angehöriger in gut vier Jahren erarbeitet und vor kurzem veröffentlicht. Nach Literaturrecherche und mehreren Praxistests wurde in einem großen Team von allgemeinmedizinischen Wissenschaftlerinnen/Wissenschaftlern und Hausärztinnen/Hausärzten auch mittels eigener Untersuchungen und in Zusammenarbeit mit benachbarten Disziplinen (Pflege- und Sozialwissenschaften, Pflege- und Beratungsinstitutionen, Selbsthilfegruppen, Betroffene etc.) eine Leitlinie mit hohen Evidenzgraden erstellt.

Die Leitlinie zur Betreuung pflegender Angehöriger richtet sich in erster Linie an die praktisch tätigen Hausärztinnen und Hausärzte, soll aber auch allen Beteiligten Einblicke in die Arbeitsweise der Allgemeinmedizin unter diesem spezifischen Aspekt verschaffen. Neben einer ausführlichen Langversion mit Darstellung der Evidenzgrade, Diskussion der Literatur und Vorschlag von Lösungsstrategien wurden eine laminierte Kurzversion und ein Faltpapier für Pflegenden erstellt (Bezug über www.degam.de).

Die Kurzversion der Leitlinie ›Pflegenden Angehörige‹ befasst sich auf der einen Seite mit den Aspekten von Anam-

nese und Diagnostik, betrachtet die häufigsten Ursachen von Belastung bzw. Überlastung in der Situation der pflegenden Angehörigen und leitet daraus gefährliche Verläufe ab, die abwendbar wären. Hilfen für spezifische Fragen werden ebenso angeboten wie typische Beratungsanlässe und die dabei häufig bestehenden komplizierenden bzw. ungünstigen Faktoren. Auf der anderen Seite werden Beispiele für Behandlungsoptionen und Hilfen für Gespräch bzw. Beratung auf den verschiedenen Betreuungsebenen aufgeführt. Hier wird auf die wichtigen Belange der Pflegenden in körperlicher, emotionaler und sozialer Dimension eingegangen. Im angebotenen Faltpapier für pflegenden Angehörigen – gedacht zur Verteilung in den Hausarztpraxen – werden für die Betroffenen einerseits Hilfen und Wege für eine besser zu bewältigende Pflegesituation dargestellt, andererseits eine dringend erforderliche Aufbesserung des ›Pflege-Images‹ umgesetzt. Sinnstiftende Argumente für die Pflegenden und deren Selbstbewusstsein werden in diesem spezifischen Werbeträger angesprochen. Mit dieser Leitlinie sollen alle Hausärztinnen und Hausärzte motiviert werden, die herausfordernde Aufgabe spezifischer fortgebildet mit noch besserer Qualität zu bewältigen. Grundbedürfnisse des Pflegebedürftigen werden angesprochen, der Fokus aber auf die ganze Pflegefamilie gerichtet. Im Kontext aller Beteiligten kann so nur die Machbarkeit der individuellen Versorgungssituation beurteilt und bewältigt werden. Die verkürzte häusliche Pflegeskala mit 10 Items kann als Instrument, auch im Sinne einer Verlaufskontrolle, die Pflegefähigkeit beurteilen helfen.

Das geriatrische Assessment

Die Leistungsfähigkeit Älterer wird in der hausärztlichen Praxis zunehmend mit Hilfe von geriatrischen Assessments beurteilt; besonders bei (Ehe-)Partnern als Kernpersonen einer Pflegefamilie – also Pflegebedürftige und Pflegenden – sind möglichst objektive Einschätzungen möglich. Die Leitlinie berücksichtigt alle Formen von Pflegebedürftigkeit aus möglichst vielen biopsychosozialen Blickwinkeln; bestimmte Krankheitsbilder, wie aus dem demenziellen Bereich, werden nicht herausgehoben. Besonders die koordinierende Tätigkeit der Hausärzte im Netzwerk der Versorgung einer Pflegefamilie wird mit Hilfe dieser Empfehlungen gefördert und gefordert.

PROF. DR. MED. THOMAS LICHTÉ,
*Facharzt für Allgemeinmedizin, Psychotherapie, Rettungsmedizin,
 Lindenstr. 10, 27389 Lauenbrück,
 E-Mail: th.lichte@t-online.de*

Claudia Schacke, Susanne Zank

Die familiäre Pflege demenzkranker Menschen: Differenzielle Aspekte

Angehörigenbelastung hat viele Gesichter

In Deutschland leben zurzeit etwa 900.000 demenzkranke Menschen. Eine Demenzerkrankung betrifft nicht nur die Erkrankten selbst, sondern auch ihr soziales Umfeld, insbesondere die betreuenden Familienangehörigen. Dass die Pflege und Betreuung eines/einer demenzkranken Angehörigen eine extreme Belastung darstellen kann, lässt sich nach über 20 Jahren intensiver und unvermindert anhaltender Forschungstätigkeit als gesichert annehmen. Drastisch erhöhte Depressionswerte, eine verminderte Lebenszufriedenheit sowie körperliche Gesundheitsrisiken bis hin zu einer erhöhten Sterblichkeit belasteter pflegender Angehöriger machen dies auf eindrückliche Weise deutlich. Das ist auch durch den Einsatz spezifischer Fragebögen zur Erfassung von Angehörigenbelastung immer wieder belegt worden. Was bislang jedoch zu wenig berücksichtigt wurde, ist die Tatsache, dass Angehörigenbelastung verschiedene Facetten (Dimensionen) hat, die gesondert betrachtet werden müssen, um den individuell sehr unterschiedlichen Pflegesituationen gerecht zu werden.

Der zur Erfassung der Belastung ermittelte Gesamtwert über alle Fragen (Items) gibt zwar Auskunft über die Intensität der Gesamtbelastung. Die qualitative Unterschiedlichkeit verschiedener Pflegebeziehungen und -situationen geht bei einem solchen Vorgehen jedoch verloren. Von besonderer Bedeutung ist eine differenzierte, mehrdimensionale Betrachtung, wenn es um die Zuweisung oder die Evaluation von Hilfs- und Unterstützungsangeboten für die Pflegenden geht.

Vor diesem Hintergrund wurde im Rahmen der Längsschnittstudie zur Belastung pflegender Angehöriger von demenziell Erkrankten (LEANDER) ein standardisiertes, stress-theoretisch begründetes Instrumentarium entwickelt, welches aufgrund seiner Mehrdimensionalität und Vollständigkeit in besonderer Weise geeignet ist, Belastungen und Bedürfnisse verschiedener Subgruppen von Pflegenden abzubilden und die Effektivität von Entlastungsangeboten für die pflegenden Angehörigen zu erfassen (Berliner Inventar zur Angehörigenbelastung-Demenz, BIZA-D). Das Instrument wurde 888 pflegenden Angehörigen von Demenzkranken in ganz Deutschland vorgelegt. Die nachfolgend berichteten Ergebnisse aus der LEANDER-Studie widmen sich der Frage nach jeweils unterschiedlichen Belastungsprofilen, die sich aus:

- a. dem Demenzgrad des Pflegebedürftigen,
- b. dem Geschlecht des/der pflegenden Angehörigen,
- c. und der verwandtschaftlichen Beziehung zum Pflegebedürftigen (Ehepartner, Kind) ergeben.

Ergebnisse der LEANDER-Studie

Die Betrachtung der einzelnen Subgruppen von Pflegenden zeigt, dass Belastungsunterschiede nicht genereller Natur sind, sondern selektiv für einzelne Belastungsdimensionen gelten.

Die Unterscheidung nach Schweregrad der Demenz (nach ICD-10: *leicht, mittel, schwer*) zeigt zwei grundsätzliche Muster. Bei einem Großteil der objektiven Betreuungsaufgaben steigt die Belastung mit zunehmendem Schweregrad der Demenz deutlich an. *Familiäre Rollenkonflikte* werden

im mittleren und späten Krankheitsstadium des/der Pflegebedürftigen deutlicher wahrgenommen als zu Beginn der Erkrankung. Der Aufwand für das *Motivieren und Anleiten* sowie die Unterstützung bei der *Kontaktpflege* dagegen haben, ebenso wie die *Belastung durch kognitive Einbußen*, ihren Höhepunkt im mittleren Krankheitsstadium des/der Pflegebedürftigen. Anhand der positiven Dimension *Persönliche Weiterentwicklung* durch die Pflege wird deutlich, dass die Angehörigen mit zunehmender Schwere der Erkrankung an sich selbst Entwicklungsschritte im Sinne eines individuellen Reifungsprozesses wahrnehmen.

Bei weitgehend vergleichbaren objektiven Anforderungen zeigen sich Frauen subjektiv stärker belastet durch *persönliche Einschränkungen, den Mangel an sozialer Anerkennung und familiäre Rollenkonflikte* als Männer. Die letzten beiden Aspekte spiegeln möglicherweise objektive gesellschaftliche Gegebenheiten wider. Im Gegensatz zu Frauen, für die die Pflege- und Betreuungsrolle als selbstverständlich gilt, erfahren Männer für die Übernahme der Pflege besondere Anerkennung. Des Weiteren sind Frauen in der Regel immer noch stärker verantwortlich für die Familienarbeit, so dass sie auch stärker unter Konflikten zwischen Anforderungen der Pflege und familiären Erfordernissen leiden dürften.

Der Vergleich zwischen pflegenden Ehepartnern und Kindern zeigt, dass Ehepartner insgesamt mehr *Betreuungsaufgaben* übernehmen. Sie leiden stärker unter Gefühlen von *Trauer und Verlust aufgrund von Persönlichkeitsveränderungen* des/der Pflegebedürftigen. Dieser Befund spiegelt vermutlich Unterschiede in der Zentralität und emotionalen Qualität der Beziehung zum Pflegebedürftigen wider. Kinder, vor allem Töchter, beklagen stärker den *Mangel an wahrgenommener sozialer Anerkennung*. Für die subjektive Belastung, die im Zusammenhang mit krankheitsbedingten Verhaltensproblemen des/der Pflegebedürftigen steht, zeigen sich keine bedeutsamen Unterschiede.

Fazit

Die Daten im Rahmen der LEANDER-Studie stützen das Konzept von unterschiedlichen Belastungsprofilen je nach individueller Pflegesituation. Für keines der untersuchten Merkmale lassen sich Aussagen im Sinne genereller Belastungsunterschiede treffen. Vielmehr ergibt sich aus der Zusammenschau der jeweils untersuchten Belastungsdimensionen ein differenziertes Bild. Die Möglichkeit einer differenzierten, mehrdimensionalen Erfassung von Angehörigenbelastung, wie sie das BIZA-D bietet, kann sowohl im Forschungskontext als auch für die Praxis der Angehörigenarbeit von Nutzen sein.

Das Inventar BIZA-D kann über die Verfasserinnen bezogen werden. Dr. Claudia Schacke, PD Dr. Susanne Zank, Freie Universität Berlin, Fachbereich für Erziehungswissenschaften und Psychologie, Arbeitsbereich Prävention und Psychosoziale Gesundheitsforschung, Habelschwerdter Allee 45, 14195 Berlin, Tel.: (030) 83 85 59 92, E-Mail: schacke@zedat.fu-berlin.de

Gesundheitsförderung und Prävention bei pflegenden Angehörigen

Von den 2,08 Millionen pflegebedürftigen Menschen in Deutschland werden mehr als zwei Drittel (69% oder 1,44 Mio.) zu Hause versorgt, die meisten von ihnen allein durch Angehörige ohne die Unterstützung eines ambulanten Pflegedienstes.

Situation pflegender Angehöriger

In zahlreichen Untersuchungen zur Situation von Pflegepersonen wird deutlich, dass es sich bei den pflegenden Angehörigen um eine vulnerable Personengruppe handelt, die vielfältigen Belastungen ausgesetzt ist. Vorrangig beklagt werden das dauernde Zuständigsein, das Angebundensein an den/die Pflegebedürftige/n und die soziale Isolierung. Als besonders hoch wird die Belastung empfunden, wenn es sich bei dem/der zu Pflegenden um einen demenziell erkrankten Menschen handelt. Nicht selten leiden Angehörige aufgrund der Pflegesituation unter massiven gesundheitlichen Störungen, die physischer und/oder psychischer Art sein können. Angesichts der demographischen Entwicklung, steigender Lebenserwartung und Veränderung des Krankheitsspektrums hin zu chronischen Erkrankungen ist in Zukunft mit einem weiteren Anstieg pflegebedürftiger Menschen zu rechnen. Gleichzeitig verändern sich soziale Strukturen, Familien werden immer kleiner, erwachsene Kinder leben berufsbedingt oft weit entfernt von den Eltern. In zunehmendem Maße lastet die Pflege eines alten Menschen auf einem einzigen Familienmitglied.

Zwar ist die Belastungssituation erkannt, doch es fehlt an tragfähigen Konzepten zu einer wirksamen Unterstützung von pflegenden Angehörigen. Zum Erhalt von Pflegebereitschaft ist es jedoch dringend erforderlich, dieser Personengruppe mehr Aufmerksamkeit zu widmen und Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention zu entwickeln. Erste Ansätze dazu finden sich im Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) mit der Möglichkeit der Inanspruchnahme von Kurzzeit- und Verhinderungspflege, Pflegekursen und häuslichen Pflegeschulungen. Diese Angebote werden Untersuchungen zufolge jedoch eher zögerlich wahrgenommen. So nehmen beispielsweise nur etwa 10-12% der Angehörigen an einem Pflegekurs teil. Die Möglichkeit der Inanspruchnahme einer häuslichen Pflegeschulung ist Familien nur selten bekannt und fristet derzeit eher ein Schattendasein.

Die Rolle der professionellen Pflege

Hier kommt der professionellen Pflege, speziell der ambulanten Pflege, eine wichtige Rolle zu. Schon aufgrund der Pflichten nach § 37(3) SGB XI hat diese Berufsgruppe einen regelmäßigen Zugang zur häuslichen Pflegesituation und so die Möglichkeit, Überlastungserscheinungen bei pflegenden Angehörigen frühzeitig zu erkennen. Daran anschließende, passgenau auf die Bedürfnisse der Betroffenen zugeschnittene häusliche Pflegeschulungen können zu einer wirksamen Entlastung beitragen. Beratende und edukative Elemente stehen dabei im Mittelpunkt, so zum Beispiel ein Training im Umgang mit Hilfsmitteln, das Erlernen bestimmter Pflegetechniken oder einer rückschonenden Arbeitsweise, das Aufzeigen von Entlastungsangeboten, die Beratung zum

Umgang mit einem demenziell erkrankten Menschen, das Erörtern sozialrechtlicher Belange oder die Vermittlung weiterführender Hilfeangebote wie Wohnraum- oder Seniorenberatung.

Neben diesen eher punktuell wirksamen Möglichkeiten einer Unterstützung ist der Aufbau eines pflegerischen Case-Managements für Angehörige dringend erforderlich. Pflegenden Angehörigen benötigen langfristige Begleitung, da sich Fragen und Probleme im Laufe der Zeit verändern. Während zu Beginn der Pflege ein hoher Informationsbedarf nach Gestaltung der neuen Lebenssituation und zum Umgang mit dem/der Pflegebedürftigen besteht, können sich im Laufe der Zeit aufgrund zunehmender Belastung der Pflegeperson oder einer Verschlechterung im Krankheitsbild des/der Pflegebedürftigen andere Unterstützungsbedürfnisse entwickeln.

Für die professionelle Pflege ergibt sich hiermit ein neues Handlungsfeld, dessen Herausforderungen es anzunehmen gilt. Durch begleitende Untersuchungen können Pflegewissenschaft und Public Health Unterstützung leisten und dazu beitragen, dass Kostenträger von der Notwendigkeit eines Ausbaus von Präventionsangeboten für Angehörige überzeugt werden. Dabei ist zu beachten, dass pflegende Angehörige keine homogene Gruppe mit gleich empfundener Belastung und ähnlichen Unterstützungserfordernissen bilden. Die vorliegenden Erkenntnisse legen vielmehr nahe, ein differenzierteres Bild dieser Zielgruppe zu entwickeln und Unterkategorien zu bilden, die sich zum Beispiel auf das Verwandtschaftsverhältnis zwischen der pflegenden und der pflegebedürftigen Person oder die Art der gesundheitlichen Beeinträchtigung des/der Pflegebedürftigen beziehen. Die Situation pflegender Angehöriger zu verbessern, muss auch als gesamtgesellschaftliche Aufgabe begriffen werden. Der Erhalt von Gesundheit und Pflegebereitschaft von Angehörigen ist nicht nur von Vorteil für die direkt Betroffenen, sondern letztlich auch für unser Gesundheitswesen.

CHRISTA BÜKER, *Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW), Universitätsstr. 25, 33615 Bielefeld, Tel.: (05 21) 106 38 94, E-Mail: christa.bueker@uni-bielefeld.de*

Vera Lasch

Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege

Die Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit und Angehörigenpflege gewinnt angesichts der sozialstrukturellen und demografischen Entwicklung nicht nur in Deutschland zunehmend an gesellschafts- und wirtschaftspolitischer Bedeutung. Dabei kumulieren lebenslange Benachteiligungen, denen Frauen im erwerbsfähigen Alter ausgesetzt sind:

- der generell schwierigen Herstellung und geschlechtsspezifisch ungleich verteilten Chancen einer gelingenden Vereinbarkeit von erwerbs- und familienbezogenen Anforderungen (Work Life Balance),
- dem Mangel an familienfreundlicher Politik (auch der Betriebe),
- den aus der Pflegeübernahme noch stärker ungleich verteilten Erwerbs-, Bildungs-, Teilhabe-, Karriere- und Einkommenschancen von Männern und Frauen,
- der ungleich verteilten Verantwortung für Pflegeaufgaben aufgrund der geschlechtsspezifischen und innerfamiliären Arbeitsteilung,
- verbunden damit dem ungleich höheren Erwerbslosigkeits- und Verarmungsrisiko infolge einer Pflegeübernahme,
- der eingeschränkten Lebensqualität von Pflegenden mit Erwerbsverpflichtungen und möglicherweise noch Verpflichtungen gegenüber minderjährigen Kindern (Stichwort: Sandwich- Generation 1).

Insbesondere unter Gerechtigkeits- und Gleichstellungsaspekten stellt sich somit auch die grundsätzliche Frage, wie es mit der freien Entscheidung für oder gegen die Übernahme von Pflegeverantwortung bestellt ist, die Erwerbsmöglichkeiten beschränken oder verhindern.

Von den Erfahrungen anderer Länder, die in ihrem politischen Umgang mit dieser Thematik teilweise ausgereiftere und erprobtere Konzepte haben, könnte profitiert werden.

Expertisen

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend hat gemeinsam mit der Sachverständigenkommission ›Fünfter Altenbericht‹ eine Reihe von Expertisen zum Thema ›Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft‹ in Auftrag gegeben. Es wurden Themen bearbeitet wie: Einkommensverwendung und künftige Einkommenslagen im Alter, Produkte und Dienstleistungen für mehr Lebensqualität im Alter, haushaltsnahe Dienstleistungen, wirtschaftliche und gesellschaftliche Produktivität Älterer und Potenziale des Alterns. Eine der Expertisen hat das Thema Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbstätigkeit und versucht Beispiele guter Praxis aus anderen europäischen Ländern für die bundesdeutsche Diskussion aufzubereiten.

Zu den Ergebnissen

Es gibt signifikante Unterschiede in den Strategien der einzelnen Länder, Vereinbarkeit zu unterstützen. Deutschland hat einen deutlichen Nachholbedarf in der expliziten Berücksichtigung der Bedürfnisse und Schwierigkeiten von häuslich Pflegenden, die gleichzeitig einer bezahlten Erwerbsarbeit nachgehen wollen oder müssen.

Die gegenwärtig in Deutschland vorhandenen Maßnahmen für die Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit und Pflege sind vorrangig auf die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen, der Betriebe und/oder der traditionellen innerfamiliären Arbeitsteilung ausgerichtet. Eine übergreifende Strategie der Vereinbarkeitsförderung ist nicht einmal in Ansätzen erkennbar. Die Ergebnisse der Recherche sprechen für eine besondere Berücksichtigung der englischen und niederländischen Strategien. In diesen Ländern, die über eine ähnliche Struktur und Bedeutung der häuslichen Angehörigenpflege verfügen, finden sich nicht nur Ansätze einer gesamt-konzeptionellen Herangehensweise, sondern auch eine Reihe innovativer Initiativen, die von Interesse sind.

Erkenntnisse über die Anforderungen, die an die Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Erwerbsarbeit gestellt werden, sowie Erfahrungen mit einzelnen Unterstützungsmaßnahmen zeigen, dass beispielsweise die in Großbritannien angestoßene National Strategy for Carers tatsächlich die Bandbreite der erforderlichen Unterstützung im Hinblick auf die involvierten Akteure und die Lebensbereiche der von der Pflegeübernahme betroffenen Pflegenden abdeckt. Sie gehen damit noch wesentlich weiter als die niederländische Strategie des levensloopbeleid, die doch stark auf Ansparmodelle als ›one size fits all‹-Lösung abstellt.

Beide Länder sind aber vor allen Dingen in ihrer expliziten Ausrichtung der Maßnahmen auf die Pflegenden als unterstützungsbedürftige und –würdige Personengruppe selbst beispielhaft. Die strukturell vorrangige Berücksichtigung der Pflegebedürftigen und die nur davon abgeleiteten Ansprüche Pflegenden sind ein zentrales Hindernis für die Unterstützung Pflegenden in Deutschland. Bei der Recherche ist aber auch deutlich geworden, dass viele wesentliche Probleme, die die Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Erwerbsarbeit beeinträchtigen, bereits im Vorfeld eventueller Maßnahmen liegen: z. B. bei der Identifizierung und Selbstwahrnehmung der Betroffenen als Pflegenden und als Personen, die einen legitimen Unterstützungsanspruch geltend machen können.

Eine auf einige wenige Unterstützungsmaßnahmen und ihre bloße Adaption abzielende Unterstützungsstrategie würde von daher sicher zu kurz greifen. Hier zeigt sich, dass die wachsende Bedeutung der besseren Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Erwerbsarbeit mit einer wachsenden Komplexität von Unterstützung und fördernden Maßnahmen auf einem gesamtgesellschaftlichen Niveau einhergeht.

Die Expertisen finden Sie unter www.bmfsfj.de.

DR. VERA LASCH, Universität Kassel, Interdisziplinäre Arbeitsgruppe Frauen- und Geschlechterforschung (IAG FG), Mönchebergstrasse 21 A, 34109 Kassel, Tel.: (05 61) 804 34 76, Fax: (05 61) 804 77 14, E-Mail: lasch@uni-kassel.de

Von der Volkswohlfahrt zum Diversity Management in der Gesundheitsförderung

Die Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e. V. feiert ihr hundertjähriges Bestehen

Die Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e. V. wurde am 28. Januar 1905 in Hannover gegründet und ist damit heute die älteste Gesundheitsförderungs- und Präventionseinrichtung in Deutschland. Auf Anregung des Grafen Douglas gründeten 30 Prominente aus Politik, Wirtschaft und Kirche damals den ›Hauptverein für Volkswohlfahrt in Hannover‹. Ziele des Vereins und Gründungsmotivation waren damals insbesondere die ›Aufklärung über die Tuberkulosekrankheit‹ sowie die ›Zusammenfassung verschiedener Zweige der Volkswohlfahrt‹. In der aktuellen Satzung lautet das Vereinsziel: ›Der Zweck des Vereins ist die Förderung der Gesundheit der niedersächsischen Bevölkerung. Die Aufgaben des Vereins sind, Aktivitäten und Maßnahmen der gesundheitlichen Aufklärung, der Gesundheitserziehung und der Gesundheitsförderung anzuregen, zu unterstützen, zu koordinieren oder selbst durchzuführen und die gemeinsamen Interessen der Mitglieder, unbeschadet deren Selbständigkeit, zu vertreten.‹

Bereits im ersten Jahr waren 45 Einrichtungen und 256 Einzelmitglieder im Verein engagiert. Die Zahl der institutionellen Mitglieder, deren Spektrum von der Ärztekammer Niedersachsen, der Apothekerkammer, der Krankenhausgesellschaft Niedersachsen, den Wohlfahrtsverbänden, allen Sozialversicherungsträgern, den Selbsthilfeeinrichtungen, dem Landessportbund bis zur Verbraucherzentrale reicht, ist heute insgesamt etwas höher als vor 100 Jahren, während die Einzelmitgliedschaften deutlich geringer geworden sind. 1907 wurde das Heidehaus in Stöcken eingeweiht, eine Heilstätte zur Bekämpfung von Lungenerkrankungen. Das Haus wurde gegründet in Zusammenarbeit mit der königlichen Klosterkammer, der Landesversicherungsanstalt und dem Verein für bedürftige Lungenkranke, der später den Betrieb allein aufrecht erhielt. 1907 bereiste ein Wandertuberkulosemuseum die Provinz Hannover und es wurden fünf Ausschüsse gebildet: Finanz-, Wohnungsfürsorge-, Jugendfürsorge- und Literaturausschuss. Ab 1908 fand eine Konzentration der Vereinsarbeit auf Bildung und Aufklärung statt. Weitere Themen der Anfangszeit waren Stillberatung für werdende Mütter, Wohnraumberatung (zur hygienischen, gesunden Wohnungsgestaltung) und die Ausbildung von ›Wandernüchternheitslehrerinnen‹, die über Gefahren des Alkohols aufklärten.

Im ersten Weltkrieg kamen solche Aufgaben wie die praktische Förderung des ›Kriegsgemüseanbaus‹ und die Beratung von entlassenen Kriegsteilnehmern hinzu. Seit Mitte der 20er Jahre bis 1942 wurden im Harz und in der Lüneburger Heide Kinderkurheime für Kinder aus Arbeiterfamilien betrieben. 1948 wurde der Verein von der Militärverwaltung wieder zugelassen. Die Arbeitsschwerpunkte waren dann bis in die 80er Jahre hinein Gesundheitserziehung in Kindertagesstätten und Schulen sowie die Fortbildung von Gesundheitsberufen zu Präventionsthemen. Ein Schwerpunkt lag dabei auf der Weiterbildung von Gemeindefürsorgern, die wohnortbezogen gesundheitliche Fragestellungen aufgriffen. 1996 gründete die Landesvereinigung für Gesundheit

das Praxisbüro Gesunde Schule. Ziel ist die Entwicklung der ›Institution‹ Schule zu einem gesunden Lebensraum für alle Beteiligten. Zu den Aufgaben des Praxisbüros gehören u. a. Projekt- und Gesundheitsmanagement, Prozessbegleitung und -moderation, Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Schülerinnen und Schüler, Fortbildungen und Fachtagungen für Lehrkräfte und Interessierte sowie Veröffentlichungen zu aktuellen Themen im Bereich ›Gesundheit und Schule‹. Mit dem Projekt ›gesund leben lernen‹ ist die Landesvereinigung auch Partner der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherungen. Das gesamte Aufgabenspektrum der Landesvereinigung reicht von der Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten bis zur Gesundheit von Hochbetagten in Einrichtungen der Altenhilfe. Neue Herausforderungen in den letzten Jahren sind die gesundheitlichen Folgen sozialer Benachteiligung und Programme, die hier ansetzen, um gleiche Gesundheitschancen für alle zu gewährleisten.

Anlässlich des Vereinsjubiläums wurde eine Befragung von 100-Jährigen in Hannover vorgenommen, die zu ihren gesundheitlichen Ressourcen im Lebensverlauf interviewt wurden. Fazit dieser Befragung ist, dass neben gesundheitsbewusstem Verhalten es vor allem soziale Netzwerke sind, die gesund erhalten und die von den 100-Jährigen der Stichprobe auch als solch protektiver Faktor über den Lebensverlauf hinweg wahrgenommen wurden.

Am 3. Juni 2005 fand die Jubiläumstagung des Vereins unter dem Titel ›Ungleich besser?! – Diversity Management in

der Gesundheitsförderung in der Ärztekammer statt. Traditionell hat sich die Landesvereinigung Aufgabenschwerpunkten und Zielgruppen zugewandt, die einzelne Träger nicht alleine erreichen können. Der Zugang zu denjenigen Zielgruppen mit den höchsten Bedarfen stellt nach wie vor die größte Herausforderung in der Prävention und Gesundheitsförderung dar. Bislang erreichen viele Angebote der Sozialversicherungen und anderer Träger vor allem die Menschen, die ein höheres Bildungsniveau und damit eng verknüpft auch ein höheres Gesundheitsbewusstsein haben. Andere Gruppen mit wesentlich schlechteren Ausgangslagen aufgrund ihres Lebensalters, ihrer sozialen Lage oder auch ihres Geschlechtes und entsprechend höheren Präventionspotenzialen werden dagegen kaum erreicht. Gesundheitsförderungs- und Präventionsangebote sind gerade für die Zielgruppen mit den größten Bedarfen am schwersten zu realisieren. Dafür wurden auf der Tagung verschiedene Ansatzpunkte vorgestellt.

Dr. Ursula von der Leyen, die Niedersächsische Ministerin für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit, eröffnete die Tagung: »Ich bin froh, dass wir in Niedersachsen auf funktionierende Strukturen der Gesundheitsförderung und Prävention zurückgreifen können. Gesundheitsförderung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, wir müssen die Gesundheitschancen der nachwachsenden Generationen sichern. Die Landesvereinigung für Gesundheit vernetzt die wesentlichen Träger aus dem Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesen und liefert so einen wichtigen Beitrag für ein gesünderes Niedersachsen.«

Dr. Elisabeth Pott, die Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (und ehemalige Vorsitzende der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.) stellte die grundsätzlich gewachsene Bedeutung von Gesundheitsförderung heraus und würdigte dabei auch die Rolle der Landesvereinigungen. Prof. Dr. rer. pol. Peter Gross von der Universität St. Gallen skizzierte die gesellschaftlichen Entwicklungen, die einfache (Kampagnen-)lösungen in der Prävention verunmöglichen: »Dem immer vielfältiger werdenden Angebot an Leistungen wird mit Verhaltens- und Konsummustern begegnet, die wie die Fitness-Zentren, XXL-Treffs oder Wellness-Oasen die Orientierung und Teilhabe am Gemeinsamen versprechen. Die Heterogenisierung der Lebensstile und -entwürfe und die Aufspaltung der gewohnten Selbstverständlichkeiten sind für die Ausschöpfung der präventiven Potenziale in der Tat eine neue Herausforderung.«

Weitere Beiträge von Prof. Adelheid Kuhlmeier, Prof. Theda Borde, Dr. Ellen Kuhlmann und Dr. Andreas Mielck zeigten für verschiedene Zielgruppen die Anforderungen eines Diversity Managements in der Gesundheitsförderung auf. Eine Veröffentlichung zu den Tagungsergebnissen und Aktivitäten der wichtigsten Kooperationspartner wird im Oktober 2005 erscheinen. Außerdem sind verschiedene weitere Tagungen zu erfolgreichen Vernetzungsstrukturen im Bereich Gesundheitsfördernde Hochschulen, Alter(n) und Gesundheit sowie Frauen und Gesundheit geplant. Informationen hierzu und die Vorträge der Veranstaltung befinden sich auf der Internetseite der Landesvereinigung.

100 Jahre

LANDESVEREINIGUNG FÜR GESUNDHEIT NIEDERSACHSEN E.V.

Hundertjährige im Gespräch

Anlässlich des 100-jährigen Jubiläums der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. sind Hundertjährige zum Thema Gesundheit befragt worden.

Von knapp 8 Millionen Menschen in Niedersachsen sind 5773 über 99 Jahre, das entspricht 0,07 % der niedersächsischen Bevölkerung. 64% der über 99-jährigen sind Frauen, 36% Männer.

Eine zentrale psychologische Stärke der Hundertjährigen ist ihre Fähigkeit, positive Lebensperspektiven aufrechtzuerhalten und positive Deutungen vorzunehmen. Sie verstehen in hohem Maße, eigene Einschränkungen zu kompensieren und entwickeln eine große Akzeptanz gegenüber Dingen, die sie nicht verändern können.

Erna Heymeier Hannover

1905 geboren
seit 1991 verwitwet
2 Söhne,
1 Sohn 1945 gefallen

„...Musik ist was Schönes für die Seele...“

...meine Lieblingsoper ist der Troubadour von Verdi.“

Was ich mit Gesundheit verbinde: ...wenn man sich gut fühlt
...wenn man nicht mehr gut hört, kann man am Leben nicht mehr so richtig teilnehmen

Was ich getan habe, um gesund zu bleiben: ...unsere Mutter hat uns Kinder nach den Regeln von Kneipp behandelt
...zu meiner Beschäftigung habe ich viel gestrickt und gestickt
...ich liebe Musik, früher hatte ich ein Abo im Opernhaus

Niedrigschwellige Betreuungsangebote

Gesundheitsförderliche und präventive Aspekte

Rund 60 % der Demenzerkrankten leben laut Viertem Altenbericht in Privathaushalten und werden vor allem von Angehörigen gepflegt. Über die damit verbundenen Belastungen der pflegenden Angehörigen, die aufgrund des Krankheitsbildes insbesondere mit der Pflege von Demenzerkrankten einhergeht, liegt eine Vielzahl von Untersuchungsergebnissen vor. Aufgrund der vielfältigen Symptomatik ist der Hilfebedarf sehr unterschiedlich und erfordert in fortgeschrittenen Stadien oftmals eine ständige Beaufsichtigung und Betreuung. Bisher wurde diesen besonderen Anforderungen an die Betreuung im Pflegeversicherungsrecht nicht ausreichend Rechnung getragen.

Zusätzliche Leistung

Vor diesem Hintergrund ist am 01.01.2002 das Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz in Kraft getreten. Damit haben Pflegebedürftige der Pflegestufe I, II oder III mit demenzieller Erkrankung, geistiger Behinderung oder psychischer Erkrankung sowie einem erheblichen Bedarf an allgemeiner Betreuung und Beaufsichtigung seit dem 01.04.2002 Anspruch auf einen zusätzlichen Betreuungsbetrag in Höhe von 460,- Euro jährlich. Dieser Betrag ist zweckgebunden einzusetzen, z. B. für niedrigschwellige Betreuungsangebote. Mit dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz sollen weiterhin neue Versorgungsstrukturen ausgebaut werden.

Niedrigschwellige Betreuungsangebote

In niedrigschwelligen Betreuungsangeboten nach dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz übernehmen Helferinnen und Helfer die Beaufsichtigung und Betreuung der Pflegebedürftigen. Bürgerschaftliches Engagement ist demnach wesentlicher Bestandteil und Voraussetzung für die Umsetzung. Ziel ist die Entlastung pflegender Angehöriger, um die Pflegesituation zu erleichtern und deren Lebensqualität zu verbessern. Es sollen flexible, bedürfnisorientierte und wohnortnahe Angebote geschaffen werden.

Gesundheitsförderliche und präventive Aspekte

Inwieweit stellen Entlastung und Unterstützung von pflegenden Angehörigen gesundheitsförderliche und präventive Aspekte dar? Im Rahmen einer ersten Erhebung wurden gesundheitsförderliche und präventive Aspekte niedrigschwelliger Betreuungsangebote und die Besonderheiten dieser Angebote in Bezug auf die Entlastung pflegender Angehöriger herausgearbeitet. Wesentliche Voraussetzung ist die Bereitstellung und Umsetzung niedrigschwelliger Betreuungsangebote durch entsprechende Träger. Dazu wurden unterschiedliche Anbieter anerkannter Angebote in Niedersachsen mit Hilfe eines Leitfadenterviews sowohl zu ihren Erfahrungen bei der Umsetzung der Angebote als auch zu den entlastenden Aspekten für die pflegenden Angehörigen befragt. Hinsichtlich der Umsetzung wurden u. a. die Verbreitung des Angebotes, die Inanspruchnahme und die Besonderheiten dargestellt. Dabei wurde besonders die Bedeutung der Ehrenamtlichen hervorgehoben. So wurde berichtet, dass die Angehörigen gerade den Austausch mit den freiwilligen Helferinnen und Helfern positiv wahrnehmen, worin sich wesentliche Elemente sozialer Unterstützung zeigen. In Hinblick auf gesundheitliche und präventive Aspekte wurde vor allem die rein zeitliche Entlastung erwähnt, um Zeit für eigene Aktivitäten wie z. B. not-

wendige Erledigungen zu haben. Wenn gleich nicht explizit genannt, kann dies auch die Nutzung notwendiger Angebote zur Gesundheitsvorsorge beinhalten. Ausdrücklich beschrieben wurde die Ausübung von Freizeitaktivitäten oder die Pflege sozialer Kontakte. Erwähnt wurden auch die Bedeutung des Austausches und der Information sowie gesundheitsförderliche Elemente wie die Stärkung der Angehörigen durch Verständnis, Wertschätzung und Anerkennung im Sinne von Empowerment. Betont wurde die besondere Flexibilität, die durch den Einsatz von Freiwilligen ermöglicht wird. Dies kommt besonders der Forderung nach Umsetzung in der Lebenswelt der Betroffenen nahe.

Wichtiges Angebot

Niedrigschwellige Betreuungsangebote beinhalten demnach unterschiedliche Facetten der Entlastung und Unterstützung. Vor dem Hintergrund zunehmender Bedeutung von Gesundheitsförderung und Prävention und der Notwendigkeit, die häusliche Versorgung zu unterstützen und weiter zu entwickeln, können niedrigschwellige Betreuungsangebote ein zusätzlicher Baustein der ambulanten Versorgung sein.

*Literatur bei der Verfasserin.
Anschrift: siehe Impressum*

Baldo Blinkert

Die Entwicklung der Pflegebereitschaft ...

... unter den Bedingungen des demographischen und sozialen Wandels

Unter ›Pflegebereitschaft‹ verstehe ich die Bereitschaft, Versorgungsverpflichtungen gegenüber einem pflegebedürftigen Menschen – in erster Linie gegenüber einem nahen Angehörigen – zu übernehmen. Die künftige Entwicklung dieser Bereitschaft hängt ab von jetzt schon erkennbaren demographischen und soziokulturellen Bedingungen und von institutionellen Veränderungen, die kaum vorhersagbar sind. Die auf gesellschaftlicher Ebene insgesamt verfügbare Bereitschaft zur Übernahme von Pflegeverpflichtungen lässt sich mit dem Begriff des ›informellen Pflegepotenzials‹ beschreiben. Das ›informelle Pflegepotenzial‹ sind die im sozialen Unterstützungsnetzwerk vorhandenen nichtberuflichen Helferinnen und Helfer – in erster Linie Lebens(Ehe)partnerinnen und -partner und Kinder. Im weiteren Sinne können auch Freunde, Bekannte oder Nachbarn dazugehören. Ihr Beitrag zur Sicherung der Versorgung mag im Einzelfall wichtig sein, spielt unter quantitativen Gesichtspunkten mit rund 7 % derzeit aber nur eine geringe Rolle.

Durch ein Simulationsmodell konnten wir zeigen, wie sich das informelle Pflegepotenzial im Laufe der nächsten Jahre verändert, wenn wir nur die sehr sicher vorhersagbaren Bedingungen berücksichtigen (Abb. 1).

Die erwartbaren Entwicklungen sind eindeutig. Einer beträchtlichen Steigerung der Zahl der zu versorgenden Pflegebedürftigen steht ein abnehmendes informelles Pflegepotenzial gegenüber. Zu berücksichtigen ist, dass bei dieser Simulation nicht vorausgesetzt wurde, dass die Menschen ›pflegeunwilliger‹ werden. Nur die jetzt schon erkennbaren Veränderungen wurden berücksichtigt: die abnehmende Zahl von Menschen im ›pflegefähigen Alter‹, eine moderat steigende Erwerbsquote – vor allem von Frauen, eine zunehmende Zahl von älteren pflegebedürftigen Menschen, die allein leben.

Wahrscheinlich müssen wir mit einer noch deutlicheren Abnahme der Pflegebereitschaft rechnen, wenn wir weniger gut vorhersagbare soziale und

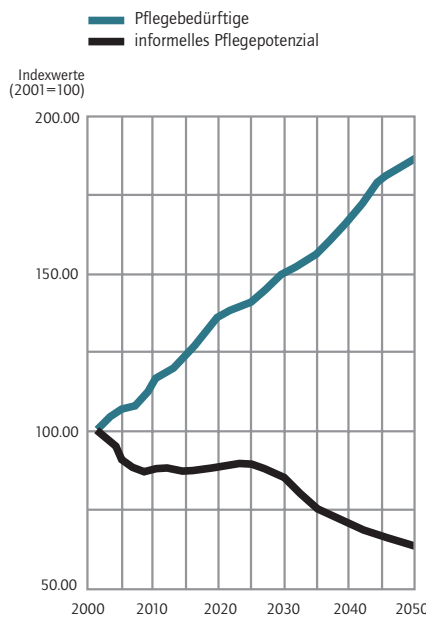


Abb. 1 Pflegebedürftige und formelles Pflegepotenzial – Indexwerte bis 2050
Schätzwerte auf der Grundlage einer Simulation

kulturelle Veränderungen berücksichtigen. Anlass zu dieser Vermutung geben Ergebnisse eigener Untersuchungen zur Pflegebereitschaft in verschiedenen sozialen Milieus. Soziale Milieus haben wir unter zwei Gesichtspunkten klassifiziert: zum einen, welches ›strukturelle Kapital‹ verfügbar ist (gemessen über das Einkommen, den Schulabschluss, den Berufsstatus) und welches ›symbolische Kapital‹ inkorporiert ist, d. h. ob eher ein vormoderner oder moderner Lebensentwurf vorliegt. Die Extreme lassen sich als ›Verlierer-Milieus‹ klassifizieren mit wenig strukturellem Kapital (niedriges Einkommen, einfache Schulbildung, niedriger Berufsstatus) und einem Lebensentwurf, der mit den auf Individualisierung und Flexibilität angelegten Anforderungen moderner Gesellschaft nur wenig korrespondiert. Das Gegenstück dazu sind die ›Gewinner-Milieus‹ mit relativ hohem Einkommen, einem hohen Schulabschluss und Berufsstatus und mit einem Lebensentwurf, der deutlich auf Individualisierung und Selbstverwirklichung angelegt ist. Unsere Untersuchungen zeigen, dass die Bereitschaft zur eigenständigen Versorgung eines pflegebedürftigen Angehörigen in den ›Verlierer-Milieus‹ am größten und in den ›Gewinner-Milieus‹ am geringsten ist.

Der strukturelle Wandel geht eindeutig in die Richtung, dass der Anteil der Milieus mit der größten Pflegebereitschaft weiter abnehmen wird. Wir müssen deshalb mit einer Abnahme des gesellschaftlichen Pflegepotenzials rechnen, das deutlich über das hinaus-

geht, was wir auf der Grundlage von sicheren demographischen und sozialen Veränderungen annehmen können. Wenn die institutionellen Bedingungen unverändert bleiben und der bereits jetzt erkennbare demographische und soziale Wandel sich trendgemäß fortsetzt, ist langfristig mit einer Entwicklung zu rechnen, die alle Beteiligten überfordert und auch für die Qualität der Pflege nur das Schlimmste erwarten lässt.

Bis ungefähr 2010 ist eher mit einer im Grunde noch überschaubaren und moderaten Veränderung der Verhältnisse zu rechnen. Erst ab 2010/2015 wird deutlich, dass sich die Verhältnisse grundlegend und dramatisch ändern. Die Chancen der Entwicklung bestehen darin, dass es ausreichend Zeit für eine ›geordnete Anpassung‹ geben wird. Gefahren sind darin zu sehen, dass die noch einigermaßen erträglichen mittelfristigen Veränderungen zu Illusionen Anlass geben und zu der Einschätzung, dass die grundlegenden Anpassungen an zu erwartende Veränderungen nicht erforderlich sind.

Eigene Modellberechnungen und empirische Studien zeigen, dass die Situation keineswegs hoffnungslos ist, wenn alle relevanten Akteure diese Entwicklungen rechtzeitig erkennen und ihre Ressourcen und Phantasie einsetzen, um in einer geeigneten Weise gegenzusteuern. Den sozialen und demographischen Wandel wird man nicht verhindern können. Aber man kann Strukturen schaffen, die auch unter veränderten Bedingungen eine qualitativ hochwertige und humane Versorgung von Pflegebedürftigen ermöglichen. Dazu gehört u. a. eine verbesserte Vereinbarkeit von Beruf und Pflege und der Ausbau bzw. die Neuerfindung von Infrastrukturen, die das unterstützen und gemischte Pflegearrangements fördern.

Literatur beim Verfasser.

PD DR. BALDO BLINKERT, *Institut für Soziologie der Universität Freiburg, Rempartstr. 15, 79085 Freiburg, Tel.: (07 61) 203 34 89, E-Mail: baldo.blinkert@soziologie.uni-freiburg.de*

Julia Lademann

Häusliche Schwerst- krankenpflege und Empowerment

Von den zwei Millionen Pflegebedürftigen in Deutschland, die nach SGB XI als pflegebedürftig gelten, werden rund zwei Drittel zu Hause versorgt und zwar überwiegend durch pflegende Angehörige. Daher wird oft von der Familie als dem größten Pflegedienst der Nation gesprochen. Tatsächlich sind es in erster Linie die Frauen der Familie, welche die meiste Pflegearbeit leisten: Mit Töchtern, Schwiegertöchtern, (Ehe)Partnerinnen und Müttern stellen Frauen zu 80% den größten Anteil der pflegenden Angehörigen. Bei den über die Pflegeversicherung als rentenversicherungspflichtig gemeldeten Pflegepersonen sind es sogar mehr als 90%.

Im Rahmen eines Promotionsprojektes, welches derzeit kurz vor dem Abschluss steht, wurde an der Universität Bremen eine Studie über pflegende Angehörige in der ambulanten Schwerstkrankenpflege durchgeführt. Mit Hilfe leitfadengestützter Interviews wurden pflegende Angehörige – zumeist Frauen – zu ihrer Situation befragt. Dabei stand die Perspektive der Befragten auf das Versorgungssystem im Vordergrund der Betrachtung: Wie positionieren sie sich in der häuslichen Versorgung Schwerstpflegebedürftiger selbst und inwieweit fühlen sie sich in ihren Bestrebungen, die Versorgungssituation zu meistern, von Pflegediensten, Kliniken, niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, anderen Therapeutinnen und Therapeuten, Krankenkassen sowie Firmen für medizinisch-technische Gerätschaften unterstützt und gestärkt oder auch beschnitten.

Mit der politisch gewollten Stärkung von Selbstverantwortung und Selbstbestimmung im Gesundheitssystem werden in erster Linie Patientinnen und Patienten als Nutzer von Gesundheitsleistungen angesprochen. Kaum beachtet werden dagegen pflegende Angehörige, die zwar bereits sehr viel Verantwortung in der häuslichen Pflege übernehmen, aber bislang wenig systematisch hinsichtlich einer selbstbestimmten Gestaltung derselben eingebunden und gestärkt werden. Gemäß der angestrebten Entwicklung eines bürgerorientierten Gesundheitssystems, das partizipativ statt paternalistisch zu

gestalten ist, gilt es in der häuslichen Pflege konsequent alle Beteiligten einzubeziehen und damit auch (potenziell) pflegende Angehörige. Dies gilt vor allem für die Entscheidungsfindung hinsichtlich der häuslichen Pflege, da diese Entscheidung nicht nur für die Pflegebedürftigen, sondern auch für die Angehörigen tragfähig sein muss. Gerade in der häuslichen Schwerstkrankenpflege, die ohne informelle Pflege kaum realisierbar ist, da sie den größten Teil der Versorgungsleistungen trägt, müssen vor allem Frauen als Angehörige gezielt darin unterstützt werden, eine für sie tragfähige Entscheidung zu treffen. Als weitere Instrumente, um Partizipation und Selbstbestimmungsvermögen zu erhöhen, dienen Informationsvermittlung sowie Anleitung und Schulung. Darüber hinaus können Betroffene eine häusliche Pflege vor allem dann selbstbestimmt organisieren, wenn gezielt deren Ressourcen und Potenziale gestärkt werden und eine Orientierung an ihrem Alltagsleben erfolgt, statt der vorwiegend vorherrschenden Orientierung an Belangen des Systems und den darin arbeitenden Professionellen.

Wenn pflegende Angehörige gezielt unterstützt und im Sinne von Empowerment gestärkt werden, kann dies zum Auffangen einer sehr einseitigen geschlechtsspezifischen Belastung dienen. Darüber hinaus kann damit eine Aufwertung der Rolle pflegender Angehöriger einhergehen, die somit möglicherweise auch von Männern eher übernommen wird, als dies bislang der Fall ist.

JULIA LADEMANN, *Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung, Postfach 330440, 28334 Bremen, Tel.: (04 21) 218 97 96, E-Mail: lademann@uni-bremen.de*

Helmut Fabel

»Rauchende Kids«

Die Deutsche Lungenstiftung e. V. setzt sich durch die Förderung von Forschung und Lehre für die Verbesserung der Struktur in der Pneumologie ein und verfolgt das Ziel, für dieses epidemiologisch bedeutsame medizinische Fachgebiet die benötigte Öffentlichkeit zu erzeugen. Ein wichtiges Betätigungsfeld der Deutschen Lungenstiftung besteht in der Primärprävention »Rauchen bei Kindern und Jugendlichen«. Hier erprobt die Deutsche Lungenstiftung in einem mehrdimensionalen Projektdesign moderne Wege der Tabak-Prävention.

Wettbewerbe

Jährlich verleiht die Lungenstiftung einen bundesweiten Kreativpreis für Schülerinnen und Schüler, so 2004 im Rahmen des musikalischen Wettbewerbs »Create your world – without drugs – Rock your School«. Die selbst komponierten, viel versprechenden Gewinner-Songs wurden auf einer professionellen CD zusammengestellt (Bezug über die Lungenstiftung).

2005 startete erneut ein kreativer Schulwettbewerb mit attraktiven Geldpreisen: »Frei und unabhängig – Schreiben gegen die Sucht«. Bis zum 31.08.2005 sind Schülerinnen und Schüler bundesweit aufgefordert, sich dem Thema Sucht und Drogen als Nachwuchs-Autoren und -Autorinnen zu widmen. Die Beiträge sollen im Herbst 2005 in einem Buch zusammengefasst werden.

Studie Inhalationsrauchen

2004 wurde ein Projekt zur Messung des Kohlenmonoxid (CO)-Gehaltes in der Ausatemluft bei Schulkindern durchgeführt, um deren Gefährdung durch potenzielles Inhalationsrauchen zu erfassen. In Niedersachsen wurden Schulkinder verschiedener Altersstufen (1. – 10. Klasse, N = 547) in einer anonymen Befragung zu ihrem Rauchverhalten, zum »Passivrauchen« und zur Verfügbarkeit von Zigaretten, etwa auf dem Schulweg, befragt. Die Befragung wurde mit einer einfachen Lungenfunktionsprüfung sowie einer CO-Messung der Ausatemluft kombiniert.

Es war auffällig, dass insgesamt 58 % der 6 – 18-Jährigen aussagten, sie



Salman, Menkhaus, Hohmann

›Mit Migranten für Migranten‹ (MiMi) – ...

... Das interkulturelle Gesundheitsprojekt wird ausgeweitet

könnten sich Zigaretten auf dem Schulweg beschaffen. In der Altersgruppe der ab 12-Jährigen waren dies sogar knapp 70%. Das eigene Rauchverhalten dagegen wird – trotz anonymer Erhebung – vermutlich eher unterschätzt: Nur 13% aller befragten Schüler und Schülerinnen sagten aus, selbst gelegentlich zu rauchen, wobei allerdings nahezu jeder und jede Dritte der Befragten angab, die eigenen Freunde und Freundinnen rauchten. In der Altersgruppe der 12–18-Jährigen gaben rund 20% zu, gelegentlich zu rauchen, während rund 40% der eigenen Freunde und Freundinnen dieser Altersgruppe als Raucher und Raucherinnen bezeichnet werden.

Bei der Messung des CO-Gehaltes der Ausatemluft zeigte sich, dass insgesamt bereits 8% der Gesamtgruppe bzw. 12,6% aller über 12-Jährigen gemäß der CO-Messung als wenigstens mittelschwere Raucher und Raucherinnen einzuschätzen sind. Als schwere Raucher und Raucherinnen konnten 6% aller über 12-Jährigen identifiziert werden. 60% der starken Raucher und Raucherinnen waren Jungen. 4,5% aller männlichen Schüler (7% der 12–18-Jährigen) waren gemäß der CO-Messung als ›schwere‹ Raucher einzuordnen. Die Mädchen gehören häufiger zu den ›gemäßigten‹ Raucherinnen. Etwa 3% aller Mädchen wiesen Messwerte schwerer Raucherinnen auf, bei den über 12-Jährigen waren dies knapp 5%.

Die Deutsche Lungenstiftung wird den Arbeitsbereich ›Rauchende Kids‹ auch zukünftig weiter ausbauen, z. B. mit gezielten Informationsmaterialien für Jugendliche.

PROF. DR. HELMUT FABEL, *Deutsche Lungenstiftung e.V., Herrenhäuser Kirchweg 5, 30167 Hannover, Tel.: (05 11) 215 51 10, Fax: (05 11) 215 51 13, E-Mail: deutsche.lungenstiftung@t-online.de, Internet: www.no-rette.de*

Nicht erst aufgrund der Veränderungen durch die Gesundheitsreform fällt es vielen Migrantinnen und Migranten schwer, unser Gesundheitssystem zu durchschauen. Um vorhandene Informationslücken zu schließen und gesundheitliche Ressourcen von Migrantinnen und Migranten zu fördern, wird das erfolgreiche Projekt ›MiMi – Mit Migranten für Migranten‹ unter der Schirmherrschaft von Marieluise Beck, der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, im Jahr 2005 fortgeführt. Die Grundidee: Gut integrierte Migrantinnen und Migranten werden von Fachleuten aus dem Gesundheitswesen geschult und darauf vorbereitet, muttersprachliche Informationsveranstaltungen durchzuführen, in denen sie ihren Landsleuten sowohl die Organisation des deutschen Gesundheitssystems als auch Präventionsthemen wie Bewegung, Ernährung, Unfallprävention, Tabakkonsum, Alkoholkonsum, Umgang mit Medikamenten, Seelische Gesundheit, Vermeidung von Übergewicht, Familienplanung, Schwangerschaftsvor- und -nachsorge oder Kindergesundheit vermitteln.

Bundesweites Angebot

Das Projekt wird im Auftrag des BKK Bundesverbandes vom Ethno-Medizinischen Zentrum (EMZ) in Kooperation mit zahlreichen regionalen Partnern durchgeführt. Nach erfolgreicher Pilotphase wird das Projekt inzwischen in Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Bayern, Hamburg und Hessen umgesetzt. Derzeit laufen Schulungen für 179 Migrantinnen und Migranten an den Standorten Bielefeld, Duisburg/ Essen, Frankfurt, Hamburg, Hannover, Landkreis Hildesheim, München und Münster.

Die als ›Gesundheitsmediatoren‹ ausgebildeten Migrantinnen und Migranten sollen dann in 2–3-stündigen Informationsveranstaltungen ihre Landsleute verständlich und kultursensibel über das deutsche Gesundheitssystem aufklären und sie über ein ausgewähltes Präventionsthema infor-

mieren. Ab August 2005 sollen in allen Projektstädten diese mehrsprachigen Präventionsveranstaltungen angeboten werden. Auch der im Projekt entwickelte und in 9 Sprachen verfasste Gesundheitswegweiser ›Hand in Hand – Das deutsche Gesundheitswesen‹ wird dabei zum Einsatz kommen.

Lokale Angebote

Das EMZ und die lokalen Kooperationspartner und -partnerinnen bieten daher interessierten Institutionen wie z. B. Arzt- und Hebammenpraxen, Kliniken, Vereinen, Trägern von Integrationskursen, Gemeindezentren, Moscheen, Sprachschulen oder Betrieben an, die Gesundheitsmediatorinnen und -mediatoren für Informationsveranstaltungen anzufordern. Interessenten, die mit deren Hilfe Präventionsveranstaltungen für Migrantinnen und Migranten anbieten möchten, können sich bei den jeweiligen lokalen Kooperationspartnern und -partnerinnen melden.

Deren Kontaktdaten befinden sich auf der Website www.bkk-promig.de unter ›Aktuelles‹.

RAMAZAN SALMAN, BJÖRN MENKHAUS, TANJA HOHMANN, *Ethno-Medizinisches Zentrum e.V., Königstraße 6, 30165 Hannover, Tel.: (05 11) 16 84 10-20, Fax: (05 11) 45 72 15, E-Mail: ethno@onlinehome.de*



Maren Pflüger

›Gesund essen mit Freude‹

Bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen nehmen Häufigkeit und Schweregrad von Übergewicht und Adipositas in alarmierender Weise zu. Nicht nur der Sozialstatus, sondern auch die Staatsangehörigkeit beeinflussen das Gewicht. Kinder türkischer Herkunft leiden doppelt so häufig unter Übergewicht wie deutsche Kinder.

Deshalb hat ›Gesundheit Berlin‹ in einem Modellprojekt ›Migrantinnen als Gesundheitsmanagerinnen der Familie‹ gemeinsam mit dem BKK-Bundesverband im Rahmen des Programms ›Mehr Gesundheit für alle‹ kultursensible und handlungsorientierte Ernährungskurse entwickelt. Der Ernährungskurs soll das gesundheitsbewusste Ernährungs- und Kochverhalten in der Familie prägen, wobei kulturbedingte Ernährungsgewohnheiten berücksichtigt werden, um das Erlernte leichter im Alltag umzusetzen. Das Angebot orientiert sich an den Essgewohnheiten und Ressourcen der Familien und unterstützt die Entwicklung gesundheitsfördernder Strukturen im Setting (z. B. Familie, Kita, Schule und Stadtteil). Ein Kursmanual unterstützt die Durchführung solcher Kurse. Nach einem partizipativen Ansatz wird im Wechsel aus Theorie und praxisorientierten Kocheinheiten gesundes Ernährungsverhalten erprobt. Während eines Ernährungskurses haben türkische Frauen aus dem Berliner Stadtteil Wedding, gemeinsam mit einer Diplom-Ökotrophologin sowie einer Sprach- und Kulturmittlerin, Fragen und Probleme zum Thema Ernährung und Gesundheit diskutiert, wobei das ›Kiezkochbuch‹ entstanden ist. Das Kochbuch in türkischer und deutscher Sprache enthält neben Rezepten auch Informationen rund um die Themen ›Gesunde und ausgewogene Ernährung‹, ›Kinderernährung‹, ›Prävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen‹ und ›Prävention von Essstörungen‹. Um die Organisation weiterer Kurse zu erleichtern, wurde ein Leitfaden für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren im Stadtteil, in Kindergärten und in Schulen entwickelt. Er gibt Tipps zur Durchführung sowie zu Finanzierungsmöglichkeiten und nennt wichtige Ansprechpartner.

Zeitgleich mit der Grünen Woche startete Ende Januar 2005 eine Öffentlichkeitsaktion ›Gesund essen mit Freude‹, um Menschen in sozial benachteiligten Stadtteilen oder mit Migrationshintergrund zu erreichen, die herkömmliche Präventionsangebote bislang wenig wahrnahmen. Im Mittelpunkt stand eine einwöchige tägliche Sendung mit Kochstudio und Expertengesprächen rund um das Thema Ernährung und Gesundheit, die täglich auf dem türkischen Fernsehsender TD1 ausgestrahlt wurde. Ein Studiokoch stellte gesunde Gerichte vor, die nach Rezepten des Kiezkochbuchs zubereitet wurden. Anschließend diskutierte eine Expertenrunde zu verschiedenen Themen der Ernährung. Zu den Gästen zählte unter anderem auch Berlins Gesundheitssektorin Dr. Heidi Knake-Werner (PDS). Zusätzlich wurde eine Expertenhotline geschaltet, bei der türkischsprachige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Gesundheit Berlin Fragen zum Thema Ernährung beantworteten und Bestellungen für das Kiezkochbuch entgegennahmen. Die Aktion ›Gesund essen mit Freude‹ war erfolgreich und es konnte gezeigt werden, dass das Fernsehen ein wichtiges Medium darstellt, damit gesundheitsfördernde Maßnahmen diese Zielgruppe erreichen. Die Aktion soll jetzt bundesweit ausgedehnt werden. Die erwähnten Materialien können von allen Interessierten kostenlos bestellt werden.

Die Aktion ›Gesund essen mit Freude‹ steht unter der Schirmherrschaft der Bundesministerin für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft Renate Künast und des türkischen Botschafters in Berlin Mehmet Ali Irtemcelik.

Weitere Informationen zur Aktion unter www.saglik-berlin.de. Das Kiezkochbuch und das Kursmanual stehen zum Download zur Verfügung.

MAREN PFLÜGER, *Gesundheit Berlin e. V.*,
Friedrichstr. 231, 10969 Berlin,
Tel.: (030) 44 31 90 71,
Fax: (030) 44 31 90 63,
E-Mail: kochbuch@gesundheitberlin.de

Michaela Filipini

Bundeswettbewerb ›Besser essen. Mehr bewegen.‹

›Besser essen. Mehr bewegen.‹ Unter diesem Motto führt das Bundesministerium für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft einen bundesweiten Wettbewerb durch. Gesucht sind lokale und regionale Initiativen und Konzepte, die dem Übergewicht von Kindern den Kampf ansagen. Vorbeugung ist dabei Trumpf, und Ideen, die diesem Anspruch gerecht werden, sind preisverdächtig.

Am 2. Mai 2005 hat Bundesverbraucherministerin Renate Künast den Startschuss gegeben. Bis zum 1. August 2005 kann man sich bewerben. 15 Millionen Euro stehen in den nächsten drei Jahren für den Wettbewerb zur Verfügung. Rund 25 Projekte, die in einem zweistufigen Verfahren von einer unabhängigen Jury ausgewählt werden, erhalten drei Jahre lang eine finanzielle Unterstützung. Beginn des Förderzeitraums ist voraussichtlich Januar 2006.

Zielgruppe der Wettbewerbsbeiträge sind Kinder in Deutschland von Null bis zehn Jahren (Ende der Grundschule). Um die Akzeptanz der Maßnahmen und ihre Nachhaltigkeit zu verbessern, sollten möglichst auch Eltern und Familien in die Konzepte einbezogen werden. Entscheidend ist, dass durch lokale Netzwerke Strukturen geschaffen werden, die auch nach dem Ende der staatlichen Förderung die Wettbewerbsziele weitertragen.

Bewerben können sich Kooperationen mehrerer Partner, die ein gemeinsames Konzept vorlegen, mit dem Ziel, in ihrem Umfeld (Dorf, Stadt, Landkreis) der Entstehung von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen frühzeitig entgegenzuwirken.

Nähere Informationen zu den Wettbewerbsinhalten sowie zu den Teilnahmebedingungen finden Sie unter www.kinderleicht.net/wettbewerb.html.

DR. MICHAELA FILIPINI, *Geschäftsstelle ›Besser essen. Mehr bewegen.‹ Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung (BLE)*,
Deichmanns Aue 29, 53179 Bonn,
Tel.: (02 28) 68 45 37 87,
E-Mail: Michaela.Filipini@ble.de

Katrin Hodler

Wohnungsanpassung für ältere und behinderte Menschen

93 % der älteren Menschen leben zu Hause und möchten dort auch bleiben, wenn alterstypische Erkrankungen die selbständige Lebensführung erschweren. Leider sind diese angestammten Wohnungen, in denen die Bewohner und Bewohnerinnen häufig schon sehr lange leben, in der Regel nicht den Erfordernissen des Alters angepasst. Vielfach ist ihre Nutzung bei eingeschränkten körperlichen Fähigkeiten schwierig oder unmöglich. Zu den häufigsten Wohnungsmängeln zählen: hinderliche oder unüberwindbare Stufen und Treppen, fehlende Haltegriffe im Bad, nicht nutzbare Badewannen und Duschen, zu enge oder voll gestellte Räumlichkeiten, zu schmale oder falsch öffnende Türen, fehlende Handläufe und Geländer, gefährliche Schwellen, Stoßkanten und Stufen in der Wohnung, Bodenbeläge mit Rutsch- oder Stolpergefahr.

Was kann getan werden? In vielen Fällen ist eine Umgestaltung der Wohnung, eine so genannte Wohnungsanpassung, zugeschnitten auf die individuellen Bedürfnisse des Bewohners oder der Bewohnerin möglich. Schwellen können beseitigt oder durch Rampen ersetzt werden, Treppen durch zusätzliche Handläufe gesichert oder durch Treppenlifte überwunden werden. Badewannen können durch Hilfsmittel wieder benutzbar gemacht oder zu Duschen umgebaut werden. Hilfsmittel und Haltegriffe können in allen Bereichen der Wohnung die Sicherheit erhöhen und so die Selbständigkeit unterstützen. Welche Maßnahmen genau sinnvoll und hilfreich sind, ist in jeden Fall individuell von einem Wohnberater oder einer Wohnberaterin bei einem Hausbesuch mit eingehender Beratung zu klären.

Nutzen der Wohnberatung

Wohnberatung trägt dazu bei, die Selbständigkeit zu erhalten, zu fördern oder wiederherzustellen. Somit kann einem (weiteren) Hilfe- oder Pflegebedarf vorgebeugt bzw. ein bereits bestehender Bedarf reduziert werden. Die häusliche Pflege wird erleichtert, Unfallrisiken werden beseitigt. Der Verbleib in der eigenen Wohnung wird ermöglicht, Heimunterbringungen werden vermie-

den bzw. hinausgezögert und die Abhängigkeit von ambulanter Pflege verhindert bzw. abgebaut. Wohnberatung dient damit dem Grundsatz »ambulant vor stationär«. Dies ist nicht nur im Interesse der älteren Menschen, sondern führt auch zu Einsparungen bei den Ausgaben für ambulante und stationäre Hilfe und Pflege.

Die Effektivität der Wohnberatung wurde in einer Untersuchung im Rahmen des Modellprojektes »Wohnungsanpassung« in NRW nachgewiesen. Demnach konnte in 59 % der Beratungsfälle eine eingeschränkte Selbständigkeit verbessert bzw. die Selbständigkeit vollständig wiederhergestellt werden, in 41 % der Fälle einem erstmaligen oder weiteren Selbständigkeitsverlust vorgebeugt werden. Bei 17 % der Beratungen konnte ein drohender Umzug ins Pflegeheim abgewendet werden, bei 60 % der Fälle ein akutes Unfallrisiko beseitigt werden.

Bedeutung für selbstständige Lebensführung

Wohnungsanpassungen wirken sich vor allem auf Aktivitäten aus den Bereichen »Hygiene/Körperpflege«, »Mobilität« und »Haushaltsführung« aus. Am häufigsten konnten Verbesserungen (in dieser Reihenfolge) beim Duschen, beim Toilettengang, bei dem Verlassen der Wohnung, dem Baden, dem Waschen, dem Treppensteigen, dem Aufstehen und Zu-Bett-Gehen sowie der Reinigung der Wohnung erzielt werden. Dies sind Bereiche, die für die selbstständige Lebensführung von entscheidender Bedeutung sind und in denen man bei Einschränkungen auch zuerst auf Hilfe von außen angewiesen ist.

KATRIN HODLER, *Niedersächsische Fachstelle für Wohnberatung (NFW), Berliner Allee 9 - 11, 30175 Hannover, Tel.: (05 11) 3 88 28-95/69, Fax: (05 11) 3 88 28-97, E-Mail: nfw-swa@t-online.de*

Regina Wilgeroth

Ambulante gerontopsychiatrische Versorgung

Zunehmend leben ältere, alleinlebende Menschen ohne ständigen Kontakt zu Verwandten oder anderen Bezugspersonen. Die Isolation kann zu Selbstvernachlässigung und in der Folge zu zunehmender Gebrechlichkeit, Vergesslichkeit, Depression und Entwicklung von Symptomen einer Wahnerkrankung führen. Bei bereits bestehenden Erkrankungen wie Diabetes, Herzerkrankungen oder Einschränkungen des Bewegungsapparates ist der Weg zur erheblichen Selbstgefährdung nur sehr kurz. Die Betroffenen erleben ihre Defizite als persönliches Unvermögen und schämen sich dafür. Um ihren eigenen Zustand und den der Wohnung vor der Umwelt zu verstecken, regeln sie den Alltag scheinbar wie gewohnt, vernachlässigen aber sämtliche Haushaltsarbeiten, ihre Körperpflege und Ernährung. Sie nehmen notwendige Medikamente nicht mehr geregelt ein und schotten sich von der Außenwelt immer mehr ab. Dahinter steht die Angst, in ein Heim »abgeschoben« oder »entmündigt« zu werden. Hilfsangebote von Nachbarn oder anderen Kontaktpersonen werden zunächst freundlich, bei Nachdruck aggressiv abgewehrt, der Hilfebedarf wird völlig negiert. Die Situation kann sich zuspitzen bis zur Psychoseentwicklung bei den Betroffenen, die sich verfolgt und bedroht fühlen – mit der Folge, dass die Isolation aktiv verstärkt wird. Wenn die Betroffenen in dieser Situation keine professionelle Hilfe erfahren, können sich die psychischen Auffälligkeiten chronifizieren und der Weg in die stationäre Versorgung ist nicht mehr aufzuhalten.

Ambulante gerontopsychiatrische Pflege

Die ambulante gerontopsychiatrische Pflege kann den Menschen direkte Hilfe und Wege aus der Isolation anbieten. Durch Kontaktaufnahme über Nachbarn oder Hausärzte, die meist noch über letzte Vertrauensreserven verfügen, kann die aufsuchende Tätigkeit der Fachmitarbeiterin und bei Bedarf die Mitbehandlung durch einen psychiatrischen Facharzt bzw. eine Ärztin eingeleitet werden. Bestehender Pflegebedarf kann durch diese verordnet werden, u. U. reicht die niedrig-

schwellige Versorgung im Rahmen eines Casemanagements. Positiv wirkt hier die beschützende Pflegebeziehung zu Gunsten der Betroffenen, die sich durch die zunächst unverbindlichen Hilfsangebote und den Zuspruch der ›Schwester‹ in ihrer Persönlichkeit angenommen fühlen. Diese nimmt nicht alles ab, sondern unterstützt eigene Fähigkeiten und berücksichtigt auch eigene Wünsche und Gewohnheiten, ohne diese zu bewerten bzw. abzuwerten. Dies sind wichtige Vorbereitungen, um z. B. die notwendige ärztliche Behandlung wieder zuzulassen, niedrigschwellige Betreuungsangebote anzunehmen und die Kommunikation innerhalb der eigenen Gemeindefunktion wieder aufzunehmen. Mit Weiterunterstützung des ambulanten Pflegedienstes kann so der Erhalt der eigenen Häuslichkeit sichergestellt werden, u. U. ist die Implementierung weiterer Teilnehmerinnen und Teilnehmer eines Netzwerkes für die Betroffenen notwendig, z. B. in Form einer gesetzlichen Betreuung. So kann eine sonst unvermeidliche, ungewollte Heimeinweisung und kostenintensive stationäre Behandlung vermieden werden. Im Anschluss an stationäre Behandlungen kann der gefürchtete ›Drehtüreffekt‹, d. h. die immer wiederkehrende notwendige Einweisung verhindert werden.

Die ambulante gerontopsychiatrische Pflege ist bisher nur in Einzelverträgen in wenigen Regionen eine Leistung angeschlossener Krankenkassen. Der gemeinsame Bundesausschuss hat im Rahmen der Änderungen der Richtlinien Häuslicher Krankenpflege spezielle Leistungen für psychisch kranke Menschen eingeschlossen. Die Schaffung einer bundeseinheitlichen Regelung soll ab dem 01.07.2005 gelten. Der Gesetzgeber würde durch diesen Beschluss die Situation von psychisch erkrankten Menschen aller Altersstufen deutlich verbessern.

Dies wäre ein begrüßenswerter Zugewinn für die Betroffenen und nicht zu vergessen auch für die Wirtschaftslage unseres Gesundheitssystems.

REGINA WILGEROTH, Caritas Sozialstation Hannover, Anlaufstelle Mühlenberg, Mühlenberger Markt, 30457 Hannover, Tel.: (05 11) 46 97 88

Rita Büllesbach

Auf zu neuen Ufern – Pflegeausbildung in Bewegung

Mit dem Inkrafttreten des Altenpflegegesetzes des Bundes und der Novellierung des Krankenpflegegesetzes betreten beide Pflegeausbildungen neue Wege. Die Krankenpflegeausbildung hat die einseitige Orientierung auf den stationär versorgten, kranken Menschen aufgegeben und richtet den Blick unter anderem auf neue Tätigkeitsfelder in Beratung, Gesundheitsförderung und ambulanter Versorgung. Die Altenpflegeausbildung ist jetzt den sonstigen Heilberufen zugeordnet und begegnet der Krankenpflege auf Augenhöhe mit dem fachspezifischen Blick auf die besonderen Pflegebedürfnisse älterer Menschen.

Vor diesem Hintergrund hat das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) das bundesweite Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe ins Leben gerufen. Insgesamt werden acht Modelle vom BMFSFJ sowie aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds gefördert, so auch MIKA, das Modellprojekt zur Integrierten Gesundheits-/Kranken- und Altenpflegeausbildung der Henriettenstiftung Hannover. Das Land Niedersachsen leistet beratend Unterstützung.

Das Projekt MIKA

Das Projekt will zur eigenständigen Wahrnehmung pflegerischer Aufgaben in einem vernetzten Gesundheitssystem befähigen und sicherstellen, dass die Bedürfnisse der zunehmenden Zahl älterer Menschen in der Gesellschaft in das pflegerische Denken und Handeln einbezogen werden. Das schließt wissenschaftlich fundiertes, qualitäts- und kostenbewusstes Handeln ein.

Seit dem 01.10.04 streben 13 Schülerinnen und Schüler das Ausbildungsziel Gesundheits- und Krankenpflege an und 12 Schülerinnen und Schüler erwerben den Abschluss in der Altenpflege.

Was ist neu?

Die Schülerinnen und Schüler sind in einer Klasse zusammengefasst. Im Kurs sind acht Männer und siebzehn Frauen, die jüngste Teilnehmerin ist 18, der älteste Teilnehmer ist 50 Jahre alt. Einige haben pflegerische Vorerfahrungen. Dieser doch sehr heterogene Kurs

wird in der theoretischen Ausbildung im Teamteaching unterrichtet. Die einzelnen Lernsituationen werden jeweils von zwei Lehrkräften geplant, durchgeführt und evaluiert. So sind vielfältige Kombinationen aus Plenums- oder Kleingruppen möglich, ohne dass Stärken und Schwächen der einzelnen Schülerinnen und Schüler aus dem Blick geraten. Im 1. Ausbildungsjahr sind alle Schülerinnen und Schüler für je acht Wochen im Krankenhaus, im Altenheim und im ambulanten Dienst eingesetzt und bekommen so einen ersten Eindruck von der Vielfalt pflegerischer Arbeit. Im zweiten Jahr gehen alle für einen praktischen Einsatz in den jeweils anderen Arbeitsbereich und in die ambulante Pflege. Danach werden die berufsfeldspezifischen Einsätze geplant, z. B. die Gerontopsychiatrie für die Altenpflege und Intensivpflege für die Gesundheits- und Krankenpflege. Im Projekt kooperieren die Einrichtungen der Henriettenstiftung eng mit drei weiteren Altenheimen und fünf ambulanten Diensten in der Region. Einmal monatlich tagt eine Praxis-AG, in der alle Einsatzorte vertreten sind, um einen regelmäßigen Informationsfluss und die Berücksichtigung von Praxisbelangen zu gewährleisten. Der häufig geäußerten Kritik unabgestimmter oder praxisferner Ausbildung wird so aktiv begegnet. Im dreimonatigen Anfangsblock fand eine zweiwöchige Hospitation statt. Die Lernenden erweiterten in nicht unmittelbaren Arbeitsfeldern der Pflege ihren Blick für die Vielfalt des Sozial- und Gesundheitswesens. Als Hospitationsorte wurden beispielsweise Krankenkassen, eine WG für Menschen mit Demenz, Kindergärten, Apotheken, Einrichtungen der Behindertenhilfe oder die Landesvereinigung für Gesundheit ausgewählt.

Weitere Informationen unter www.pflegeausbildung.de oder www.bmfsfj.de

DR. RITA BÜLLESBACH, Henriettenstiftung, Abteilungsleitung Bildung, Marienstr. 72 – 90, 30171 Hannover, Tel.: (05 11) 2 89-30 33, Fax: (05 11) 2 89-30 12, E-Mail: rita.buellesbach@Henriettenstiftung.de

Taschenlexikon Arbeit und Gesundheit

Für die Tasche und nicht das Regal: Im Kleinformat werden aus dem Bereich Sicherheit und Gesundheit über 350 Schlagworte mit dazugehörigen Querweisen und rechtlichen Grundlagen kurz und knapp vorgestellt. Bereits berücksichtigt sind die neue Arbeitsstättenverordnung und die neue Gefahrstoffverordnung. Hilfreich ist ein sehr ausführliches Abkürzungsverzeichnis sowie eine Auflistung der Bezugsquellen verschiedener Medien. (bb)

RUDOLF DERTINGER, HELMUT GOTHSCHE u. a.: *Taschenlexikon Arbeit und Gesundheit*. AiB Verlag, Wiesbaden, 2004, 403 Seiten, ISBN 3-7663-3646-0, 19,50 Euro

Peer Education

In der pädagogischen Diskussion ist das Thema ›Peer Education‹ stärker in den Vordergrund gerückt. Das von Martin Nörber herausgegebene sehr informative Handbuch besteht aus zwei Teilen, zum einen aus der theoretischen Reflexion, einschließlich eines historischen Rückblicks, zum anderen aus der Vorstellung vieler praktischer Ansätze aus den unterschiedlichsten Bereichen: Aids und Sexualität, Suchtprävention, IT – Kompetenz, Gewaltprävention, Natur- und Umweltkompetenz, Beratung und Begleitung.

Im Theorieteil wird kritisch untersucht, ob es in aktuellen Peer-Projekten tatsächlich um einen Zuwachs von selbstbestimmter und partizipativer Bildung für die beteiligten Kinder und Jugendlichen geht oder ob sie – besonders in präventiven Projekten – von den Erwachsenen nur als ›Hilfskräfte‹ zur Vermittlung normierten und vorgegebenen Wissens an andere Kinder und Jugendliche ›benutzt‹ werden. Die anschließenden Beispiele aus der Praxis können auf diesem Hintergrund mit geschärftem Blick betrachtet werden. Darüber hinaus geben sie aber auch viele Anregungen für die Planung eigener Projekte. (iw)

MARTIN NÖRBER (Hrsg.): *Peer Education. Bildung und Erziehung von Gleichaltrigen durch Gleichaltrige*. Beltz Votum, Weinheim, Basel, Berlin, 2003, 383 Seiten, ISBN 3-407-55891-0, 39,90 Euro

Ethik und Behinderung

In dem vorliegenden Buch sind die Beiträge der Tagung ›Differenz anerkennen: Ethik und Behinderung – ein Perspektivenwechsel‹, die im Rahmen des Europäischen Jahres der Menschen mit Behinderung stattgefunden hat, zusammengefasst. Hervorgehoben wird dabei die Forderung, Menschen mit Behinderungen in die ethische Debatte und Urteilsfindung einzubeziehen. Autorinnen und Autoren unterschiedlicher Disziplinen zeigen dabei die verschiedenen Perspektiven auf Behinderung auf, stellen Ethikkonzepte dar und widmen sich medizin-ethischen Fragen. Weiterhin werden Norm, Normalität und Behinderung sowie die Veränderung der Gesellschaft durch medizinische Möglichkeiten diskutiert. (ts)

SIGRID GRAUMANN, KATRIN GRÜBER, JEANNE NICKLAS-FAUST, SUSANNA SCHMIDT, MICHAEL WAGNER-KERN (Hrsg.): *Ethik und Behinderung. Ein Perspektivenwechsel*. Campus Verlag, Frankfurt, New York, 2004, 197 Seiten, ISBN 3-593-37619-9, 19,90 Euro

Diabetes

Etwa 5 % der Bevölkerung in Deutschland leiden unter der Zuckerkrankheit Diabetes mellitus. Typ 1 tritt im Kindes- und Jugendalter auf, Typ 2 vorwiegend im höheren Lebensalter. Häufige Begleiterkrankungen und Folgeschäden sind z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Augen-, Nerven- und Nierenschädigungen oder Fußulzera. Krankheitsverlauf, Behandlungskonzepte, Versorgungsstrukturen, Präventionsansätze und Kostenaspekte werden kurz und prägnant dargestellt. Das Themenheft ist in der Reihe Gesundheitsberichterstattung des Bundes erschienen, bietet allen Interessierten eine datengestützte Informationsgrundlage und stellt eine fachliche Grundlage für politische Entscheidungen bereit. (us)

ROBERT KOCH INSTITUT, STATISTISCHES BUNDESAMT: *Diabetes mellitus, Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 24*, Berlin, 2005, 36 Seiten, ISBN 3-89606-156-9, www.rki.de/GBE/GBE.HTM oder www.gbe-bund.de

Empowerment statt Krankenversorgung

Die Begriffe Empowerment, Prävention und Case Management werden in ihrem Potenzial dargestellt und in Beziehung zueinander sowie zu den Strukturen des Gesundheitssystems gesetzt. Damit wird das Innovative an Prävention und Case Management, die von Empowerment geprägt sind, für Strukturveränderungen im Gesundheitswesen verdeutlicht. Es geht um ein Umdenken weg von einem arbeitsteiligen Organisations- und Professionseparatismus hin zu vernetzten Strukturen und einer prozessgesteuerten Organisation der Versorgung von Klientinnen und Klienten. Dabei wird besonders die Pflege untersucht. (us)

MANUELA SAMBALE: *Empowerment statt Krankenversorgung. Stärkung der Prävention und des Case Management im Strukturwandel des Gesundheitswesens*. Schlütersche Verlagsgesellschaft, Reihe Pflegebibliothek, Hannover, 2005, 117 Seiten, ISBN 3-89993-140-8, 24,90 Euro

Hausarzt Handbuch KHK

Koronare Herzkrankheiten sind das dritte große Krankheitsbild, für das bundesweit Disease-Management-Programme aufgelegt werden sollen. Die erste Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten wird dabei der Hausarzt oder die Hausärztin sein. Ein Autorenteam hat für sie ein Manual entwickelt, in dem Grundlagenwissen und Praxiswissen (Diagnostik/Einschreibung und Therapie) zusammengestellt worden sind. Schematische Darstellungen, Regelkreisläufe und Tabellen sollen die Mediziner und Medizinerinnen mit der neuen Aufgabe vertraut machen. Im Anhang geht eine Ausfüllanleitung zu den Dokumentationsbögen Punkt für Punkt die einzelnen Schritte durch. Glossar, Register und vier Beilagen als Praxishilfen werden sicherlich häufig zum Einsatz kommen. (bb)

DEUTSCHER HAUSÄRZTEVERBAND E.V. und AOK BUNDESVERBAND: *Hausarzt Handbuch. Das Handbuch zum Disease-Management-Programm (DMP) KHK*. MED.KOMM. Verlag, 2004, 120 Seiten, ISBN 3-9805316-7-8, 29,80 Euro

Der kundige Patient

Strukturen des heutigen (und komplizierten) deutschen Gesundheitswesens können auch lesefreundlich und kurzweilig vorgestellt werden. Ziel ist der mündige Patient, der durch den Blick hinter die Kulissen mit den Zwängen und Verlockungen des Medizinbetriebes vertraut gemacht wird. Nur wer die Spielregeln kennt, kann am Ende auch die oftmals unverständlichen Vorgänge bewerten.

Wer einen klassischen Verbraucher erwartet, der alle rechtlichen Ansprüche auflistet, muss allerdings enttäuscht werden. Erklärt werden anhand konkreter Behandlungsfälle die oftmals negativen Auswüchse einer medizinischen Behandlung, wobei auch das eigene Mittun thematisiert wird. Durchaus kritisch wird das oftmals falsche Laienwissen aufgearbeitet und diversen Mythen widersprochen. (bb)

ULRICH KUNATH: *Der kundige Patient. Wie bekomme ich die optimale Behandlung?* Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 2003, ISBN 3-525-46198-4, 168 Seiten, 14,90 Euro

Basiswissen Demenz

Obwohl das Thema Demenz aufgrund des steigenden Auftretens und der damit verbundenen Relevanz für die pflegerische Versorgung zunehmend präsent ist, ist die Versorgungssituation noch unbefriedigend. Vor allem die mit der Erkrankung einher gehenden kognitiven Einschränkungen und Verhaltensveränderungen sind sowohl für die Angehörigen als auch für die professionellen Begleiter und Pflegekräfte schwer nachvollziehbar und belastend. Wie Untersuchungen gezeigt haben, können informierte und qualifizierte Personen die Versorgung verbessern. Mit dem vorliegenden Buch soll entsprechendes Wissen vermittelt, und eine Brücke zwischen Theorie und Praxis geschlagen werden. Neben allgemeinen Informationen wird der Verlauf der Demenz sowie die Behandlung und Begleitung Demenzkranker dargestellt. Das Buch gliedert sich in Lerneinheiten zu den einzelnen Themenbereichen

deren Ziele anfangs formuliert sind und die mit Transferaufgaben abgerundet werden. (ts)

JULIANE FALK: *Basiswissen Demenz. Lern- und Arbeitsbuch für berufliche Kompetenz und Versorgungsqualität.* Juventa-Verlag, Weinheim, München, 2004, 200 Seiten, ISBN 3-7799-1641-X, 16,00 Euro

Andrea Stamm

Veränderungen erfolgreich umsetzen

Change Management. Dieser Ausdruck kursiert in letzter Zeit vermehrt in allen Management - Fortbildungen oder Vorlesungen. Schwer wandelbare und eingefahrene Institutionen sollen durch diese Art Management positiv verändert werden. Aber wie führt man diesen Stil in das Unternehmen ein, und was bedeutet Change Management überhaupt? Das Buch richtet sich an Praktiker und Praktikerinnen, die dieses Management sofort umsetzen möchten und hiermit kurz den theoretischen Hintergrund, aber dann vor allem praktische Tipps und Übungen an die Hand bekommen. Der Stil ist leicht spielerisch, sodass der Pilot ›Changix‹ den Leser und die Leserin durch den praktischen Teil begleitet. Das Buch führt kurz und klar in das Thema ein. Allerdings weisen die Autoren und Autorin immer wieder darauf hin, dass die Übungen und Tipps auch konkret im Unternehmen umgesetzt werden müssen, denn Theorie alleine verändert ja bekanntlich keine Strukturen. Anhaltende Reflexion und Weiterentwicklung ist somit ein wichtiger Bestandteil des Change Managements. Ein durchaus zu empfehlendes Motivationsbuch zum Einstieg in dieses Thema.

BIRGIT EDTINGER, FABIAN PATRICK MAYR, KARL WAGNER: *Veränderungen erfolgreich umsetzen. Change Management in der Praxis.* Beltz Verlag, Weinheim und Basel, 2004, 127 Seiten, ISBN 3-407-36033-9, 19,90 Euro

Springer Wörterbuch Gesundheitswesen

Alle wichtigen und einschlägigen Begrifflichkeiten des deutschen Gesundheitswesens werden durch zahlreiche farblich markierte Querverweise präzise erklärt. Aufgewertet wird die Zusammenstellung der Stichworte durch die gleichzeitige Nennung der genauen englischen und französischen Fachübersetzung. Bemerkenswert ist, dass nicht nur neue Stichworte und Entwicklungen Eingang in die Erläuterungen gefunden haben, sondern auch historische Vorläufer von Institutionen sowie deren frühere Organisationsstruktur dargestellt werden. Ein ausführliches Abkürzungsverzeichnis und zwei Sprachglossare (fr-de-en bzw. en-fr-de) der Stichworte helfen auch im internationalen Kontext des Gesundheitswesens weiter. (bb)

JAN CARELS, OLAF PIRK: *Springer Wörterbuch Gesundheitswesen. Public Health von A bis Z, 2. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage.* Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, 2005, 322 Seiten, ISBN 3-540-21356-2, 29,95 Euro

Gender Medizin

Endlich ist das erste Buch zum Thema ›Gender Medizin‹ im deutschsprachigen Raum erschienen. Im Duktus wie andere Medizinbücher angelegt, hat es gute Chancen, Eingang in den Mainstream zu finden. Klassische medizinische Fächer wie Allgemeinmedizin, Neurologie, Chirurgie, Kardiologie werden unter geschlechtsspezifischen Aspekten behandelt. Zudem wird Grundsätzliches zur Gender Sensitivität vermittelt. Weitere Themen sind z. B. die alternde Bevölkerung oder Gender-Aspekte bei Routinedaten von Krankenkassen. Die Kapitel sind in ihrer Qualität sehr unterschiedlich. Auch wenn es einige Ungenauigkeiten hier und dort gibt, ist diesem Buch eine große Resonanz in der Medizin zu wünschen. Es richtet sich an praktizierende Medizinerinnen und Mediziner sowie Studierende der Medizin. (us)

ANITA RIEDER, BRIGITTE LOHFF (HRSG.): *Gender Medizin. Geschlechtsspezifische Aspekte für die klinische Praxis.* Springer-Verlag, Wien, New York, 2004, 443 Seiten, ISBN 3-211-00766-0, 59,80 Euro

Recht und Geschlecht

Das vorliegende Buch widmet sich verschiedenen Facetten der Geschlechterfrage in und durch die Rechtswissenschaft. Grundlegende Einführungsbeiträge befassen sich z. B. mit der Kategorie Geschlecht, der rechtlichen Gleichstellung in Deutschland sowie mit der Verankerung des Gleichstellungsgebotes auf Europäebene. In praxisnahen Analysen geht es z. B. um sexuelle Belästigung als juristisch unscharfen Sachverhalt, um das unterschätzte Familienrecht und die Konstruktion von Geschlecht. An das Rentenrecht werden geschlechtergerechte Anforderungen in der Alterssicherung gestellt. Interessant ist auch der Teil der Beiträge, die sich mit dem Verhältnis von Macht und Recht und verschiedenen Verfahren der Frauenförderung befassen, wie z. B. Gender Mainstreaming oder der Vergabe öffentlicher Aufträge als Instrument der Frauenförderung. Das Fazit »Wie männlich ist die Rechtswissenschaft?« zieht keine geringere als Jutta Limbach, ehemalige Präsidentin des Bundesverfassungsgerichtes. (us)

MECHTHILD KOREUBER, UTE MAGER (HRSG.): *Recht und Geschlecht. Zwischen Gleichberechtigung, Gleichstellung und Differenz. Schriften zur Gleichstellung der Frau, Band 27, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, 2004, 215 Seiten, ISBN 3-8329-0782-3, 44,00 Euro*

Ess-Störungen am Arbeitsplatz

Der Inhalt der Broschüre ist eine vielseitige Zusammenstellung von Definitionen und Beschreibungen der Krankheitsbilder, bis hin zur Problemanalyse und zu lösungsorientierten Gesprächen seitens der Kollegen, Kolleginnen und Führungskräfte sowie Anschriften für Betroffene und Angehörige, die Hilfe suchen.

Das Charakteristische für Formen der Ess-Störungen ist, dass die Betroffenen (überwiegend sind es Frauen) sich dem Essen hilflos ausgeliefert fühlen und ihre Gedanken ständig um das Essen kreisen. Unter dem Gesichtspunkt

der Fürsorgepflicht werden in der Broschüre Hilfen beschrieben, die den bereits Betroffenen angeboten werden sollten. Es geht dabei vorrangig um die Unterstützung essgestörter Menschen, aber auch um arbeitsvertragliche Pflichten der Betroffenen und die Sicherung des »Teamfriedens« am Arbeitsplatz. (am)

NIEDERSÄCHSISCHE LANDESSTELLE FÜR SUCHTFRAGEN (Hrsg.): *Ess-Störungen am Arbeitsplatz – Eine Praxishilfe für Personalverantwortliche und Kolleginnen und Kollegen. Tel.: (05 11) 62 62 66-0, Fax: (05 11) 62 62 66 20, 2004, 40 Seiten, 4,00 Euro*

Bodytalk

In ihrem Buch untersuchen die beiden Autorinnen den »riskanten Kult um Körper und Schönheit«. Schönheit übt eine starke Faszination auf jeden Menschen aus und bekommt in unserer Gesellschaft einen immer höheren Stellen- und Marktwert. Deshalb machen immer mehr Menschen, besonders Jugendliche und zunehmend auch junge Männer, ihren Körper zu einer permanenten »Baustelle« und nutzen ihn als Fläche zur Selbstinszenierung. Die unbegrenzten Möglichkeiten zur Fotomanipulation und digitale Kunstfiguren spornen zu immer neuem, z. T. gefährlichem Kampf um Idealgewicht, Idealfigur und Idealgesicht an. Diese sind nach Meinung der Autorinnen für die Mehrheit der Bevölkerung wichtiger als jeder weltpolitische Konflikt. Das Buch analysiert anschaulich und informativ die Konsequenzen für die Wertvorstellungen der Gesellschaft und für das einzelne Individuum, zumal wenn es den »angesagten« Vorstellungen nicht entspricht. (iw)

ANDREA HAUNER, ELKE REICHART: *Bodytalk. Der riskante Kult um Körper und Schönheit. dtv, München, 2004, 204 Seiten, ISBN 3-423-62203, 10,00 Euro*

Soziale Arbeit im ÖGD

Als Band 6 der Reihe »Soziale Arbeit im Gesundheitswesen« werden der institutionelle Wandel des ÖGD sowie rechtliche und ethische Aspekte beleuchtet. Bei der Zielgruppenfrage in der Arbeit des ÖGD geht es vorwiegend um soziale Ungleichheit und Migration. Die Positionierung der sozialen Arbeit im ÖGD wird jeweils an den Themen entlang diskutiert. Dabei werden Ungleichzeitigkeiten und Strukturdilemmata verdeutlicht. Der Band ist ein hervorragender Überblick für alle, die mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst zu tun haben oder etwas über die Handlungslogiken in diesem Feld erfahren möchten. (us)

RAINER STEEN: *Soziale Arbeit im Öffentlichen Gesundheitsdienst. Ernst Reinhardt Verlag, München, Basel, 2005, 159 Seiten, ISBN 3-8252-2654-9 (UTB Bestellnummer), 14,90 Euro*

Alt sind nur die anderen

Mit dem demographischen Wandel und der Frage, wie der Alltag in einer gealterten Gesellschaft aussehen könnte, beschäftigt sich dieses Buch. In ihren Szenarien zeigt die Autorin anschaulich und angenehm sachlich, welche Auswirkungen die Bevölkerungsentwicklung auf Bereiche wie Arbeit, Pflege und Gesundheit, Wohnen, die Zukunft der Städte und unser Zusammenleben haben könnte. Dabei nimmt sie immer wieder Bezug auf bereits bestehende Modelle, die wegbereitend für die Entwicklung zukünftiger Lebenskonzepte sein könnten. Bevorstehende Verteilungskämpfe sieht sie vor allem bestimmt durch die soziale Lage der Betroffenen: demnach werden die Gräben in Zukunft nicht so sehr zwischen den Generationen verlaufen, sondern vielmehr zwischen Familien und Kinderlosen oder Erben und Nicht-Erben. Niejahr kommt zu dem Ergebnis, dass neben einer Reform der Lebensentwürfe auch eine Reform der Sozialsysteme notwendig ist. (ib)

ELISABETH NIEJAHR: *Alt sind nur die anderen. So werden wir leben, lieben und arbeiten. S. Fischer Verlag, Frankfurt am Main 2004, 191 Seiten, ISBN 3-10-053704-1, 17,90 Euro*



http://berufenet.arbeitsamt.de/bnet2/G/kurz_B8530101.html

Die Bundesagentur für Arbeit hat in ihrer Datenbank für Ausbildungs- und Tätigkeitsbeschreibungen für alle Berufe eine Übersicht zur Aufgabe und Tätigkeit, Ausbildung, rechtliche Regelungen und Adressen eingestellt. Seit 1. Januar 2004 ist die Ausbildung zur Krankenschwester/-pfleger nicht mehr möglich. Sie wurde neu geordnet und durch die Ausbildung als Gesundheits- und Krankenpfleger/-in abgelöst.

<http://quepnet.fh-bielefeld.de/docs/index.html>

Die Internetplattform QuePNet will den Austausch unter den Schulen des Gesundheitswesens fördern. QuePNet steht dabei für Qualitätsentwicklung Pflegeausbildung Netzwerk. Dozentinnen und Dozenten, Pädagoginnen und Pädagogen sowie Auszubildende und Studierende können auch eigene Ausarbeitungen, z. B. Buchrezensionen oder Unterrichtsentwürfe auf der Internetseite präsentieren. QuePNet wird von der Robert Bosch Stiftung gefördert und von der Fachhochschule Bielefeld (Fachbereich Pflege und Gesundheit) getragen.

www.bmgs.bund.de/download/broschueren/A503.pdf

Das BMGS hat den gesetzlichen Auftrag, im Abstand von drei Jahren über den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland und die Umsetzung der Empfehlungen und der Vorschläge des Ausschusses für Fragen der Pflegeversicherung zu berichten. Der Dritte Bericht gibt einen umfassenden Überblick und Detailinformationen über die Situation der Pflegeversicherung, insbesondere über die Zahl der Leistungsbezieher sowie die Auswirkungen der Pflegeversicherung auf die Pflegeinfrastruktur und andere Bereiche der pflegerischen Versorgung und Betreuung in den Jahren 2001 bis 2003.

www.bvpp.org

Der Bundesverband unabhängiger Pflegefachverständiger und PflegeberaterInnen e.V.

www.deutscher-pflegerat.de

Der Deutsche Pflegerat (DPR) als Bundesarbeitsgemeinschaft der Pflegeorganisationen ist Partner der Spitzenorganisationen der Selbstverwaltung und vertritt die Belange des Pflege- und Hebammenwesens in Deutschland. Der DPR hat das Ziel, die Positionen der Pflegeorganisationen zu koordinieren und deren politische Durchsetzung zu steuern.

www.dip-home.de

Das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. ist 1999 gegründet worden und bearbeitet schwerpunktmäßig Altenpflege- und Pflegebildungsforschung.

www.dnqp.de

Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) ist ein bundesweiter Zusammenschluss von Fachkolleginnen und -kollegen in der Pflege, die sich mit dem Thema Qualitätsentwicklung auseinandersetzen. Die Fachhochschule Osnabrück-deutsche koordinierende Institution hat 1992 mit dem Aufbau eines nationalen Netzwerks begonnen und dabei die grundlegenden Erfahrungen der Fachhochschule auf dem Gebiet der Qualitätsentwicklung genutzt.

www.florence-nightingale.co.uk

Wer sich für das Leben und Wirken von Florence Nightingale interessiert, sollte einen Ausflug ins Museum nach London machen.

www.icn.ch

Der ›International Council of Nurses‹ (ICN) ist eine Föderation von nationalen Pflegeorganisationen, die Pflegenden in mehr als 120 Ländern repräsentieren. Er wurde im Jahr 1899 gegründet. Gelenkt von Pflegenden für Pflegenden arbeitet der ICN für die Sicherung der Pflegequalität für alle, eine weltweite vernünftige Gesundheitspolitik, die Weiterentwicklung pflegerischen Wissens, eine weltweit respektierte Profession Pflege und kompetente und zufriedene Pflegenden.

www.icnp.info

Die Internationale Klassifikation für die Pflegepraxis ICNP® hat das Ziel, eine

gemeinsame Sprache zur Verfügung zu stellen, die Vergleiche von Pflegedaten zwischen Menschengruppen (Populationen), Umständen (Settings), geografischen Gebieten und der Zeit ermöglicht.

www.lep.ch

Die Abkürzung LEP® steht für ›Leistungserfassung in der Pflege‹. Die wissenschaftlich fundierte Methode LEP® besteht aus statistischen Erfassungs- und Darstellungsverfahren für die Gesundheits- und Krankenpflege. Als Management- und Controllinginstrument stellt LEP Prozessdaten für die Führung, die betriebsinterne Planung und Optimierung sowie die Kostenrechnung zur Verfügung.

www.mds-ev.org/download/BRiLi-220801.pdf

Der MDS hat die Aufgabe, die Spitzenverbände der Pflegekassen bei der Erstellung der Begutachtungs-Richtlinien fachlich zu beraten und die Umsetzung dieser Richtlinien in den einzelnen Bundesländern zu fördern.

www.next.uni-wuppertal.de/dt/index_dt.htm

Die NEXT-Studie untersucht die Ursachen, Umstände und Folgen des vorzeitigen Ausstiegs aus dem Pflegeberuf. Von besonderem Interesse ist dabei die Frage, welche Bedeutung dieser Schritt sowohl für die betroffenen Personen als auch für die Pflegeinstitutionen und das Gesundheitswesen insgesamt hat. NEXT wird durch die Europäische Union finanziert und gleichzeitig in zehn EU-Ländern durchgeführt.

www.pflegewissenschaft.ac.at

Der Geschichte der Krankenpflege nachzugehen, ist vor allem im deutschsprachigen Raum eine mühevolle Kleinarbeit, denn infolge des geringen Status der Pflege wurde meist nicht viel darüber geschrieben. Die Arbeitsgemeinschaft historische Pflegeforschung an der Johannes Kepler Universität Linz will die Entwicklungsgeschichte des Pflegeberufs von verschiedenen Gesichtspunkten aus betrachten und in differenzierter Weise der Frage nachgehen, was Pflege in vergangenen Zeiten bedeutete.



Veranstaltungen der LVG

13. Robert-Koch-Tagung und zugleich 27. Fortbildungsveranstaltung der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Niedersachsen

01.-02. September 2005, Clausthal-Zellerfeld

Schwerpunkt der diesjährigen Robert-Koch-Tagung bilden in diesem Jahr drei Rahmenthemen: ›Qualitätssicherung im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst‹, ›Sozialbegutachtungen des Gesundheitsamtes‹ sowie ›Management im Infektions- und Verbraucherschutz‹. Die Veranstaltung schließt mit einer ›Trinkwasser-Exkursion‹ nach Mechtshausen und Seesen-Rhüden. Die Tagung richtet sich vor allem an Ärztinnen und Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst. Es werden an beiden Tagen Fortbildungspunkte vergeben. Veranstalter ist die Akademie für Sozialmedizin Hannover e.V. in Zusammenarbeit mit dem Landesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, dem Nds. Landesgesundheitsamt und dem Nds. Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit.

Neue Nachbarschaftsmodelle: Gesundheitsförderliche Strukturen für sozial Benachteiligte?

08. September 2005, Hannover

Der demographische Wandel und knappe Ressourcen fordern ein Nachdenken über flexibel gestaltete Begegnungs- und Wohnformen. Ältere und jüngere Menschen finden nicht automatisch zueinander, um über die traditionellen Familienstrukturen hinaus gegenseitige Unterstützung zu leisten. Vor diesem Hintergrund haben neue Stadt- und Wohnmodelle Konjunktur. Neue öffentliche und private Räume müssen gefunden werden, die Menschen unterschiedlichen Alters und sozialer Herkunft ansprechen und verbindliche Beziehungsstrukturen ermöglichen. Die Veranstaltung wird in Kooperation mit der BZgA/bundesweites Netzwerk regionale Knoten zur Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten, der LAG Soziale Brennpunkte und der Stadt Hannover durchgeführt.

Diagnose ›Krebs‹ – Menschen zwischen Angst und Hoffnung

16.-17. September 2005, Hannover

Die Behandlung von Krebs ist heute nicht mehr an eine Fachdisziplin gebunden, sondern sie bedeutet Spezialisierung und Konzentration der unterschiedlichen Behandlungsarten. Voraussetzung ist eine enge Kooperation zwischen den verschiedenen medizinischen Fächern. Begleitet wird diese durch eine Zusammenarbeit aller beteiligten Professionen. Ärztliches Personal, Pflege, Psychologie, Seelsorge und Physiotherapie müssen sich bei der Behandlung von Krebspatienten und -patientinnen eng abstimmen. Das zweitägige Krankenhaus-Symposium widmet sich der Interdisziplinarität in der Onkologie und dem Umgang mit onkologischen Patientinnen und Patienten. Die Veranstaltung wird in Kooperation mit der Henriettenstiftung Hannover und weiteren Partnern durchgeführt.

Schwaches Alter, starkes Alter – neues Alter(n)? 10 Jahre Arbeitskreis Alter(n) und Gesundheit Open Space Konferenz

11. Oktober 2005, 10.00-16.30 Uhr, Hannover

Altern ist sowohl mit Verlust verbunden als auch mit vielfältigen Chancen und neuen Herausforderungen für ein aktives und eigenständiges Leben. Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels gewinnen z. B. Gesundheitsförderung und Prävention, bürgerschaftliches Engagement sowie neue Modelle im Bereich des Wohnens und der häuslichen und stationären Pflege zunehmend an Bedeutung. Die Open Space Konferenz will Raum geben, um die Vielfalt der Lebenswürfe älterer Menschen zu diskutieren, Erfahrungen auszutauschen, Ideen für zukunftsweisende Modelle und Strukturen zu entwickeln und neue Aktivitäten anzuschließen. Sie findet anlässlich des 10-jährigen Bestehens des Arbeitskreises Alter(n) und Gesundheit in Kooperation mit der Henriettenstiftung Hannover statt.

›Eine Aufgabe für Profis‹ – Multiplikatoren-schulung zur Initiierung niedrigschwelliger Betreuungsangebote nach dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz

05.-07. Dezember 2005, Lingen

Nach der Einführung des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes, § 45 a - c SGB XI, sind niedrigschwellige Betreuungsangebote im ambulanten Bereich eine abrechenbare Leistung geworden. Sie können von Pflegediensten und Sozialstationen, Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen, Einrichtungen der Lebenshilfe oder von anderen ambulanten Diensten aufgebaut werden. Diese Fortbildung richtet sich an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den genannten Einrichtungen, die den Aufbau eines niedrigschwelligen Betreuungsangebotes durchführen wollen. Es werden grundlegende Informationen und Kenntnisse zum Auf- bzw. Ausbau, zur Durchführung und zu Fördermöglichkeiten dieser Projekte im Sinne des § 45 a - c SGB XI vermittelt.

Niedersachsen

Epilepsie verstehen – lernen mit der Krankheit zu leben, 26. – 28.8.2005, Lingen, Kontakt: Interessengemeinschaft Epilepsie Niedersachsen gem. e.V., Helga Renneberg, Bünne 21, 37081 Göttingen, Tel.: (05 51) 9 16 09, www.epilepsie-beratung.de

Modelle der lokalen Einwohner(innen)beteiligung, 2. – 4.09.2005, Loccum, Kontakt: Adrian Reinert, Stiftung MITARBEIT, Bornheimer Straße 37, 53111 Bonn, Tel.: (02 28) 60 42 40, Fax: (02 28) 6 04 24 22, E-Mail: reinert@mitarbeit.de

10. Summer School of Public Health, Pflege: Fürsorge-Dienstleistung-Wissenschaft, Wohn entwickelt sich die Pflegelandschaft? 9. – 15.9.2005, Delmenhorst, Kontakt: Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen, Grazer Straße 2a, 28359 Bremen, Tel.: (04 21) 2 18 30 59, Fax: (04 21) 2 18 81 50, E-Mail: suschool@uni-bremen.de

Umgang mit Aggression und Gewalt bei Kindern und Jugendlichen, 21. 9.2005, Hannover, Kontakt: Marianne Zech, Blumhardtstraße 2, 30612 Hannover, Tel.: (05 11) 5 30 11 25, Fax: (05 11) 5 30 11 95, E-Mail: zew@efh-hannover.de

„Youth Lifestyles“ Jugendszenen und ihre Bedeutung im Kontext von Suchtprävention, 19. – 21.9.2005, Lingen, Kontakt: Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen, Leisewitzstr. 26, 30175 Hannover, Tel.: (05 11) 85 87 88, E-Mail: info@jugendschutz-niedersachsen.de

7. Niedersächsisches Symposium für Pflegeberufe im Operationsdienst, 21. – 22.9.2005, Braunschweig, Kontakt: Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe Landesverband Nordwest e.V., Lister Kirchweg 45, 30163 Hannover, Tel.: (05 11) 6 96 84 41 61, Fax: (05 11) 6 96 84 41 62, www.dbfk.de

„Ich bin Ich“ – Gesundheit fördern durch Selbstwertstärkung, 23. – 24.9.2005, Bovenden, Kontakt: Prof. Dr. Christina Krause, Pädagogisches Seminar, Baurat-Gerber-Str. 4–6, 37073 Göttingen, Tel.: (05 51) 39 94 55, Fax: (05 51) 39 94 62, E-Mail: ckrause@gwdg.de

Ess-Störungen am Arbeitsplatz, 28. – 29.9.2005, Hannover, Kontakt: Dr. Kathrin Beyer, Brahmstr. 4, 30177 Hannover, Tel.: (05 11) 1 62 60 66, Fax: (05 11) 1 62 60 67, E-Mail: info@beyer-beratung.de

Jugendhilfe und Schule, Perspektiven eines neuen Kooperationsverständnisses beim Übergang in Beruf und Arbeitswelt, 28. – 30.9.2005, Loccum, Kontakt: Evangelische Akademie Loccum,

Postfach 2158, 31545 Rehburg-Loccum, Tel.: (0 57 66) 8 10, Fax: (0 57 66) 8 19 00, E-Mail: eal@evlka.de, www.loccum.de

„Wege entdecken und Ziele erreichen!“, Bewegung in Vereinen, Kindergärten und Schulen, 1. – 2.10.2005, Oldenburg, Kontakt: Niedersächsische Turnerjugend, Maschstraße 18, 30169 Hannover, Tel.: (05 11) 9 80 97 72, Fax: (05 11) 9 80 97 12, E-Mail: fachtagung2005@ntj.de

Was heißt denn schon normal? Vorstellungen von Gesundheit, Krankheit und Behinderung in Genetik und Gesellschaft, 6. – 7.10.2005, Hannover, Kontakt: Zentrum für Gesundheitsethik (ZfG), an der Ev. Akademie Loccum, Knochenhauerstr. 33, 30159 Hannover, Tel.: (05 11) 1 24 14 96, Fax: (05 11) 1 24 14 97, E-Mail: zfg@evlka.de

Bundesweit

Gesunde Lebenswelten, Vernetzte Strukturen für Gesundheitsförderung und Prävention, 1.9.2005, Berlin, Kontakt: Stefan Pospiech, Gesundheit Berlin e.V., Friedrichstr. 231, 10969 Berlin, Tel.: (0 30) 4 43 19 06 01, Fax: (0 30) 4 43 19 06 63, E-Mail: post@gesundheitberlin.de

Kongress, und sie bewegt sich, 10.9.2005, Köln, Kontakt: Fraueninitiative 04, Iversheimer Str. 17, 53894 Wachendorf, Tel.: (0 22 56) 75 53, Fax: (0 22 51) 62 56 29, E-Mail: info@fraueninitiative04.de, www.fraueninitiative04.de

9. Bundesweite Arbeitstagung, Betriebliche Suchtprävention und Gesundheitsförderung an Hochschulen und Universitätskliniken, 14. – 16.9.2005, Rostock, Kontakt: Fakultät Maschinenbau und Schiffstechnik, Albert Einstein Straße 2, 18051 Rostock, Tel.: (03 81) 4 98 32 42, E-Mail: suchttagung@uni-rostock.de

Ökonomie ohne Menschen? Zur Verteidigung der Kultur des Sozialen, 15. – 17.9.2005, Berlin, Kontakt: DGSP-Geschäftsstelle, Zeltlingerstr. 9, 50969 Köln, Tel.: (02 21) 51 10 02, Fax: (02 21) 52 99 03, E-Mail: dgsponet@netcologne.de

Alkoholabhängige Eltern und ihre Kinder, Zum Stand von Forschung und Praxis, 19.9.2005, Frankfurt am Main, Kontakt: Jana Fritz, Fachhochschule Frankfurt am Main, Institut für Suchtforschung, Nibelungenplatz 1, 60318 Frankfurt am Main, Tel.: (0 69) 15 33 31 52, Fax: (0 69) 15 33 31 53, E-Mail: fritz@fb4.fh-frankfurt

2. Gemeinsame Konferenz der Deutschsprachigen Netzwerke Gesundheitsfördernder Krankenhäuser, Das Gesundheitsfördernde Krankenhaus – Krankenhaus mit Zukunft, 21. – 23.9.2005, Berlin, Kontakt: Deborah Jüngling, Am Kleinen Wannsee 5, 14109 Berlin, Tel.: (0 30) 805 05 633, Fax: (0 30) 805 05 161, E-Mail: d.juengling@immanuel.de, www.gesundheitfoerdern.de

4. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung, Die Zukunft der Gesundheitsversorgung in Deutschland – Bedarfsgerechtigkeit, Innovation, Systemgestaltung, 21. – 24. 9.2005, Berlin, Kontakt: Berliner Zentrum Public Health, Ernst-Reuter-Platz 7, 10587 Berlin, Tel.: (0 30) 31 42 90 01, Fax: (0 30) 31 42 15 78, E-Mail: info@zukunft-gesundheitsversorgung.de

Konferenz, Risiko Alkohol, Wenn Trinken kein Spaß mehr ist. 5. Drogenfreie Kindheit, 25.9.2005, Hamburg, Kontakt: Stadtteilkulturzentrum Eidelstedter Bürgerhaus e.V., Alte Elbgaustr. 12, 22523 Hamburg, Tel.: (0 40) 5 70 95 99, Fax: (0 40) 5 70 83 63

Fachsymposium Arbeitsschutz-Managementsysteme 2005, 27.-28.9.2005, Dresden, Kontakt: BGFE, Frau Sandomeer, Stübelallee 49c, 01309 Dresden, Tel.: (03 51) 31 48 33 00, Fax: (03 51) 31 48 33 09, E-Mail: pruefstelle.dresden@bgfe.de

...und da komm ich an meine Grenzen – Krisen im pflegerischen Alltag, 4. – 6.10.2005, Königsutter, Kontakt: Psychiatrie Akademie, Vor dem Kaiserdom 10, 38154 Königsutter, Tel.: (0 53 53) 90 16 80, Fax: (0 53 53) 90 10 99, E-Mail: Psychiatrie-akademie@nlkh-koenigsutter.niedersachsen.de

International

Endometriose Kongress, Menstruation & Endometriose, 26.9. – 1.10.2005, Villach, Österreich, Kontakt: Marion Strebing, Gynäkologisch-Geburtshilfliche Abteilung, Landeskrankenhaus Villach, Nikolaigasse 43, A-9500 Villach, Tel.: +43 (42 42) 2 08 21 65, Fax: +43 (42 42) 2 08 23 07, E-Mail: endometriose2005@lkh-vil.or.at, www.endometriose-villach.at

Antwort bitte ausfüllen und schicken oder faxen an die

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

Ich möchte ...

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

Name

Institution

Anschrift

Tel./Fax

E-Mail

Ich/Wir sind vorwiegend tätig im

Gesundheitswesen Bildungsbereich Sozialbereich

Anregungen, Kritik, Wünsche

Sonstiges