

77 **impulse**

FÜR GESUNDHEITSFÖRDERUNG

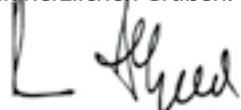
Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.

Geht das?

Werte in der Gesundheitsförderung und -versorgung

EDITORIAL » Ethik versteht sich selbst ja bereits seit ihren aristotelischen Anfängen als »praktische Wissenschaft«, als moralische Reflexion von Alltagshandeln und Wissenschaften. Wie praktisch ist Ethik aber für den Gesundheitsbereich? Auch wenn ihre Formalisierungsgrade über Ethikkommissionen und den nationalen Ethikrat zugenommen haben, ist die Frage, wie weit es um Ethik im Alltag der Gesundheitsversorgung bestellt ist, spannend. Fängt es erst bei letzten Fragen, also den Umgang mit Sterben, den Todesdefinitionen für die Organspende oder der Pränataldiagnostik an? Brauchen wir jenseits der als Nischendisziplin verankerten Medizinethik eine Public-Health-Ethik, wie es zwei Autoren dieses Heftes fordern, oder einen neuen Gerechtigkeitsdiskurs bei Verteilungsfragen im Gesundheitswesen? Unter dem Titel »Geht das?«, versuchen wir auszuloten, welchen Stellenwert Ethik im Gesundheitsbereich haben kann. » Die letzte *impulse*-Ausgabe 2012 möchten wir nutzen, um uns bei allen Kooperationspartnern der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. für die intensive und konstruktive Zusammenarbeit zu bedanken. Auch den mehr als 100 Autorinnen und Autoren der Zeitschrift *impulse* in 2012 sei herzlichst für ihre Mitarbeit gedankt, weil ohne ihr Engagement die Herausgabe dieser Zeitschrift nicht möglich wäre. Unser Dank gilt natürlich auch allen Leserinnen und Lesern der *impulse*, von denen wir viele positive Rückmeldungen und Anregungen zu den einzelnen Ausgaben erhalten haben. Wir wünschen Ihnen allen einen schönen und angenehmen Jahresausklang und ein gesundheitsförderliches Jahr 2013! Lassen Sie sich durch dieses Heft möglicherweise anregen, die wahrscheinlich gar nicht so besinnliche Zeit gerade dazu zu nutzen, etwas weiter oder neu zu denken und damit zu schauen, ob mehr Ethik möglich ist. » Die Schwerpunktthemen der nächsten Ausgaben lauten »Generation 20+« (Redaktionsschluss 09.02.2013) und »Wie viel Gesundheit können wir uns leisten? Gesundheitsdienste neu orientieren« (Redaktionsschluss 06.05.2013). Wie immer sind Sie herzlich eingeladen, sich an den kommenden Ausgaben mit verschiedensten Beiträgen, Anregungen und Informationen zu beteiligen. Zum Jahresende feiern wir noch ein Jubiläum: Unser Online-Newsletter geht in die 50. Ausgabe. Die 2.000 Abonentinnen und Abonenten werden im 6-wöchigen Rhythmus über Aktuelles zum Thema Gesundheit informiert.

Mit herzlichen Grüßen!



Thomas Altgeld und Team

AUS DEM INHALT Ethik in den Gesundheitswissenschaften **02** Die Public Health Ethik in Abgrenzung zur klassischen Medizinethik **03** Kann man Ethik lernen? **05** Ethikkommissionen in Niedersachsen **06** Rationierung im Gesundheitswesen: Ein Diskurs zwischen Ethik und Effizienz **07** Können Twitter & Co. Leben retten? **08** Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht – Erwartungen und Wirklichkeit **09** Wertvolle Organe. Chancen angesichts der Revision des Transplantationsgesetzes **10** Über den Organmangel und das Horntodkonzept **11** Beschneidung bei Jungen – heute noch vertretbar? **12** Das Europäische Jahr für Aktives Altern und Solidarität zwischen den Generationen 2012 – ein Rückblick **13** Der Blick auf Behinderung und die Pränataldiagnostik **14** Projekt »Kooperation und Vernetzung in der Schwangerenbetreuung und -beratung bei Pränataldiagnostik« **15** Öffentliche Meinung und ethisches Urteil **15** Digitale Patientenauskunft – Elektronische Patientenakte **16** Selbsthilffarbeit kann finanziell gestärkt werden **17** Gemeinsame Handlungsfelder zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Demenz in Akutkrankenhäusern **18** Viel zu privat?! Sexualität in der Altenpflege – die Zweite **19** Gesundheit von Studierenden: Review zum Forschungsstand **19** Umbenennung des Regionalen Knotens in »Kordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Niedersachsen« **20** profamilia – Standpunkt zur Beschneidungsdebatte **21** Projekt SexI – Sexualerziehung Interkulturell **22** Die Bedeutung der Weiterentwicklung palliativmedizinischer Angebote in Niedersachsen **22** Bücher, Medien **24** Termine **30** Impressum **31**



UWE H. BITTLINGMAYER, DIANA SAHRAI

Ethik in den Gesundheitswissenschaften

Ethik in den Gesundheitswissenschaften wird häufig zuerst auf eher medizinethische Aufgabenbereiche bezogen. In Public Health taucht Ethik etwa systematisch in Drittmittel geförderten Projekten auf, die von unabhängigen Ethikkommissionen eine Unbedenklichkeitsbescheinigung benötigen, um Interventionen und Evaluationen durchführen zu können. Ein anderer öffentlichkeitsrelevanter Diskussionsstrang im Rahmen der Verknüpfung von Ethik und Gesundheit verläuft über die Arbeit des Ethikrats, in dem z. B. Fragen verhandelt werden, wo menschliches Leben beginnt, ob aktive Sterbehilfe legitim ist oder wie Stammzellenforschung ethisch einzuschätzen ist. Damit klingt Ethik in den Gesundheitswissenschaften wie ein Thema, das für die meisten Public Health-Praktikerinnen und -Praktiker wenig unmittelbare Handlungsrelevanz hat. Auch deshalb wird Ethik in den Gesundheitswissenschaften kurzerhand als Spezialfall der Medizinethik erklärt. Wir vertreten hier eine andere Position: Die Berührungspunkte, an denen Public Health-Theorie und -Praxis und philosophische Fragen nach Moral und Ethik sich treffen, sind enorm vielfältig. Diese Einleitung soll – ohne Anspruch auf Vollständigkeit und eher schablonenhaft – anhand von drei übergreifenden Motiven einen Eindruck über einige wichtige Fragestellungen vermitteln.

Gesundheit und Gerechtigkeit

Ganz allgemein lässt sich zunächst Gesundheit als ein Gegenstand festmachen, der neben dem WHO-Motto, Gesundheit für alle zu propagieren, als wichtige Bezugsgröße unmittelbar in Gerechtigkeitstheorien eingegangen ist. Die in der Gerechtigkeitstheorie verhandelten Fragen sind dabei zuerst auf die Perspektive der Verhältnisprävention festgelegt. Was kann und muss eine Gesellschaft für die Erzeugung und den Erhalt der Gesundheit ihrer Bevölkerung tun? Ein Unterproblem ist

dann: Wieviel sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit ist zulässig und wie lässt sich die bestehende gesundheitliche Ungleichheit legitimieren? Dass in Deutschland im Augenblick wesentlich zu viel Ungleichheit in der Gesundheit besteht und dass diese Ungleichheit in den letzten Jahren angestiegen ist, bezweifelt kaum jemand. Neun Jahre Lebenserwartungsdifferenz zwischen Arm und Reich sind nicht legitimierbar. Aber wie viele Jahre Lebenserwartungsdifferenz wären noch in Ordnung? Hier wird der Bereich der Empirie, vor allem der immer dominanter werdenden Sozialepidemiologie sowie Gesundheitsberichterstattung, verlassen und normative und gerechtigkeits-theoretische Fragen gewinnen etwa für eine Gesundheitspolitik in hohem Maße an Relevanz.

Knappheit und Gesundheit

In eine ähnliche Richtung zielen Fragen, die sich auf die Verteilung knapper Güter beziehen. Dabei geht es bei weitem nicht nur um die vergleichsweise spektakulären Entscheidungen, anhand welcher Kriterien die Prioritätslisten bei lebenswichtigen Organspenden konstruiert werden. Sondern es geht hier ebenfalls um die Überprüfung, wie die von der Gesundheitspolitik zur Verfügung gestellten (nicht eben üppigen) Mittel zur Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit eingesetzt werden sollen. Genau hier sind etwa die Diskussionen um Gesundheitsziele zu verorten, die auf der Grundlage nachvollziehbarer normativer Maßstäbe die Mittelverteilung zur Realisierung spezifischer Projekte organisieren sollen. Um die Formulierung von Gesundheitszielen oder um die Bestimmung der wichtigsten Zielgruppen für Public Health-Maßnahmen (in der Regel die irgendwie »schwer Erreichbaren« – »Bildungsfernen«, »Wohnungslosen«, aber sehr selten Reiche, die auch kaum in Public Health-Maßnahmen auftauchen) kristallisieren sich ethische und moralische Fragestellungen heraus, sobald eine Entscheidung zwischen Projekt- und Maßnahmen-Alternativen getroffen werden muss. Doch auch in der unmittelbaren Public Health-Praxis stellen sich solche abwägenden Fragen ganz alltäglich: Aus der Sicht organisierter Träger und Institutionen geht es etwa darum, zu entscheiden, ob mehr vorhandene Ressourcen oder Akquisetätigkeiten in das Feld Männergesundheit fließen sollen und ob dafür die Adipositasprävention, deren Hype vorüber zu sein scheint, zurückgefahren wird. Solche alltäglichen Entscheidungssituationen liegen unmittelbar im Gegenstandsbereich einer ethisch-moralischen Perspektive, in der Regel ohne dass das den Public Health-Akteurinnen und -Akteuren bewusst ist.

Gesundheit und Autonomie

Doch ethisch-moralische Fragen lassen sich in den Gesundheitswissenschaften nicht auf eine verhältnispräventive Perspektive und auf Fragen der Verteilung eingrenzen. Gerechtigkeits-theoretisch genauso wesentlich und für die Public Health-Praxis umso folgenreicher ist die Frage nach der Rolle von Gesundheit für ein gutes Leben – das meint Ethik im engeren Sinne. Dabei ist wenig umstritten, dass Gesundheit für ein gutes Leben zentral ist, sondern in welchem Verhältnis das Erreichen oder der Erhalt von Gesundheit zur je individuellen Autonomie steht?

Wir müssen in Gegenwartsgesellschaften damit rechnen, dass es ganz unterschiedliche Konzeptionen eines guten Lebens gibt und wir behaupten zumindest, dass die Menschen, die in Deutschland leben, den Status autonomer und mündiger Bürgerinnen und Bürger zugesprochen bekommen (der Einfach-



heit halber lassen wir Fragen nach Sozialisation und Gesundheitserziehung und die in Hinblick auf Autonomieversprechen skandalöse Sozialpolitik einmal beiseite.)

Dann ist allerdings die Frage, inwieweit selbstgewählte gesundheitsabträgliche Konzeptionen des guten Lebens – in der Soziologie als Lebensstile bezeichnet – von der Gesellschaft und den Public Health-Professionellen schlicht als Ausdruck persönlicher Autonomie zu akzeptieren sind. Hier besteht also ein starkes und nicht auflösbares Spannungsverhältnis zwischen gesellschaftlich versprochenen Autonomieansprüchen (etwa in der Verfassung) und den sogenannten »adaptiven Präferenzen«. Denn eine soziologisch angeleitete Ethik weiß, dass die Alltagsroutinen, Verhaltensweisen und Lebensstile von Menschen keineswegs autonom und selbstherrlich gewählt sind, sondern ein Resultat von gesamtgesellschaftlichen und milieuspezifischen Normalitätsvorstellungen (wenn wir oder eine Ärztin, ein Arzt zur Herstellung der Gesundheit in Deutschland um ein Feuer tanzt, wäre das etwa außerhalb unserer gesellschaftlichen Normalitätsvorstellungen), Handlungszwängen, aber auch durchaus existenten Handlungsfreiheiten sind. Eine Konsequenz aus diesem Dilemma ist die Etablierung einer großen Anzahl von Studiengängen der Verhaltenskorrekturwissenschaften – z. B. Bachelor- und Masterstudiengänge in Public Health, Oekothropologie, Gesundheitspädagogik, Gesundheitspsychologie, Soziale Arbeit, Sozialpädagogik – mit denen den individuellen Autonomieansprüchen begegnet wird. Solche mit vielerlei Fachwissen ausgestattete Expertinnen und Experten müssen dann Menschen erklären, dass ihre bisherigen Alltagsroutinen suboptimal sind und dass sie ihr Verhalten ändern sollen. Das passt schlecht zu der Vorstellung, dass Menschen (oder Patientinnen und Patienten) autonom und mündig sind, und bezeichnet ein Grunddilemma verhaltenensorientierter Praxiswissenschaften. Denn, wie Martha Nussbaum, eine der wichtigsten Gerechtigkeitstheoretikerinnen der Gegenwart, festhält: Es ist die Aufgabe der gesellschaftlichen Institutionen, den Bürgerinnen und Bürgern »die materiellen, institutionellen sowie pädagogischen Bedingungen zur Verfügung zu stellen, die [ihnen] einen Zugang zum guten menschlichen Leben eröffnen und [sie] in die Lage versetzen, sich für ein gutes Leben und Handeln zu entscheiden.« Aber gleichzeitig müssen die Adressatinnen und Adressaten der Public Health-Praxis sich prinzipiell frei entscheiden können. Selbst wenn Public Health sicher wüsste, wie genau ein gesundheitsförderliches Leben zu erreichen ist, darf keinerlei Zwang ausgeübt werden, entsprechende Handlungen einzuklagen.

Ethik in Public Health – ein Kurzsümee

Die drei hier nur angedeuteten Schnittmengen von Public Health und Ethik bzw. Gerechtigkeitstheorie sollten andeuten, dass ethische Fragestellungen nicht nur in die Theorie oder die Programmatik von Public Health, sondern tief in ihre alltägliche professionelle Praxis eingelassen sind. Eine Konsequenz wäre, einerseits entsprechende Wissens- und Theoriebestände aus der Gerechtigkeitstheorie in die Public Health-Studiengänge stärker einzubinden, andererseits normative Diskussionen in die gesellschaftliche Verstricktheit von Public Health (etwa in der Konvergenz zwischen dem Aktivierungsparadigma und Public Health-Interventionsformen) umfassender und öffentlicher zu führen. Genau dann kann Public Health das zurzeit eher schlummernde Potenzial der Stärkung emanzipativer Perspektiven im Kontext einer Bevölkerungsgesundheit, die diesen Namen verdient, wieder stärker entfalten.

PROF. DR. UWE H. BITTLINGMAYER, Institut für Soziologie, PH Freiburg,
E-Mail: uwe.bittlingmayer@ph-freiburg.de

VERTR. PROF. DR. DIANA SAHRAI, Fakultät für Bildungswissenschaften,
Universität Duisburg Essen, E-Mail: diana.sahrai@uni-due.de

DANIEL STRECH, HANNES KNÜPPEL

Die Public Health Ethik in Abgrenzung zur klassischen Medizinethik

Eine Public Health Ethik (PHE) befasst sich mit ethischen Fragen, die im Handlungsbereich von Public Health (PH) aufgeworfen werden. PH umfasst all diejenigen Disziplinen, die sich auf überindividueller Ebene um die Gesundheit des Menschen kümmern, wobei ganz unterschiedliche methodische Herangehensweisen zur Anwendung kommen. Aus dieser allgemeinen Definition von PH lassen sich bereits einige charakteristische Eigenschaften des Gegenstandsbereichs einer PHE ableiten, welche auch die Abgrenzung zur klassischen Medizinethik verdeutlichen.

PH nimmt eine Perspektive ein, die über das einzelne Individuum hinausgeht. Sie unterscheidet sich damit – zumindest vom Schwerpunkt her – auch von der klassischen Medizinethik, die vor allem ethische Konflikte im Hinblick auf das Wohlergehen und den Willen der einzelnen Patientin und des einzelnen Patienten untersucht. Trotz bzw. gerade wegen dieser überindividuellen Perspektive muss die PHE ein besonderes Augenmerk auf die Konsequenzen von PH-Maßnahmen für den einzelnen Menschen richten.

PH beschränkt sich nicht auf die empirische Analyse der bevölkerungsbezogenen Faktoren von Gesundheit und Krankheit (Epidemiologie), sondern entwickelt Managementstrategien, deren allgemeines Ziel es ist, den Gesundheitszustand in bestimmten Populationen zu verbessern. Damit greifen PH-Maßnahmen in die Autonomie und das Wohlergehen der betroffenen Menschen ein, was grundsätzlich der Legitimation – auch in ethischer Hinsicht – bedarf. In dieser Hinsicht findet man im Bereich von PH eine zur klinischen Medizin analoge Grundkonstellation. Allein der Ansatzpunkt der Interventionen unterscheidet sich (Individuum vs. Population). Es geht den PH-Disziplinen nicht nur um die Krankheitsbekämpfung, sondern auch – wenn nicht sogar vor allem – um die Förderung der Gesundheit und die Verhinderung von Krankheiten. Diese präventive Ausrichtung erscheint angesichts der Zunahme unbe-

handelbarer, aber durch Vorbeugung zum Teil vermeidbarer chronischer Erkrankungen äußerst zweckmäßig. Sie bedingt aber auch eine besondere ethische Relevanz, da PH-Interventionen auch beim (noch) gesunden Menschen ansetzen und dabei dessen Autonomie beeinflussen und ihn den (häufig weniger öffentlich bekannten und diskutierten) Risiken und Nebenwirkungen von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Krankheitsvermeidung aussetzen.

Der Populationsbezug von PH-Maßnahmen wirft besondere Probleme bei der Nutzen-Schaden-Abwägung auf, da der potenzielle gesundheitliche Nutzengewinn auf der Ebene der Population gegen möglichen Schaden auf individueller Ebene bzw. auf der Ebene von Subpopulationen abzuwägen ist.

Bei der Orientierung an populationsbezogenen Durchschnittswerten von gesundheitlichem Nutzen und Schaden droht die aus ethischer Sicht bedeutsame Frage nach der gerechten Verteilung von Nutzen und Schaden der PH-Maßnahmen aus dem Blick zu geraten.

Ethische Fragestellungen im Bereich von Public Health

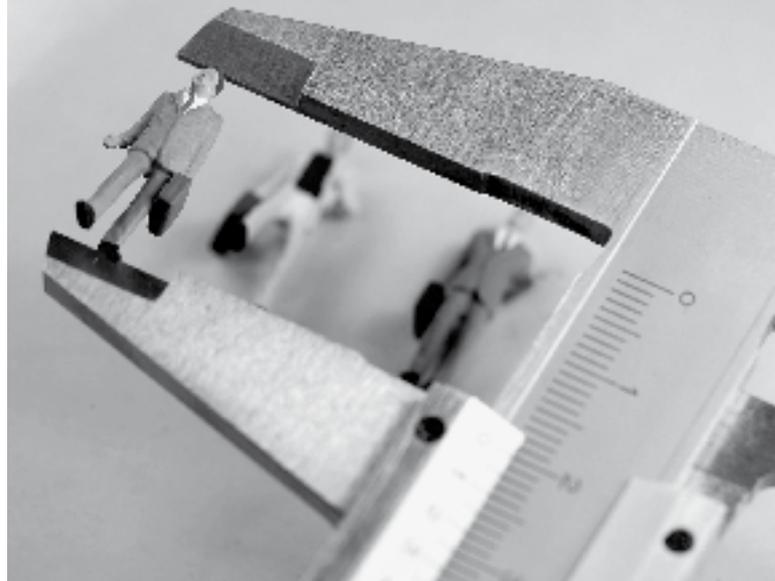
Die Etablierung von PHE trägt der Tatsache Rechnung, dass bevölkerungsbezogene Ansätze einen immer wichtigeren Stellenwert bei der Sorge um die Gesundheit der Menschen gewinnen. Dies liegt nicht nur an der Entwicklung neuer populationsbezogener Interventionsmaßnahmen, sondern auch an aktuellen Bedrohungen der Gesundheit, die sich nicht mehr auf einzelne Personen beschränken, sondern ganze Populationen bis hin zur gesamten Weltbevölkerung betreffen. Als ethische Fragestellungen im Bereich von PH wären beispielhaft zu nennen (I) die H1N1-Impfung (Schweinegrippe) oder die HPV-Impfung (zur Primärprävention von Gebärmutterhalskrebs), (II) die verschiedenen Früherkennungsmaßnahmen bei onkologischen Erkrankungen (Brustkrebs, Prostatakrebs, Gebärmutterhalskrebs u. a.) und zunehmend auch psychischen Erkrankungen (Depression, Schizophrenie, Demenz, ADHS), (III) der Umgang mit begrenzten finanziellen Ressourcen im Gesundheitswesen, (IV) Aufklärungskampagnen wie zur Prävention von HIV, häuslicher Gewalt oder Diabetes.

Rahmengerüst zur ethischen Bewertung von PH-Maßnahmen

Mit Hilfe der folgenden fünf ethischen Kriterien kann die Untersuchung der ethischen Angemessenheit von PH-Maßnahmen angeleitet werden:

»1 Jede ethische Bewertung muss mit einer kritischen Beurteilung des **Nutzenpotenzials** der PH-Maßnahme beginnen. Hierzu müssen die Interventionsziele (z. B. Identifizierung von Krebserkrankungen im Frühstadium) und ihre Bedeutung für eine gesundheitliche Verbesserung von Individuen bzw. gesellschaftlichen Gruppen (z. B. Senkung der krebspezifischen Mortalität oder der Gesamtmortalität) klar definiert sein.

»2 In der Regel sind PH-Maßnahmen auch mit gesundheitlichen und sozialen Risiken sowie Belastungen verbunden (z. B. falsch-positive Ergebnisse mit anschließend unnötiger Therapie bei Früherkennungsmaßnahmen oder Stigmatisierung bei Aufklärungskampagnen). Es ist deshalb wichtig, das **Schadenspotenzial** für die direkt und indirekt Betroffenen abzuschätzen und dem zu erwartenden Nutzen für die Zielpopulation gegenüberzustellen. Belastbare Aussagen zu Nutzen und Schaden sollten evidenzbasiert sein. Das bedeutet, dass die Studie zur Fragestellung passt und die Datenerhebung sowie das Berichten der Ergebnisse nachvollziehbar und nach aktuellen wissenschaftlichen Kriterien geschieht.



»3 Aus der Vorgabe, die **Selbstbestimmung von Individuen zu respektieren**, ergeben sich zwei für die PHE relevante Bewertungsperspektiven: Zum einen soll die Gesundheitskompetenz und die Fähigkeit zur gesundheitlichen Eigenverantwortung (*Empowerment*) gestärkt werden. Zum anderen sollen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer aufgrund der meist nicht zu eliminierenden Belastungen und Risiken selbst nach entsprechender Aufklärung über die Teilnahme an der PH-Maßnahme entscheiden (*Informierte Einwilligung*).

»4 Aus Gründen der **Gerechtigkeit** ist folglich zu prüfen, ob alle Personen, die von der PH-Maßnahme profitieren könnten, auch einen uneingeschränkten Zugang zu ihr haben. Zudem sollte die Verteilung von gesundheitlichen Nutzen- und Schadenspotenzialen betrachtet werden.

»5 Angesichts begrenzt verfügbarer öffentlicher Ressourcen ist die **Effizienz** der PH-Maßnahme zu prüfen. Hierzu sollte das Verhältnis zwischen den Zusatzkosten und dem Zusatznutzen im Vergleich zu alternativen Maßnahmen – sofern verfügbar – bestimmt werden (*Kosten-Nutzen-Verhältnis*).

PH-Maßnahmen werden bewertet, indem diese fünf Kriterien schrittweise »angewendet« werden. Zunächst erfolgt die *Beschreibung* der zu untersuchenden PH-Maßnahme hinsichtlich ihrer Zielsetzung, Methodik und Zielpopulation. Im Rahmen der *Spezifizierung/Konkretisierung* werden die fünf Kriterien mit zusätzlichem Inhalt gefüllt, um die spezifische Problemkonstellation besser erfassen zu können. Anschließend werden die einzelnen Kriterien jeweils für sich bewertet: Liegt ein Nutzen oder Schaden vor, wird die Autonomie von Individuen beeinträchtigt, sind Gerechtigkeitsaspekte betroffen? Diese Einzelbewertungen müssen dann zu einer übergreifenden Beurteilung der Public Health Maßnahme zusammengeführt werden (*Synthese*). Hierzu gehört insbesondere die (I) normative *Gewichtung* der Einzelbewertungen, (II) die begründete Abwägung bei Konflikten zwischen den Kriterien und (III) die *Überprüfung von Alternativlösungen*.

In den meisten Fällen wird die übergreifende ethische Beurteilung der Public Health Maßnahme nicht in einer kategorischen Ablehnung oder uneingeschränkten Befürwortung münden. Vielmehr werden verschiedene, aus ethischer Sicht relevante Aspekte und Konfliktkonstellationen aufgezeigt.

PROF. DR. DR. DANIEL STRECH, HANNES KNÜPPEL, Medizinische Hochschule Hannover, Centre for Ethics and Law in the Life Sciences, Carl-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover, Tel.: (05 11) 532-27 09, E-Mail: strech.daniel@mh-hannover.de

MICHAEL COORS

Kann man Ethik lernen?

Ethik und Moral

Im Grunde genommen ist nichts natürlicher, als dass man Ethik lernt. Wir alle lernen von Kindesbeinen an, uns an moralischen Werten zu orientieren. Dabei ist es aber sinnvoll, zwischen Moral und Ethik zu unterscheiden: Mit dem Wort Moral beziehen sich Ethikerinnen und Ethiker in der Regel darauf, dass es eine Reihe von Normen und Werten gibt, die wir ganz unreflektiert übernehmen: Sie sind uns anerzogen oder wir haben sie aufgrund unserer Erlebnisse verinnerlicht, ohne groß darüber nachzudenken. Ethik beginnt dort, wo wir anfangen, über diese moralischen Überzeugungen nachzudenken: Darum hat Ethik es immer mit dem Verstehen von moralischen Wertvorstellungen und dem Begründen von moralischen Normen zu tun.

Ethik und Wahrnehmung

Moralische Überzeugungen haben wir alle in der einen oder anderen Weise: Wir haben Vorstellungen davon, was gutes Leben ist. Moral zeigt sich aber häufig zuerst einmal als ein vages Gefühl dafür, dass etwas nicht stimmt. Ethik ist dann zunächst die Beschäftigung damit, den moralischen Intuitionen, die sich in solchen Gefühlen ausdrücken, eine Sprache zu geben. Gefühle und Intuitionen sollen in Argumente übersetzt werden, die man anderen mitteilen kann.

Ethik zu lernen heißt darum zuallererst, sensibel zu werden für die Wahrnehmung von ethischen Problemen: Ethik ist immer auch Wahrnehmungsschulung! Ethik beginnt nicht erst mit dem rationalen Urteilen, sondern sie beginnt, wie der Züricher Theologe und Ethiker Johannes Fischer betont, bereits damit, wie wir Situationen wahrnehmen. Wahrnehmung ist nie neutral, sondern wir nehmen eine Situation immer schon in einer bestimmten Perspektive wahr. Wenn wir z. B. ein Krankenzimmer betreten und dort einen schwerkranken, sterbenden Menschen sehen, werden wir in der Regel unmittelbar wahrnehmen, ob hier jemand leidet. Wir werden intuitiv eine Situation von Hilfsbedürftigkeit wahrnehmen. Unsere Wahrnehmung von Situationen ist dabei immer schon durch bestimmte Wahrnehmungsmuster, die wir eben erlernt haben, geprägt. Solche Wahrnehmungsmuster eignen wir uns auf unterschiedliche Art und Weise an: Viele Wahrnehmungsmuster sind uns anerzogen, manche eignen wir uns im Laufe des Lebens erst an. Häufig verändert sich unsere Wahrnehmung auch durch Erzählungen von Situationen – z. B. die Geschichte von Angehörigen, die am Lebensende furchtbar gelitten haben. Relevant ist nicht, ob solch eine Geschichte wahr oder falsch ist, sondern dass solche Geschichten moralische Wahrnehmungsmuster transportieren. Im Alltag hat Ethik sehr viel mit solchen Erzählungen zu tun – unsere moralischen Überzeugungen sind uns häufig in Form von erzählten Geschichten präsent und weniger in Form klarer Aussagesätze.

Beim Erlernen von Ethik geht es deshalb immer auch um das Verstehen der eigenen Wahrnehmungsmuster. Wie beeinflusst mein Leben und Erleben meine ethische Wahrnehmung von Problemen? Welche Geschichten prägen mich in meinem ethischen Urteil? In der medizinethischen Ausbildung übt man in der Regel anhand von konkreten Patientinnen- und Patientengeschichten ein, die eigene ethische Wahrnehmung des Konfliktes zu artikulieren. Da Wahrnehmungsmuster aber häufig durch Erzählungen vermittelt werden, ist auch die Aus-



einandersetzung mit einem guten Roman, der ethische Probleme in eine Erzählstruktur einbindet, eine Möglichkeit, Ethik zu lernen.

Unterschiede diskutieren

Einer der wichtigen Lernschritte ist dabei die Einsicht, dass Menschen ethische Konfliktsituationen unterschiedlich wahrnehmen und dass es häufig aufgrund solch unterschiedlicher Wahrnehmungen zu Konflikten kommt. Ethik lernen heißt darum auch zu lernen, dass Menschen unterschiedlich sind, und diese Unterschiedlichkeit in das eigene ethische Urteilen mit einzubeziehen. Daher gehört zum Erlernen von Ethik unbedingt der Dialog mit anderen über ihre moralischen Wahrnehmungen und ethischen Urteile. Auch dies lässt sich im Kontext von Medizin und Pflege am besten anhand der Diskussion von konkreten Konflikten einüben.

Häufig haben wir es mit Situationen zu tun, in denen unterschiedliche moralische und ethische Bewertungen aufeinanderprallen. Hier reicht es nicht aus, sich über seine unterschiedlichen Wahrnehmungen und Bewertungen zu verständigen. Es muss eine für alle akzeptable Lösung gefunden werden. Ein Beispiel wäre die Frage, wie wir unsere Ressourcen im Gesundheitswesen verteilen. Aber auch die Frage, wie wir in konkreten ethischen Konfliktsituationen zu einer für alle akzeptablen Lösung kommen, ist solch eine Frage: Welche Regeln der Konfliktlösung sind hier ethisch vertretbar? Insbesondere in Medizin und Pflege geht es immer wieder auch darum, Ethik in diesem Sinne als Instrument der Konfliktlösung zu begreifen: Soll ein Mensch künstlich ernährt werden? Was machen wir mit der laut schreienden Bewohnerin des Pflegeheims, die allen anderen den Schlaf raubt? Wie kommen wir hier zu Entscheidungen? Hier gilt es, Ethik auch als Methode und Instrument der ethischen Konfliktbewältigung zu begreifen und zu erlernen.

Die Kunst des Unterscheidens

Dazu gilt es, Ethik als Kunst des Unterscheidens zu lernen: Wer in einem ethischen Konflikt vermitteln will, muss zwischen Situationsbeschreibungen, praktischen Fragen, Bewertungen und Normen unterscheiden lernen. Situationsbeschreibungen sind eine Frage der Wahrnehmung der Situation. Praktische Fragen lassen sich weitgehend nach objektiven fach-



wissenschaftlichen Kriterien entscheiden: Wie geht das Anlegen einer künstlichen Ernährung technisch und wie gehe ich pflegerisch damit um? Welche medizinischen Ziele kann ich damit erreichen (medizinische Indikation, Therapieziel)? Unterschiedliche ethische Bewertungen einer Situation hingegen kann man nicht einfach objektiv auflösen. Man kann aber anhand normativer Kriterien, die für alle ethisch zumutbar sind, zu einer Entscheidung kommen, welche Bewertung gelten soll. Solche Normen sind z. B. die Achtung der Menschenwürde, der Respekt vor der Selbstbestimmung der Patientin bzw. des Patienten, die Beachtung von Fürsorgepflichten und die gerechte Verteilung von Ressourcen. Diese Normen sowie ihre Begründungen zu kennen und zu verstehen, ist der kognitive Anteil des Lernens von Ethik. Sie auf konkrete Situationen anzuwenden, erfordert hingegen praktische Weisheit und Erfahrung, die v. a. im Dialog mit anderen eingeübt werden können.

PASTOR DR. MICHAEL COORS, Theologischer Referent, Zentrum für Gesundheitsethik (ZfG), Knochenhauerstraße 33, 30159 Hannover, Tel.: (05 11) 12 41 67 0, E-Mail: michael.coors@evlka.de

MARTIN SCHUMACHER

Ethikkommissionen in Niedersachsen

Aufgabe von Ethikkommissionen ist es, die ethische Unbedenklichkeit von Forschungsvorhaben am Menschen zu prüfen. Sie dienen damit in erster Linie der Wahrung der Interessen und Rechte beteiligter Probandinnen und Probanden, aber auch dem Schutz von Forscherinnen und Forschern vor unabsichtlichen Verstößen gegen gesetzliche Bestimmungen. Die Arbeit von Ethikkommissionen kann je nach Forschungsbereich bundes- und landesrechtlichen als auch standesrechtlichen Bestimmungen unterliegen. Unabhängig von gesetzlichen Bestimmungen ist bei bestimmten Förderungsverfahren die Vorlage eines zustimmenden Votums bei Antragstellung obligatorisch, so etwa regelmäßig bei Anträgen an die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG).

Medizinische Ethikkommissionen

Die Einrichtung medizinischer Ethikkommissionen geht im Wesentlichen auf die Deklaration des Weltärztebundes zu Ethischen Grundsätzen für die medizinische Forschung am Menschen (Deklaration von Helsinki) zurück, die 1964 beschlossen und seither laufend weiterentwickelt wurde (derzeit letzte Revision im Jahr 2008).

Mit der Änderung des Arzneimittelgesetzes (AMG) im Jahre 2004 wurde die Arbeit von Ethikkommissionen bei Forschungsvorhaben mit Medikamenteneinsatz verbindlich institutionalisiert, in dem die »zustimmende Bewertung« einer nach Landesrecht gebildeten Ethikkommission neben der Genehmigung durch die zuständige Bundesoberbehörde als gesetzlich vorgeschriebene Bedingung für den Beginn der klinischen Prüfung eines Arzneimittels eingeführt wurde (§ 40 Abs. 1 Satz 2 AMG).

Zustimmende Stellungnahmen von Ethikkommissionen sind des Weiteren auch nach § 20 Abs. 7 Medizinproduktegesetz (MPG) vorgeschrieben, bevor eine klinische Prüfung eines Medizinproduktes am Menschen vorgenommen werden darf. Auch die Verordnung über den Schutz vor Schäden durch Röntgenstrahlen (Röntgenverordnung, RÖV) schreibt in § 28g die Beteiligung einer Ethikkommission im Rahmen klinischer Forschung vor.

In Niedersachsen wird dies durch die Ethikkommissionen der Universitätskliniken in Göttingen und Hannover sowie die Ethikkommission der Ärztekammer Niedersachsen umgesetzt.

Klinische Ethikkomitees

Neben Ethikkommissionen, die Stellungnahmen zu medizinischen Forschungsvorhaben am Menschen abgeben, existieren parallel klinische Ethikkomitees, die praxisorientiert ethische Probleme aus dem Alltag der Behandlung und Pflege von Patientinnen und Patienten beraten. Ebenfalls mit versorgungsbezogenen Fragen befassen sich beispielsweise Ethik-Arbeitsgruppen, Ethik-Ausschüsse und Ethik-Foren von Krankenhasträgern und weiteren Einrichtungen des Gesundheitswesens.

Ethikkommissionen in anderen Forschungsbereichen

Für Forschungsvorhaben im Gebiet der Psychologie wurden Ende der 1990er Jahre Ethische Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychologie und des Berufsverbands Deutscher Psychologinnen und Psychologen entwickelt.

Diese Richtlinien finden in Ethikkommissionen ihren Niederschlag, die in nichtmedizinischen Fakultäten beziehungsweise Hochschulen ohne medizinischen Forschungsbereich errichtet wurden. In Niedersachsen sind hier beispielsweise die Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, die Universität Osnabrück, die Stiftung Universität Hildesheim und seit 2011 auch die Leibniz Universität Hannover zu nennen.

Die Einrichtung solcher Ethikkommissionen gewinnt an Bedeutung, da Forschungsträger und -förderer sowie Publikationsorgane in zunehmendem Maße die Vorlage zustimmender Ethik-Stellungnahmen einfordern. Diese Kommissionen begutachten somit zumeist nicht nur ethische Fragen psychologischer Forschung, sondern können auch bei anderen human- und sozialwissenschaftlichen Forschungsvorhaben angerufen werden.

Literatur beim Verfasser
Anschrift siehe Impressum



JEANINE STABER

Rationierung im Gesundheitswesen: Ein Diskurs zwischen Ethik und Effizienz

Einführung

Seit den 1990er Jahren beschäftigt sich auch die deutsche Wissenschaft und Praxis mit dem Themenfeld »Rationierung im Gesundheitswesen«. Von Rationierung im Gesundheitswesen wird laut der zentralen Ethikkommission dann gesprochen, »wenn aus medizinischer Sicht notwendige oder zweckmäßige medizinische Maßnahmen aus finanziellen Gründen offen oder verborgen vorenthalten werden«.

Konsens herrscht weitestgehend darüber, dass sich das Finanzierungsproblem der Solidargemeinschaft innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zunehmend verschärfen werde. In Zukunft wird sich nicht die Frage stellen, ob rationiert werden soll, sondern nur noch wie: Ein Gesundheitssystem kann nicht alles solidarisch finanzieren, was der Gesundheit dienlich ist. Und es wird auch bereits in der GKV nicht alles solidarisch finanziert, was der Gesundheit dienlich ist und somit rationiert: Der grundsätzliche Ausschluss von nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln aus dem Leistungskatalog der GKV im Jahre 2004 ist ein Paradebeispiel für Leistungsbeschränkungen aus finanziellen Gründen.

Anforderungen an den Rationierungsdiskurs

Von vielen Vertreterinnen und Vertretern aus Wissenschaft und Praxis, zum Beispiel vom Deutschen Ethikrat, wird ein offener Rationierungsdiskurs gefordert, der medizinische, ökonomische, ethische und juristische Dimensionen verbindet. Eine Rationierung nach fairen Kriterien soll für eine gerechte Ressourcenallokation im Gesundheitswesen sorgen.

Konsens besteht dabei darüber, dass die Rationierungsentscheidungen über medizinische Leistungen nicht durch den einzelnen Leistungserbringer erfolgen darf: Es soll vermieden werden, dass zum Beispiel die Ärztin oder der Arzt in einer Triage-Situation darüber entscheidet, welcher seiner bzw. welche ihrer Patientinnen und Patienten behandelt wird und welcher nicht. Entscheidungen über Rationierungen sollen daher auf der Ebene der Rahmenbedingungen getroffen werden, wenn etwa ein Globalbudget für die Gesundheitsversorgung zur Verfügung gestellt wird.

Zudem ist Konsens, dass nach offenen (expliziten) Kriterien rationiert werden soll. Verdeckte (implizite) Rationierungen, die nicht nach allgemein verbindlichen Regeln erfolgen, werden abgelehnt. Sie sind jedoch in der medizinischen Praxis zu finden. Sie werden zum Beispiel getriggert durch Budgets und pauschale Vergütungen, die nicht adäquat den notwendigen Behandlungsaufwand decken.

Allerdings ist es häufig schwierig, verdeckte Rationierungen als solche zu identifizieren. Es ist etwa empirisch gut gesichert, dass die wesentlichen Gesundheitsausgaben für einen Menschen in seinem letzten Jahr vor dem Tod entstehen (sog. Sterbekosteneffekt). Diese Ausgaben in dem letzten Jahr vor dem Tod sind jedoch für ältere Menschen vergleichsweise geringer als für jüngere Menschen, obwohl das Krankheitsrisiko als altersassoziiertes Risiko gilt. Das kann zum einen darauf zurückzuführen sein, dass bei vielen älteren Patientinnen und Patienten bestimmte Therapien aus medizinischen Gründen nicht mehr angewendet werden können. Jedoch kann es zum anderen auch an verdeckter Altersrationierung liegen.

Nach welchen Kriterien sollte rationiert werden?

Die umstrittenste Frage – mit wenig Aussicht auf Konsens – ist, nach welchen Kriterien nun rationiert werden soll, wenn die Ressourcen nicht mehr ausreichen, um den gegenwärtigen Stand der medizinischen Versorgung zu gewährleisten.

Ein intuitives Kriterium ist das der Nutzenmaximierung: Man maximiere mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen den gesundheitlichen Nutzen der Bevölkerung. Dieses ökonomische Prinzip (Effizienzkriterium) schließt die medizinischen Leistungen aus, die pro Geldeinheit im Vergleich zu anderen Leistungen einen nur geringen Nutzen stiften. Grundlage für die Bewertung des Nutzens im Verhältnis zu den Kosten einer medizinischen Leistung sind dabei Studien der gesundheitsökonomischen Evaluation.

Im US-Bundesstaat Oregon wurde im staatlichen Gesundheitsprogramm Medicare zu Beginn der 1990er versucht, medizinische Leistungen ausschließlich auf Basis von Effizienz zu verteilen. Zu diesem Zwecke wurde eine Rangliste erstellt, die alle medizinischen Leistungen nach Effizienz sortierte. Maßnahmen mit hoher Effizienz sollten dann Maßnahmen mit geringerer Effizienz vorgezogen werden. Das führte zum Beispiel dazu, dass eine Zahnüberkronung der lebensrettenden Maßnahme Appendektomie aus Effizienzgründen vorzuziehen war. Diese Vorgehensweise verletzte die auch in unserer Gesellschaft tief verankerte Auffassung der »rule of rescue«, nach der lebensrettenden Maßnahmen Vorrang einzuräumen ist.

Auch weist das Effizienzkriterium das ethische Problem auf, dass es indifferent gegenüber der Verteilung des Nutzens ist: Es ist lediglich relevant, dass der gesundheitliche Nutzen in der gesamten Bevölkerung maximiert wird. Wie dieser gesundheitliche Nutzen im Ergebnis in der Bevölkerung verteilt ist, ist unerheblich. Das bedeutet, dass medizinische Leistungen primär an die Menschen verteilt werden, bei denen ein hoher gesundheitlicher Nutzen zu erwarten ist. Das sind tendenziell jüngere Menschen mit leichten Erkrankungen, da bei ihnen viele Lebensjahre als Nutzen gewonnen werden können. Menschen, die weniger »Nutzenpotenziale« haben, werden dabei systematisch benachteiligt: Das sind zum Beispiel lebensbedrohlich Kranke mit geringen Heilungschancen oder ältere Menschen, bei denen bereits aufgrund des Alters nicht mehr so viele Lebensjahre gewonnen werden können.



Informationsquellen für die Frühwarnung

Epidemiologinnen und Epidemiologen jenseits des Atlantiks diskutieren eingehend die Vor- und Nachteile solcher neuen Systeme. Die Harvard-Forscherin Rumi Chunara zum Beispiel fand heraus, dass sich die Cholera-Epidemie auf Haiti ab Oktober 2010 mit den Informationen auf der Social-Media-Plattform HealthMap mit Hilfe von Twitter-Daten bis zu zwei Wochen früher nachzeichnen ließ, als dies mit den offiziellen Berichten der Regierungsbehörden möglich war. Chunaras Fazit lautete: Der Nutzen informeller Daten ist kostengünstig und schnell, und es schließt Menschen ein, die sonst keinen Zugang zu traditioneller Gesundheitsversorgung haben und auch nicht danach suchen. Ein anderes Beispiel aus den USA ist Google Flu Trend. Dieses System wertet Suchbegriffe aus, um damit die Grippesaison nachzuzeichnen. Flu Trend kommt bei Atemwegserkrankungen bereits professionell zum Einsatz. Zuverlässigere Informationen verspricht man sich vom Medienmonitoring. Das vom Joint Research Centre, einer EU-Forschungseinrichtung, entwickelte System MedISys durchsucht Online-Nachrichtenartikel nach bestimmten Schlüsselwörtern und zeigt die Treffer an.

Aus diesen ethischen Gründen ist es auch bei Ökonominen und Ökonomen weit verbreitet, Rationierungsentscheidungen nicht ausschließlich nach dem Effizienzkriterium zu treffen. Neben Effizienz sollten auch Kriterien wie Freiheit, Gleichheit und Menschenwürde Anwendung finden. Und da die Menschenwürde nicht ab einem bestimmten Alter endet, ist auch Altersrationierung – ganz gleich, ob verdeckt oder offen – abzulehnen.

Auch sind der Rationierung im deutschen Gesundheitssystem rechtliche Grenzen gesetzt: Aufgrund des Sozialstaatsprinzips ist der Staat verpflichtet, seinen Bürgerinnen und Bürgern ein Existenzminimum sicherzustellen. Und dieses Existenzminimum beinhaltet auch ein medizinisches Existenzminimum.

Literatur bei der Verfasserin

DIPL.-GESUNDHEITSÖKONOMIN JEANINE STABER, M.A., APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft GmbH, Universitätsallee 18, 28359 Bremen, Tel.: (04 21) 37 82 66-174, Fax: (04 21) 37 82 66-190, E-Mail: jeanine.staber@apollon-hochschule.de

KERSTIN DENECKE

Können Twitter & Co. Leben retten?

Das Internet ist mächtig, vor allem wegen der Informationen, die Menschen dort preisgeben. Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler weltweit wollen das nutzen: Sie entwickeln Systeme, die mit Hilfe von sozialen Netzwerken Ausbrüche von Krankheiten vorhersagen sollen. Ein Modell für die Zukunft? Kann Twitter Leben retten? Vertreterinnen und Vertreter von Gesundheitsorganisationen und Forschergruppen hoffen genau das. Frühwarnsysteme werden entwickelt, die mit Hilfe von Social Media den Ausbruch von Infektionskrankheiten vorhersagen wollen. Die These: Wenn ein Mensch krank wird, teilt er das im Internet mit, noch bevor er zu einer Ärztin oder einem Arzt geht und dieser bzw. diese eine offizielle Meldung schreibt und weiterleitet. Die Idee: Wenn viele Menschen sich so verhalten, lässt sich der Ausbruch einer Epidemie erkennen, bevor die Gesundheitsämter davon erfahren.

Das M-Eco Frühwarnsystem

Auch in Deutschland wird seit zwei Jahren im Rahmen des EU-geförderten M-Eco Projektes (<http://www.meco-project.eu>) in dieser Richtung geforscht. Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler der Universität Hannover entwickeln mit sechs weiteren Einrichtungen, darunter das Robert Koch-Institut und das Niedersächsische Landesgesundheitsamt, das M-Eco System. Ziel ist, frühzeitig Hinweise auf Krankheitsausbrüche zu erhalten. Dazu »hört« das System die Unterhaltungen im Internet mit und filtert Online- oder Twitternachrichten heraus, in denen bestimmte Krankheiten oder Symptome benannt werden. Mit Methoden des maschinellen Lernens erkennt es in den ermittelten Texten Muster. Werden Schwellenwerte überschritten oder Auffälligkeiten festgestellt, wird der Benutzerin oder dem Benutzer des M-Eco Systems ein Hinweis mit den entsprechenden Informationen und Internetinhalten angezeigt.

Bislang erhielten Epidemiologinnen und Epidemiologen in Gesundheitsämtern Meldungen, dass eine Patientin oder ein Patient eine hochgradig ansteckende Krankheit hat, ausschließlich über die Krankenhäuser, Labore und Arztpraxen. Wird eine meldepflichtige Krankheit wie Masern diagnostiziert, sind diese Einrichtungen aufgefordert, die Diagnose zu melden. In den lokal zuständigen Gesundheitsämtern wird dann geprüft, ob Maßnahmen zu ergreifen sind.

Statt offizieller Meldedaten verwendet das M-Eco System Informationen aus erster Hand, darunter Twitternachrichten und Einträge in Web-Logs. Die Forscherinnen und Forscher konnten bereits feststellen, dass M-Eco schneller Informationen zu Krankheitsausbrüchen bereitstellen kann. Über die EHEC-Epidemie im Mai 2011 in Deutschland, die durch Escherichia coli Bakterien im Wasser ausgelöst wurde, waren vor den offiziellen Meldungen relevante Informationen zu dem Ausbruch in Social Media Daten und Onlinenachrichten verfügbar.

Nicht fehlerfrei, aber hilfreich

Systeme, die auf Social Media basieren, arbeiten indes noch lange nicht fehlerfrei und verlässlich. Ein großes Problem stellen Mehrdeutigkeiten in der Sprache dar. Im Juni 2012 waren viele Menschen im »Fußball-Fieber« und im Oktober gibt es

jährlich einen Anstieg des »Wies'n Fiebers«. Abkürzungen oder Umschreibungen von Symptomen (z. B. »Flotter Otto«) sind automatisch ebenso schwer zu durchschauen wie Ironie. Die Systeme geben in solchen Fällen Fehlalarme aus. Daher ist es unerlässlich, dass ein Mensch die Informationen prüft und entscheidet, ob es tatsächlich ein Krankheitsausbruch ist. Die ursprüngliche Idee, aus Twitter und Co. frühzeitig Hinweise auf Krankheitssymptome aus der Bevölkerung zu erhalten, hat sich bislang nicht bestätigt. Oftmals sind »getwitterte« Schlagzeilen aus Onlinenachrichten der Ursprung eines M-Eco Signals. Aber auch das kann hilfreich sein. Findet ein Krankheitsausbruch in einem anderen Land statt, kann das M-Eco System auf diese Weise trotzdem frühzeitig warnen. Der Meldeweg auf internationaler Ebene ist nämlich noch langsamer. Am Beispiel der Hantavirus-Infektionen im Juli 2012 im Yosemite-Nationalpark konnte dies gezeigt werden. Im M-Eco System wurde zwei Wochen vor der offiziellen Meldung an das RKI ein Signal zu dem Ausbruch angezeigt. Fazit: Auch in Zukunft werden ergänzende Informationsquellen, wie es Social Media Daten sind, in der Frühwarnung vor Krankheitsausbrüchen ausgewertet werden müssen. Systeme wie M-Eco können dabei gut unterstützen.

DR. KERSTIN DENECKE, Forschungszentrum L3S, Appelstraße 9a, 30167 Hannover, Tel.: (05 11) 76 21 77 25, E-Mail: denecke@L3S.de

UTE HEINICKE

Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht – Erwartungen und Wirklichkeit

Der selbstbestimmte und aktiv im Leben stehende Unternehmer Karl-Friedrich B. verfasste gemeinsam mit seiner Frau eine Patientenverfügung ohne medizinischen Anlass. Aus heiterem Himmel erlitt er während eines Wanderwochenendes eine massive Hirnblutung. Er kam sofort in ein nahegelegenes Schwerpunktkrankenhaus, wo er notfallmäßig behandelt wurde. Sein Zustand verschlechterte sich jedoch zusehends, er blieb tief bewusstlos; die behandelnden Ärztinnen und Ärzte sprachen gegenüber der verzweifelten Ehefrau von irreparablen Hirnschäden.

Die Ehefrau besann sich auf die notariell beglaubigte Patientenverfügung, in der explizit zum Ausdruck gebracht wurde, dass bei irreversiblen Hirnschäden auf lebensverlängernde Maßnahmen verzichtet werden sollte. Als Bevollmächtigte war die Ehefrau benannt. Trotz der eindeutigen Willensbekundung des Patienten empfahl man der Ehefrau nach drei Wochen mit dem Hinweis, »sie wolle ihren Mann doch nicht verhungern oder verdursten lassen«, dringend die Anlage einer Ernährungs-sonde (PEG) durch die Bauchhaut.

Schwankend zwischen schriftlicher Willensbekundung des Ehemannes und den eigenen Emotionen und Schuldgefühlen suchte sie Rat bei ihrem Hausarzt. Er bestärkte sie darin, angesichts der Aussichtslosigkeit der Lage den Willen ihres Mannes zu respektieren und auf invasive Maßnahmen zu verzichten, da zur Linderung von Durst und Hunger alternative Therapiemöglichkeiten vorhanden seien. Die Ehefrau fühlte sich sehr unter Druck gesetzt und scheute den Konflikt mit der behandelnden Ärzteschaft. Bevor es jedoch dazu kommen konnte, verstarb ihr Ehemann, ohne das Bewusstsein wiedererlangt zu haben.



Was veranlasst uns, eine Patientenverfügung zu verfassen?

Die meisten Menschen befürchten in erster Linie, abhängig und fremdbestimmt zu werden, so dass sie sich ausgeliefert fühlen. Oftmals entsteht die Angst vor dem Autonomieverlust durch das Unvermögen, medizinische Sachverhalte realistisch einschätzen zu können, so dass den diffusen Ängsten vor dem Ungewissen durch die vermeintliche Sicherheit einer Patientenverfügung begegnet wird.

Wann wird eine Patientenverfügung notwendig?

Wenn eine medizinische Entscheidung ansteht und die Patientin oder der Patient nicht in der Lage ist, sich selbst zu äußern, kann eine Patientenverfügung eine Entscheidungshilfe für die Ärztin bzw. den Arzt sein.

Die Basisversorgung schwerkranker Menschen ist ein Grundrecht und immer zu erbringen. Konkret heißt das: Menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege, Symptomkontrolle (Schmerzlinderung, Atemnot, Übelkeit, usw.), Stillen von Hunger und Durst auf natürlichem Weg. Der Behandlungsvorschlag einer Ärztin oder eines Arztes muss aufgrund der medizinischen Indikation erfolgen, die mündige Patientin bzw. der mündige Patient wird aufgeklärt und willigt in den Behandlungsvorschlag ein oder lehnt die Therapie ab. Wenn die Patientin oder der Patient nicht mehr einwilligungsfähig ist, tritt die Patientenverfügung in Kraft.

Wann ist eine Patientenverfügung verbindlich?

Das Wichtigste ist die bestehende Indikation für einen Behandlungsvorschlag, d. h. konkret: Muss die Patientin oder der Patient z. B. künstlich ernährt werden? Profitiert er davon? – was v. a. in der Sterbephase ausdrücklich zu verneinen ist. Gibt es Alternativen? Eine weitere Voraussetzung für das Inkrafttreten der Patientenverfügung ist, dass sie schriftlich verfasst wurde und die Patientin oder der Patient zum Zeitpunkt des Niederschreibens volljährig war, im Vollbesitz ihrer oder seiner geistigen Kräfte, d. h. entscheidungsfähig war, über Entscheidungsmöglichkeiten aufgeklärt und sich über die Tragweite ihrer oder seiner Entscheidungen bewusst war (Kenntnis von Fragen, Folgen am Lebensende).

Eine Patientenverfügung ist grundsätzlich immer verbindlich, wenn die darin beschriebene Situation eingetreten ist. In dieser Voraussetzung aber liegt genau der kritische Punkt, denn wer weiß schon im Voraus – wenn sie oder er eine Patientenverfügung bei voller Gesundheit verfasst hat – mit welcher Erkrankung sie oder er sich eines Tages auseinandersetzen muss, wie der Verlauf sein wird, und vor allem, welche Prioritäten sie oder er im eingetretenen Fall setzen möchte. Für einen aktiven,

sportlichen Menschen mag ein Leben mit Behinderung oder Einschränkungen nicht lebenswert erscheinen. Oft ändern sich jedoch Einstellungen mit zunehmender Lebenserfahrung und Reife.

Patientenverfügung in verschiedenen Lebenssituationen

Der wichtigste Aspekt beim Verfassen einer Patientenverfügung mit dem Wissen, an einer chronischen Erkrankung mit absehbarem Ende zu leiden, ist die Auseinandersetzung mit der Krankheit, das Gespräch mit den Angehörigen, die vertrauensvolle ärztliche Beratung. Um über konkrete Möglichkeiten überhaupt nachdenken zu können, müssen die Patientin oder der Patient und die jeweiligen Angehörigen über die Krankheit, den wahrscheinlichen Verlauf, den Sinn von Therapiemöglichkeiten und deren Alternativen informiert sein.

Wenn eine Patientenverfügung nicht angesichts einer drohenden Erkrankung verfasst wird, sollte auf jeden Fall eine Person des Vertrauens als medizinische Bevollmächtigte oder medizinischer Bevollmächtigter benannt werden. Diese oder dieser muss nicht zur Familie gehören und die Bevollmächtigung muss nicht notariell beglaubigt sein. Allerdings sollten der oder die Bevollmächtigten – es können auch mehrere Personen sein – über die Wertevorstellungen der Patientin oder des Patienten informiert sein.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass eine Patientenverfügung grundsätzlich sinnvoll ist. Viel wichtiger jedoch ist das Benennen eines bzw. einer Bevollmächtigten, da in den seltensten Fällen eine konkrete Situationseinschätzung – was für die Verbindlichkeit der Patientenverfügung notwendig ist – vorliegt.

DR. MED. UTE HEINICKE, Fachärztin für Allgemeinmedizin, Rettungsmedizin / Palliativmedizin, Palliativteam der Region Hannover / Hausärztliches Netzwerk für Allgemeine und Spezialisierte Palliativmedizin des Hausärzterverbandes Niedersachsen, Straßburger Platz 25, 30853 Langenhagen, Tel.: (05 11) 72 21 21, E-Mail: uteheinicke@gmx.de

LISA TAMBORNINO

Wertvolle Organe. Chancen angesichts der Revision des Transplantationsgesetzes

Haben Sie schon Post von Ihrer Krankenkasse zum Thema Organ- und Gewebetransplantation erhalten? Falls nicht, dann wird dies vermutlich in den nächsten Wochen oder Monaten geschehen, denn die gesetzlichen Krankenkassen und auch die privaten Krankenversicherungsunternehmen sind seit dem 01. November 2012 dazu verpflichtet, alle Versicherten, die das sechzehnte Lebensjahr vollendet haben, in regelmäßigen Abständen über die Organ- und Gewebespende zu informieren. Gesetzlich verankert wurde diese Regelung durch eine am 01. August 2012 in Kraft getretene Änderung des Transplantationsgesetzes (TPG). Die Aufklärung soll schriftlich erfolgen und zudem mit der Bitte verknüpft sein, eine Erklärung zur Organ- und Gewebespende abzugeben (§ 2 Abs. 1 TPG).

Widerspruchs- versus Zustimmungslösung

Die Änderung des TPGs ist das Ergebnis einer in Politik und Gesellschaft intensiv geführten Debatte. Diskutiert wurde in diesem Rahmen auch über die Einführung einer sogenannten Widerspruchslösung. Eine solche Regelung sieht vor, dass Or-



gane postmortal entnommen werden dürfen, wenn die Verstorbene oder der Verstorbene zu Lebzeiten nicht ausdrücklich widersprochen hat. Sie besteht beispielsweise in Österreich und Italien. In Deutschland gilt gemäß des TPGs die erweiterte Zustimmungslösung. Organe dürfen postmortal nur entnommen werden, wenn die Verstorbene, der Verstorbene zu Lebzeiten schriftlich festgehalten hat, dass sie oder er Organe bzw. Gewebe spenden will – entweder in Form eines Organpendeausweises oder auch einfach formlos auf einem Stück Papier (§ 3 TPG). Fehlt eine solche schriftliche Einwilligung, liegt aber auch kein schriftlicher Widerspruch des oder der Verstorbenen vor, ist deren oder dessen nächste Angehörige bzw. nächster Angehöriger zu befragen, ob ihr oder ihm von diesem eine Erklärung zur Organ- oder Gewebespende bekannt ist (§ 4 TPG) – deswegen wird die Zustimmungslösung als erweitert bezeichnet.

Vorteile der TPG-Gesetzesänderung

In Deutschland und auch in vielen anderen Ländern besteht ein andauernder Organmangel. Laut Angaben der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) warteten im Jahr 2011 rund 12.000 Menschen auf ein Organ. Täglich sterben drei Patientinnen bzw. Patienten, die auf der Warteliste stehen, aber durch eine Organtransplantation vermutlich hätten gerettet werden können. Die neue Regelung soll dazu beitragen, dass sich mehr Menschen mit dem Thema Organtransplantation auseinandersetzen, dass diejenigen, die bereit sind, ihre Organe postmortal zu spenden, dies schriftlich festhalten und dass schließlich im Ergebnis mehr Organe transplantiert und mehr Leben gerettet werden können. Wer seine Organe postmortal spenden möchte, sollte dies schriftlich festhalten oder zumindest seine Angehörigen in Kenntnis setzen. Wer sich nicht entscheiden will oder sich bereits gegen eine postmortale Organentnahme entschieden hat, braucht gar nichts zu tun. Wer nicht informiert werden will, kann die zugesandten Aufklärungsmaterialien ungelesen entsorgen.

Ein schwieriges Thema

Die neue TPG-Regelung wird häufig kritisiert. Dass nun alle Versicherten schriftlich aufgefordert werden, sich für oder gegen die postmortale Spende zu entscheiden, wird als unzumutbar und als Eingriff in das Selbstbestimmungsrecht der bzw. des Einzelnen bewertet. Aber ist es angesichts des anhaltenden Organmangels in Deutschland wirklich problematisch, dass alle, also auch diejenigen, die sich ungerne mit dem Thema beschäftigen wollen, informiert und aufgefordert werden, sich zu entscheiden? Die neue Regelung könnte dazu beitragen, dass zukünftig mehr Organe gespendet werden, und wer sich nicht entscheiden will, der muss dies nicht tun.

Angst vor Missbrauch

Grundsätzlich muss jede und jeder Einzelne selbst frei entscheiden können, ob sie bzw. er bereit ist, ihre oder seine Organe postmortal zu spenden. Viele Menschen lehnen die postmortale Spende ab, weil sie befürchten, dass ihnen Organe entnommen werden, wenn sie noch gar nicht tot sind. In Deutschland und auch in den meisten anderen Ländern dürfen Organe erst dann entnommen werden, wenn der Hirntod oder der Herztod diagnostiziert wurde. In Richtlinien, die von der Bundesärztekammer formuliert wurden, sind Verfahren und Ablauf der Diagnostik genau festgelegt. Befürchtet wird aber dennoch häufig, dass der Tod, vor allem der Hirntod, voreilig festgestellt wird, um Organe entnehmen zu können. Eine ablehnende Haltung gegenüber der postmortalen Spende kann außerdem beobachtet werden, seitdem im Juli 2012 bekannt geworden ist, dass es an verschiedenen Kliniken in Deutschland Versuche gegeben hat, das gesetzlich festgelegte System zur Organvermittlung zu umgehen. So steht ein früherer Oberarzt der Göttinger Uniklinik im Verdacht, gegen Geld Krankendaten manipuliert zu haben, um seinen Patientinnen und Patienten so einen besseren Platz auf der Warteliste zu verschaffen. Ein solcher Missbrauchsskandal und auch die Befürchtungen bezüglich der fehlerhaften Hirntoddiagnostik zeigen, dass weiterer Regulierungsbedarf besteht bzw. weitere Kontrollinstanzen notwendig sind. Beide Aspekte sollten aber nicht über die Tatsache hinwegtäuschen, dass postmortale Spenden Leben retten und deswegen sehr wertvoll sein können.

DR. DES. LISA TAMBORNINO, Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften, Bonner Talweg 57, 53113 Bonn, Tel.: (02 28) 33 64-19 46, E-Mail: tambornino@drze.de

INTERVIEW MIT DER GESUNDHEITSWISSENSCHAFTLERIN ALEXANDRA MANZEI

Über den Organmangel und das Hirntodkonzept

impulse: Frau Professor Manzei, kann mit den Neuerungen des Transplantationsgesetzes (TPG) dem Organmangel entgegengewirkt werden?

» Prof. Dr. Manzei: Nein, denn das Problem des Organmangels ist im System begründet und hat die Transplantationsmedizin schon immer begleitet. Es wird niemals ausreichend Organe für alle bedürftigen Patientinnen und Patienten geben. Das hat jedoch nichts mit der mangelnden Spendebereitschaft der Bevölkerung zu tun, die in den letzten 15 Jahren nicht gravierend gesunken ist, sondern mit der Anzahl von Hirntoten, die es insgesamt gibt. Man muss wissen, dass nicht alle Menschen nach dem Tod Organspenderinnen oder Organspender werden können, sondern nur solche, die beatmet auf einer Intensivstation liegen und einen Hirntod sterben. Es ist deshalb falsch zu suggerieren, dass kein Organmangel vorhanden wäre, wenn es nur genügend willige Spendende gäbe. In Deutschland schwankt die Anzahl von potenziellen Hirntoten Schätzungen zufolge zwischen 1.800 und maximal 4.000 im Jahr. Selbst wenn alle Spenderinnen und Spender gesund wären und ihre Organe über Eurotransplant verteilt werden könnten, müssten diese unter 15.000 Wartenden verteilt werden. Das heißt, es bleiben notwendigerweise immer viele tau-

send schwerkranke Patientinnen und Patienten übrig, die niemals ein Organ erhalten werden. Man könnte es auch so formulieren: Selbst wenn alle 80 Millionen Deutsche einen Organspendeausweis besäßen, gäbe es nicht ausreichend Organe – weil es gar nicht so viele Hirntote gibt.

impulse: Welche Konsequenzen zieht dies nach sich?

» Prof. Dr. Manzei: Zuallererst ist es Aufgabe des Staates, für eine umfassende und ehrliche Aufklärung der Bürgerinnen und Bürger zu sorgen. Dies bedeutet neben einer genauen Erläuterung der Verfahrensweise der Transplantationsmedizin und ihrer Abläufe vor allem zweierlei: Erstens muss ehrlich über die tatsächlichen Ursachen des Organmangels aufgeklärt werden und zweitens muss für effektive Kontrollen und Transparenz in der Transplantationsmedizin gesorgt werden. Denn ein weiteres gravierendes Problem besteht in den finanziellen Anreizen, die Gerechtigkeitsprobleme in der Transplantationsmedizin forcieren.

impulse: Eine ihrer zentralen Botschaften lautet: Hirntote sind nicht tot, sondern Sterbende. Was ist Ihrer Meinung nach die Problematik des Hirntodkonzeptes?

» Prof. Dr. Manzei: Als Hirntodkonzept wird die Übereinkunft bezeichnet, dass der irreversible Ausfall der Gehirnfunktionen mit dem Tod des Menschen identisch ist. Neue Studien zeigen jedoch, dass es keinen unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang zwischen dem Ausfall des Gehirns und dem Sterben des gesamten Organismus gibt. Den Menschen wird seit Jahren gesagt, dass es sich bei Hirntoten um ganz normale Leichen handle, sodass viele Leute glauben, sie könnten auch 48 Stunden in der Leichenhalle liegen und dann immer noch als Organspenderin oder Organspender dienen. Dies ist jedoch nicht der Fall. Man kann keine Leichenteile, sondern nur Organe von einem lebenden Organismus, also von Lebendspendern oder hirntoten Patientinnen und Patienten, verpflanzen. Ich halte es auch hier für sehr wichtig, ehrlich über die Voraussetzungen der Organspende aufzuklären, denn die lebendige Erscheinung Hirntoter ist für viele Angehörige und auch das betreuende pflegerische und medizinische Personal eine kaum zu bewältigende Erfahrung.

impulse: In einem Interview mit der Tagespost äußerten Sie, dass Ihnen die Suche nach Alternativen zur Organtransplantation ein wesentliches Anliegen ist. Welche wären dies?

» Prof. Dr. Manzei: Bei der Suche nach Alternativen müsste man sowohl im Bereich der Prävention als auch im Bereich der Behandlung sehr breit ansetzen. Präventiv könnte durch verbesserte Arbeits- und Lebensbedingungen dafür gesorgt werden, dass Krankheiten gar nicht erst entstehen bzw. einen derart schweren Verlauf nehmen. Im Bereich der Kuration muss die Erforschung alternativer Therapien, z. B. medikamentöse Therapien, welche auf Heilung erkrankter Organe zielen, sowie biotechnische Verfahren, verstärkt gefördert werden. Bei diesen Möglichkeiten geht es nicht darum, Organtransplantationen gänzlich abzuschaffen, sondern den Organbedarf zu senken, um allen bedürftigen Patientinnen und Patienten eine angemessene Versorgung zukommen zu lassen.

Quelle bei der Interviewten

PROF. DR. ALEXANDRA MANZEI, Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar, Tel.: (02 61) 64 02 50 2, E-Mail: amanzei@pthv.de



HARTMUT KRESS

Beschneidung bei Jungen – heute noch vertretbar?

Am 07. Mai 2012 verkündete das Landgericht Köln ein Urteil, das großes Aufsehen erregte. Das Gericht entschied, dass eine Beschneidung bei Jungen verboten und strafbar ist, sofern hierfür keine medizinische Indikation vorliegt. Ein Arzt hatte in Köln bei einem vierjährigen muslimischen Jungen aus religiösen Gründen die Vorhaut des Penis entfernt. Anschließend waren Komplikationen aufgetreten, die in einer Klinik behandelt werden mussten. Darauf urteilte das Gericht, dass eine religiöse Beschneidung eine Straftat darstellt. Sie verstoße gegen das Kindeswohl, das höheren Rang habe als die Religionsfreiheit der Erziehungsberechtigten, die aus Gründen ihres Glaubens ihren Sohn beschneiden lassen möchten.

Die Praxis der Beschneidung im Islam und im Judentum

Das Kölner Urteil enthält einige Brisanz. Denn im Islam sind religiös motivierte Beschneidungen allgemein üblich. Zwar werden sie nicht vom Koran geboten und gehören auch nicht zu den fünf »Hauptsäulen« des Islam, an die Muslime sich halten sollen (z. B. Gebet, Fasten, Almosengeben). Dennoch legen islamische Rechtsschulen auf die Beschneidung sehr viel Wert. In islamischen Familien wird sie durchweg praktiziert, und zwar meist an Jungen im Alter von vier bis acht Jahren.

Obwohl es in dem Kölner Urteil direkt nur um den muslimischen Ritus ging, ist es der Sache nach auf analoge Riten im Judentum übertragbar. Dort werden männliche Säuglinge schon im Alter von 8 Tagen beschnitten. Für Juden hat dies traditionell noch höhere Bedeutung als für Muslime. Den historischen Hintergrund bilden Ereignisse im 6. Jahrhundert vor Christus. Der babylonische König Nebukadnezar hatte Jerusalem erobert und die israelische Oberschicht in die Gefangenschaft nach Babylon geführt (»babylonisches Exil«). Die jüdischen Exilierten bemühten sich, in der Fremde ihre Identität zu wahren und gegenüber ihrer Umgebung ein Unterscheidungs- und Abgrenzungsmerkmal zu finden. Dies waren der Sabbat sowie die männliche Beschneidung, die seitdem als jüdisches Bekenntnis- und Glaubenszeichen gilt. Literarisch bildet sich dies im Alten Testament ab. Dort heißt es, Gott selbst habe dem Patriarchen Abraham geboten, die Nachkommen zu beschneiden (1. Buch Mose 17).

Insofern steht das Urteil des Kölner Landgerichts im Kontrast zu religiösen Bräuchen, die mehrere Jahrtausende alt sind. Muslimische und jüdische Verbände haben das Urteil scharf kritisiert und fanden hiermit im Deutschen Bundestag sowie bei der Bundesregierung Resonanz. Ungewöhnlich rasch wurde im Oktober 2012 ein Gesetzentwurf vorgelegt, der rituelle Beschneidungen in Deutschland weiterhin ermöglichen soll.

Skepsis auf jüdischer Seite

Allerdings sind genauere Differenzierungen geboten. Sogar im Judentum wurde und wird die Beschneidungspraxis teilweise skeptisch beurteilt. In Israel selbst ist Ablehnung zu hören. Im deutschen Judentum war die rituelle Circumcision schon im 19. Jahrhundert problematisiert worden, weil jüdische Ärzte die Gesundheitsgefahren des Eingriffs betonten. Im Jahr 1846 stellte sich die Versammlung der deutschen Rabbiner in Breslau dem Thema. Damals entstand sogar die emanzipatorische Idee, die Beschneidung durch eine Alternative, eine unblutige Initiationsfeier zu ersetzen, in die nicht nur männliche, sondern gleichberechtigt weibliche Nachkommen eingeschlossen werden sollten. Später distanzierte sich zum Beispiel der jüdische Religionsphilosoph Martin Buber (1878–1965) von jedem rituellen Religionsverständnis. Der Begründer der Psychoanalyse Sigmund Freud (1856–1939) setzte sich über den Brauch hinweg und ließ seine Söhne nicht beschneiden.

Kinderrechte und rituelle Beschneidung im Widerspruch

Heute wird ärztlicherseits berichtet, dass insbesondere Väter die männlichen Säuglinge beschneiden lassen möchten, während Mütter hierunter leiden. Vor allem geht es aber um die Neugeborenen selbst. Nach gegenwärtigem Wissensstand lassen sich die Gesundheitsrisiken sehr viel exakter benennen als von den Medizinern des 19. Jahrhunderts. Säuglinge werden durch Schmerzen, die ihnen zugefügt werden, stärker belastet als ältere Menschen, da bei ihnen die neuronalen Mechanismen der Schmerzmodifikation noch unausgebildet sind. Aus ethischer Sicht gefährden rituelle Beschneidungen nicht nur den Gesundheitsschutz von männlichen Säuglingen und von heranwachsenden Jungen, sondern ebenfalls ihre Persönlichkeitsrechte und ihr Recht auf körperliche Unversehrtheit. An diesen Grundrechten und an den Kinderrechten, die die Vereinten Nationen 1989 in der Kinderrechtskonvention kodifiziert haben, müssen sich auch religiöse Traditionen bemessen lassen.

Das rechtspolitische Dilemma

Rechtspolitisch ist die Bundesrepublik Deutschland in ein Dilemma geraten. Aufgrund der historischen Belastung gegenüber Juden ist ein generelles Verbot religiöser Beschneidungen nicht vorstellbar. Ein pauschales Verbot könnte überdies zur Folge haben, dass Minderjährige heimlich oder im Ausland beschnitten würden, wodurch noch zusätzlich Schaden entstünde. Als Kompromiss bietet sich an, ein Gesetz zu schaffen, das religiös bedingte Beschneidungen, die schmerzfrei durchzuführen sind, ausnahmsweise straffrei stellt. Der Gesetzentwurf, den die Bundesregierung vorgelegt hat, bleibt freilich viel zu unpräzise, weil er die Ausnahmen zu weit fasst. Der Sache nach wird das Beschneidungsproblem auch dann nicht gelöst sein, wenn das Gesetz verabschiedet sein wird, weil das Grundrechtsproblem fortbesteht und weil zu diesem Thema die kritische Debatte international in Bewegung gerät. Zu hoffen ist, dass sich innerhalb der jüdischen und der islamischen Religionsgemeinschaften selbst die Auffassung durchsetzt, um der Kinderrechte willen auf die Beschneidung Minderjähriger zu verzichten und den männlichen Nachkommen zuzugestehen, in späteren Lebensjahren hierzu eine eigene Entscheidung zu treffen.

PROF. DR. HARTMUT KRESS, Universität Bonn, Ev.-Theol. Fakultät, Abt. Sozialethik, Am Hof 1, 53113 Bonn, E-Mail: hkress@uni-bonn.de

ELKE TIPPELMANN

Das Europäische Jahr für aktives Altern und Solidarität zwischen den Generationen 2012 – Ein Rückblick

Vor dem Hintergrund der tiefsten Krise der Europäischen Union seit ihrer Gründung startete am 18. Januar 2012 unter dänischer Präsidentschaft das Europäische Jahr für aktives Altern und Solidarität zwischen den Generationen in Kopenhagen. Mit der EU-Konferenz »From Visions to Actions« geht ein ereignisreiches Jahr am 10. Dezember in Zypern zu Ende. In ganz Europa werden vielerorts hochrangig besetzte Abschlussveranstaltungen von den nationalen Koordinierungsstellen vorbereitet.

Aktives Altern als Schlüssel für den Erhalt der Solidarität zwischen den Generationen

Erstmalig sind die älteren gegenüber den jüngeren Bevölkerungsgruppen in der Überzahl: »Damit wird Alterung zur Realität«, sagte Ralf Jacob (Referatsleiter Soziale und Demografische Analysen der Europäischen Kommission) anlässlich einer Veranstaltung in der bayrischen Vertretung im vergangenen Jahr in Brüssel. Europa stehe »am Rande einer demografischen Revolution«. Konflikte zwischen den Generationen scheinen vorprogrammiert. Wichtig ist also, so Ralf Jacob, »nicht nur für gute Lebensbedingungen für Ältere zu sorgen, sondern auch für die Schaffung guter Bedingungen für den wirtschaftlichen Erfolg der Jüngeren«.

Zentral ist die im Beschluss des Europäischen Jahres postulierte Erwartung der Europäischen Union an Entscheidungsträgerinnen bzw. Entscheidungsträger auf allen Ebenen der Politik, sich im Rahmen des Europäischen Jahres 2012 auf konkrete Maßnahmen und Strategien für aktives Altern zu verpflichten. Daneben sollten europäische Veranstaltungen wie auch Informationsbroschüren die Bevölkerung darüber aufklären, welche Rolle die EU in diesem Politikbereich spielt, welche gesetzlichen, strategischen und förderpolitischen Instrumente ihr zur Verfügung stehen und wie sie diese nutzen will. Eine virtuelle europäische Plattform wurde eingerichtet, um für den transnationalen Austausch von Informationen und Erfahrungen zu sorgen. Eine mehrsprachig gestaltete Webseite verschaffte während des Europäischen Jahres in allen EU-Mitgliedstaaten einen Einblick in das Geschehen. Beiträge aus der engagierten Zivilgesellschaft wurden so über die Grenzen hinaus bekannt.

EU-Kommission prämiiert herausragende Beiträge zum Europäischen Jahr 2012

Die verschiedenen Wettbewerbskategorien des Europäischen Jahres spiegelten die drei Aspekte des Ansatzes für aktives Altern wider, die während des Europäischen Jahres 2012 gefördert werden sollten: Beschäftigung, soziale Teilhabe und selbstbestimmtes Leben.

1.300 Bewerberinnen und Bewerber aus ganz Europa haben sich an den Ausschreibungen von zwei Journalistenpreisen (Print/audiovisuell) sowie weiteren Preisen in den fünf Kategorien Generationenübergreifende Begegnungen in Schulen,

Lebenswerk, Unternehmerinnen bzw. Unternehmer der Sozialwirtschaft, Altersgerechte Umgebungen sowie Arbeitsplätze für jedes Alter beteiligt. Unter ihnen waren über 300 Bewerbungen aus Deutschland. Die mit einem ersten Preis ausgezeichneten Beiträge vom Seifenkistenprojekt in einer finnischen Schule über Cohousing-Modelle in Frankreich bis hin zur Artikelserie zum Thema Generationenkluft in Dänemark lassen die Bedeutung erkennen, die die europäischen Jurorinnen und Juroren dem Aufgreifen intergenerationaler Fragestellungen beimaßen.

Creating an Age-Friendly EU by 2020

Bereits zur offiziellen Eröffnung des Europäischen Jahres 2012 in Kopenhagen hatte eine EY2012 coalition (eine Vereinigung von mehr als 50 europäischen Organisationen) eine Roadmap für ein altersfreundliches Europa vorgestellt. Sie beinhaltet Vorschläge zur Umsetzung des Europäischen Jahres sowohl auf EU als auch auf nationalstaatlicher Ebene und benennt Bedingungen einer altersfreundlichen und zugleich generationengerechten Politik. Im Juli 2012 trat in Brüssel eine Aktionsgruppe »Create an Age-friendly EU by 2020 – Network of regions and cities in the EU« unter dem Dach der Europäischen Innovationspartnerschaft Aktives und gesundes Altern mit dem Ziel zusammen, die Anpassung des WHO-Konzeptes Age Friendly City an den europäischen Kontext voranzutreiben. Die Aktionsgruppe, unter ihnen der Europäische Ausschuss der Regionen (AdR) sowie das Regionalbüro der WHO (Weltgesundheitsorganisation) und die AGE-Plattform Europe, will bereits Mitte 2013 der Europäischen Kommission einen Vorschlag für einen Europäischen Bürgermeisterkonvent nach dem Vorbild des Konventes für Klimaschutz unterbreiten.

Am 20. November wird der AdR, eines der beratenden Organe der EU, ein thematisches Seminar »Creating Age-Friendly Environments« in Brüssel organisieren. Ziel ist, die Rolle der regionalen und lokalen Gebietskörperschaften zu beleuchten und Empfehlungen für die Entwicklung von Produkten und Dienstleistungen zu geben, die den Bedürfnissen aller Altersgruppen entsprechen. Das Themenspektrum reicht von neuen Konzepten zur Förderung von Bewegung und Fitness im Alter über mobilitätsunterstützende Dienstleistungen bis hin zu internetbasierten Innovationen zur Förderung unabhängigen Lebens im Alter. Das Seminar ist das letzte einer Serie von Seminaren, die die AGE-Plattform für den Ausschuss der Regionen ko-organisiert hat, um das Europäische Jahr 2012 hervorzuheben. Die Ergebnisse sollen als Grundlage für die Entwicklung einer langfristig angelegten Strategie für ein alter(n)s-freundliches Europa 2020 dienen.

Mehr Informationen:

EU-Webseite zum Europäischen Jahr 2012: <http://tinyurl.com/aclabbz>

EU-Webseite Europäische Innovationspartnerschaft »Aktives und gesundes Altern«: <http://tinyurl.com/a5jatz2>

ELKE TIPPELMANN, Nationale Projektkoordinatorin des EU Projektes »WeDO – Für Würde und Wohlbefinden älterer Menschen«, BAGSO, E-Mail: bagso@easynet.be, <http://projekte.bagso.de/wedo/startseite.html>



KATRIN GRÜBER

Der Blick auf Behinderung und die Pränataldiagnostik

Nach wie vor ist das gesellschaftliche Klima entgegen aller positiven Entwicklungen auch durch die rhetorische Frage geprägt: Wer will schon ein behindertes Kind? Der im August 2012 eingeführte Bluttest ermöglicht es, Proben für die Diagnosen aus dem Blut der Mutter zu gewinnen, was vorher ausschließlich mittels invasiver Methoden möglich war. Er wird, anders als ursprünglich angekündigt, als »Second Line Test« ab der 12. Schwangerschaftswoche angeboten. Das heißt, er soll nur dann eingesetzt werden, wenn vorher ein erhöhtes Risiko für die Schwangere ermittelt wurde.

Viele sehen sich bereits heute mit der Frage konfrontiert, ob sie nicht schon in der Schwangerschaft von der Behinderung des Kindes gewusst hätten. Hier schwingt die Vorstellung mit, die Eltern hätten sich doch durch die Pränataldiagnostik informieren können und es sei doch nicht anzunehmen, dass sich die Eltern bewusst für ein Kind mit Behinderung entschieden hätten. Es ist zu befürchten, dass sich diese Entwicklung durch die Verbreitung des neuen Bluttests verstärkt, dessen Methoden ein Mehr an Sicherheit und weniger Gefahren für Mutter und Kind versprechen, da die nicht-invasive Probenentnahme das Fehlgeburtsrisiko vermeidet.

Ist die Pränataldiagnostik diskriminierend?

Untersuchungen im Rahmen der Pränataldiagnostik haben unterschiedliche Ziele. Es gibt Untersuchungen, die auf eine medizinische Behandlung des Ungeborenen gerichtet sind oder die der Gesundheit der Mutter dienen. Diese sind Teil einer guten Schwangerenvorsorge. Problematisch sind Untersuchungen, die allein darauf abzielen, eine Behinderung festzustellen, die nicht therapierbar ist. Wird eine solche Behinderung erkannt, führt dies häufig zu einem Schwangerschaftsabbruch, im Fall der Trisomie 21 zu mehr als 90 %. Allerdings setzen sich einige werdende Eltern die Pränataldiagnostik auch

ein, um zu wissen, ob ihr Kind eine Behinderung hat und, um sich bei einem positiven Befund, auf das Leben mit einem behinderten Kind einzustellen.

Werdenden Eltern diskriminierendes Verhalten vorzuwerfen, wenn sie sich in Anbetracht der Behinderung ihres Kindes für einen Schwangerschaftsabbruch entscheiden, greift als Interpretation zu kurz. Die Motive für eine solche Entscheidung sind vielfältig: Viele fürchten, ein Leben mit einem behinderten Kind werde sie überfordern. Sie haben Angst, nicht ausreichend von der Gesellschaft und auch nicht vom persönlichen Umfeld unterstützt zu werden. Zudem befürchten sie, aufgrund der Behinderung ihres Kindes ausgegrenzt zu werden. Viele Frauen und Paare berichten, dass sie überfordert waren, eine bewusste und eigenständige Entscheidung zu treffen, nachdem ihnen mitgeteilt wurde, das Kind werde behindert sein. Es wäre aber auch zu einfach, so zu tun, als hätte eine solche Entscheidung in keiner Weise etwas mit einer diskriminierenden Haltung gegenüber Menschen mit Behinderung zu tun. Auch wenn ein Schwangerschaftsabbruch nach der Abschaffung der embryopathischen Indikation nicht wegen einer Behinderung des Kindes, sondern nur wegen des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Mutter zulässig ist: Die Entscheidung ist auch geprägt von der gesellschaftlichen Sicht auf Menschen mit Behinderungen.

Diese negative Sicht spielt neben anderen Motiven eine Rolle bei der Weiterentwicklung von Tests und der Verbreitung durch Ärztinnen und Ärzte. Die gezielte Suche nach nicht therapierbaren Krankheiten und Behinderungen in einem immer früheren Stadium der Schwangerschaft ist meist motiviert durch kaum reflektierte, angstbesetzte Vorstellungen über das Leben mit Behinderung. Sie widerspricht allen Bemühungen um Inklusion.

Auch ist die Entwicklung von immer mehr Tests, mit denen Behinderungen erkannt werden können, nicht wertneutral. Vielmehr blenden die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler bei ihrer Forschungsarbeit offensichtlich die Perspektive von Menschen mit Behinderungen, die von solchen Tests betroffen werden, aus.

Resümee

Bürgerinnen und Bürger sowie Akteurinnen und Akteure aus Presse, Politik, Wissenschaft und Medizin sind gefordert, Fehlentwicklungen zu korrigieren. Ärztinnen und Ärzte haben dabei eine besondere Verantwortung. Selbst wenn Frauen von sich aus darauf drängen, alle Angebote der Pränataldiagnostik in Anspruch zu nehmen: Die Ärzteschaft ist aufgerufen, reflektierter über die Pränataldiagnostik zu beraten, als es viele von ihnen bisher tun. Weitere Tests in der Pränataldiagnostik sollten nicht mit öffentlichen Geldern gefördert werden. Und last but not least spielt die öffentliche Diskussion eine Rolle. Deshalb ist es eine positive Entwicklung, dass der neue Test auf Trisomie 21 nicht mehr lediglich als medizinischer Fortschritt gefeiert wurde, sondern dass auf allen politischen und gesellschaftlichen Ebenen sowie quer durch die Medienlandschaft die problematische Wirkung des Tests auf Menschen mit Behinderungen thematisiert und gefragt wurde: Wollen wir wirklich auf sie verzichten?

DR. KATRIN GRÜBER, Leiterin des Institutes Mensch, Ethik und Wissenschaft gGmbH, Warschauer Straße 58 A, 10243 Berlin, Tel.: (0 30) 29 38 17-70, E-Mail: grueber@imew.de



CHRISTA WEWETZER

Projekt »Kooperation und Vernetzung in der Schwangerenbetreuung und -beratung bei Pränataldiagnostik«

Anlass

Mit der Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes hat der Gesetzgeber ärztliche Beratungspflichten bei Pränataldiagnostik (PND) gesetzlich verankert (§ 2a Schwangerschaftskonfliktgesetz: »Aufklärung und Beratung in besonderen Fällen«). Der betreuende Arzt oder die betreuende Ärztin ist unter anderem verpflichtet, die Schwangere über ihren Anspruch auf eine psychosoziale Beratung zu informieren und sie mit ihrer Zustimmung an eine Beratungseinrichtung zu vermitteln. Der Gesetzgeber wollte damit seiner Verpflichtung nachkommen, das ungeborene Leben besser zu schützen.

Wie erste wissenschaftliche Untersuchungen und Erfahrungen von psychosozialen Beraterinnen zeigen, wird das Angebot dieser weitergehenden Beratung im Zusammenhang mit PND auch nach der Gesetzesänderung von den Schwangeren kaum wahrgenommen.

Eine Ursache könnte darin bestehen, dass die Schwangerenbetreuung und -beratung wie viele andere Bereiche der Gesundheitsversorgung in starkem Maße sektoralisiert ist. Diese Situation wirkt sich häufig dergestalt aus, dass Frauen, bis sie eine Frauenklinik erreichen, schon zahlreiche Stationen pränataler Diagnostik hinter sich haben und mit komplexen medizinischen Informationen konfrontiert werden. In der Klinik wird oftmals festgestellt, dass keine umfassende Beratung erfolgt ist. Dies hat zur Folge, dass Informationen nicht aufgenommen beziehungsweise verarbeitet und ein bereits gefasster Entschluss, die Schwangerschaft abubrechen, nicht noch einmal reflektiert wurde. Dabei stellen die nicht-medizinischen Hilfsangebote – vor allem von psychosozialen Beratungseinrichtungen – ein Potenzial dar, das durch bessere Vernetzung mit der medizinischen Schwangerenbetreuung eine koordinierte, den Bedürfnissen der Schwangeren angepasste Unterstützung ge-

währleisten könnte. Bisher fehlt es jedoch vielfach an Orientierungshilfen für die Schwangere und organisatorischen Voraussetzungen, um diese Angebote besser zu nutzen. Hier könnte eine Vernetzung und Kooperation, wie sie der Gesetzgeber fordert, dazu beitragen, dass Schwangere beziehungsweise Paare die Kompetenz der psychosozialen Beratung vermehrt in Anspruch nehmen.

Einer Vernetzung der unterschiedlichen Berufsgruppen stehen jedoch häufig Hindernisse im Wege wie Unkenntnis der Beratungskompetenz der jeweils anderen Berufsgruppe oder unterschiedliche organisatorische Rahmenbedingungen. Werden die Ursachen den Beteiligten nicht genügend transparent, führen nicht selten Missverständnisse und Frustration zu einem Rückzug oder einer Ablehnung von interprofessionellen Kooperationsbeziehungen.

Ziele

Im Rahmen des Projekts sollen Möglichkeiten und Hindernisse einer Berufsgruppen übergreifenden Vernetzung analysiert werden. Dazu wurde eine multiprofessionelle Projektgruppe gegründet, die sich aus Fachleuten der psychosozialen Beratung, der nicht-medizinischen Geburtshilfe, der Pränatalmedizin und Seelsorge sowie der Organisationspsychologie, Professionssoziologie, Kommunikationsforschung und Rechtswissenschaft zusammensetzt. Seit Beginn des Projekts im Oktober 2009 wurden drei Workshops veranstaltet, auf denen die Projektmitglieder vor dem Hintergrund wissenschaftlicher Erkenntnisse und beruflicher Erfahrungen Rahmenbedingungen für die Vernetzung in der Schwangerenberatung diskutierten. Die Ergebnisse werden in Buchform erscheinen und auf der Abschlusstagung am 15. und 16. Mai 2013 in Hannover vorgestellt. Sie sollen diejenigen unterstützen, die an einer Vernetzung der an der Schwangerenberatung beteiligten Berufsgruppen interessiert sind und sich für eine bessere Kooperation einsetzen wollen. Das Projekt wird von der Hanns-Lilje-Stiftung, Hannover, (www.hanns-lilje-stiftung.de) gefördert.

Literatur bei der Verfasserin

DIPL.-BIOL. DR. P.H. CHRISTA WEWETZER, Zentrum für Gesundheitsethik an der Evangelischen Akademie Loccum, ZfG, Knochenhauerstraße 33, 30159 Hannover, Tel.: (05 11) 12 41-445, E-Mail: christa.wewetzer@evlka.de

SABINE SALLOCH

Öffentliche Meinung und ethisches Urteil

In der klinischen Medizin gilt es als selbstverständlich, sich an den Ergebnissen empirischer Forschung zu orientieren. Ärztinnen und Ärzte sollen möglichst nur solche Behandlungen durchführen, deren Wirksamkeit empirisch nachgewiesen wurde. Studien an Tausenden von Patientinnen und Patienten werden durchgeführt, um dafür Beweise zu erbringen. Man nennt dies »evidenzbasierte Medizin«. Aber kann es auch eine »evidenzbasierte Ethik« geben und welchen Beitrag kann sie zur Entscheidungsfindung leisten?

Kontextsensitivität und Partizipation – zu den Hintergründen des »empirischen Trends«

Zu den Gründen, die zum vermehrten Einsatz sozialempirischer Forschung in der Medizinethik geführt haben, zählt der Wunsch nach einer höheren Kontextsensitivität angewandter Ethik. Ethische Fragestellungen sollen nicht abstrakt diskutiert

werden, sondern aus ihren situativen Bedingungen und sozialen Zusammenhängen heraus verstanden werden. Ein weiterer Grund für den »empirischen Trend« ist der partizipative Gedanke. Die Einstellungen und das Wissen betroffener und potenziell betroffener Personen sollen in die medizin-ethische Analyse einbezogen werden, weil deren Stimmen sowohl in normativer als auch in epistemischer Hinsicht ein besonderes Gewicht zukommt. Zuletzt sind auch stärker pragmatische Gründe für die Durchführung empirischer Forschung in der Medizinethik zu nennen, zu denen etwa die institutionelle Ansiedlung der Medizinethik an medizinischen Fakultäten zählt.

Moralische Überzeugungen und ethische Analyse

Es besteht die Frage, welchen konkreten Beitrag sozialempirische Forschung zur normativen Bewertung bestimmter Handlungspraxen oder Technologien leisten kann. Würde direkt von empirischen Forschungsergebnissen, etwa zu Mehrheitsmeinungen, auf deren ethische Rechtfertigung geschlossen, läge das Problem eines Sein-Sollens-Fehlschlusses vor. Empirische Aussagen haben zwar Bedeutung für das ethische Urteil, können aber nicht unmittelbar in normative Aussagen »übersetzt« werden. Aus der Tatsache, dass die Mehrheit der Bevölkerung sich für eine bestimmte Handlungsweise wie die Tötung auf Verlangen am Lebensende ausspricht, kann nicht gefolgert werden, dass diese Handlungsweise dadurch bereits in ethischer Hinsicht gerechtfertigt wäre.

Empirische Forschung kann zur Entdeckung und Charakterisierung medizinethischer Problemstellungen und ethisch relevanter Fakten beitragen. Im Falle umstrittener Handlungsweisen kann empirische Forschung dazu dienen, den psychologischen und sozialen Kontext des Wunsches nach Lebensbeendigung bei schwerkranken Patientinnen und Patienten zu explorieren. Weiterhin kann sie einen Beitrag zur Analyse der praktischen Umsetzungsbedingungen bestimmter normativer Positionen leisten und etwa politische Entscheidungsprozesse dahingehend lenken, welche Kontextfaktoren in Hinsicht auf eine Liberalisierung oder die Beibehaltung des Verbots der Tötung auf Verlangen zu beachten sind.

Aus der ethisch-theoretischen Perspektive ist zu berücksichtigen, dass der Bedarf und die Formen des Einsatzes empirischer Daten im ethischen Urteil von der jeweils zugrunde gelegten normativ-ethischen Theorie abhängen. Je nach Begründungshintergrund werden unterschiedliche empirische Daten benötigt und auf jeweils theorie-spezifische Art in die ethische Diskussion und Überlegung eingegliedert. Im Rahmen einer konsequentialistischen Theorie, die den moralischen Wert des Handelns anhand der Folgen beurteilt, sind empirische Daten zu den absehbaren Konsequenzen einer Handlung, wie etwa der Liberalisierung von Tötung auf Verlangen, grundlegend für das ethische Urteil. Im Unterschied dazu stehen vor dem Hintergrund einer deontologischen Theorie zentrale normative Konzepte, wie etwa dasjenige der Menschenwürde, im Zentrum des Interesses.

Ausblick

Zusätzlich zu einer qualitativ hochwertigen empirischen Forschung bedarf es innerhalb der Medizinethik einer differenzierten Reflexion über die spezifische Rolle, die empirische Informationen in ethischen Urteilen haben. Die Verbindung von empirischen Forschungsergebnissen und normativer Theorie sollte daher nicht nur in allgemeiner Hinsicht, sondern ins-



besondere in Bezug auf konkrete ethische Fragestellungen ein wichtiger Teil der wissenschaftlichen Arbeit innerhalb der Medizinethik sein.

Literatur bei der Verfasserin

DR. MED. SABINE SALLOCH, M.A., Institut für Medizinische Ethik und Geschichte der Medizin, NRW-Nachwuchsforschergruppe »Medizinethik am Lebensende: Norm und Empirie«, Ruhr-Universität Bochum, Markstraße 258 a, 44799 Bochum, Tel.: (02 34) 32 28 642, E-Mail: Sabine.Salloch-s52@Rub.de, www.ruhr-uni-bochum.de/malakow/

PETER HAAS

Digitale Patientenauskunft – Elektronische Patientenakte

Die Fächerdifferenzierung in der Medizin und die sektorierte Versorgung im ambulanten, stationären und rehabilitativen Bereich mit ambulanter Pflege haben in organisatorischer Hinsicht dazu geführt, dass Patientinnen und Patienten, die an multiplen Erkrankungen leiden, von mehreren unabhängig voneinander agierenden Versorgungseinrichtungen behandelt werden. Der Informationsübergang zwischen diesen Einrichtungen basiert heute auf dem Austausch von Überweisungen, Einweisungen, Verordnungen, Arztbriefen oder anderen Dokumenten. Dieser Umstand führt zu Informationslücken zwischen den Einrichtungen, die eine optimale Versorgung erschweren bis hin zur Einschränkung der Patientensicherheit. Für Letztgenanntes ist die Problematik der Arzneimitteltherapiesicherheit ein Beispiel. So kommt es öfter als angenommen zu unerwünschten Wechselwirkungen zwischen verschriebenen Medikamenten oder kontraindikativen Verordnungen, da der verschreibenden Ärztin oder dem verschreibenden Arzt Informationen von vorhergegangenen Behandlungen oder bestehenden Erkrankungen fehlen.

Zielsetzungen

Um diese Informationslücken zu beheben, gibt es seit über zehn Jahren in vielen Ländern Anstrengungen, mittels digitaler Anwendungen die einrichtungsübergreifende Zusammenarbeit und Informationstransparenz zur Krankheitssituation einer Patientin oder eines Patienten zu verbessern. In diesem



Zusammenhang wird dann von der elektronischen Patientenakte (EPA) oder der elektronischen Gesundheitsakte (EGA) gesprochen. Diese sollen ermöglichen, dass jede behandelnde Ärztin und jeder behandelnde Arzt ihre oder seine Behandlungsinformationen digital in eine einrichtungsübergreifende Akte der Patientin beziehungsweise des Patienten einstellt. Somit ist also jede und jeder an der Behandlung Beteiligte über die Erkrankungssituation, die aktuelle Medikation und wichtige Befunde informiert. Auch ist es möglich, dass die Patientin für ihre und der Patient für seine Versorgung wichtige Informationen, wie das Schmerztagebuch, Blutzuckerwerte oder Blutdruckmessergebnisse selbst in diese Akte einstellt. Ein auf den ersten Blick einfaches und effizientes Konzept.

Zwei Arten der (persönlichen) elektronischen Patientenakte

Es werden zwei prinzipielle Lösungsansätze unterschieden: Bei der Gesundheitsakte (EGA) bzw. persönlichen Elektronischen Patientenakte (pEPA) liegt die Datenpflege und Verantwortung für die Inhalte ganz alleine bei der Patientin oder beim Patienten: Sie oder er pflegt die Akte, entscheidet, was hineinkommt und was eine Ärztin beziehungsweise ein Arzt beim Arztbesuch sehen darf. Dies ist sicherlich ein wertvoller Ansatz zum Beispiel für junge selbstverantwortliche Chronikerinnen und Chroniker. Wie sieht es aber für multimorbide ältere Patientinnen und Patienten aus oder Schwerstkranken oder solche, die nicht selbst ihre Akte führen wollen und können? In diesen Fällen wird der Ansatz der arztgeführten Elektronischen Patientenakte (EPA) diskutiert. Hier »beauftragt« die Patientin oder der Patient die behandelnden Ärztinnen und Ärzte, die notwendigen Informationen selbst in die Akte einzustellen.

Dabei kann sich eine solche Akte auf einem für alle Praxen erreichbaren sicheren Server eines Anbieters, eines Krankenhauses oder auf einem USB-Stick befinden. Im letztgenannten Fall ist das Hinzufügen neuer Informationen heutzutage nur möglich, wenn die Patientin oder der Patient mit einem Stick anwesend ist. Auf der neuen elektronischen Gesundheitskarte hat eine solche Akte jedoch keinen Platz.

Praktische Anwendungen

Beide Ansätze realisieren eine »digitale Patientenauskunft«, aber aufgrund der Inkompatibilität der Systeme in Praxen und Krankenhäusern sowie solcher Akten erfolgt der Einsatz nur in wenigen Pilotprojekten und ist leider nicht der Regelfall. Pilotprojekte von Krankenkassen, die ihren Versicherten die Nutzung einer pEPA angeboten haben, haben gezeigt, dass nur ein verschwindend geringer Anteil an Patientinnen und Patienten selbst diese Akten führen möchte. Ein großer Anbieter hat daher seine aufwändige Entwicklung einer pEPA eingestellt. Zurzeit sind nur sehr wenige kommerzielle Lösungen am Markt, die krankheitsartenbezogen z. B. für das Disease Management in DMP-Programmen eingesetzt werden, aber auch das nur ganz selten.

Literatur beim Verfasser

PROF. DR. PETER HAAS, Lehrgebiet Medizinische Informatik,
Fachhochschule Dortmund, Emil Figge Straße 42, 44227 Dortmund,
Tel.: (02 31) 75 56 71 9, E-Mail: haas@fh-dortmund.de

HEIKO RODE

Selbsthilfearbeit kann finanziell gestärkt werden

In Deutschland werden mehr als die Hälfte der Demenzkranken zu Hause betreut. Ein stabiles Lebensumfeld, vertraute Bezugspersonen und der Kontakt zum Freundeskreis geben den Kranken Sicherheit und Stabilität. Doch auch die Pflegenden benötigen Entlastung oder Unterstützung. Das ist wichtig, aber in der Realität nicht selbstverständlich! Demenz grenzt leider auch heutzutage noch die sozialen Kontakte ein und Unterstützung wird nicht immer erfahren. Für die Familienangehörigen ist das eine immense Belastung. Sie werden oft rund um die Uhr gefordert. Zudem müssen sie mit Persönlichkeitsveränderungen der oder des Betroffenen fertig werden. Professionelle Hilfe kann hier eine wichtige Unterstützung sein. Eine mindestens ebensolche Hilfe ist die Förderung, die Unterstützung und der Erhalt von ehrenamtlichen und nicht gewerblichen Strukturen, die betroffene Menschen und ihre Familien insbesondere durch zugehende Hilfestellungen stärken. In einer sozialen Gesellschaft müssen Wege gesucht und gefunden werden, wie das persönliche Engagement in den Regionen und damit auch in unmittelbarer Nachbarschaft zu den Betroffenen gestärkt werden kann.

Änderungen im Pflege-Neuausrichtungsgesetz

Mit dem am 30. November 2012 in Kraft getretenen Pflege-Neuausrichtungsgesetz hat der Gesetzgeber eine Änderung im § 45 d SGB XI (Förderung der ehrenamtlichen Strukturen sowie der Selbsthilfe) vorgenommen. Damit soll die nachhaltige Finanzierung des Auf- und Ausbaus von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen gestärkt werden, die sich die Unterstützung von Pflegebedürftigen, von Personen mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf sowie deren Angehörigen zum Ziel gesetzt haben. Voraussetzung ist, dass diese nicht schon von anderer Seite eine Förderung erhalten. Laut der Gesetzesänderung ist vorgesehen, dass je versichertem Menschen 0,10 € pro Kalenderjahr für die oben genannten Maßnahmen verwendet werden können. Was sich zunächst wie ein kleiner Euro-Wert darstellt, ist in der Summe ein nicht zu unterschätzendes Finanzvolumen, da ein hoher Anteil an



Menschen in Deutschland versichert ist. Die Umsetzung ist möglich, wenn die konkreten Verfahrensvoraussetzungen, die Auszahlungsmodalitäten und die für die jeweiligen Länder insgesamt zur Verfügung zu stellenden Mittel festgestellt und näher beschrieben sind. Das braucht in der Regel eine gewisse Vorlaufphase. Die Vergangenheit hat aber gezeigt, dass dann eine qualitätssichere und klare Handlungsweise umgesetzt wird. Hilfe für Helfende wird absehbar – ein gutes Zeichen!

HEIKO RODE, AOK Niedersachsen, Geschäftsbereich GM Pflege, Geschäftsbereichsleiter Pflegeservice/HKP, Hildesheimer Straße 273, 30519 Hannover, Tel.: (05 11) 87 01-193 20, E-Mail: Heiko.Rode@nds.aok.de, www.aok-niedersachsen.de

MARIA-THERESIA NICOLAI

Gemeinsame Handlungsfelder zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Demenz in Akutkrankenhäusern

Gemäß der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e. V. gibt es in Deutschland mittlerweile mehr als 1,4 Millionen Menschen mit Demenz. Mit dem demografischen Wandel in Deutschland ist eine weitere Zunahme an Betroffenen zu erwarten. Der überwiegende Anteil an Patientinnen und Patienten mit demenziellen Einschränkungen, die in ein Krankenhaus vollstationär aufgenommen werden, wird nicht aufgrund einer Demenz, sondern in Folge eines anderen akuten Gesundheitsproblems eingewiesen. Dementsprechend tritt die Nebendiagnose Demenz oftmals in den Hintergrund oder ist während der Krankenhausbehandlung nicht bekannt. Dies kann zu Komplikationen führen, da die Demenzen die Behandlung sowie die Beziehung zwischen der betroffenen Patientengruppe und dem Krankenhauspersonal erschweren. Die erkrankungsbedingten Beeinträchtigungen des Gedächtnisses und kognitiven Störungen verhindern ein selbständiges Zurechtfinden innerhalb des Krankenhausablaufes. Erschwerend können Symptome in Form von Angst und Unruhezuständen das Bedürfnis hervorrufen, das Krankenhaus verlassen zu wollen.

Umgesetzte Interventionen zur Versorgungsverbesserung

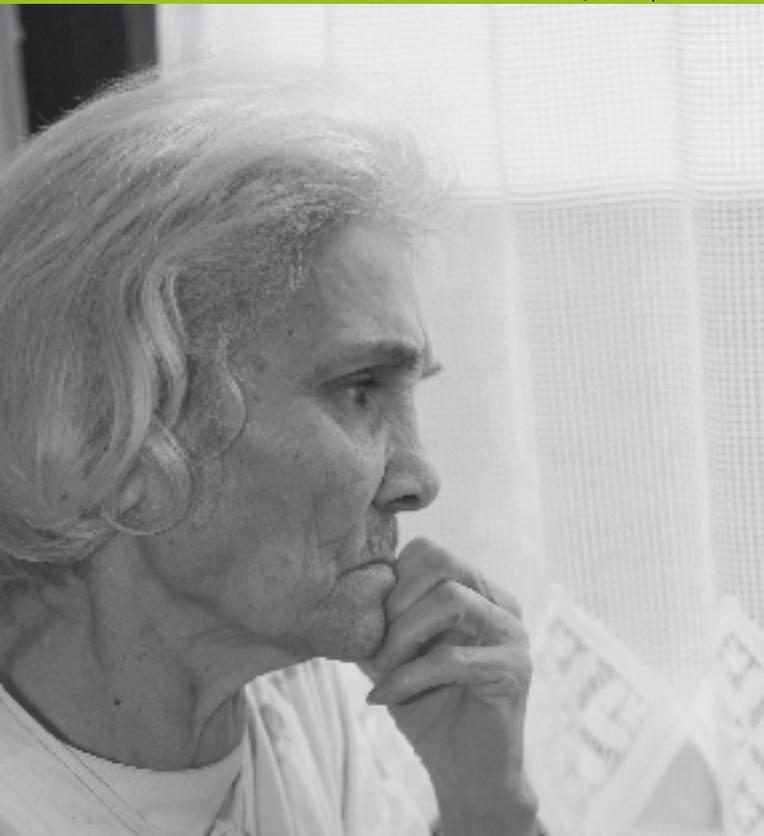
Im Bereich der ambulanten Pflege sowie der stationären Langzeitpflege besteht bereits eine Vielzahl an Demenzkonzepten. Entgegen der Zunahme der Patientengruppe mit Demenz

nähern sich die Akutkrankenhäuser dieser Problematik jedoch unzureichend. Aktuell bestehen weder eine übergeordnete Leitlinie für Krankenhäuser noch eine konsequente thematische Einbeziehung in das Qualitätsmanagement von Krankenhäusern. Die Projektlandschaft in Deutschland weist verschiedene Konzepte zur stationären Versorgungsverbesserung für Menschen mit Demenz auf. Hierzu gehört das Projekt »Doppelt hilft besser« im Krankenhaus Lübbecke, dessen Schwerpunkt der Einbezug von Angehörigen während des Krankenhausaufenthaltes ist; die Station »DAVID: Diagnostik, Akuttherapie, Validation auf einer Internistischen Station für Menschen mit Demenz«, die im evangelischen Krankenhaus Alsterdorf im Jahr 2011 eröffnet wurde, um ein spezielles Versorgungssetting innerhalb einer abgegrenzten Station zu schaffen; das Projekt »Teekesselchen«, in Form eines tagesstrukturierenden Betreuungsangebotes, das in den Krankenhausbetrieb installiert ist; sowie die Projekte »Geriatrische Betreuung bei Operationen« des St. Franziskus Hospitals in Münster und »Lotsen zur Begleitung von Demenzkranken und ihren Angehörigen« vom Katholischen Marienkrankenhaus in Hamburg, deren Fokus auf der Betreuung beziehungsweise Begleitung von Patientinnen und Patienten mit demenziellen Einschränkungen und ihren Angehörigen liegt. Anhand der vorgestellten Projekte untersucht die Arbeit »Akutranke Patientinnen und Patienten mit demenziellen Einschränkungen als Herausforderung für das Krankenhaus: Eine vergleichende Untersuchung von Handlungsfeldern und Auswirkungen anhand ausgewählter Projekte in Deutschland« projektübergreifende Maßnahmen zur Identifizierung gemeinsamer Handlungsfelder.

Gemeinsame Handlungsfelder

Der Vergleich umgesetzter Maßnahmen der genannten Projekte ermöglicht das Herausstellen konzeptunabhängiger Gemeinsamkeiten, die als Kernhandlungsfelder verstanden werden können. Hierzu gehört unter anderem die Qualifikation des Krankenhauspersonals. Innerhalb der Fort- und Weiterbildungen steht die Sensibilisierung für das Thema Demenz im Krankenhaus im Vordergrund. Das erlangte Wissen erhöht die Versorgungsqualität und Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen. Zusätzlich stellt der Einbezug von Angehörigen während des Krankenhausaufenthaltes bei allen fünf Projekten ein wichtiges Handlungsfeld dar. Angehörige ermöglichen eine Unterstützung und einen verbesserten Zugang zu den Patientinnen und Patienten mit Demenz für die Krankenhausmitarbeitenden und sind vertraute Bezugspersonen für die Erkrankten. Neben den Pflegekräften wird ein Großteil der Maßnahmen von ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern übernommen. Sie können entlastend für das Pflegepersonal eingesetzt werden. Da die meisten Projekte im laufenden Krankenhausbetrieb initiiert werden, sind die Motivation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie die Unterstützung seitens der Krankenhausleitungen unabdingbar. Die dargestellten Übereinstimmungen sollten zur Orientierung über umzusetzende Interventionen für Krankenhäuser herangezogen werden, um die Ausweitung demenzspezifischer Konzepte in Akutkrankenhäusern zu unterstützen. Die positiven Auswirkungen der ausgewählten Projekte sowie die Weiterentwicklungsabsichten bestätigen die Notwendigkeit der Maßnahmen in Hinblick auf eine verbesserte Versorgungssituation.

Anschrift siehe Impressum



SILKE WENDLAND

Viel zu privat?! Sexualität in der Altenpflege – die Zweite

Sexualität gilt als etwas, das nicht für die Öffentlichkeit bestimmt ist, sondern zur Intimsphäre eines Menschen zählt. Was dies für die Altenpflege bedeutet, welche Herausforderungen und Chancen sich aus einer bewussten Berücksichtigung der sexuellen Lebenserfahrungen und Bedürfnisse von Pflegebedürftigen ergeben, war Thema der Fachtagung am 17. September 2012.

Der pro familia-Landesverband Niedersachsen und die Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. hatten zum zweiten Mal zu einer Auseinandersetzung mit diesem Thema eingeladen. Über hundert Beschäftigte aus der Altenpflege, Auszubildende und anderes Fachpublikum waren dieser Einladung nach Hannover gefolgt. »Gegenseitiger Respekt, ein tolerantes Miteinander und selbstbestimmtes Handeln muss auch im Bereich der Sexualität von jeder Generation neu erworben werden«, betonte die stellvertretende Vorstandsvorsitzende von pro familia, Dr. Heike Fleßner. Dies sei auch zwischen den Altersgruppen notwendig, den pflegebedürftigen alten Menschen und dem jüngeren Pflegepersonal, mitunter aber für beide Seiten ein schwieriger Prozess.

Einen unterhaltsamen Blick darauf boten die »Improkokken – das Improvisationstheater aus Hannover« und nahmen die Teilnehmenden mit auf eine Reise durch die eigenen Bilder und (Vor)Urteile über Liebe und Sexualität im Alter.

Intimität in stationären Einrichtungen

Aber nicht nur die tradierten Altersbilder bedürfen einer Modernisierung. Die Pflegepädagogin Dorothea Meudt-Nottbrock sprach sich dafür aus, die Strukturen stationärer Pflegeeinrichtungen zu verändern und die Rechte von Pflegebedürftigen auf Intimität und selbstbestimmte Sexualität ernst zu nehmen.

Gleichzeitig stellte die Autorin des Ausbildungsmoduls »Sexualität in der Pflege alter Menschen« klar, dass neben veränderten Strukturen und Standards auch geschultes Personal erforderlich sei. Die persönliche Auseinandersetzung mit Sexualität gehöre verstärkter in die Altenpflegeausbildung, als dies bislang der Fall sei.

Biografie und Trauma

Mit ihrem Vortrag »Erfahrungen sexualisierter Gewalt in der Lebensgeschichte alter Frauen« sprach Martina Böhmer ein in der Altenpflege meist wenig bewusstes Thema an. Die Autorin des gleichnamigen Buches schilderte praxisnah und berührend, wie sich die von älteren Frauen in ihrer Vergangenheit erlittenen Traumata noch immer in der Gegenwart auswirken. »Viele reagieren auch heute noch mit psychischen und physischen Symptomen auf diese oft nicht bearbeiteten Vergewaltigungs- oder Gewalterfahrungen«, so Böhmer. Die eigentlichen Ursachen würden nur selten erkannt, die alten Traumata durch die häufig erlebte Ohnmacht im Alter und in Pflegesituationen für die alten Frauen hingegen oft wieder belebt.

Integrative Validation

Eine andere große Herausforderung stellen in der Pflege die sexuellen Bedürfnisse von Demenzerkrankten dar. Als wertschätzende und ressourcenorientierte Kommunikationsmethode bietet die Integrative Validation viele Möglichkeiten eines professionellen Umgangs damit. Die Gründerin des gleichnamigen Instituts in Kassel, Nicole Richard, verdeutlichte dies anschaulich und unterhaltsam anhand vieler Praxisbeispiele. Fazit des spannenden Tages: Es gibt noch vieles zu hinterfragen und miteinander zu diskutieren. Deshalb der Plan für 2013: Sexualität in der Altenpflege – die Dritte.

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

MELANIE GLASCHKER

Gesundheit von Studierenden: Review zum Forschungsstand

Das Thema Gesundheit von Studierenden hat in den letzten Jahren Konjunktur. An den Hochschulen in Deutschland studieren so viele Studentinnen und Studenten wie nie zuvor. Es wird prognostiziert, dass in Zukunft sogar 50 % eines Jahrgangs studieren werden.

Medien berichten über gesundheitliche Probleme der Studierenden, wodurch der Eindruck entsteht, dass sich der Gesundheitszustand von Studierenden drastisch verschlechtert hätte. Es wird dabei zumeist von der Hypothese ausgegangen, dass sich Studentinnen und Studenten von ihren Gleichaltrigen durch besondere Merkmale unterscheiden würden. Im Vordergrund stehen dabei die im Vergleich zu den gleichaltrigen Berufstätigen noch vielfältigen Abhängigkeiten in finanzieller und institutioneller Hinsicht. Die in der Regel dadurch erst im dritten Lebensjahrzehnt vollzogene Ablösung vom Elternhaus könnte den Prozess der Entwicklung psychosozialer und materieller Unabhängigkeit erschweren. Im medizinischen Sinne g elten jedoch Studentinnen und Studenten verglichen mit ihrer Altersgruppe als gesunder Personenkreis.



Im Rahmen einer Bachelorarbeit im Studienbereich der Gesundheitswissenschaften an der Hochschule Magdeburg-Stendal, Standort Magdeburg, ist jetzt eine Synopse und Analyse von Studien zur gesundheitlichen Situation von Studierenden in Deutschland durchgeführt worden.

Der Review basiert auf einer systematischen Literaturrecherche für den Zeitraum von 1990 bis Juni 2012. In insgesamt 85 Publikationen können 54 Untersuchungen zur gesundheitlichen Lage von Studierenden in Deutschland ermittelt werden. Die formale und methodische Analyse beinhaltet zunächst die Identifizierung der Datenhalter beziehungsweise Auftraggeber der Studien, den Zeitraum der Datenerhebung, die Größe des Stichprobenumfangs, das Studiendesign, die Erhebungsart und deren Veränderungen im Zeitverlauf, die Erhebungsbereiche, die eingesetzten Erhebungsinstrumente sowie die Repräsentativität der Untersuchungen. Die inhaltliche Analyse der Ergebnisse zu den Gesundheitsparametern wird derzeit noch durchgeführt. Die Ergebnisse beider Teilanalysen werden 2013 gemeinsam publiziert.

Phasenhaftes Interesse an der Studierendengesundheit

Die Entwicklung des wissenschaftlichen Interesses an den gesundheitlichen Belangen von Studierenden in Deutschland kann im Wesentlichen in drei Phasen beschrieben werden. In der ersten Phase konzentrierten sich die Studien auf Untersuchungen zur psychischen Gesundheit, deren Ursprünge bis in die 1960er Jahre zurückreichen und im Zusammenhang mit der Gründung der ersten studentischen Beratungsstellen stehen. Studien der zweiten Phase fokussieren auf den Gesundheitszustand und die gesundheitlichen Verhaltensweisen sowie die Ressourcen von Studierenden. Sie stehen im Zusammenhang mit der Etablierung der Gesundheitswissenschaften in den 1990er Jahren. Die dritte Phase ist eng verknüpft mit dem bildungspolitischen Diskurs des letzten Jahrzehnts, vor allem mit den Veränderungen der Studienstrukturen im Zuge der sogenannten Bolognaform. Hier stehen primär die Stressbelastungen durch die spezifische Studiensituation in Bachelor-Studiengängen im Vordergrund.

Erhebungsbereiche der Studien

Es sind fünf inhaltliche Schwerpunkte erkennbar: a) soziale und wirtschaftliche Situation von Studierenden (n=3); b) psychische und psychosoziale Situation von Studierenden (n=15); c) Konsum von Alkohol, Tabak, Medikamenten und illegalen Drogen (n=10); d) Bewegung und Ernährung bei Studierenden (n=8) sowie e) multiple gesundheitliche Aspekte bei Studierenden (n=18).

Repräsentativität der Studien

Insgesamt gibt es wenig verlässliche Daten zur aktuellen gesundheitlichen Lage von Studierenden in Deutschland. Von den insgesamt 54 Untersuchungen können nur sechs als repräsentativ gelten. Diese umfassen jedoch eher ein schmales gesundheitsbezogenes Themenspektrum oder sind regional begrenzt. Querschnittsstudien überwiegen – nur zwei Längsschnittstudien erlauben Aussagen über ursächliche Zusammenhänge. Die überwiegende Mehrzahl der Erhebungen bezieht sich auf einzelne Hochschulen, Fachbereiche, Studiengänge bzw. Studiensemester und auf die Ergebnisse der psychotherapeutischen Beratungsstellen. Auch die Routinedaten der freiwillig versicherten Studierenden der Techniker Krankenkasse ermöglichen nur Teilaussagen.

Fazit und Ausblick

Bereits jetzt ist erkennbar, dass aussagekräftige umfassende Längsschnittstudien fehlen, aus denen wissenschaftlich fundiert komplexe praktische Empfehlungen abgeleitet werden können. Die aktuell noch laufende inhaltliche Auswertung wird vor allem Problemfelder und Forschungslücken identifizieren.

MELANIE GLASCHKER, c/o PROF. DR. RER. NAT. THOMAS HARTMANN, Hochschule Magdeburg-Stendal, FB Sozial- und Gesundheitswesen, Breitscheidstraße 2, 39114 Magdeburg, Tel.: (03 91) 88 64 45 6, E-Mail: thomas.hartmann@hs-magdeburg.de, melanie.glaschker@student.sgw.hs-magdeburg.de

ANTJE RICHTER-KORNWEITZ

Umbenennung des Regionalen Knotens in »Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Niedersachsen«

Auf dem Kooperationstreffen des bundesweiten Netzwerks zur Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten am 29. November 2012 in Münster wurde der Regionale Knoten Niedersachsen ebenso wie die vergleichbaren Einrichtungen in den übrigen Bundesländern in »Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Niedersachsen« umbenannt.

Diese Umbenennung betrifft auch das bundesweite Netzwerk mit jetzt 57 Partnern, an dessen neuer Bezeichnung »Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit« jetzt deutlich abzulesen ist, wofür es steht.

Die *Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Niedersachsen* ist Teil der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. und wird durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration und durch die niedersächsischen Vertretungen von AOK, IKK, LKK, KBS, Pronova BKK und VdEK gefördert.

Zu den Zielen der *Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Niedersachsen* gehört es, Strukturbildung und Vernetzung zu stärken, Wissenstransfer zu verbessern sowie Qualitätsentwicklung zu fördern. Es werden dort beispielsweise die Arbeitskreise Armut und Gesundheit Niedersachsen koordiniert, die in diesem Jahr unter anderem Themen wie »Gesundheit und Erwerbslosigkeit von Alleinerziehenden« oder »Partizipation von Kindern und Jugendlichen« verfolgen. Außerdem werden Veranstaltungen oder Workshops organisiert, wie z. B. die vierteilige Workshopreihe »Partizipation«, die 2012 in Braunschweig stattgefunden hat.

Zu den aktuellen Projekten der Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Niedersachsen gehört »Gesund aufwachsen für alle Kinder – der Aufbau von Präventionsketten«. In Zusammenarbeit mit Expertinnen und Experten aus diversen Bundesländern und verschiedenen kommunalen Fachbereichen sollen die Bedingungen für den Aufbau einer Präventionskette analysiert und fördernde Bedingungen beziehungsweise Hürden für diesen kommunalen Entwicklungsprozess ermittelt werden. Als Ergebnis soll eine Handlungshilfe zur Unterstützung von Kommunen beim Aufbau von Präventionsketten entstehen.

Die niedersächsische Koordinierungsstelle engagiert sich außerdem im bundesweiten kommunalen Partnerprozess »Gesund aufwachsen für alle!«. Auf Initiative der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und mit Beteiligung der Kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, das heißt dem Deutschen Städtetag, Deutschen Landkreistag und Deutschen Städte- und Gemeindebund und vielen weiteren Partnern, werden hier Kommunen zusammengeführt, die Präventionsketten zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen aufbauen möchten. »Gesund aufwachsen für alle!« will Kommunen durch fachliches Wissen in ihrer präventiven Neuausrichtung unterstützen. Im Jahr 2013 wird es dazu verschiedene Veranstaltungen auch in Niedersachsen geben. Weitere Informationen finden Sie auf unserer Website unter www.gesundheit-nds.de.

Verfasserin siehe Impressum



STANDPUNKT

Im Deutschen Bundestag liegen zwei alternative Gesetzentwürfe, »Entwurf eines Gesetzes über den Umfang der Personensorge bei einer Beschneidung des männlichen Kindes« und »Entwurf eines Gesetzes über den Umfang der Personensorge und die Rechte des männlichen Kindes bei einer Beschneidung«, zur Beschlussfassung vor.

Beide Gesetzentwürfe gehen zurück auf den Beschluss des Deutschen Bundestages vom 19. Juli 2012, der die Bundesregierung aufforderte, »unter Berücksichtigung der grundgesetzlich geschützten Rechtsgüter des Kindeswohls, der körperlichen Unversehrtheit, der Religionsfreiheit und des Rechts der Eltern auf Erziehung einen Gesetzentwurf vorzulegen, der sicherstellt, dass eine medizinisch fachgerechte Beschneidung von Jungen ohne unnötige Schmerzen grundsätzlich möglich ist.« (Bundestagsdrucksache 17/10331)



Zu der gegenwärtigen politischen Debatte im Deutschen Bundestag erklärte der Landesgeschäftsführer der pro familia Niedersachsen, Andreas Bergen, in einer Pressemitteilung: Die männliche Vorhaut ist ein Körperteil mit einer eigenständigen Funktion. Die Zirkumzision ist daher ein schwerwiegender, irreversibler chirurgischer Eingriff, der eingreift in das grundgesetzlich verbriefte Recht des Kindes auf körperliche Unversehrtheit und der in seinen Auswirkungen einen lebenslangen Einfluss auf das Sexualleben des betroffenen Mannes hat. Es gibt keinen Grund, beschnittenen Männern pauschal eine eingeschränkte sexuelle Erlebnisfähigkeit zu unterstellen. Es gibt aber eine hinreichende Zahl persönlicher Zeugnisse von betroffenen Männern, die die Beschneidung traumatisch erlebt haben und sich stark beeinträchtigt fühlen.

Wir begrüßen daher, dass dieser weit verbreitete Eingriff gesetzlich geregelt wird. Bei der anstehenden gesetzlichen Regelung sind für uns folgende Punkte unverzichtbar:

- » Die Zirkumzision ist ein chirurgischer Eingriff und sollte daher nur von Ärzten/Ärztinnen durchgeführt werden.
- » Notwendig ist eine ausführliche medizinische Aufklärung über die möglichen Risiken und die möglichen Folgen des Eingriffs. Diese Aufklärung kann ebenfalls nur durch Ärztinnen und Ärzte erfolgen.
- » Die Zirkumzision bei nicht einwilligungsfähigen Kindern und Jugendlichen sollte auf die Fälle beschränkt sein, bei denen der Eingriff aus medizinischen Gründen unabdingbar notwendig ist.
- » Die Zirkumzision aus religiösen Gründen sollte nur vorgenommen werden in einem Alter, in dem die Einwilligungsfähigkeit vorausgesetzt werden kann. Das Alter der Religionsmündigkeit ist dafür die untere Grenze.
- » Eine gesetzliche Regelung der Beschneidung männlicher Kinder muss in jedem Fall so erfolgen, dass das bestehende Verbot der weiblichen Genitalverstümmelung nicht in Frage gestellt wird.

ANDREAS BERGEN, Landesgeschäftsführer pro familia Landesverband Niedersachsen e. V., Tel.: (05 11) 30 18 57 81

Kommunales



ser Gesprächsrunden waren zum Beispiel Themen wie Sexualentwicklung von Anfang an, Verhütung, Rollenverständnisse und Identitäten sowie Sexualität in den verschiedenen Religionen.

In dem Frauengesprächskreis, an dem junge Frauen im Alter von 16–26 Jahren teilnahmen, kam die Frage auf, welche Möglichkeiten es gibt, Berührungspunkte sowie eigene Hemmschwellen im Umgang mit dem Thema Sexualerziehung abzubauen. In diesem Zusammenhang entstand die Idee, Eltern sowie Erzieherinnen und Erziehern Hilfsmittel an die Hand zu geben, um mit einem spielerischen thematischen Einstieg einen Anlass zu geben, mit Kindern die verschiedenen Körperteile, Sinnesorgane und ihre Funktionen von »Kopf bis Fuß« zu besprechen. Das Ergebnis dieser Überlegungen mündete in die Entwicklung eines kindgerecht gestalteten deutsch-türkischen Aufklärungsbuches, in dem in Form eines kleinen Mädchens und ihrem Teddy die Entdeckung des eigenen Körpers im Mittelpunkt steht: »Ben birşey keşfettim« – »Ich habe etwas entdeckt«.

TATJANA PANTAZIS

Projekt Sexl – Sexualerziehung Interkulturell

Das Projekt Sexualerziehung Interkulturell ist ein vom Bundesamt für Migration und Flüchtlinge finanziertes Projekt, das bei der Stadt Braunschweig, Sozialreferat, Büro für Migrationsfragen angesiedelt ist und in Kooperation mit dem Mütterzentrum Braunschweig e. V. arbeitet. Ziel des Projekts ist es, das Thema Interkulturelle Sexualerziehung viel stärker als bisher in das öffentliche Bewusstsein zu rücken. Es wird der Frage nachgegangen, welche Bedeutungen Themen wie Sexualität, Rollenverständnisse und Körperbewusstsein in den unterschiedlichen kulturellen sowie religiösen Kontexten erfahren und wie in den Familien und den öffentlichen Bildungseinrichtungen damit umgegangen wird.

Das Projekt nimmt hierbei eine vermittelnde Position ein, da sowohl mit pädagogischem Personal von Kindertagesstätten und Jugendeinrichtungen, Eltern mit Zuwanderungsgeschichte als auch mit multikulturell aufwachsenden Kindern und Jugendlichen zusammengearbeitet wird. Eine Grundvoraussetzung für den Einstieg in das Thema Interkulturelle Sexualerziehung ist eine vertrauensvolle Atmosphäre. Daher ist es wichtig, Räume der Begegnung für gemeinsame Gespräche zwischen Pädagoginnen bzw. Pädagogen und Eltern zu schaffen, um einander näher kennen zu lernen und das gegenseitige Vertrauen und Zusammengehörigkeitsgefühl zu stärken.

Entstehungsgeschichte des deutsch-türkischen Aufklärungsbuches

Um mit den Menschen ins Gespräch zu kommen, müssen Gesprächsräume geschaffen werden und zwar an Orten, wo sich ihr Alltag abspielt, das heißt wo sie wohnen, leben, arbeiten und ihre Freizeit verbringen. Aus diesem Grund haben die beiden Projektmitarbeitenden, Leyla Şimşek-Yılmaz und Fazlı Özdemir, den Kontakt mit verschiedenen internationalen Vereinen und religiösen Gemeinden gesucht, um das Projekt Sexualerziehung Interkulturell vorzustellen. Unter anderem signalisierte auch die Islamische Gemeinschaft Milli Görüş (IGMG) ihr Interesse an dem Projekt und so starteten dort Mitte des Jahres 2011 die ersten Gesprächskreise. Inhalte die-

Perspektiven – Einsatz des Buches in der Erzieherausbildung

Das deutsch-türkische Aufklärungsbuch, das sowohl Eltern als auch Erzieherinnen und Erziehern einen spielerischen Einstieg in das Thema Interkulturelle Sexualerziehung ermöglichen soll, wird in den kommenden Monaten in der Ausbildung von Erzieherinnen und Erziehern der Berufsbildenden Schule V in Braunschweig zum Einsatz kommen. Ziel ist es, im Rahmen des Unterrichts sich mit dem Thema Interkulturelle Sexualerziehung vertraut zu machen, das Buch auf seine Anwenderfreundlichkeit zu überprüfen und zu überlegen, welche Möglichkeiten es im Kindergarten gibt, mit diesem Buch zu arbeiten. Durch die Zweisprachigkeit kann das Buch ein Türöffner darstellen, um insbesondere mit türkischsprechenden Müttern und Vätern ins Gespräch zu kommen. Dieser Austausch mit den Eltern über kulturell- und religiös bedingte Unterschiede sowie Gemeinsamkeiten kann Missverständnisse in Alltagssituationen im Vorfeld vermeiden und den gelingenden Dialog untereinander fördern.

Unter der Rubrik Veröffentlichungen auf der Seite www.braunschweig.de/migration können Sie sich das Buch ansehen.

TANJA PANTAZIS, Freie Mitarbeiterin im Mütterzentrum Braunschweig e. V. / Mehrgenerationenhaus, Hugo-Luther-Straße 60A, 38118 Braunschweig

WINFRIED HARDINGHAUS

Die Bedeutung der Weiterentwicklung palliativmedizinischer Angebote in Niedersachsen

In Niedersachsen hat sich in den vergangenen Jahren ein vielfältiges Angebot an ambulanten und stationären palliativmedizinischen, palliativpflegerischen sowie hospizlichen Leistungen entwickelt. Mit derzeit 233 Palliativbetten in 42 Krankenhäusern, ca. 160 Betten in 19 stationären Hospizen sowie 39 ambulanten Teams der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) scheint die niedersächsische Hospiz- und Palliativversorgung derzeit rein zahlenmäßig ausreichend. Für das Flächenland Niedersachsen sind aber die großen regiona-



len Unterschiede, insbesondere zwischen Stadt und Land mit weiten Wegen für die ambulanten Versorgungseinrichtungen zu beachten. Es handelt sich um spezialisierte Strukturen, die für eine Versorgung von allen Bedürftigen bei weitem nicht ausreichen.

Die demografische Entwicklung mit Zunahme von Hochaltrigkeit und Multimorbidität wird ebenso zu einer Zunahme der hospizlich und palliativ zu versorgenden Menschen führen. Das zeigt sich schon jetzt in einer fortschreitenden Entwicklung der Zahl Schwerstkranker und Sterbender mit nicht onkologischen Erkrankungen (z. B. chronische Lungenleiden, terminale Herz- oder Nierenerkrankungen, neurologische Erkrankungen). Schon heute sind besondere Aufgabenstellungen für Schwerstkranker und Sterbende im Bereich der stationären Altenpflege, bei demenziell Erkrankten, Menschen mit Behinderungen, Menschen mit Migrationshintergrund sowie auch bei Strafgefangenen zu erkennen.

Palliativstützpunkte in Niedersachsen

Seit Mitte 2006 gewährt das Land Niedersachsen Zuwendungen für den landesweit flächendeckenden Aufbau von Palliativstützpunkten, um die Palliativversorgung in Niedersachsen nachhaltig zu verbessern. Ein Palliativstützpunkt ist als Organisationsverbund zwischen den unterschiedlichen Leistungserbringern der spezialisierten Palliativversorgung und Hospizarbeit konzipiert, der organisatorisch an einen dieser Leistungserbringer angebunden sein kann.

Das Konzept geht von den Prämissen einer Basisversorgung und einer Spezialversorgung aus. Die Leistungen der Basisversorgung als elementarer Bestandteil der allgemeinen Gesundheitsversorgung werden in erster Linie erbracht von Hausärztinnen und Hausärzten, ambulanten Pflegediensten, Krankenhäusern sowie Alten- und Pflegeheimen. Neben dieser Basisversorgung sind in den vergangenen Jahren Strukturen einer SAPV entstanden, die für diejenigen Betroffenen zur Verfügung stehen, die aufgrund der Ausprägung ihrer Probleme und Bedürfnisse eine über die Basisversorgung hinausgehende Versorgung benötigen.

Einbindung der Niedersächsischen Koordinierungs- und Beratungsstelle

Die Niedersächsische Koordinierungs- und Beratungsstelle für Hospizarbeit und Palliativversorgung (NKBHP) wurde im Januar 2009 vom Niedersächsischen Sozialministerium als zentrale Institution auf Landesebene eingesetzt. Sie ist einschließlich ihrer mitwirkenden Expertengruppe Ansprechpartnerin für die Bereiche ambulante und stationäre Hospizarbeit, Palliativmedizin (einschließlich Pädiatrische Palliativmedizin), Palliativpflege sowie psychosoziale Versorgung.

Ihre Aufgaben sind insbesondere:

- » Bindegliedfunktion zwischen dem Niedersächsischen Sozialministerium und der Hospizarbeit sowie Palliativversorgung in ihrer Gesamtheit
- » Unterstützung und Beratung der Landesregierung bezüglich der Entwicklung der Hospizarbeit und Palliativversorgung auf Landes- sowie Bundesebene im Sinne fachlicher Expertisen
- » Beratung und Koordinierung der niedersächsischen Palliativstützpunkte und Initiativen im haupt- und ehrenamtlichen Bereich
- » Beratung bei der Umsetzung der SAPV
- » Beratung bei der Vernetzung stationärer Institutionen und ambulanter Dienste
- » Anlaufstelle für Bürgerinnen und Bürger, die haupt- und ehrenamtlich mit der Betreuung von Schwerstkranken und sterbenden Menschen befasst sind

Die NKBHP beteiligt sich zudem an den Verhandlungen der Leistungserbringer mit den Krankenkassenverbänden auf Landesebene über einen SAPV-Mustervertrag.

Die vom Land Niedersachsen bestellten ehrenamtlich tätigen Mitglieder der Expertengruppe der NKBHP kommen aus den relevanten Berufsgruppen sowie Fachgesellschaften der Hospizarbeit und Palliativversorgung, einschließlich der ehrenamtlichen Strukturen. Das Büro ist beim Gesundheitsdienst für den Landkreis und die Stadt Osnabrück angesiedelt.

Der niedersächsische Landtag hat am 28.9.2012 neben einer besonderen Zukunftsförderung des Ehrenamtes über die Hospiz-LAG ab dem 1.12.2012 auch eine finanzielle Förderung der NKBHP zu ihrer Professionalisierung beschlossen. Als zentrale Geschäftsstelle soll sie die Palliativ- und Hospizarbeit in Erweiterung der bisherigen Aufgaben, z. B. der telefonischen Infohotline auch für Bürgerinnen und Bürger sowie Betroffenen, in Zusammenarbeit mit ihrer Expertengruppe landesweit organisieren helfen. Die NKBHP bildet den gemeinsamen Bogen in Zusammenarbeit der Fachgesellschaften, insbesondere zwischen der Hospiz-Landesarbeitsgemeinschaft Niedersachsen und der zukünftigen Landesgruppe der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP). Letztere ist am 28.11.2012 aus der Palliativarbeitsgemeinschaft Niedersachsen hervorgegangen. In weiterer Kooperation mit der Universität Osnabrück soll eine wissenschaftliche Evaluation der Hospiz- und Palliativversorgung in Niedersachsen sowie mit weiteren Einrichtungen eine Mitbeteiligung an interdisziplinären Fort- und Weiterbildungen unter Einbeziehung des Ehrenamtes erfolgen.

PROF. DR. WINFRIED HARDINGHAUS, Niedersächsische Koordinierungs- und Beratungsstelle für Hospizarbeit und Palliativversorgung (NKBHP), Am Schölerberg 1, 49082 Osnabrück, Tel.: (05 41) 501-80 00, E-Mail: info@palliativ.niedersachsen.de



Alzheimer. Erkennen – Verstehen – Begleiten.

Die Alzheimer-Erkrankung ist innerhalb weniger Jahre zu einer häufigen, schweren und kostspieligen Krankheit geworden, die nicht nur die Medizin, sondern auch die Gesellschaft vor große Herausforderungen stellt. Mit einer umfassenden Einführung in das Thema Alzheimer, die von den anatomischen Grundlagen über die Diagnose bis hin zur Behandlung reicht, möchte der Autor sowohl Betroffenen als auch deren Angehörigen das Verständnis der Krankheit sowie den Umgang mit ihr erleichtern. Neben übersichtlichen und leicht zu verstehenden Infokästen sowie Kurzzusammenfassungen finden sich in dem Ratgeber viele im Alltag nützliche Hinweise. Im Anhang des Buches werden die häufigsten Fragen zum Thema Alzheimer beantwortet, hilfreiche Adressen in Deutschland, Österreich und der Schweiz aufgeführt und die wichtigsten Fachbegriffe in einem Glossar erklärt. (ffr)

BERNARD CROISILE: Alzheimer. Erkennen – Verstehen – Begleiten. Primus Verlag, 2012, 168 Seiten, ISBN 978-3-86312-318-5, 16,90 Euro

Vom Umgang mit schwierigen und gewaltbereiten Klienten

Dieses Buch ist für Beschäftigte und Vorgesetzte lesenswert, die im Rahmen ihrer Arbeit Umgang mit schwierigen und gewaltbereiten Klientinnen und Klienten haben. Dem Autorenpaar (eine Psychologin und ein Polizist) gelingt es, praxisnahe Beispiele für kritische Situationen zu beschreiben und direkt dazu verschiedene Lösungsstrategien aufzuzeigen. Es werden vor allem Bürosituationen im öffentlichen Dienst (z. B. Sozialämter, Job Center, Ausländerbehörde etc.) beschrieben. Ergänzend werden Möglichkeiten aufgezeigt, wie die betroffenen Beschäftigten selber die Situation verändern und deeskalieren können. In verständlicher Art und Weise wird zudem Hintergrundwissen zum Stressempfinden, zur zwischenmenschlichen Kommunikation, zum rechtzeitigen Erkennen von Gewalt oder auch zu räumlichen Gegebenheiten zur Sicherheit am Arbeitsplatz gegeben. (mc)

STEFANIE RÖSCH, RAINER LINSENMAJR: Vom Umgang mit schwierigen und gewaltbereiten Klienten. Strategien für mehr Sicherheit und Souveränität. Balance buch + medien Verlag, 2012, 143 Seiten, ISBN 978-3-86739-076-7, 24,95 Euro.

Aus der Trauer ins Leben

Der Tod eines geliebten Menschen ist schmerzhaft und wirft bei den Angehörigen Fragen über die Gründe des Verlustes auf. Die Suche nach Antworten führt zu einer verlängerten Trauerphase und hat somit Auswirkungen auf das eigene Weiterleben. Basierend auf den Ergebnissen des zweijährigen europäischen Partnerschaftsprojektes »Dying & Death in Europe« fasst der Autor daher neue Wege der Trauerbegleitung und Verlustverarbeitung zusammen und ergänzt diese. Neben diversen Aspekten der Trauer sowie Tipps und Hilfestellungen finden sich vor allem viele praktische Anleitungen und vertiefende Übungen. Das Buch ist verständlich formuliert und stellt auch die Sicht von Trauernden dar. Es richtet sich sowohl an Betroffene als auch Fachpersonal und gibt Anregungen für die berufliche Aus- und Fortbildung. (ffr)

KLAUS WITT: Aus der Trauer ins Leben. Den Verlust überwinden und wieder glücklich werden. psymed-Verlag, 2012, 180 Seiten, ISBN 978-3-941903-06-7, 19,80 Euro

Kleine Mädchen und High Heels – Über die visuelle Sexualisierung frühadoleszenter Mädchen

Die aktuell erschienene Dissertation zum Thema visuelle Sexualisierung im Kindesalter befasst sich mit dem kulturellen Phänomen der engen Kleidung, hohen Schuhe und Make-up in der frühadoleszenten Phase von Mädchen. In sieben Kapiteln wird der Frage nachgegangen, was hinter der visuellen Sexualisierung junger Mädchen steckt. Durch Interviews mit den Akteurinnen kristallisiert sich heraus, dass die Bedeutung, die dem eigenen Äußeren zugeschrieben wird, von den Mädchen selbst auferlegt wird. Es handelt sich jedoch nicht um sexuelle Frühreife, wie der erste Blick vermuten lässt, sondern um den Wunsch nach Normalität. Sie sind sich weit vor dem Erwachsenenalter bewusst, die Verantwortung für sich selbst zu übernehmen. (ls)

SARAH DANGENDORF: Kleine Mädchen und High Heels – Über die visuelle Sexualisierung frühadoleszenter Mädchen. transcript Verlag, Bielefeld, 2012, 333 Seiten, ISBN 978-3-8376-2169-3, 20,86 Euro

Sprechen Sie limbisch?

Das Buch beschreibt die Verhaltensweisen der Seniorenschaft der Zukunft und leitet daraus Hinweise für die Zukunft der Altenpflege ab. Eine der Prognosen des Autors ist, dass dem limbischen System, also der Gefühlsebene der Pflegebedürftigen, eine große Bedeutung zukommen wird, denn: erkrankt ein Mensch an Demenz, tritt die Vernunftwelt zurück. In mehreren Kapiteln beschreibt der Autor, wie das limbische System arbeitet und wie die Pflege unter Berücksichtigung dieses Zusammenhangs aussehen kann. In die Kapitel eingeflochten sind Bezüge auf die zunehmende Heterogenität der Pflegebedürftigen im Hinblick auf Herkunft und Generation. Hieraus leitet sich auch Böhms Forderung nach einer transkulturellen und transgenerationellen Pflege auf Basis eines empathischen Grundverständnisses ab. (mw)

ERICH BÖHM: Sprechen Sie limbisch? Ein Plädoyer für eine transkulturelle und transgenerationelle Altenpflege. Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover, 2012, 286 Seiten, ISBN 978-3-89993-291-1, 39,95 Euro

Mädchen in Krisen

In der vorliegenden biografie- und netzwerkanalytischen Studie wird das sozialpädagogische Arbeitsfeld der Inobhutnahme von Mädchen fokussiert. Im Mittelpunkt stehen Mädchen, die durch Hilfsangebote nicht erreicht oder aufgrund von Regelverstößen aus Institutionen ausgeschlossen werden und sich in Krisensituationen befinden. Soziale Netzwerke, Krisenbewältigung und -interventionen sowie Ressourcen und Risikofaktoren bieten die theoretische Fundierung des Forschungsvorhabens. Anhand von drei Einzelfällen werden Hilfe- und Unterstützungsbedarfe unter Berücksichtigung von Aspekten der individuellen biografischen Rahmung in einer Weise herausgearbeitet, die die jeweiligen Kontextbedingungen einbeziehen. (bw)

SILKE HEILAND: Mädchen in Krisen. Die Bewältigung von Krisen unter Berücksichtigung des sozialen Netzwerks »Mädchen Inobhutnahme«. Beltz-Juventa Verlag, Weinheim und Basel, 2012, 312 Seiten, ISBN 978-3-7799-2802-7, 39,95 Euro

Ältere Migranten und Demenz

Im Rahmen der aktuellen Diskussion um Versorgungskonzepte für die anwachsende Zahl von Demenzbetroffenen wird zunehmend auch über Zugewanderte und deren spezielle Situation im Falle einer Demenzerkrankung gesprochen. Eine Zusammenfassung des derzeitigen Wissensstands zur Thematik Migration und Demenz bietet die vorliegende Veröffentlichung. Neben der Durchsicht aktueller Publikationen rund um die Thematik wurden durch die Autorin auch mehrere Experteninterviews geführt. Einleitend wird in dem Buch zunächst auf sozialgerontologische Basiskonzepte und migrationsspezifische Ansätze sowie die Situation älterer Migrantinnen und Migranten in Deutschland eingegangen. Anschließend betrachtet die Autorin die Diagnostik und Therapie der Demenzerkrankung, um darauf aufbauend Versorgungskonzepte für an Demenz erkrankte Migrantinnen und Migranten darzustellen. Im abschließenden Kapitel geht die Autorin auf die Versorgungsungleichheit demenzerkrankter Migrantinnen und Migranten im Vergleich zu einheimischen Betroffenen ein. (mw)

CLAUDIA KAISER: Ältere Migranten und Demenz. Versorgungssituation, Handlungsbedarf und erste Modellprojekte. VDM Verlag Dr. Müller, Saarbrücken, 2012, 116 Seiten, ISBN 978-3-639-16667-5, 49,00 Euro

Geschlecht regieren

Die vorliegende Arbeit gründet auf einer Dissertation. Sie beleuchtet das Zusammenspiel von Macht, Körpern, Geschlecht und Subjekt-Sein. Das moderne autonome, souveräne Subjekt gilt in der politischen Theorie als Begründung und Ursprung des modernen Staates und der modernen Gesellschaft. Die komplexe Arbeit geht der Frage nach, welche Bedeutung staatliche Macht bei der Konstitution zweigeschlechtlicher Subjekte einnimmt und wie sich staatliche Macht in einer körperlichen und psychischen Form in die Subjekte einschreibt. (us)

GUNDULA LUDWIG: Geschlecht regieren. Zum Verhältnis von Staat, Subjekt und heteronormativer Hegemonie. Campus Verlag, Frankfurt am Main, 2011, ISBN 978-3-593-39411-4, 280 Seiten, 34,90 Euro

Fehlzeiten-Report 2012

Die Herausgeberinnen und Herausgeber fokussieren mit dem aktuellen Report die Folgen der fortschreitenden Flexibilisierung in der Arbeitswelt. In den Beiträgen der zahlreichen Autorinnen und Autoren wird deutlich, dass flexiblere Arbeitsformen in vielen Fällen Chancen bieten und sich positiv auf die Gesundheit der Beschäftigten auswirken können. Hinsichtlich der Risiken wird vor allem auf die Gefahr der Entgrenzung eingegangen. Abschließend wird die Frage diskutiert, wie man diese Risiken minimieren kann. Auch in diesem Report gibt es wieder Statistiken und Daten zum Krankenstand der Beschäftigten hier aus dem Jahre 2011. Diese umfassen unter anderem den Blick auf verschiedene Krankheitsarten und eine Verteilung nach Branchen. (mc)

BERNHARD BADURA, ANTJE DUCKI, JOACHIM KLOSE, MARKUS MEYER (HRSG.): Fehlzeiten-Report 2012. Gesundheit in der flexiblen Arbeitswelt: Chancen nutzen – Risiken minimieren. Springer Verlag, Baden-Baden, 2012, 528 Seiten, ISBN: 978-3-642-21654-1, 49,95 Euro.

Körper Gabe

Die Autorin hinterfragt die Praxis der Organspende und analysiert die bestehenden Diskurse mit soziologischem Instrumentarium. Die Zwänge und Ambivalenzen, in die das Geben und Nehmen von Organen eingebunden ist, werden nachgezeichnet. Der Verdienst der vorgelegten Analyse ist in Distanz zur Regulierungsperspektive zu gehen. Anstatt zu fragen, wie der Mangel an Organspenden effizient überwunden werden kann, wird der Blick auf die ökonomischen Prozesse gerichtet. Es geht um Fragen wie: Wer profitiert von diesem Körpermarkt? Wie verändern die Ökonomien unsere Vorstellung vom körperlich-leiblichen Dasein? Welche Werthaltungen vermitteln die genutzten Technologien? Welche Ungleichheiten reproduzieren sie? Dem Buch liegt die Dissertation von Mona Motakef zugrunde. (us)

MONA MOTAKEF: Körper Gabe. Ambivalente Ökonomien der Organspende. transcript Verlag, Bielefeld, 2011, ISBN 978-3-8376-1631-6, 264 Seiten, 29,80 Euro



Handbuch Gesundheitswissenschaften

Das Handbuch Gesundheitswissenschaften ist mit seiner mittlerweile fünften Auflage zu einem Standardwerk für Wissenschaft und Praxis geworden. Nach einem Überblick zur Entwicklung der Gesundheitswissenschaften in Deutschland werden zunächst theoretische sowie methodische Grundlagen aufgezeigt. Im dritten Kapitel werden Einflussfaktoren auf die Gesundheit beleuchtet, um daraufhin Einblicke in die Gesundheitsförderung und Gesundheitsberatung sowie in das gesundheitliche Versorgungssystem zu geben. Das Handbuch wird von verschiedenen Beiträgen zur Organisation und Steuerung des Gesundheitssystems abgerundet. Die Herausgeber möchten mit dieser Auflage einen weiteren Beitrag zur Festigung und Konsolidierung der Gesundheitswissenschaften im deutschen Sprachraum leisten und zugleich an die internationale Entwicklung in diesem Feld anknüpfen. Mit dem breit aufgestellten, fundierten Lehrbuch und Nachschlagewerk werden Lehrende, Studierende, aber auch Praktikerinnen und Praktiker gleichermaßen angesprochen. (nt)

KLAUS HURRELMANN, OLIVER RAZUM (HRSG.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. 5., vollständig überarbeitete Auflage, Beltz Juventa Verlag, Weinheim und Basel, 2012, 1216 Seiten, ISBN 978-3-7799-0797-8, 98,00 Euro

Präventionsanreize in der gesetzlichen Unfallversicherung

Der Autor geht in seiner wissenschaftlichen Arbeit der Frage nach, ob durch finanzielle Anreize der gesetzlichen Unfallversicherung höhere Präventionsaktivitäten bei den versicherten Betrieben erreicht werden können. Dabei analysiert er verschiedene Prämienvverfahren verschiedener Berufsgenossenschaften. Der Autor konstruierte in seinem Werk ein neues, klassenbasiertes Beitragsausgleichsverfahren, welches in wesentlichen Zügen dem Bonus-Malus-System der Kfz-Versicherung entspricht und dessen Vor- und Nachteile im Buch diskutiert werden. Es handelt sich bei dieser ökonomischen Analyse um eine Habilitationsschrift und ist daher insbesondere für Fachpublikum aus dem Bereich der Gesetzlichen Sozialversicherung interessant. (mc)

OLIVER RIEDEL: Möglichkeiten zur Generierung von Präventionsanreizen in der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung. Eine ökonomische Analyse unter besonderer Berücksichtigung der risikoorientierten Differenzierung von Beiträgen. Nomos Verlag, Baden-Baden, 2012, 434 Seiten, ISBN: 978-3-8329-6976-9, 109,00 Euro

Resilienz-Training für Führende

Die Autorin greift die aktuelle Diskussion um das Burnout Syndrom auf und zeigt anhand des Resilienzkonzeptes Wege auf, Widrigkeiten zu meistern und an ihnen zu wachsen. Aufgrund ihrer beruflichen Erfahrung als Coach und Trainerin beschreibt die Autorin die Grundlagen für Resilienz bei Führenden und Mitarbeitenden. Das Buch ist in 10 Trainingsschritte unterteilt, die jeweils mit Beispielen und praktischen Übungen versehen sind. Es wird beispielsweise darauf eingegangen, wie sich Führungskräfte selbst vor Überforderung wappnen und wie der Zusammenhalt unter Beschäftigten gestärkt werden kann. Das Buch ist für Führungskräfte und Personalverantwortliche sowie auch für Trainerinnen und Trainer interessant. (mc)

SYLVIA KÉRÉ WELLENSIEK: Resilienz-Training für Führende. So stärken Sie ihre Widerstandskraft und die ihrer Mitarbeiter. Beltz Verlag, Weinheim und Basel, 2012, 200 Seiten, ISBN: 978-3-407-36517-0, 34,95 Euro

Gerechtigkeit und Solidarität im Gesundheitswesen

Das Thema Gerechtigkeit und Solidarität im Gesundheitswesen ist besonders wegen der schleichenden Rationierung von Gesundheitsleistungen hochbrisant. Um der Aktualität und Komplexität dieses Themas gerecht zu werden, werden in dem Tagungsband des ersten Pflegewissenschaftlichen Kongresses der Philosophisch-Theologischen Hochschule Valendar verschiedene Facetten von Gerechtigkeit und Solidarität im Gesundheitswesen kritisch beleuchtet. Das Spektrum der 14 Fachbeiträge geht von der Ethik solidarischen Handelns über die gerechte Verteilung von Gesundheitsleistungen trotz weiterer Mittelkürzungen bis hin zur solidarischen Finanzierung des Gesundheitssystems. Die Ausführungen renommierter Expertinnen und Experten aus Philosophie, Theologie, Politik, Medizin und Pflegewissenschaften liefern hilfreiche Ansätze für Wissenschaft und Praxis. (mh)

HERMANN BRANDENBURG, HELEN KOHLEN (HRSG.): Gerechtigkeit und Solidarität im Gesundheitswesen – Eine multidisziplinäre Perspektive. Kohlhammer Verlag, Stuttgart, 2012, 248 Seiten, ISBN 978-3-17-021477-4, 28,00 Euro

Mädchen und Jungen in Schule und Unterricht

Zentrale Frage des Buches ist das Gelingen angemessener Förderung beider Geschlechter in Schule und Unterricht. Kulturelle und sprachliche Heterogenität stellt Schule vor eine neue Herausforderung. Auf Basis aktueller Daten und Studien liefert der Band Analysen zur schulischen Situation von Mädchen und Jungen und zeigt Potenziale zur Förderung von Heranwachsenden in einer geschlechtergerechten sowie interkulturellen Schule auf. Durch klar aufbereitete Tabellen, Definitionskästen und Zwischenfazit lässt sich der Inhalt des Buches gut und verständlich nachvollziehen. Das Buch richtet sich an alle Personen, die im pädagogischen Setting arbeiten sowie Akteurinnen und Akteure der Genderforschung und -praxis. (Is)

LEONIE HERWARTZ-EMDEN, VERENA SCHURT, WIEBKE WABURG: Mädchen und Jungen in Schule und Unterricht. Kohlhammer Verlag, Stuttgart, 2012, 137 Seiten, ISBN 978-3-17-020903-9, 19,90 Euro

Erziehung, Bildung und Geschlecht – Männlichkeit im Fokus der Gender-Studies

Welche Entwicklung hat »Männlichkeit« durchlaufen? Gibt es eine Krise der Männlichkeit? Ist die Gleichberechtigung noch gerecht? Wie männlich ist die Universität? Brauchen wir mehr Männer in der frühkindlichen Bildung? Welche Rolle spielen Väter bei der Erziehung? Jungen als Bildungsverlierer? Die Herausgeberinnen und Herausgeber geben mit ihrem umfangreichen Werk einen aktuellen Überblick über die wissenschaftlichen Diskussionen und Forschungsschwerpunkte zum Thema Männlichkeit in den interdisziplinären Genderforschungen. Sie lassen Expertinnen und Experten aus Erziehungs-, Sozial- und Literaturwissenschaften zu Wort kommen. Neben historischen Entwicklungen von Männlichkeitskonstruktionen, werden Aspekte wie Männlichkeit in Bildungsinstitutionen, biografische Ansätze in der Männlichkeitsforschung sowie Väterlichkeit näher beleuchtet. Der Reader richtet sich an Fachleute aus Genderforschung und Wissenschaft. (st)

MEIKE SOPHIA BAADER, JOHANNES BILSTEIN, TONI THOLEN (HRSG.): Erziehung, Bildung und Geschlecht – Männlichkeit im Fokus der Gender Studies. Springer VS-Verlag, Wiesbaden, 2012, 447 Seiten, ISBN 978-3-351-18552-1, 44,95 Euro

Stichwort Gesundheitswesen – Ein Lexikon für Einsteiger und Insider

Das Lexikon beschreibt die Strukturen unseres Gesundheitswesens und geht dabei auf aktuelle Entwicklungen, Reformen und Herausforderungen ein. Ambulante spezialfachärztliche Versorgung, Pay for performance, adherence, Erlaubnisvorbehalt – diese und viele andere wichtige neue Begriffe sind zu finden. Insgesamt werden in der 4. überarbeiteten Auflage circa 450 Stichwörter beleuchtet, wobei die Erklärung der einzelnen Begriffe verständlich und präzise erfolgt. Dabei richtet sich das Werk nicht nur an Laien, sondern auch an Expertinnen und Experten. (ks)

KOMPART-VERLAG (HRSG.): Stichwort Gesundheitswesen. KomPart Verlagsgesellschaft, Berlin, 2012, 336 Seiten, ISBN 978-3-940172-27-3, 16,80 Euro

Unverbesserlicher Optimist

Bourdieu als unverbesserlicher Optimist? Wie kann das sein? In dem von Magareta Steinbrücke herausgegebenen Band mit bislang nicht auf Deutsch erschienenen Interviews wird ein kämpferischer Sozialwissenschaftler sichtbar, der über sein wissenschaftliches und politisches Engagement spricht. In dem Buch finden sich zahlreiche Anregungen eines wissenschaftlich begründeten, sich seiner selbst bewussten Widerstandgeistes. Ein Großteil der Interviews behandelt seinen Kampf gegen eine wild gewordene kapitalistische Ökonomie und formuliert dabei sehr präzise, welche Rolle er sich und den Intellektuellen dabei zuschreibt. (ta)

PIERRE BOURDIEU: Unverbesserlicher Optimist. VSA Verlag, Hamburg, 152 Seiten, ISBN 978-3-89965-479-0, 16,80 Euro

Wege aus der Partnergewalt

Den Frauen, die von Partnergewalt betroffen sind, steht ein differenziertes System an Unterstützung zur Verfügung, das aber nur von einem Teil der Frauen in Anspruch genommen wird. Welche Faktoren befördern und behindern das Hilfesuchverhalten der Betroffenen? Mit dieser Frage befasst sich das auf der Grundlage einer Dissertation erschienene Buch. Basis zur Beantwortung der Fragestellung ist eine Sekundäranalyse von Daten, die im Rahmen der ersten Repräsentativerhebung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Nach einer Einführung in das Thema der interpersonellen Gewalt, der Häufigkeit des Vorkommens und der Darstellung der gesundheitlichen und sozialen Folgen sowie der ökonomischen Kosten werden die Untersuchung und deren Ergebnisse dargestellt. Die Schwere der erlittenen Partnergewalt bestimmt am stärksten die Inanspruchnahme von medizinischer Versorgung und psychosozialer Unterstützung. Die Autorin leitet aus den Ergebnissen Empfehlungen für Praxis und Politik ab. (us)

PETRA BRZANK: Wege aus der Partnergewalt. Frauen auf der Suche nach Hilfe. Springer VS, Wiesbaden, 2012, 303 Seiten, ISBN 978-3-531-18755-6, 49,95 Euro



Gesundheitsmonitor 2011

Seit mehr als zehn Jahren befragt der Gesundheitsmonitor regelmäßig die deutsche Bevölkerung nach ihrer Sicht auf das Gesundheitssystem. Im Rahmen der Kooperation mit der Barmer GEK fließen seit 2011 auch die Abrechnungsdaten der Versicherten dieser Krankenkasse in die Analyse der Befragungsergebnisse mit ein. Die Beiträge der diesjährigen Publikation umfassen ein breites Spektrum an Themen. Kern des Buches ist die Fragestellung, wie die Bedarfe der Nutzerinnen und Nutzer von Gesundheitsversorgungseinrichtungen nach mehr Bürgerorientierung umgesetzt werden können. Der erste Artikel gibt Auskunft über die Terminvergabe von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten am Quartalsende und der zweite Beitrag erörtert das Wissen der Bürgerinnen und Bürger zur Evidenzbasierten Medizin. Die beiden anschließenden Artikel beschäftigen sich mit dem Thema Non-Compliance bei der Arzneimitteltherapie sowie mit der Zufriedenheit von Patientinnen und Patienten mit der zahnärztlichen Versorgung. In den weiteren Beiträgen geht es um den Umgang mit chronischen Krankheiten, Beurteilungskriterien für die Auswahl einer Pflegeeinrichtung, der Versorgung am Lebensende sowie der Einstellung der Bevölkerung zur Organspende. (mw)

JAN BÖCKEN, BERNARD BRAUN, UWE REPSCHLÄGER (HRSG.): Gesundheitsmonitor 2011. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der BARMER GEK. Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, 2012, 220 Seiten, ISBN 978-3-86793-346-9, 25,00 Euro



Seelische Gesundheit und sportliche Aktivität

Die Herausgeber stellen den aktuellen Forschungsstand sowie Forschungslücken von sportlicher Aktivität und ihrem Einfluss auf die seelische Gesundheit in einem Band zusammen. Die Autorinnen und Autoren aus Sportpsychologie und Psychologie beleuchten die Wirkung und Wirkweisen der zwei Faktoren aus patho- und salutogenetischer sowie lebensphasenspezifischer Sicht. Themen sind unter anderem Aktivität und gesundheitsbezogene Lebensqualität, Aktivität und Depression, Aktivität und ADHS sowie Aktivität und Altern. Der Reader zeigt Leitlinien für die Praxis und vielfältige Ansätze für neue Forschungsvorhaben auf. Als Grundlagenwerk eignet es sich ebenfalls für die Aus- und Weiterbildung in den Bereichen Psychologie, Medizin und Gesundheitsförderung. (st)

REINHARD FUCHS, WOLFGANG SCHLICHT (HRSG.): Seelische Gesundheit und sportliche Aktivität. Hogrefe-Verlag, Göttingen, 2012, 341 Seiten, ISBN 987-3-8017-2360-6, 29,95 Euro

Umweltgerechtigkeit

Das Fachbuch beschäftigt sich mit Zusammenhängen zwischen Umweltqualität, gesundheitlichen Wirkungen und sozialen Faktoren und geht der Frage nach, wie sich diesbezüglich mehr Chancengleichheit herstellen lässt. Es liefert eine umfassende Zusammenstellung von Konzepten, praktischen Ansätzen und Handlungsperspektiven zur Umsetzung von Umweltgerechtigkeit. Die Kapitel sind angelehnt an den Policy-Cycle und behandeln die Problemdefinition, Strategieentwicklung, Umsetzung von Maßnahmen und Evaluation. Akteurinnen und Akteure vor Ort wird ein weiteres Kapitel gewidmet. Durch den systematischen Aufbau und die Verknüpfung von Theorie und Praxis bietet das Buch Anregungen für Praktikerinnen und Praktiker, Studierende sowie für Politik, Wissenschaft und Verwaltung. (nt)

GABRIELE BOLTE, CHRISTIANE BUNGE, CLAUDIA HORNBERG, HEIKE KÖCKLER, ANDREAS MIELCK (HRSG.): Umweltgerechtigkeit – Chancengleichheit bei Umwelt und Gesundheit: Konzepte, Datenlage und Handlungsperspektiven. Verlag Hans Huber, Bern, 2012, 440 Seiten, ISBN 978-3-456-85049-8, 39,95 Euro

Teamkonflikte erkennen und lösen

Der Autor beschreibt in dem Buch eine Vielzahl an Konfliktbeispielen aus Betrieben. Diese basieren auf Erfahrungen seiner 25-jährigen Supervisionstätigkeit. Um die Entstehung von Konflikten besser verstehen zu können, werden verschiedene Charaktertypen in Teams beschrieben, die sich oftmals in dem Wunsch nach Nähe und Distanz innerhalb eines Teams unterscheiden. Die Bedeutung von Emotionen wie Kränkungen oder die Sehnsucht nach Anerkennung wird ebenso thematisiert wie auch Besonderheiten bei Konflikten zwischen einem Team und der Leitung. Der Schwerpunkt des Buches liegt in der Beschreibung von Konfliktsachen und -hintergründen. Lösungsansätze für Kollegien und Führungskräfte werden aufgezeigt. (mc)

FRANZ WILL: Teamkonflikte erkennen und lösen. Zwischen Emotionen und Sachzwängen. Beltz Verlag, 2012, 216 Seiten, ISBN 978-3-7799-36523-1, 34,95 Euro

Online Sex – körperliche Subjektivierungsformen in virtuellen Räumen

Die vorliegende überarbeitete Dissertation des Autors stellt dar, wie sich Sexualität im virtuellen und realen Raum miteinander verschränken und dass diese beiden Phänomene nicht losgelöst voneinander betrachtet werden können. 20 qualitative Interviews mit Frauen und Männern, die – nach Selbstauskunft – über Erfahrungen mit Sexualität und Beziehungen im Internet verfügen, behandeln die individuellen Raumkonstruktionen der Befragten. Aus den Ergebnissen der Interviews zieht der Autor Rückschlüsse auf sexuelle Subjektivierungsformen der Userinnen und User sowie deren gesellschaftliche und individuumsbezogene Wirkungen. Dieses Buch richtet sich durch seine anspruchsvolle Sprache ausschließlich an Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aus den Bereichen Soziologie, Psychologie und Medienforschung. (st)

ARNE DEKKER: Online Sex – körperliche Subjektivierungsformen in virtuellen Räumen. transcript Verlag, Bielefeld, 2012, 322 Seiten, ISBN 978-3-8376-1854-9, 33,80 Euro

Public Health und Geschichte

Der Band aus der Reihe Grundlagentexte Gesundheitswissenschaften bietet einen Überblick über die Entstehung der öffentlichen Gesundheitspflege im Europa des 19. Jahrhunderts. Ausgehend vom gesellschaftlichen Wandel, der nach der Französischen Revolution einsetzte, wird entlang demografischer, epidemiologischer und insbesondere politischer Entwicklungen nachgezeichnet, wie Konzepte der öffentlichen Gesundheit und der sozialen Hygiene sukzessive operationalisiert wurden. Dabei werden insbesondere die im Zuge der Industriellen Revolution entstandenen eklatanten sozialen Problemlagen beleuchtet, aber auch der sich ab Ende des 19. Jahrhunderts beschleunigende medizinische Fortschritt. Mit dem Band werden so anschaulich die historischen Wurzeln des heutigen Gesundheitswesens erklärt und nachgewiesen, dass die heutige Gemengelage aus einer Vielzahl unterschiedlicher, nicht selten konkurrierender Akteurinnen und Akteure keineswegs nur ein aktuelles, sondern vielmehr ein geschichtlich permanentes Phänomen darstellt. (ms)

AXEL FLÜGEL: Public Health und Geschichte. Historischer Kontext, politische und soziale Implikationen der öffentlichen Gesundheitspflege im 19. Jahrhundert. Beltz Juventa Verlag, 2012, 197 Seiten, ISBN 978-3-7799-1572-0, 24,95 Euro.

Blindflüge – Versuch über die Zukunft der Sozialen Arbeit

Zwei Professoren der Sozialpädagogik haben den Versuch unternommen, zukünftige soziale Arbeit unter Bedingungen von Zeitströmungen der Entgrenzung des Sozialstaates gesellschaftlich zu verorten. Sie greifen in einzelnen Kapiteln unter anderem den Gerechtigkeitsdiskurs, die Kapitalisierung des Sozialen und Themen wie Nachhaltigkeit, Armut und die Geschlechterfrage auf. Ihr Resümee ist, dass die Zukunft der sozialen Arbeit ein Blindflug mit Turbulenzen sein wird, in dem die Zuversicht geschwunden ist, dass in der Gegenwart genug Potenzial für eine ausgleichende Gerechtigkeit der Zukunft steckt. Ein Buch für Studierende, Lehrende sowie Praktikerinnen und Praktiker in der sozialen Arbeit. (bw)

LOTHAR BÖHNISCH, WOLFGANG SCHRÖER: Blindflug – Versuch über die Zukunft der Sozialen Arbeit. Juventa Verlag, Weinheim und München, 2011, 184 Seiten, ISBN 978-3-7799-2370-1, 17,95 Euro

Gesundheitskommunikation

In diesem Buch geht es um das Reden über Gesundheit und Krankheit, um die Kommunikationsaspekte in der Gesundheitsberatung sowie um mediengestützte Gesundheitskommunikation, also um Kampagnen. Aber auch die gesellschaftlichen Bedingungen wirksamer Gesundheitskommunikation werden beleuchtet. Die kommunikativen Erfordernisse von Prävention und Gesundheitsförderung werden in einem eigenen Kapitel thematisiert. Abschließend geht es um Qualitätssicherung und Evaluation gesundheitskommunizierender Interventionen und die Skizzierung des neuen Berufes des Gesundheitskommunikationsexperten. (us)

PETER-ERNST SCHNABEL, MALTE BÖDEKER: Gesundheitskommunikation. Mehr als das Reden über Krankheit. Beltz Juventa, Weinheim und Basel, 2012, ISBN 978-3-7799-1571-3, 272 Seiten, 29,95 Euro

Die Bildung von Erwachsenen – Perspektiven und Utopien

Das Buch bietet eine kritische Auseinandersetzung über eine weitgehend ökonomisch orientierte Perspektive auf die Erwachsenenbildung, in der die Eröffnung von Bildungsmöglichkeiten für Menschen in den Hintergrund getreten ist. Mit Rückgriff auf Beiträge von Peter Faulstich bieten die Autorinnen und Autoren unterschiedliche inhaltliche Zugänge zu Perspektiven und Entwicklungsmöglichkeiten der Erwachsenenbildung. Thematische Schwerpunkte des Fachbuchs sind Theorie und Bildung, Organisation und Institution, Lernen und Berufspädagogik. Zielgruppe des Fachbuchs sind Akteurinnen und Akteure im Bereich der Erwachsenenbildung. (bw)

SVENJA MÖLLER, CHRISTINE ZEUNER, ANKE GROT-LÜSCHEN (HRSG): Die Bildung der Erwachsenen. Perspektiven und Utopien. Juventa Verlag, Weinheim und München, 2011, 224 Seiten, ISBN 978-3-7799-2371-8, 24,95 Euro

Mutig gegen Mobbing in Kindergarten und Schule

Im letzten Jahrzehnt hat sich der Begriff Mobbing im deutschen Alltagsvokabular etabliert. Darüber hinaus wurden zahlreiche wissenschaftliche Arbeiten zu diesem Thema verfasst. Dies hat mit der Zeit zu einem ungenauen Gebrauch des Begriffs sowie zu einer Vielzahl von Forschungsergebnisse geführt. Das Buch stellt im ersten Teil den aktuellen Wissensstand sowie die Schlussfolgerungen für die Praxis dar. Im zweiten Teil wird das Berner Präventionsprogramm gegen Mobbing (Be-Prox) vorgestellt, das wissenschaftlich fundiert und in der Praxis erprobt ist. Darüber hinaus werden für die Praxis bedeutsame Frage- und Beobachtungsbögen zur Verfügung gestellt. Das Buch bietet Eltern, Lehrerinnen und Lehrern und anderem Fachpersonal einen gut strukturierten Überblick sowie ein umfangreiches Instrumentarium zur Prävention und Intervention bei Mobbing. (mh)

FRANÇOISE D. ALSAKER: Mutig gegen Mobbing in Kindergarten und Schule. Huber, Bern, 2012, 271 Seiten, ISBN 978-3-456-84913-3, 29,95 Euro

Behinderung – Chronik eines Jahrhunderts

Das vorliegende Buch zeichnet anhand historisch markanter Daten und Ereignisse nach, wie der Begriff Behinderung entstand und sich seine inhaltliche Bedeutung stetig wandelte. Beginnend mit der ersten »Krüppelzählung« im Jahr 1906 wird in fünf Kapiteln auf hundert Jahre Behindertenpolitik zurück geblickt und die Themen Krieg und Behinderung, Euthanasie und Behinderung, Stellvertretung und Behinderung, Selbstbestimmung und Behinderung sowie Menschenrechte und Behinderung behandelt. (ex)

CHRISTIAN MÜRNER, UDO SIERCK: Behinderung – Chronik eines Jahrhunderts. Beltz Juventa, Weinheim und Basel, 2012, 142 Seiten, ISBN 978-3-7799-2840-9, 14,95 Euro

Ehrbare Berufe für coole Jungs

Im dualen Berufsausbildungssystem wird seitens der Ausbildungsbetriebe seit Jahren über zunehmende Bildungs- und Motivationsdefizite von Schulabsolventinnen, insbesondere aber -absolventen berichtet. Solche Abweichungen vom Idealbild des Auszubildenden sind an sich nichts Neues, gewinnen jedoch vor dem Hintergrund des demografischen Wandels an Brisanz, insbesondere, soweit sie Ausbildungsabbrüche betreffen. Die fehlende »Ausbildungsreife« und die damit verbundenen Konflikte werden von der Autorin unter der Perspektive widersprüchlicher Ehrauffassungen reflektiert. Unter Ehre versteht die Autorin eine Facette von Identität, die die Orientierung in der Welt maßgeblich prägt. In sechs Kapiteln wird dargelegt, welche Unterschiede heutzutage zwischen den traditionellen, teilweise jahrhundertealten Konzepten von Handwerker- und Berufsehre einerseits und neueren, alternativen Ehrbegriffen sozial benachteiligter Jugendlicher andererseits bestehen. In ihrem Fazit plädiert die Autorin dafür, die alternativen Konzepte von Jugendlichen ernst zu nehmen und Ausbildung dahingehend weiterzuentwickeln, eine professionelle Integration alter und neuer Ehrbegriffe anzustreben. (ms)

UTE CLEMENT: Ehrbare Berufe für coole Jungs. Wie Ausbildung für schwache Jugendliche gelingen kann. Beltz Juventa Verlag, 2012, 137 Seiten, ISBN 978-3-7799-2255-1, 19,95 Euro.

Termine LVG & AFS



Gesund aufwachsen für alle Kinder in Niedersachsen! Zusammenarbeit vor Ort stärken **30.01.2013, Hannover**

Der kommunale Partnerprozess »Gesund aufwachsen für alle!« wurde im November 2011 durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, die Landesvereinigungen/-zentralen für Gesundheit und viele weitere Partnerinnen und Partner gestartet. Die bundesweite Initiative greift die vielerorts aufkommenden Impulse für eine präventive Neuausrichtung in den Kommunen auf. Sie will den Aufbau von Präventionsketten unterstützen und Kommunen zusammenführen, die diese schrittweise aufbauen möchten, mit dem Ziel, allen Kindern und Jugendlichen – auch den sozial benachteiligten – ein Aufwachsen im Wohlergehen zu sichern. Die Landesvereinigung für Gesundheit & Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. (LVG & AFS) beteiligt sich an dieser Initiative und stellt sie am 30. Januar 2013 den niedersächsischen Kommunen vor.

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

Gut beraten in Niedrigschwelligen Betreuungsangeboten **10.01.2013, Hannover**

Niedrigschwellige Betreuungsangebote sind für Interessierte in vielen Fällen ein erster Kontakt zu professionellen Unterstützungsangeboten. Betroffene Menschen und ihre Angehörigen kommen häufig mit vielen Fragen und Anliegen. Ihre Beratung wird nicht selten »nebenbei« und »zwischen Tür und Angel« geleistet. Dabei gilt professionelle Beratung als einer der Erfolgsfaktoren in niedrigschwelligen Betreuungsangeboten. In dem Seminar werden Methoden und Beratungsabläufe sowie die Rolle von Beratenden in niedrigschwelligen Betreuungsangeboten theoretisch und praktisch vermittelt. Ziel des Seminars ist es, Koordinatorinnen und Koordinatoren niedrigschwelliger Betreuungsangebote in ihrer Beratungskompetenz zu stärken und Möglichkeiten sowie Grenzen im Rahmen der Arbeit aufzuzeigen.

1. Männergesundheitskongress – Männergesundheit als Herausforderung für Prävention **29.01.13, Berlin**

Gesundheit ist im Alltag vieler Männer kein Thema. Traditionelle Männerrollen verhindern nach wie vor eine persönliche Auseinandersetzung mit dem Thema. Auch in der öffentlichen Wahrnehmung spielt Männergesundheit kaum eine Rolle. Studien attestieren Männern jedoch eine höhere Risikobereitschaft und ein vermeintlich geringeres Gesundheitsbewusstsein. Entspricht dies der Realität? Welche Herausforderungen stellt das Thema Männergesundheit an Prävention und Gesundheitsförderung? Welche Zugangswege und Umgestaltungen von Versorgungskonzepten sind notwendig, um Männer zu erreichen?

Kita Tagung: Früh übt sich ... Ich und die anderen – Respekt, Entwicklung, Ressourcen **21.02.2013, Hannover**

Als Sozialisationsinstanz prägt die Kindertageseinrichtung zukünftige Generationen. Sie verfolgen das Ziel, den Kindern unabhängig von deren Ausgangssituation, von Beeinträchtigungen oder sozialer Herkunft gleiche und gerechte Startchancen ins Leben mitzugeben. Dieser Spagat zwischen verschiedenen Ansprüchen und Anspruchstellenden erfordert von den Erzieherinnen und Erziehern fundierte Fachkompetenz und viel Kraft und Einsatz. Der Kita-Fachtag möchte bei diesen ambitionierten Aufgaben Stärkung anbieten und Anregungen zum Beibehalten, Neumachen, Andersmachen oder Weglassen für den pädagogischen Alltag bieten. Die Veranstaltung richtet sich an Fachkräfte in Kindertagesstätten, Kindergärten und Horten sowie an andere Professionelle aus den Bereichen Erziehung, Gesundheit, Soziales und Bildung. Die Tagung findet in Kooperation mit dem Bildungswerk ver.di in Niedersachsen e. V. – Region Hannover-Hildesheim statt.

Psychische und soziale Gesundheit an Hochschulen **27.02.2013, Universität Paderborn**

Die Hochschulen als Lern- und Arbeitsraum haben in ihrer Komplexität Auswirkungen auf die Gesundheit. Die Beschäftigung mit Belastungen und das Bewusstmachen von Ressourcen für die psychische und soziale Gesundheit bekommen eine immer höhere Bedeutung. Dabei können Hochschulen auf besondere Ressourcen der in diesem Setting studierenden, arbeitenden und lehrenden Menschen zurückgreifen. Hochschulen nehmen sich mehr und mehr dieser Problembereiche an. Sie gründen Unibündnisse gegen Depression oder suchen das Gespräch mit ihren Studierenden. Der Thementag des Arbeitskreises Gesundheitsfördernde Hochschulen stellt dar, welche Rahmenbedingungen die psychische und soziale Gesundheit an Hochschulen fördern oder hemmen und stellt Modelle guter Praxis vor. Der Thementag wird in Kooperation mit der LVG & AFS Nds., der Universität Paderborn und der TK organisiert.

Gut beraten in Niedrigschwelligen Betreuungsangeboten – Wiederholung 14.03.2013, Hannover

Niedrigschwellige Betreuungsangebote sind für Interessierte in vielen Fällen ein erster Kontakt zu professionellen Unterstützungsangeboten. Betroffene Menschen und ihre Angehörigen kommen häufig mit vielen Fragen und Anliegen. Ihre Beratung wird nicht selten »nebenbei« und »zwischen Tür und Angel« geleistet. Dabei gilt professionelle Beratung als einer der Erfolgsfaktoren in niedrigschwelligen Betreuungsangeboten. In dem Seminar werden Methoden und Beratungsabläufe sowie die Rolle von Beratenden in niedrigschwelligen Betreuungsangeboten theoretisch und praktisch vermittelt. Ziel des Seminars ist es, Koordinatorinnen und Koordinatoren niedrigschwelliger Betreuungsangebote in ihrer Beratungskompetenz zu stärken und Möglichkeiten sowie Grenzen im Rahmen der Arbeit aufzuzeigen.

Gemeinsam für ein gesundes Aufwachsen 10.04.2013, Hannover

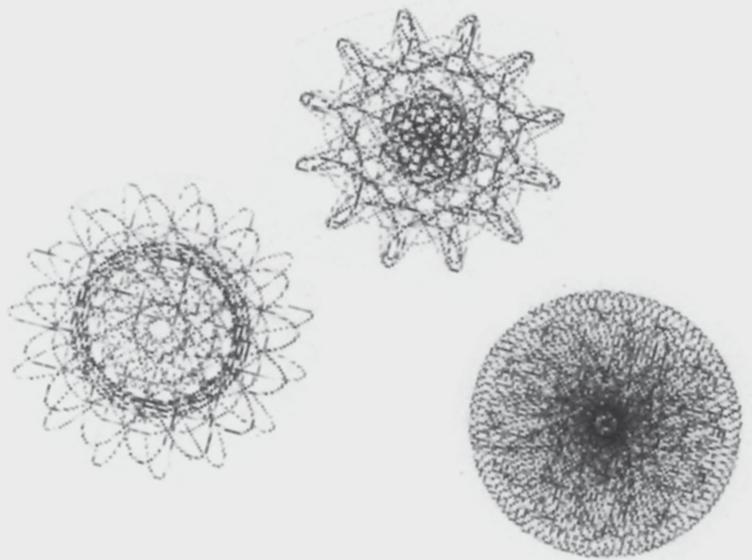
»Gemeinsam für ein gesundes Aufwachsen – Zusammenarbeit vor Ort stärken« thematisiert den Aufbau kommunaler Gesundheitsförderungs- und Präventionsketten zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit. Ziel ist die Unterstützung einer ressortübergreifenden Vernetzung und Vermittlung auf kommunaler Ebene, um allen Kindern und Jugendlichen ein Aufwachsen im Wohlergehen zu sichern. Die Veranstaltung bietet in Vorträgen und Workshops Informationen zum gesunden Aufwachsen aller Kinder, zu den Anforderungen an den Aufbau von Präventionsketten und die Möglichkeit des Austausches von Kommunen zum Thema. Die Veranstaltung richtet sich an Fachkräfte aus dem Jugendhilfe-, Gesundheits- und Bildungsbereich, aus Stadtteil- und Gemeinwesenarbeit, an die Politik und an Interessierte aus weiteren kommunalen Handlungsfeldern sowie an Träger in diesen Handlungsfeldern.

VORSCHAU

Arbeitstreffen des Arbeitskreises Gesundheitsfördernder Hochschulen 19.04.2013, Ort steht noch nicht fest

Alterszahnmedizin und Altenpflege – Ein interdisziplinärer Kongress für Pflegekräfte, Zahnmedizinerinnen und Zahnmediziner 26.04.2013, Hannover

Arbeitstreffen des Arbeitskreises Niedrigschwellige Betreuungsangebote 06.06.2013, Hannover



IMPRESSUM



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

E-Mail: info@gesundheit-nds.de

Internet: www.gesundheit-nds.de

» ISSN: 1438-6666

» V.i.S.d.P.: Thomas Altgeld

» Redaktion: Izlem Alptekin, Thomas Altgeld, Claudia Bindl, Mareike Claus,
Sven Brandes, Sabine Erven, Sandra Exner, Frederike Feige, Franziska Freist,
Birte Gebhardt, Anne Hinneburg, Angelika Maasberg, Britta Richter, Dr. Antje
Richter-Kornweitz, Lisa Schaueremann, Stephanie Schluck, Martin Schumacher,
Dr. Ute Sonntag, Nicole Tempel, Marcus Wächter, Veronika Weithe, Irmtraut
Winkel, Birgit Wolff

» Beiträge: Prof. Dr. Uwe H. Bittlingmayer, Dr. Michael Coors, Dr. Kerstin
Denecke, Melanie Glaschker, Dr. Katrin Grüber, Prof. Dr. Peter Haas, Prof. Dr.
Winfried Hardinghaus, Dr. Ute Heinicke, Hannes Knüppel, Dr. Antje Richter-
Kornweitz, Prof. Dr. Hartmut Kress, Prof. Dr. Alexandra Manzei, Maria-Theresia
Nicolai, Tanja Pantazis, Heiko Rode, Vertr. Prof. Dr. Diana Sahrai, Dr. Sabine
Salloch, Martin Schumacher, Jeanine Staber, Prof. Dr. Dr. Daniel Strech,
Dr. Lisa Tambornino, Elke Tippelmann, Silke Wendland, Dr. Christa Wewetzer

» Redaktionsschluss: Ausgabe Nr. 78: 09.02.2013

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

» Auflage: 8.500

» Gestaltung: Homann Güner Blum, Visuelle Kommunikation

» Druck: Interdruck Berger & Herrmann GmbH

» Erscheinungsweise: 4 x jährlich, im Quartal

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

» Titelfoto: © Aamon - Fotolia.com

» Fotos: S. 14 Wikipedia © Dr. Wolfgang Moroder, S. 22 www.braunschweig.de/
migration, sonst Fotolia.COM: Aamon, nenovbrothers, Joachim Wendler, Franz Pfluegl, vasabii, 775G,
vladgrin, Anthony Leopold, fovito, Benshot, lunamarina, heigri, JPC-PROD, Peter Atkins, Wissmann Design, Alen Ajan,
Gunnar Assmy, trotzolga, nyul, Mendolo, gysso4ka

23.–24.01.2013 » Land in Sicht – Perspektiven zur Prävention und Behandlung von Burnout und Depression, Hildesheim, Kontakt: Prof. Dr. Johannes Michalak, Universität Hildesheim, Zentrum für Gesundheit, Marienburger Platz 22, 31141 Hildesheim, Tel.: (0 51 21) 88 30, Fax: (0 51 21) 88 31 77, www.uni-hildesheim.de

14.–15.02.2013 » VI. Wissenschaftliches Symposium »Gesunde Familien – Zukunft für Deutschland« Neue Anforderungen an Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen, Hannover, Kontakt: Forschungsverband Familiengesundheit, Medizinische Hochschule Hannover, Carl-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover, Tel.: (05 11) 5 32 64 23, Fax: (05 11) 5 32 64 29, E-Mail: forschungsverbund@mh-hannover.de

20.02.2013 » Der gesunde Rücken, Goldenstedt, Kontakt: Landfrauen Kreisarbeitsgemeinschaft Vechta, Paula Dierkes, Barnstorferstraße 30, 49424 Goldenstedt, Tel.: (0 44 44) 96 11 00, E-Mail: Gastrup.agrar@ewetel.net, www.kreislandfrauen-vechta.de

25.02.2013 » Kumpel Alkohol – Alkoholprävention an Allgemein- und Berufsbildenden Schulen, Hannover, Kontakt: Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen, Leisewitzstraße 26, 30175 Hannover, Tel.: (05 11) 85 87 88, E-Mail: info@jugendschutz-niedersachsen.de, www.jugendschutz-niedersachsen.de

09.–10.01.2013 » Berliner Demografie Forum: Generationen – Lernen – Wohlstand, Berlin, Kontakt: European School of Management and Technology, Pariser Platz 6, 10117 Berlin, Tel.: (0 30) 2 06 48 21 10, Fax: (0 30) 2 06 48 21 11, E-Mail: office@berlinerdemografieforum.org

18.–27.01.2013 » Internationale Grüne Woche – Messe für Ernährung, Landwirtschaft und Gartenbau, Berlin, Kontakt: MB Capital Services GmbH, Thüringer Allee 12a, 14052 Berlin, Tel.: (0 30) 47 99 74 84, Fax: (0 30) 30 69 69 30, E-Mail: csg-ticketservice@papagena.de, www.gruenewoche.de

21.–22.01.2013 » Prävention in der Kinder- und Jugendhilfe, Vlotho, Kontakt: LWL-Bildungszentrum Jugendhof Vlotho, Ulrike Schwarze, Oeynhausener Straße 1, 32602 Vlotho, Tel.: (0 57 33) 92 33 14, E-Mail: ulrike.schwarze@lwl.org, www.kinderschutz-niedersachsen.de

22.–23.01.2013 » 6. Deutscher AAL-Kongress, Berlin, Kontakt: VDE-Konferenz Service, Hatice Altintas, Stresemannalle 15, 60596 Frankfurt am Main, Tel.: (0 69) 6 30 84 77, Fax: (0 69) 96 31 52 13, E-Mail: hatice.altintas@vde.de

25.–26.01.2013 » Gesundheitsschutz in der pädagogischen Arbeit, Dresden, Kontakt: BGW forum Ost Nico Mohnke, Eckehard Müller, Bezirksstelle Dresden, Tel.: (03 51) 86 47 57 70, E-Mail: bgwforum@bgw-online.de, www.bgwforum.de

06.–08.02.2013 » 3. Internationale Strategiekonferenz für Gesundheit und Sicherheit bei der Arbeit: Netzwerken als treibende Kraft für eine Präventionskultur, Dresden, Kontakt: Dr. Ulrike Bollmann, IAG, Tel.: (03 51) 4 57 15 10, E-Mail: ulrike.bollmann@dguv.de, www.dguv.de

13.02.2013 » 7. Lübecker Armutskonferenz 2013: Armut und Gesundheit, Lübeck, Kontakt: Kai Gusek, Gemeindediakonie Lübeck e. V., Bäckerstraße 3–5, 23564 Lübeck, Tel.: (04 51) 79 02 03, Fax: (05 41) 7 90 22 75, E-Mail: gusek@gemeindediakonie-luebeck.de

13.–14.02.2013 » 12. Dresdener Forum Prävention, Dresden, Kontakt: Dr. Hiltraut Paridon, Tel.: (03 51) 4 57 17 23, E-Mail: hiltraut.paridon@dguv.de, www.dguv.de

16.02.2013 » Sucht und Familie: Entwicklungswege für Kinder aus suchtbelasteten Familien in Thüringen, Erfurt, Kontakt: AGETHUR Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e. V., Carl-August-Allee 9, 99423 Weimar, Tel.: (0 36 43) 49 89 80, Fax: (0 36 43) 4 98 98 16, E-Mail: info@agethur.de

21.–22.02.2013 » 5. Fachtagung Psychiatrie Regionale psychiatrische Hilfesysteme und Ökonomie Partizipation von Patienten an der regionalen psychiatrischen Versorgung – Konsequenzen für Qualität, Ökonomie, Arbeit und Sozialraum, Berlin, Kontakt: Forum für Gesundheitswirtschaft e. V., Karl-Ferdinand-Braun-Straße 2, 28359 Bremen, Tel.: (04 21) 9 60 96 18, Fax: (04 21) 9 60 96 10, E-Mail: info@forum-fuer-gesundheitswirtschaft.org

26.–27.02.2013 » Fachforum Europa: Europa zusammenhalten – aber wie?, Bonn, Kontakt: JUGEND für Europa, Heike Zimmermann, Godesberger Allee 142–148, 53175 Bonn, Tel.: (02 28) 9 50 62 70, E-Mail: zimmermann@ifemail.de

28.02.–02.03.2012 » 17. Symposium Frühförderung 2013 – Anerkennung und Teilhabe: Kind – Familie – Lebenswelten in der Frühförderung, Reutlingen, Kontakt: Verein für interdisziplinäre Frühförderung e. V., Seidlstraße 4, 80335 München, Tel.: (0 89) 54 58 95 27, Fax: (0 89) 54 58 98 29, E-Mail: geschaeftsstelle@fruehfoerderung-viff.de

04.–06.03.2013 » 22. Reha-Kolloquium 2013 »Teilhabe 2.0 – Reha neu denken?«, Mainz, Kontakt: Maja Mrugalla, Deutsche Rentenversicherung Bund, Bereich Reha-Wissenschaften, 10704 Berlin, Tel.: (0 30) 8 65 3 93 36, Fax: (0 30) 86 52 88 79, E-Mail: kolloquium@drv-bund.de, www.reha-kolloquium.de

06.–07.03.2013 » 18. Kongress Armut und Gesundheit »Brücken bauen zwischen Wissen und Handeln – Strategien der Gesundheitsförderung«, Berlin, Kontakt: Gesundheit Berlin-Brandenburg, Friedrichstraße 231, 10969 Berlin, Tel.: (0 30) 44 31 90 73, Fax: (0 30) 44 31 90 63, E-Mail: kongress@gesundheitbb.de

11.–12.03.2013 » 9. iga-Kolloquium: Gesund und sicher länger arbeiten – Werte und Führungen, Dresden, Kontakt: Itke Schreiter, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, Tel.: (03 51) 4 57 17 66, E-Mail: itke.schreiter@dguv.de

11.–12.03.2013 » Jahreskonferenz 2013: Steuerung der Gesundheitsversorgung, Essen, Kontakt: dggö – Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie e. V., Universität Duisburg-Essen, Schützenbahn 70, 45117 Essen, Tel.: (02 01) 1 83 36 79, Fax: (02 01) 1 83 37 16, E-Mail: geschaeftsstelle@dggoe.de, www.dggoe.de/konferenzen/2013/

20.–21.03.2013 » Gesundheitskongress des Westens 2013, Bonn, Kontakt: Gesundheitskongress des Westens, Bachemer Straße 6–8, 50226 Frechen, Tel.: (0 22 34) 9 53 22 52, Fax: (0 22 34) 9 53 22 52, E-Mail: info@gesundheitskongress-des-westens.de, www.gesundheitskongress-des-westens.de

20.–22.03.2013 » 50. Wissenschaftlicher Kongress der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e.V., Bonn, Kontakt: Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V., Godesberger Allee 18, 53175 Bonn, Tel.: (02 28) 3 77 66 31, Fax: (02 28) 3 77 68 00, E-Mail: kongress@dge.de, www.dge.de/wk50

19.–20.04.2013 » Gesundheitsschutz in der pädagogischen Arbeit, Wuppertal, Kontakt: BGW forum West Nico Mohnke, Oliver Reim, Bezirksstelle Bochum, Tel.: (02 34) 30 78 62 02, E-Mail: bgwforum@bgw-online.de, www.bgwforum.de

03.–06.03.2013 » Environmental Health 2013 – Science and Policy to Protect Future Generations, Boston, Massachusetts, USA, Kontakt: Jenny Wang, Conference Content Coordinator, E-Mail: content-envh2013@elsevier.com

05.03.2013 » Frühe Förderung – Fokus Migration, Zürich, Schweiz, Kontakt: Hochschule für Heilpädagogik Zürich, Schaffhauserstraße 239, 8050 Zürich, Tel.: (00 41) 4 43 17 11 11, Fax: (00 41) 4 43 71 10, E-Mail: info@hfh.ch

07.–08.03.2013 » Swiss eHealth Forum 2013, Bern, Schweiz, Kontakt: MKR Consulting AG, Steinerstraße 37, 3006 Bern, Tel.: (00 41) 31 3 50 40 50, E-Mail: info@infosocietydays.ch

14.03.2013 » Arbeitsmedizinisches Kolloquium 2013, Bregenz, Österreich, Kontakt: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V., Mittelstraße 51, 10117 Berlin, Tel.: (0 30) 2 88 76 38 00, Fax: (0 30) 2 88 67 38 08, E-Mail: info@dguv.de, www.dguv.de