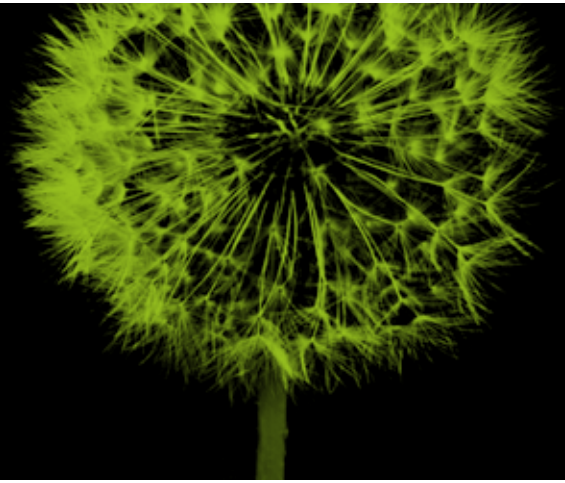


102 impulse

FÜR GESUNDHEITSFÖRDERUNG

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



Ende gut, alles gut?!

Gesundheitsförderung am Lebensende

EDITORIAL » Geht da noch was? Gesundheitsförderung am Lebensende halten möglicherweise viele Menschen für ein Paradoxon oder aber für makaber, weil wir es gewohnt sind, das Leben, das Sterben und den Tod auseinander zu denken und säuberlich zu trennen. »Der Abschied vom Leben ist eine der letzten großen biografischen Herausforderungen«, schreibt Annelie Keil in ihrem schönen Eröffnungsartikel für diese Ausgabe. Menschen mit genau diesen Herausforderungen nicht allein zu lassen, ist eine wichtige Aufgabe für Gesundheitsförderung und Public Health. Unsere Gesellschaft hat das Sterben quasi in die Gesundheitsversorgung entsorgt. Etwa die Hälfte der deutschen Bevölkerung verstirbt im Krankenhaus. Doch erschreckenderweise sind gerade Krankenhäuser meistens nicht darauf vorbereitet, weder bezogen auf die Qualifizierung des Personals noch auf die räumlichen Rahmenbedingungen.

Die Beiträge in diesem Heft werfen einen neuen Blick auf die vitale letzte Phase des Lebens und die Trauer danach. Von besseren Einrichtungen zum Sterben mit vorbereiteten Fachkräften, von kommunalen Sorgeskulturen über Trauer am Arbeitsplatz bis hin zu Friedhöfen als gesundheitsfördernde Ressource für die Stadtentwicklung reicht die Bandbreite der Orte, die thematisiert werden. Auch über Trends und Vielfalt in der Bestattungskultur oder Leben und Sterben in Tansania berichten wir. Selten hat uns die Arbeit an einer Ausgabe so nachdenklich gestimmt, weil sich auch für die Arbeit der LVG & AFS damit viele neue Perspektiven ergeben. Wir sind deshalb auf Ihre Rückmeldungen zu dem Heft besonders gespannt!

Wie mehr Gesundheit vor Ort hergestellt werden kann, wird das Schwerpunktthema der nächsten Ausgabe sein, in der es um neue Konzepte von Daseinsvorsorge und Miteinander in der Kommune gehen wird (Redaktionsschluss 19.04.2019). Die übernächste Ausgabe der Impulse wird das Schwerpunktthema »Health in all policies« haben (Redaktionsschluss 01.07.2019). Wie immer sind Sie herzlich eingeladen, sich an den kommenden Ausgaben mit verschiedensten Beiträgen, Anregungen und Informationen zu beteiligen.

Mit herzlichen, schon frühlingshaften Grüßen aus Hannover und Bremen!

Thomas Altgeld und Team

AUS DEM INHALT

Der Tod braucht Hilfe	02
Die Aufnahme der trauerspezifischen Diagnose in die ICD-11	03
Kommunale Sorgeskultur: Gesundheitsförderung am Lebensende..	04
Friedhöfe – Nur Orte der Trauer?	05
Gesundheitsförderung im letzten Lebensabschnitt	07
Immer mehr Vielfalt bei der Bestattung.....	08
Vom Sterben und Leben lernen in Tansania	09
Auf das Sterben vorbereitet sein – Advance Care Planning	10
Freitod und Suizidbegleitung von Patient*innen	12
Umgang mit Tod bei Menschen mit geistiger Behinderung	13
Kinder trauern anders – aber wie?	14
Impressum	15
Quergedacht: Organ-»Spende« – Das andere Sterben	16
Die Hospizversorgung in Niedersachsen	17
Qualität und Anspruch des Ehrenamts in der Hospizarbeit	18
Gesundheitsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen	19
Alter(n) und Gesundheit	20
Praxis Präventionskette – Was ist beim Aufbau zu beachten?.....	21
Medizinische Versorgung für Erwachsene mit Behinderung	22
Projekt GreenSkills4VET an der Hochschule Osnabrück	23
Umgang mit Tod in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe	24
Mit Kindern über Leben und Sterben nachdenken	24
Die Ambulanten Kinder- und Jugendhospizdienste des DKHV e.V. ...	25
Trauer am Arbeitsplatz – was stärkt?	26
Pflegekammer Niedersachsen und Weiterbildung	27
Bücher, Medien	28
Termine LVG & AFS	34
Termine	36



ANNELIE KEIL

Der Tod braucht Hilfe Gesundheitsförderung an der Hand des Lebens bis zuletzt

Gesundheit ist nicht nur die Abwesenheit von Krankheit, sondern »mehr« – das hat sich inzwischen zwar herumgesprochen, bleibt aber in seiner Tiefendimension unverstanden. Gesundheit begleitet das Leben bis zuletzt, ist kein medizinischer Zustand, den man einfach messen oder diagnostisch wie eine Krankheit eindeutig bestimmen kann, sondern sie begleitet den Menschen als Lebensqualität und Lebenskompetenz, als seelische, geistige, soziale und spirituelle Kraft bis zuletzt und somit auch selbstverständlich den Prozess des Sterbens. So wie in den vielen Krisen und Abschieden, die dem letzten großen Abschied vom Leben im Tod vorausgehen, benötigen auch Sterben und Tod einen »pfleglichen« Umgang mit dem gefährdeten Leben. Wer Gesundheit fördern will, muss sich lebenslang ans Leben halten – und das gilt besonders dann, wenn Verletzlichkeit und Endlichkeit, Hilflosigkeit und Abhängigkeit in den Vordergrund treten.

Unsere Lebenswerkstatt

Zwischen Geburt und Tod ist Älterwerden die tägliche Arbeit des Lebens. Sowohl der Beginn des Lebens als auch dessen Ende im Sterben und letztendlich im Tod sind keine punktuellen Ereignisse, sondern summieren sich schrittweise zu einem langen Prozess, der alles enthält, was wir auf die Welt mitbringen und vor allem das, was während des Lebens geschieht und uns Menschen ausmacht. Wie gesund, risikobeladen, krankmachend auch unser Leben sein mag, in der täglichen Arbeit steckt alles, was zum Leben gehört, ohne dass am Anfang und auch zwischendrin klar und voraussehbar ist, was das für die einzelnen Lebensphasen und insbesondere auch für die Phase des Sterbens bedeutet. Wir alle wurden geboren, ohne gefragt zu werden. Wir, quasi als Werkstatt, haben aber alles mit-

bekommen, um diese Herausforderung des eigenen Lebens aktiv zu meistern und zu gestalten. Wir haben Augen, um zu sehen. Aber sehen müssen wir selbst. Wir haben Ohren, um zu hören, hören müssen wir selbst. Wir bekommen einen Mund, müssen aber selber sprechen lernen. Unser Verhältnis zum Leben ist dialogisch: Wir lernen als Kinder nicht hören, wenn wir nicht gehört werden. Wir lernen nicht sprechen, wenn wir nicht angesprochen werden. Und wenn demente Menschen im Alter nicht mehr angesprochen werden, verlieren sie zunehmend mit der Sprache auch ihre Bezüge. Es muss also eine Welt geben, von der ich vom ersten bis zum letzten Atemzug irgendetwas will und die umgekehrt etwas von mir will. Das sind die Basics jeder Gesundheitsförderung. Wir haben Fähigkeiten, aber wir müssen sie einsetzen können, Grenzen und Widerstände überwinden, wachsen. Und: Wir müssen erkennen und fühlen lernen, was uns guttut und was uns nicht guttut, was und wer die Qualität unseres Lebens fördert und was oder wer sie mindert oder gar gefährdet.

Gesundheitsförderung für den Tod?!

Was also ist Gesundheit? Was ist ein gesundes Leben? Was genau gilt es zu fördern und wer bestimmt das? Und gibt es ein gesünderes, ein besseres Sterben? Braucht der Tod, bevor er eintritt, so etwas wie Gesundheitsförderung? Keiner weiß es wirklich! Seit es Menschen auf dieser Erde gibt, fragen, forschen und streiten sie um das Geheimnis, das hinter der Gesundheit steckt. Sie ist nicht selbstverständlich, nicht garantiert, nicht als Ware zu kaufen, weder vorhersehbar noch planbar, aber in aller Munde. Als Angst vor Krankheit treibt sie uns vor sich her, eine Abwehrmaßnahme ohne Eigensinn, die sich zum Gesundheitswahn mit Konsumzwang gesteigert hat. Gesundheit scheint wichtiger als das Leben selbst. »Hauptsache gesund« wünschen sich Menschen rund um die Uhr besonders zu Festtagen, übrigens auch denen, deren Gesundheit sichtbar angeschlagen ist und die mit ihren Befunden zu kämpfen haben. Der erkrankte Mensch hat offenbar die Hauptsache seines Lebens verpasst und irgendwie Schuld auf sich geladen. Kein gutes Gefühl, wenn man das ständig zu hören bekommt. Dass Gesundheit sehr viel mit Glück zu tun hat, wie viele Studien zeigen, könnte den Konsumrausch Gesundheit relativieren. Der Glaube an die Machbarkeit ist stärker. Umdenken tut gut!

Gesundheit als dynamische Lebenskompetenz

Die Hauptsache ist das Leben selbst, auch wenn es oft schwierig ist, gesund zu bleiben oder zu werden. Selber merken, wenn man kalte Füße bekommt und die Nase voll hat, wenn einem die Luft ausgeht, der Kragen platzt, die Galle überläuft, die aufrechte Haltung ins Wanken kommt, das Denken aussetzt, die Seele streikt und alles keinen Sinn mehr macht. Wir brauchen bis zuletzt etwas, das uns pflegt, trägt, ermutigt, das es gut mit uns meint, wenn wir selbst den Mut verlieren. Wenn der Atem stockt, das Herz streikt, wenn Schmerz uns überschüttet, wenn die Angst die Seele einkerkert – dann brauchen wir eine Gesundheitsförderung, die sich nicht als Mahnwache über unsere Schwächen hermacht. Schaffenskraft, Leistungs- und Genussfähigkeit, Mitgefühl und Lebensfreude sind in all ihren Variationen aufs Engste miteinander verbunden und die Säulen dessen, was man ein relativ »gutes Leben« bei »guter Gesundheit« nennt. Gesundheit ist nicht ein Kapital oder genetisches Mitbringsel, das der Mensch qua Geburt einfach hat,

um es zwischen Geburt und Tod wie eine Salamiwurst Scheibe für Scheibe bis zum letzten Zipfel aufzuzehren. Vielmehr ist sie eine dynamische Lebenskompetenz, eine persönliche Kraft und Fähigkeit, die täglich und lebenslang immer wieder neu erzeugt und entwickelt werden muss. Ein Kind steht vor anderen Gesundheitsfragen als ein alter Mensch, ein*e chronisch erkrankte*r Parkinsonpatient*in vor anderen als ein sterbender Mensch – alle stehen mit Körper, Geist und Seele mitten im sozialen Leben vor den nächsten Schritten, die ihre Gesundheit in einem bestimmten Augenblick von ihnen verlangt.

Abschied leben lernen

Über das Sterben reden und den Abschied leben lernen, zählt zu den wichtigen Aufgaben einer Gesundheitsförderung, die sich mit der Begleitung schwer kranker und sterbender Menschen und deren ganz persönlichem Leben verbunden weiß. Wenn der Körper seine Aufgaben nicht mehr so ausführen kann, wie wir es gewohnt waren, müssen wir umlernen: mit Begrenzungen neu atmen lernen, sich bewegen, wenn fast nichts mehr geht, Liegen lernen, wenn man morgens nicht mehr aufstehen kann. Wir lernen vom eigenen Leben, unserem Sterben entgegenzugehen. Ob dieses Leben gut war und so auch das Sterben gut sein kann, bleibt offen. Vorhersagen sind nicht möglich, wir gehen an der Hand der Ungewissheit. Zwischen Erleiden und Entscheiden geht Leben seinen eigenen Weg, Freiheit und Abhängigkeit, Liebe und Hass, Freude und Verzweiflung reichen sich die Hand. Dies zu balancieren, fördert Gesundheit. Den ständigen Wechsel von einerseits Kreativität und Gestaltungskraft und andererseits Verletzlichkeit und existenzielle Bedrohung zu erfahren, heißt immer wieder neu, sich bis in die letzten Stunden hinein im eigenen Leben wie im Gemeinsamen selbst zu begegnen und sich darauf einzulassen, was im »Stirb und Werde« des Lebens geschieht.

Der Abschied vom Leben ist eine der letzten großen biografischen Herausforderungen. Ob gut oder schlecht, ohne große Krisen oder im Dauerstress: Leben ist das Abenteuer, das nie endet, aber jeden Morgen neu beginnt und überrascht. Und es ist tragfähig. Ausgestattet mit Händen und Füßen, Herz und Verstand, mit mindestens fünf Sinnen, hoffen Menschen darauf, dass Leben auch Sinn macht und Halt gibt. Wir müssen herausfinden und durch alle Lebensphasen hindurch verstehen lernen, was unser Leben braucht und ganz konkret von uns erwartet. An biografischen Landschaften und im Gespräch mit Sterbenden, in der Wahrnehmung unserer Eltern und Großeltern, im Kontakt mit Kindern, die Abschied nehmen müssen, erfahren wir, um was es in einer Gesundheitsförderung geht, die sich in den Diskurs um eine menschenwürdige Sorgkultur einbindet und dabei den Anfang mit dem Ende verbindet und vom Ende her den Anfang wieder neu denkt. Wir brauchen eine Gesundheitsförderung, die weder dem »Jugendwahn einer kommerzialisierten Fitnessbewegung« noch der Defizittrauer und Pathologisierung des Alters aufsitzt, die medizinische Daten in Lebenszusammenhängen deutet und vor allem in der Betrachtung des Alterns und der Zunahme von Hochaltrigkeit mit Verletzlichkeit und Reife umzugehen bereit ist.

Literatur bei der Verfasserin

PROF. DR. ANNELIE KEIL, E-Mail: annelie.keil@ewetel.net,

Internet: www.anneliekeil.de



HEIDI MÜLLER

Die Aufnahme der trauerspezifischen Diagnose in die ICD-11 Eine Chance für Betroffene?

Jeder Mensch erlebt im Laufe des Lebens Verluste. Die darauffolgende Reaktion beziehungsweise die Bewältigung der Verlusterfahrung nennt man Trauer. Sie dient dazu, sich an die neue Lebenssituation anzupassen. Die gute Nachricht ist, dass diese Reaktionsweise in jedem Menschen evolutionär angelegt ist. Jeder Mensch besitzt also die Fähigkeit zu trauern. Darüber hinaus erlebt die Mehrheit der Betroffenen einen resilienten Trauerverlauf. Das heißt, sie fühlen sich durch die Erfahrung kaum beeinträchtigt und verarbeiten diese vergleichsweise leicht. Dennoch gibt es eine kleine Gruppe von Betroffenen, deren psychische Verfassung sich über die Jahre hinweg eher verschlimmert als verbessert und die ihrer Lebenskraft und Funktionsfähigkeit für die Anforderungen des Alltags beraubt sind. Bisher wurde in Deutschland in solchen Fällen von komplizierter Trauer gesprochen. Seit Juni 2018 wird im Zusammenhang mit problematischen Trauerverläufen ein weiterer Begriff genannt: Prolonged Grief Disorder, zu Deutsch: anhaltende Trauerstörung. Er findet sich in der Neufassung der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD-11. Doch bei Betroffenen und Fachkräften wirft der neue Begriff Fragen auf. Ist Trauer nun eine Krankheit? Bezeichnen komplizierte Trauer und die anhaltende Trauerstörung ein und dasselbe Phänomen? Wie hilfreich kann diese trauerspezifische Diagnose sein?

Normale und problematische Trauerverläufe unterscheiden

Die Unterscheidung von normalen und problematischen Trauerverläufen ist nicht einfach. Viele Reaktionen wie zum Beispiel Grübeln, Vermeiden, Sehnsucht werden von einer großen Anzahl Trauernder in der akuten Phase nach dem Verlust erlebt, ohne dass diese langfristig Schwierigkeiten bei der Verarbeitung entwickeln. Zudem nehmen die unterschiedlichen Ausgangssituationen und Herausforderungen Einfluss darauf, wie sich der Trauerverlauf entwickelt. Gleichzeitig verändern sich Trauerreaktionen mit der Zeit. Sie können intensiver werden oder abnehmen, es können Reaktionen (wieder) hinzukommen oder wegbleiben. Doch ab welcher Zeitspanne nach Eintritt des Todes von einem problematischen oder gar krankhaften Trauerverlauf gesprochen werden kann, ist offen. Einige Fachleute diskutieren Zeiträume zwischen zwei und vierzehn Monaten, während andere warnen, dass die akute Trauer zwischen zwei und drei Jahren andauern kann. Bisher sind es die



Ausprägungen der Kriterien Dauer, Intensität und Symptomatik, die zur Unterscheidung herangezogen werden. Doch es macht Sinn, normale und problematische Trauerverläufe als zwei Pole entlang eines Kontinuums zu verstehen. So finden individuelle, gesellschaftliche und kulturelle Unterschiede Berücksichtigung.

Problematische Trauerverläufe benennen

Bisher wurde versucht, die verschiedenen Ausprägungen problematischer Trauerverarbeitung mit einem Namen zu erfassen, zum Beispiel pathologische Trauer, traumatische Trauer, komplizierte Trauer. Doch dieses Vorgehen erweist sich als schwierig, denn es scheinen verschiedene Subtypen zu existieren, die voneinander abzugrenzen sind, damit auch sämtliche problematische Entwicklungen Beachtung finden. Grundsätzlich wird in Deutschland von komplizierter Trauer gesprochen, wenn es um krankhafte Trauerverläufe geht. Im Zuge der Neufassung des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) kam die Bezeichnung Persistent Complex Bereavement Disorder auf, im Rahmen der Neufassung des ICD-11 der Begriff Prolonged Grief Disorder. Alle Begriffe weisen auf eine ähnliche Problematik hin. Aktuell werden sie immer häufiger gleichgesetzt. Das kann zu Missverständnissen führen, aber auch Auswirkungen auf die Betroffenen haben. Denn die diagnostischen Kriterien und Verfahren hinter den drei Termini unterscheiden sich voneinander. Je nachdem, welches Verfahren angewandt und welche Kriterien angelegt werden, kommt es zum Beispiel zu unterschiedlichen Einschätzungen über das Ausmaß des Leidens und den Behandlungsbedarf.

Diskussion um die anhaltende Trauerstörung nach ICD-11

Die Aufnahme der trauerspezifischen Diagnose in die ICD-11 hat in der Fachwelt heftige Diskussionen ausgelöst, die bis heute anhalten. Befürworter*innen erachten sie als hilfreich, weil sie die Kommunikation und die Differenzialdiagnostik erleichtert, Betroffene gezieltere Behandlung erhalten und Fehldiagnosen vermieden werden. Gegner*innen betonen hingegen, dass die diagnostischen Kriterien, wie sie für die Prolonged Grief Disorder in der ICD-11 beschrieben werden, kaum untersucht wurden. Sie befürchten eine hohe Anzahl falsch-positiver Diagnosen, die Stigmatisierung Betroffener

und eine Medikalisierung normaler Trauer. Die Befürchtungen der Gegner*innen scheinen berechtigt zu sein, denn die Diagnose weist nur eine kurz gehaltene Beschreibung auf. Das Vorliegen einer konkreten Anzahl an Hauptkategorien, wie dies bisher zur Erfüllung von Diagnosen der Fall war, wird nicht gefordert. Das heißt, ob eine trauerspezifische Störung vorliegt, obliegt lediglich der subjektiven Einschätzung der Fachkraft. Weiterhin fehlt es nach Meinung einiger Wissenschaftler*innen an diagnostischen Messinstrumenten, die Fachkräfte bei der Diagnosestellung unterstützen können oder Auskunft darüber geben, wie hoch überhaupt die Anzahl der Personen ist, die unter einer Prolonged Grief Disorder nach ICD-11 Kriterien leiden.

Im Jahr 2019 soll die ICD-11 von der Weltgesundheitsversammlung verabschiedet werden. Wann sie in Deutschland eingeführt wird, ist unklar. Einig sind sich Gegner*innen und Befürworter*innen darin, dass noch viel Forschungsbedarf besteht, insbesondere was die Genauigkeit und die Nützlichkeit der trauerspezifischen Diagnose anbelangt.

Resümee

So viel ist sicher, es gibt Menschen, die intensiver und länger andauernd trauern als andere. Nach der neuen Diagnose kann eine Diagnosestellung frühestens nach sechs Monaten erfolgen. Erfüllen die Betroffenen die Kriterien, hätten sie damit Anspruch auf kassen- oder privatärztliche Leistungen, wie zum Beispiel Psychotherapie. Eine medikamentöse Behandlung ist nicht angezeigt. Es stellt sich allerdings die Frage, warum eine Gesellschaft tatsächlich einer trauerspezifischen Diagnose bedarf. Geht es hierbei um die Belange Betroffener? Wie steht es um die Interessen der Arbeitgeber*innen oder der Pharmaindustrie? Trauerprozesse widersetzen sich den Prinzipien der heutigen Leistungsgesellschaft. Die Einführung einer trauerspezifischen Diagnose lässt sich dementsprechend als Versuch betrachten, Trauer kontrollierbarer zu machen und die Trauernden schnellstmöglich wieder dem Wertschöpfungskreislauf zu zuführen. Doch ob damit den Trauernden geholfen wird oder am Ende andere davon profitieren, bleibt abzuwarten.

Literatur bei der Verfasserin

DIPL.-POL. HEIDI MÜLLER, Wissenschaftliche Mitarbeiterin und Trauerberaterin am Trauerzentrum Frankfurt/IBBE e.V., Alt-Ginnheim 10, 60431 Frankfurt, E-Mail: heidi.mueller@trauerforschung.de, Internet: www.trauerforschung.de

SUSANNE FLECKINGER, HENNING SCHMIDT-SEMISCH

Kommunale Sorgeskultur Gesundheitsförderung am Lebensende

Sterben und Tod stehen in der deutschsprachigen Public Health-Landschaft nicht weit oben auf der Forschungsagenda. Auch findet sich das Lebensende nicht in der Selbstbeschreibung der eigenen Disziplin durch die Deutsche Gesellschaft für Public Health: Als Public Health gilt hier vielmehr »die Wissenschaft und die Praxis zur Verhinderung von Krankheiten, zur Verlängerung des Lebens und zur Förderung von physischer und psychischer Gesundheit unter Berücksichtigung einer gerechten Verteilung und einer effizienten Nutzung der vorhandenen Ressourcen«.

Tod und Sterben im Kontext Public Health

Tod und Sterben werden im Zusammenhang von Public Health in Deutschland vor allem im Sinne von »verlorenen Lebensjahren« als Folge gesundheitlicher Risiken wie Risikoverhaltensweisen, als bedeutender Kostenfaktor im Kontext des Gesundheitssystems (»das teure letzte Jahr«) oder aber mit Blick auf die institutionalisierte und evidenzbasierte palliativmedizinische Versorgung thematisiert. In der Ottawa Charta der World Health Organization von 1986 ist zwar auch davon die Rede, dass »Füreinander Sorgen«, »Ganzheitlichkeit« und »ökologisches Denken« Kernelemente bei der Entwicklung von Strategien der Gesundheitsförderung seien. Allerdings wird die alltägliche Umwelt, in der Gesundheit von Menschen geschaffen und gelebt wird, auf jene Bereiche beschränkt, »wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben«. Man möchte hier unweigerlich ergänzen, dass hierzu auch jene sozialen Kontexte gehören, in denen Menschen erkranken und wieder gesunden, wo sie leiden und sterben, wo sie trauern und sich trösten – doch diese Bereiche bleiben im Kontext von Public Health und Gesundheitsförderung noch viel zu oft ausgespart.

Um Sterbende zu umsorgen, braucht es ein ganzes Dorf

Mit Blick auf den Anfang des Lebens wird mit großer Zustimmung häufig das afrikanische Sprichwort angeführt, wonach ein ganzes Dorf notwendig sei, um ein Kind zu erziehen. Dieses Sprichwort trifft gleichermaßen auf das Lebensende zu: Auch die Sterbenden bedürfen einer solchen Gemeinschaft, einer geteilten und öffentlichen, kommunalen Sorge. Hospizarbeit und Palliative Care tragen diesem Aspekt zwar durchaus Rechnung, sie dürfen aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass der gesellschaftliche Umgang mit Sterben und Tod nach wie vor in aller Regel an Institutionen und Expert*innen delegiert wird. Eine kommunale Sorgeskultur hingegen verschiebt diese spezialisierte palliative Versorgung hin zu einer solidarischen Sorge, sie schwenkt von der Versorgung von Patient*innen hin zur Umsorgung von Personen.

»Mitfühlende Gemeinden«

Von dem australischen Gesundheitswissenschaftler Allan Kellehear wird eine solche kommunale Sorgeskultur mit dem Begriff »Compassionate Communities« (mitfühlende Gemeinden) beschrieben und explizit als ein Public Health-Ansatz für die Hospiz- und Palliativarbeit eingeordnet. Thomas Klie wiederum spricht nicht von »Compassionate«, sondern von »Caring Communities«, die er als Perspektive für die Sorge und Pflege in einer Gesellschaft des langen Lebens versteht. Gemeinsam ist diesen Ansätzen und Überlegungen, dass nicht die Versorgung von Patient*innen im Vordergrund steht, sondern die Sorge für und Solidarität mit Bürger*innen. Schwerkranke, alte und sterbende Menschen sind vor diesem Hintergrund nicht mehr Adressat*innen von Versorgungshandlungen, sondern werden als Personen wahrgenommen, die mit ihren sozialen Beziehungen und Lebensbedingungen in ein spezifisches Lebensumfeld eingebettet sind. Für Klaus Wegleitner steht dabei nicht der strukturelle Ausbau von Versorgungsangeboten im Vordergrund, sondern die Förderung von sozialem Kapital in der Community. Eine zentrale Frage ist hierbei, wie sich eine entsprechende Sorgeskultur am Lebensende stärken lässt, die vor allem am Bedarf der Betroffenen und deren Lebens- und Sterberäumen orientiert ist. Denn ein mit-

menschlicher Umgang mit Sterben und Tod sowie eine tragfähige Sorgeskultur entstehen nicht erst auf der Palliativstation, im Hospiz oder durch das Rufen eines Hospizdienstes, sondern vor allem in den Familien, in den Freundeskreisen, in der Nachbarschaft, in der Schule, in den Vereinen, am Arbeitsplatz, im Quartier und in der Gemeinde. Insofern erweist sich kommunale Sorgeskultur als Arbeit an einem gesundheitsförderlichen Setting, die nur erfolgreich sein kann, wenn sie partizipativ gestaltet wird.

Partizipative Forschung und Entwicklung

Partizipativer Forschung und Entwicklung mit dem Ziel einer kommunalen Sorgeskultur geht es stets darum, die unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen miteinander ins Gespräch zu bringen, lokale Maßnahmen zu initiieren und zu begleiten, und damit letztlich um die Förderung von Alltagsolidarität, nachbarschaftlicher und familiärer Unterstützung, um die (Re-)Integration der Themen Sterben, Tod und Trauer in die Lebenszusammenhänge der Menschen. Damit aber werden »das Sterben« sowie die darauf bezogene Sorge zu Themen in den Diskussionen um die Zukunft der öffentlichen Gesundheit und der gesellschaftlichen Solidarität. Wie die jeweilige kommunale Sorgeskultur dabei konkret ausgestaltet ist und gelebt wird, kann nicht standardisiert werden: Vielmehr ist sie der Prozess und das Ergebnis der beständigen Frage nach dem guten Leben bis zuletzt. Auf diese Frage allerdings gibt es keine allgemeingültigen, sondern immer wieder nur lokale und regionale Antworten.

Literatur bei den Verfasser*innen

DR. SUSANNE FLECKINGER, Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Grazer Straße 2, 28359 Bremen, E-Mail: fleckinger@uni-bremen.de

PROF. DR. HENNING SCHMIDT-SEMISCH, Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), E-Mail: schmidt-semisch@uni-bremen.de

SABINE BAUMGART, GABRIELE BOLTE

Friedhöfe Nur Orte der Trauer oder auch gesundheitsfördernde Ressource in der Stadtentwicklung?

Grün- und Freiflächen haben vielfältige Funktionen in der Stadt. In einer in vielen Quartieren zunehmend verdichteten Stadt erfüllen urbane Freiräume nicht nur wichtige stadtklimatische und ökologische Aufgaben wie Temperaturregulierung, Reduzierung von Luftschadstoff- und Lärmbelastungen oder auch Regenwassermanagement, sondern haben zudem soziale Funktionen für die Stadtbevölkerung. Aus Public Health-Sicht sind sie in vielfältiger Weise gesundheitsfördernd durch die Verringerung gesundheitsschädlicher Expositionen gegenüber Luftschadstoffen, Lärm und Hitze, durch die Erholung von Stress, die optimale Exposition gegenüber Sonnenlicht sowie die Förderung körperlicher Aktivität und sozialer Kohäsion. Viele Studien haben einen Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein von Grünflächen und der physischen und psychischen Gesundheit und dem Wohlbefinden gezeigt. Oftmals sind dabei die Zugänglichkeit und Qualität



der Grünflächen von Bedeutung. Zu den gesundheitsfördernden Ressourcen für die Stadtbevölkerung können potenziell auch Friedhöfe als Grün- und Freiräume zählen. Friedhöfe stellen in allen Städten einen wichtigen, zumeist öffentlich zugänglichen Raum dar. Öffentliche und private Grünflächen in der Stadt lassen sich unterscheiden nach ihren rechtlichen Gegebenheiten, wie zum Beispiel den Eigentumsverhältnissen, ihren physischen Gegebenheiten, wie Nutzung, Lage, Größe, Umfeld, und ihrer Werthaltigkeit, die ökonomisch, ökologisch oder sozial differenziert zu betrachten ist. Friedhöfe gehören in der Regel zu den Grünanlagen des öffentlichen Grüns. Angesichts gesellschaftlicher Veränderungen, die durch mehr ethnische Vielfalt verbunden mit unterschiedlichen Bestattungsritualen sowie Heterogenität von Lebensmustern und -orten charakterisiert sind, unterliegen Friedhöfe aktuell einem Bedeutungs- und Nutzungswandel.

Friedhöfe als Ressource für Wohlbefinden, Kultur und Naherholung der Stadtbevölkerung

Friedhöfe sind die letzte Ruhestätte des irdischen Lebens eines Verstorbenen. Für die Angehörigen sind es Erinnerungsorte, an denen sie in Ruhe gedenken können. Sie sind Orte des kulturellen Lebens, in Klein- und Mittelstädten oftmals bis heute auch sozialer Mittelpunkt des Gemeindelebens in Verbindung mit dem Kirchengebäude. Diese Orte stellen einen städtebaulichen und stadtgestalterischen Wert dar, wenn man an bekannte Friedhöfe in den europäischen Metropolen wie den Zentralfriedhof in Wien, Père Lachaise in Paris oder den Dorotheenstädtischen Friedhof in Berlin denkt. Zudem bilden sie einen stadthistorischen Wert für ein kollektives Gedächtnis der Bevölkerung, denn gerade auf den bedeutenden Friedhöfen sind bekannte Persönlichkeiten bestattet, sodass Friedhöfe auch zu touristischen Destinationen geworden sind. Friedhöfe sind zudem Orte des Wohlbefindens, der Kontemplation, des Spaziergangs und damit der Bewegung für die Lebenden. Diese Art der Nutzung von Friedhöfen kann an ihre Grenzen stoßen, wenn beispielsweise Formen der körperlichen Aktivität wie Radfahren oder Ballspielen von Kindern in Konflikt mit der Funktion als Ruhe- und Trauerort geraten.

Stadtplanerische und gesundheitsbezogene Perspektive auf Friedhöfe als Teil des Lebens

Die Veränderungen von Friedhofskultur und Bestattungsritualen in Form von zunehmender Urnenbestattung und einer schrumpfenden Bevölkerung führen zu reduzierten Flächenansprüchen für Grabstellen. Nach aktuellen Schätzungen gibt es in Deutschland etwa 15.000 Hektar Überhangflächen, was etwa 41 Prozent der gesamten Friedhofsfläche entspricht. Die Pflegekosten für diese Überhangflächen stellen eine große ökonomische Herausforderung für die Kommunen dar. Gleichzeitig stehen Grün- und Freiflächen, und damit auch Friedhöfe, unter dem strategisch-ökonomischen Druck einer baulichen Entwicklung, insbesondere in Großstädten mit hoher Wohnungsnachfrage. Aktuell gewinnen Aspekte der Gesundheitsförderung als Teil eines gesundheitsorientierten Städtebaus wieder an Bedeutung. Im Rahmen der sogenannten doppelten Innenentwicklung setzen Stadtentwicklungsstrategien daran an, einerseits Nachverdichtungspotenziale in der Stadt zu nutzen, um die Flächeninanspruchnahme im freien Landschaftsraum von Erholungs- und Landwirtschaftsflächen zu reduzieren. Andererseits sollen die somit quantitativ verringerten Grün- und Freiflächen qualifiziert und aufgewertet werden. Dies umfasst auch die Erweiterung des Nutzungsspektrums von Freiflächen, um räumliche beziehungsweise zeitliche Multifunktionalitäten zu eröffnen. Somit stehen auch Friedhöfe angesichts der veränderten Beisetzungs- und Friedhofskultur im Blickfeld der Stadtentwicklung und Flächennutzungsorganisation. In der Public Health-Diskussion zu Umwelt und Gesundheit beziehungsweise gesundheitsfördernder Stadtentwicklung fehlt bisher eine Auseinandersetzung mit Friedhöfen als öffentliche Grünräume und Begegnungsorte. Um unterschiedliche Interessenslagen zu erfassen sowie Ziele und Leitlinien zu erarbeiten, werden in zahlreichen Städten sogenannte Friedhofsentwicklungspläne erstellt. Diese Konzepte enthalten zukünftige Anforderungen an Standorte, Flächen und Einrichtungen für Bestattungen, um sie in die gesamtstädtischen Planungen einbringen zu können, und liefern Grundlagen für finanzielle Aufwendungen. Solche Konzepte werden in der Regel in einem Verfahren mit Ressortbeteiligung erarbeitet; hier bieten sich Potenziale für Gesundheitsämter, auch ihre Perspektive einzubringen. Für den Umgang mit Friedhöfen als Teil der Stadtentwicklung gibt es unterschiedliche strategische Ansätze. So können sie konzeptionell zu einer Friedhofs-Parkanlage entwickelt werden mit den Funktionen als Erinnerungsort und als Erholungsraum. Aber auch eine geplante Reduzierung von gewidmeten Friedhofsflächen zugunsten anderer Nutzungen, wie Wohnungsbau, kann zur Inwertsetzung als Grün- und Freiraum beitragen, wenn dies mit einer angemessenen Erschließung einhergeht. Ergänzende kommerzielle Einrichtungen wie ein Café schaffen gut zu verknüpfende infrastrukturelle Angebote. So können Friedhöfe ein Teil des Lebens werden und als kulturelle Orte wie auch als Grünflächen dem Wohlbefinden der Stadtbevölkerung im Rahmen einer gesundheitsfördernden Stadtentwicklung dienen.

Literatur bei den Verfasserinnen

PROF. DR.-ING. SABINE BAUMGART, Universität Bremen, Assoziiertes Mitglied des Instituts für Public Health und Pflegeforschung, E-Mail: sabine.baumgart@tu-dortmund.de

PROF. DR. GABRIELE BOLTE, Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung, E-Mail: gbolte@uni-bremen.de, Internet: www.ipp.uni-bremen.de/



DAMIAN HEDINGER

Gesundheitsförderung im letzten Lebensabschnitt

Projekte zur Gesundheitsförderung und Prävention sind in modernen Gesellschaften schon seit Längerem auf vielen Ebenen präsent, beispielweise wenn Arbeitgeber*innen die Gesundheit ihrer Mitarbeitenden fördern möchten oder staatliche Gesundheitsbehörden, wie in den 90er-Jahren, eine Kampagne zur HIV-Prävention lancierten. Gesundheitsförderung und Prävention im hohen Alter hingegen befinden sich erst im Aufbau und sind eine neuere Entwicklung, denn der letzte Lebensabschnitt, das heißt die Zeit nach dem Berufsaustritt bis zum Tod, wurde früher mehrheitlich als »Restzeit« interpretiert, die von Leiden und Gebrechen geprägt war. Heutzutage hat sich dies geändert: Ältere Personen leben nicht nur statistisch immer länger, sondern sind auch viel länger bei guter Gesundheit als früher und möchten den letzten Lebensabschnitt zunehmend selbst aktiv gestalten. Dieses neugewonnene Selbstvertrauen führt auch zu einer geänderten Partizipationsfähigkeit in der Gesellschaft, was sich beispielsweise in politischen Debatten häufig zeigt, wo sich Ältere zunehmend stark beteiligen.

Wünsche und Ansprüche

Gemäss Studienergebnissen wünscht sich eine Mehrheit, möglichst lange gesund zu bleiben und möglichst lange selbstständig zu Hause leben und schließlich zu Hause sterben zu können. Eine Analyse der Sterbeorte zeigt jedoch, dass dieser Wunsch für rund zwei Drittel nicht in Erfüllung geht: In der Schweiz beispielsweise stirbt rund je ein Drittel der Menschen in Alters- und Pflegeheimen, in Spitälern oder zu Hause. Besonders Sterben in Spitälern ist für viele eine schreckliche Vorstellung; kaum jemand wünscht sich, todkrank und nur noch dank modernster Spitzenmedizin sein Leben künstlich zu erhalten beziehungsweise zu verlängern. Auch wenn diese Vorstellung nicht immer der Realität entsprechen muss, stellt sich die Frage, ob in Spitälern, in Institutionen also, die eigentlich

Kranke wieder gesund machen sollen, ein lebenswürdiges Sterben überhaupt möglich ist. Es soll nicht primär darum gehen, den Anteil an Todesfällen in Spitälern künftig um jeden Preis zu senken, indem man beispielsweise auf viele Eingriffe einfach verzichten würde – das wäre dank immer besseren medizinischen Möglichkeiten auch nicht sinnvoll. Leistungserbringer*innen einer modernen, bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung sollten sich aber fragen, welchen Behandlungen am Lebensende den Wünschen der Betroffenen am Ehesten entsprechen und zu welchen Kosten die Allgemeinheit bereit ist, diese meist teuren Behandlungen in Spitälern zu finanzieren. Wie aus den Resultaten im Rahmen des Nationalen Forschungsprogramm »Lebensende« (NFP-67) des Schweizerischen Nationalfonds hervorging, sind die Wünsche und Ansprüche der Patient*innen für involvierte Gesundheitsfachpersonen häufig schwierig umzusetzen: Beispielsweise wird von vielen gewünscht, dass man, wenn man nur noch künstlich am Leben erhalten wird und seine Umgebung nicht mehr wahrnimmt, sterben kann. Was für Laien vielleicht einleuchtend klingt, ist für Fachkräfte meist weniger klar. Wann soll beispielsweise auf eine Essenseingabe verzichtet werden? Soll noch eine Magensonde gelegt werden, damit die betagte Person besser essen kann, aber einen Eingriff über sich ergehen lassen muss, der mit Leiden verbunden ist? Auch für Angehörige ist es in solchen Fällen nicht immer eindeutig, was dem Wunsch des Betroffenen am nächsten kommt. Selbst sorgfältig ausgefüllte Patientenverfügungen helfen nicht immer weiter, wenn Fachkräfte schwerwiegende Entscheidungen treffen müssen. Mit zunehmender Lebenserwartung und immer komplexeren Krankheitsbildern mit degenerativem Krankheitsverlauf dürfte sich dieses Problem in Zukunft noch verschärfen.

Gesundheitsförderung in Zukunft

Damit diese Herausforderungen künftig bewältigt werden können, sind Patient*innen, Fachkräfte und Angehörige sowie die Gesellschaft als Ganzes gleichermaßen gefordert. An dieser Stelle werden drei ausgewählte Ansätze diskutiert, die exemplarisch aufzeigen, in welche Richtung sich die Gesundheitsförderung im Alter bewegen könnte.

» Als Erstes wäre eine positive, ressourcenorientierte Auffassung von Gesundheit zu nennen: Häufig wird Gesundheit im Alter stark defizitorientiert verstanden, wobei Leid, Gebrechen und zunehmender Abbau der physischen, psychischen und sozialen Ressourcen dominieren. Gerade bei einer Zunahme von degenerativen Krankheiten und/oder Multimorbidität sollte man vermehrt den noch vorhandenen Ressourcen mehr Beachtung schenken und diese bewusst fördern. Wenn beispielsweise eine multimorbid erkrankte Person noch an gesellschaftlichen Anlässen in einem Pflegeheim teilnehmen und diese noch positiv wahrnehmen kann, sollte dies als noch vorhandene Ressource positiv aufgefasst und gefördert werden.

» Ein zweiter Ansatz ist der noch stärkere Ausbau der Palliativpflege: Mittlerweile bestehen im deutschsprachigen Raum immer mehr Spitälern mit Abteilungen für Palliativpflege sowie spezialisierte Pflegeheime, die dem gewachsenen Bedürfnis nach mehr Selbstbestimmung am Lebensende entgegenkommen. Damit dieser Ausbau weiter sinnvoll voranschreiten kann, sind jedoch noch zwei Probleme zu



lösen: Erstens sollte man die Patientenverfügungen optimieren sowie die Wünsche und Bedürfnisse von Betroffenen im Allgemeinen vor einem möglicherweise letzten Institutionseintritt noch besser abklären, damit dann später im Extremfall Fachkräfte und Angehörige über die Wünsche des Betroffenen besser informiert sind. Zweitens sollte die Wissenschaft gefördert werden – momentan gibt es in vielen Ländern noch zu wenig auswertbare Daten über Palliativpflege, somit ist noch zu wenig eindeutig dokumentiert, ob die in sie gesteckten Erwartungen tatsächlich erfüllt werden.

- » Drittens stellt sich die Frage, welche Institutionstypen als Sterbeorte am geeignetsten sind. Beispielsweise könnte man die Hospizlandschaft vermehrt fördern und spezialisierte Institutionen für unheilbar an Krebs erkrankte Personen aufbauen. Solche Hospize könnten Personen auf ihrem letzten Lebensabschnitt begleiten und auf den nahenden Tod vermutlich besser vorbereiten als viele Spitäler; außerdem wäre im Gegensatz zu Spitaleintritten auch von vornherein klar, dass man hier seinen letzten Lebensabschnitt verbringt, was die Vorbereitung auf diesen Aufenthalt vielleicht erleichtern würde. Je nach Pflegebedarf wäre auch eine Mischform von Pflegeheim und Hospiz denkbar.

Literatur beim Verfasser
 DR. PHIL. DAMIAN HEDINGER, Soziologe und Epidemiologe,
 E-Mail: Damian.Hedinger@bfs.admin.ch

ALEXANDER HELBACH

Immer mehr Vielfalt bei der Bestattung Bestehende Gesetze schränken jedoch noch zu sehr ein

Traditionen und religiöse Bindungen verlieren an Bedeutung, klassische familiäre Strukturen verändern sich oder lösen sich auf. Mobilität und die Vielfalt der Lebensentwürfe nehmen zu. Dieser tiefgreifende soziale Wandel spiegelt sich ebenfalls im Bestattungswesen wider. Bestattung und Grab dienen immer weniger der Repräsentation des gesellschaftlichen Standes.

Gleichzeitig wächst bei vielen das Bedürfnis nach einem persönlichen Abschied, der nicht durch Konventionen vorgegeben wird. Als Folge zeigen sich zwei Trends, die sich in den letzten Jahren weiter verstärkt haben: Zum einen nimmt die Zahl der Menschen zu, die auf besonders einfache und günstige Weise ihre letzte Ruhe finden. Zum anderen werden Abschied und Gedenken persönlicher. Beide Trends folgen dem Wunsch nach Selbstbestimmung: „Was ist wirklich wichtig und worauf kann ich verzichten?“ Es ist kein Widerspruch, wenn zum Beispiel eine Familie bewusst auf den teuren Sarg verzichtet, aber viel Wert auf die Gestaltung einer persönlichen Trauerfeier legt.

Immer mehr Feuerbestattungen

Besonders deutlich zeigen sich die tiefgreifenden Veränderungen der Bestattungskultur am bundesweiten Anteil der Feuerbestattungen. Wurde vor 25 Jahren nur ungefähr ein Drittel der Verstorbenen eingeäschert, hat sich das Verhältnis mittlerweile umgekehrt – mit weiter steigender Tendenz. Feuerbestattungen sind im Gesamtpaket meist günstiger, insbesondere bei den Friedhofsgebühren oder dem Grabmal – welches je nach Art der Ruhestätte auch ganz entfällt. Darüber hinaus bietet eine Einäscherung im Anschluss weitaus mehr Beisetzungsmöglichkeiten als eine Bestattung im Sarg. Oft ist dann auch keine Grabpflege notwendig, die heutzutage von Angehörigen häufig nicht mehr geleistet werden kann. Was sind die neuen Möglichkeiten? Zum einen ist da die Konkurrenz außerhalb klassischer Friedhöfe. 2001 wurde der erste Bestattungswald Deutschlands eröffnet, ein speziell ausgewiesenes Waldstück, in dem die Asche Verstorbener unter Bäumen beigesetzt wird. Mittlerweile gibt es ungefähr 200 Bestattungswälder verschiedener Anbieter*innen. Verzehnfacht hat sich in den letzten 25 Jahren die Zahl der Seebestattungen in Form von Urnenbeisetzung auf Nord- und Ostsee auf jährlich circa 20.000. Zunehmend beliebt ist auch die Beisetzung von Urnen in ehemaligen, nicht mehr für Gottesdienste benötigten Kirchen. 2004 wurde das Konzept der Urnenkirche zum ersten Mal umgesetzt, mittlerweile gibt es bundesweit mehr als 40 solcher Angebote. Einige Urnenkirchen wurden bereits erweitert, weitere sind geplant.

Friedhöfe bleiben attraktiv

Noch werden in Deutschland über 90 Prozent der Verstorbenen auf Friedhöfen beigesetzt. Dort hat sich jedoch viel verändert. Sehr beliebt und immer öfter zu finden sind verschiedene Arten von Gemeinschaftsgrabanlagen. Dabei wird ein bestimmter Bereich des Friedhofs einheitlich gärtnerisch gestaltet, in der Abkehr von den klassischen Grabreihen. Innerhalb dieser optisch ansprechenden Anlagen finden zahlreiche Verstorbene, meist in Urnen, selten in Särgen, ihre letzte Ruhe. Die Grabstätten werden entweder einzeln namentlich gekennzeichnet oder die Namen an einem gemeinsamen Grabmal vermerkt. Die Grabpflege ist in den Kosten enthalten. Manchmal richten sich solche Angebote auch nur an bestimmte Gruppen. So gibt es in Gelsenkirchen ein Grabfeld für Fans des FC Schalke 04 oder in Hamburg eines für die des dort ansässigen HSV. Des Weiteren bieten immer mehr Friedhöfe zum Beispiel Beisetzungen in Urnenwänden, in Rasengräbern oder auch unter Bäumen an. Gleichzeitig lässt sich beobachten, dass Grabmale auf klassischen Grabstätten zunehmend individueller werden, auch wenn es aufgrund strenger Gestal-



tungsvorschriften in vielen Friedhofssatzungen hier immer wieder zu Problemen kommt. Immer weniger Bestattungen werden kirchlich begleitet, nur noch etwas mehr als die Hälfte. Viele Menschen suchen nach persönlicheren Ritualen, immer mehr Bestatter*innen helfen dabei. Bei Trauerfeiern zeigt sich dies besonders deutlich, weil hier keine gesetzlichen Vorschriften einschränken. Dass beim Abschied die Lieblingsmusik Verstorbener läuft, ist mittlerweile nichts Besonderes mehr. Andere Rituale finden zunehmend mehr Verbreitung wie beispielsweise das Bemalen des Sarges.

Gesetze bevormunden

Vielen Trauernden wird es jedoch weiterhin schwer gemacht, persönliche Abschiedsrituale auszuleben. In Deutschland herrscht anders als in den meisten anderen Ländern Friedhofszwang. Verstorbene müssen – bis auf die oben genannten Ausnahmen und eine liberalere Regelung im Bundesland Bremen zur Beisetzung auf dem eigenen Grundstück – auf Friedhöfen beigesetzt werden. Die Asche in der freien Natur zu streuen oder zu Hause aufzubewahren, ist nicht erlaubt. Rechtlich umstritten sind – in der Praxis weit verbreitete – Erinnerungsformen wie Amulette mit kleinen Teilen der Asche Verstorbener. Als Folge der strengen Vorschriften wählen viele Menschen den Umweg über das Ausland. In den Niederlanden zum Beispiel kann die Asche Verstorbener legal ausgehändigt werden. Auf deutschem Boden gilt zwar wieder deutsches Recht, aber dennoch wird hierzulande eine unbekannte Zahl an Urnen zu Hause aufbewahrt beziehungsweise wurde die Asche gemäß den Wünschen Verstorbener irgendwo verstreut. Bestehende Vorschriften werden regelmäßig ignoriert. Wünschenswert wäre es jedoch, ließen sich solche Wünsche legal umsetzen. Hier ignorieren die Bestattungsgesetze den vorhandenen gesellschaftlichen Wandel. Ausdrück des Misstrauens gegenüber Trauernden ist beispielsweise auch das in der Hälfte der Bundesländer vorherrschende Verbot des Urnentransports durch Angehörige. Ihnen wird es nicht erlaubt, die Urne verstorbener Angehöriger selbst zum Ort der

Beisetzung zu bringen. Gelockert haben immerhin fast alle Bundesländer bis auf Bayern, Sachsen und Sachsen-Anhalt den Sargzwang, sodass dort Bestattungen in Leichentüchern aus religiösen Gründen – zum Beispiel für Muslime – möglich sind. Hier wäre es wünschenswert, wenn weitere Bundesländer den guten Beispielen folgen und entsprechende Gesetze dem gesellschaftlichen Wandel und dem Wunsch nach Selbstbestimmung folgen.

Literatur beim Verfasser

ALEXANDER HELBACH, Aeternitas e.V. – Verbraucherinitiative Bestattungskultur, Dollendorfer Straße 72, 53639 Königswinter, Tel.: (0 22 44) 92 53 85, E-Mail: alexander.helbach@aeternitas.de

CARMEN BREUCKMANN-GIERTZ

There is no life without hope to heaven Vom Sterben und Leben lernen in Tansania

Der Tag beginnt frühmorgens, wenn die Sonne aufgeht. Weil es in Tansania weder morgens noch abends eine Dämmerung gibt, taucht die afrikanische Sonne das Hinterland schon früh mit Tagesbeginn in ihr Licht und lässt die vielfältigen Farben der Natur erstrahlen. Mensch und Tier stehen mit der Sonne auf – auch Imelda. Sie versorgt auf ihrem kleinen Hof, den sie erst seit wenigen Jahren rund um ihr kleines selbst errichtetes Häuschen bestellt, fünf Schweine, zwei Kühe und jede Menge Hühner. In Zukunft sollen auch noch Fische dazukommen. Einen kleinen Teich möchte sie dafür anlegen und dort Fische züchten, um sie auf dem Markt zu verkaufen. So besteht ihr Tagesverlauf vom ersten Moment an aus der Sorge für die ihr anvertrauten Tiere wie Menschen. Dieses Tagwerk endet, wenn die Sonne untergeht. Wieder ohne Dämmerung. Ruhe kehrt ein im Hinterland Tansanias. Von gleichmäßiger, rhythmisierender Kontinuität ist dieser Alltagsverlauf geprägt, als würde er damit den Lebenskreislauf in seinen widersprüchlichen und zugleich zusammengehörenden Kräften in unmissverständlicher, natürlicher Weise abbilden. Der Mensch geht mit ihm hier in einer Selbstverständlichkeit um und richtet sich nach ihm aus, weil er ihn seit jeher kennt. Dieser Kreislauf ist bestimmt von den Kräften der Natur, von Hell und Dunkel, Tag und Nacht, Tanz und Stille, Freude und Trauer, Zukunft und Vergangenheit, Leben und Tod.

Keine Zukunft ohne Vergangenheit

Zukunft – eine Vorstellung, die Imelda nicht ohne ihre Vergangenheit denkt. Die Zäsuren des Lebens werden ernst genommen. So gehört zu ihrer Vergangenheit nicht nur, dass sie selbst glückliche Mutter von drei Kindern ist, die sie in einem kleinen Ort im Hinterland Tansanias großgezogen hat. Sie beinhaltet auch, dass sie ihr erstes Kind, ihre Tochter Renate, im Alter von 26 Jahren an Malaria erkrankt, in den Tod begleiten musste. Diese Vergangenheit legt Imelda bis heute einen Tränenschleier in die Augen. Sie ist eine trauernde Mutter. Eine Lebenszäsur, die sie bis heute fordert. Aber eben nicht nur in der Bewältigung ihrer Trauer, sondern auch in der Haltung, die sie mit Renate, seitdem sie geboren wurde, gelebt und die sie ihr über den Tod hinaus versprochen hat: »Care for peace in your heart not to be angry.« Das meint so viel wie »Sorge für



Frieden in deinem Herzen, um nicht verbittert zu werden.« Die Vergangenheit ernst zu nehmen, um sich der Zukunft zu stellen, bedeutet im tansanischen Sinne, sich in jeder neuen Gegenwart um ein friedvolles Leben zu bemühen – nicht ungeachtet seiner Grenzen und Widersprüchlichkeiten, sondern unter Annahme dessen. Einer Demut vor dem Leben gleich ist es dieser tansanischen Lebenshaltung also nicht fremd, Anstrengung, Schwere, Entbehrung oder Traurigkeit zu erleben, sogar zu bejahen. Aber es ist ebenso kein Widerspruch dazu, dennoch – oder vielleicht gerade deswegen – ganz intensiv zu leben, zu lachen, zu lieben.

Kein Sterben ohne Leben

Von den Wamatengo, dem Stamm im Westen Tansanias, nahe dem Lake Njassa, sagt man, dass diese Menschen nicht nur in aller Intensität leben, sondern ebenso intensiv, aber sehr leise sterben. Als Gebot der Stunde gilt, einen Sterbenden niemals alleine zu lassen. Daher wird, sobald jemand so ernst erkrankt ist, dass mit seinem Tod zu rechnen ist, dafür gesorgt, dass Abschiednehmen möglich ist – für den Versterbenden und für die Lebenden. Alle Freunde und Verwandte werden informiert und sie versuchen, es möglich zu machen, rechtzeitig da zu sein. Man versammelt sich in der Hütte bei ihm*ihr und verharrt in Stille in seiner*ihrer Nähe. Zugleich wird der Tod nicht verschwiegen. Der*die Sterbende selbst weiß zwar meist früher als alle anderen, wie es um ihn*sie steht – nicht selten auch lange, bevor ein*e Ärzt*in sich dazu geäußert hat. Aber auch die Gemeinschaft, die in aller Ruhe und sehr schweigsam versammelt ist, macht der Tod nicht sprachlos. In ihrer ganz eigenen Weise weichen sie nicht aus, sondern stellen sich dieser Lebenszäsur, indem sie kommen und bleiben. Währenddessen sprechen sie über die Situation des Sterbens und der Trauer, indem sie sich über das Leben des Versterbenden austauschen, gemeinsam Erlebtes erinnern, beten oder leise singen, den Tod beklagen. Der*die Sterbende selbst ist dabei, als Lebende*r bis zum Schluss. Meist ist er*sie ganz still, und

doch mit all den ihm*ihr verbliebenen Sinnen wach. Wieder also scheinbare Widersprüchlichkeiten, die zu einem Ganzen des Lebens – auch an dessen Ende – gegossen werden. Ein*e Sterbende*r – eine Hütte voller Menschen, die Anteil nehmen und begleiten – und in dieser Fülle: Stille. Fragt man Imelda nach der Bedeutung dessen, erklärt sie in der ihr eigenen Weise und der Weisheit einer 68-jährigen Afrikanerin, wie sehr alle im Gebet versunken sind, um den*die Sterbende*n damit in den Himmel zu begleiten. Mehr als in anderen Kulturen, so schildert sie, sind die tansanischen Menschen bis heute von der Ewigkeit, die jedem Menschen zugesagt ist, überzeugt: »There is no life without hope to heaven.«

Zum Ausdruck dieser Hoffnung auf das Leben und den Himmel leben die Wamatengo bis heute in der Zeit der Trauer nach dem Tod im biblischen Rhythmus der 40 Tage, die für Jesus in seinen 40 Wüstentagen ebenso wie für das Volk Israel auf seiner 40-jährigen Wanderung unter der Verheißung des gelobten Landes von hoher Symbolkraft waren: Wüstenzeiten sind Momente der Entbehrung und des Zweifels, des Ringens und Suchens, aber auch der neuen Erkenntnisse und der Klärung. Haben Nachbarn, Freunde und Verwandte den*die Sterbende*n begleitet und dessen Familie vor Ort unterstützt, indem sie mit ihnen getrauert und für die Hinterbliebenen gesorgt haben, so wird nach 40 Tagen von der Familie zum Fest der Ewigkeit eingeladen und gefeiert, dass der*die Verstorbene nun dort angekommen ist. Leben und Sterben, Beten und Tanzen, Weinen und Lachen sind Ausdruck dieses Lebensrhythmus – Widersprüchlichkeiten des Lebens, verwandelt in ein Ganzes. Eine Dämmerung gibt es nicht – nicht zwischen Sonne und Mond und auch nicht im Lebensalltag.

Literatur bei der Verfasserin

DR. CARMEN BREUCKMANN-GIERTZ, Vorsitzende der Hospiz Stiftung Niedersachsen, Kirchröder Straße 44, 30625 Hannover, Tel.: (05 11) 535 32 08, E-Mail: dr.breuckmann-hospizmeppen@gmx.de

JULIA VON HAYEK, KERSTIN SCHLÖGL-FLIERL

Auf das Sterben vorbereitet sein Advance Care Planning in der Praxis am Beispiel Pflegeheim

Nicht mehr der plötzliche Tod ist heute die Regel, sondern der lang andauernde, vorbereitete und von unterschiedlichen Personen bestmöglich gestaltete Sterbeprozess. Dabei hängt das »Wie« dieses Sterbens auch davon ab, wo es sich vollzieht. Denn je nach Qualifikation der am Sterbeprozess beteiligten Personen sowie den Gegebenheiten vor Ort, werden Notfallsituationen unterschiedlich »gemanagt«, An- und Zugehörige verschieden einbezogen und dem vielfach geforderten Anspruch auf Selbstbestimmung unterschiedlich Rechnung getragen. Um in dieser vulnerablen Phase die Menschen zu stärken und bestmöglich an allen Orten des Sterbens zu versorgen und dennoch ihrem tatsächlichen und – bei Einwilligungsunfähigkeit – dem mutmaßlichen Willen zu entsprechen, wurde 2009 das Instrument der Patientenverfügung als rechtlich verbindliche Form dieser Willensbekundung eingeführt.

Gesundheitliche Vorausplanung statt Patientenverfügung

Allerdings hat die Praxis gezeigt, dass die Patientenverfügung, wie sie den Ärzt*innen vorliegt, in ihren verschiedenen Varianten auf den konkreten Fall nicht immer passt beziehungsweise sie im Notfall nicht (so schnell) auffindbar ist. Auch die Verbreitung der Patientenverfügung ist je nach Kontext anders und nicht wenigen fällt es schwer, die Situationen am Lebensende zu antizipieren. Schließlich ist die Möglichkeit eines Widerrufs zwar vorgesehen, jedoch unter Umständen nicht spannungsfrei zu vorherigen Festlegungen. Um diese für alle Seiten schwierige Situation zu deeskalieren, wurde das bereits länger im angelsächsischen Raum eingeführte Instrument Advance Care Planning (ACP) in Deutschland implementiert – ins Deutsche unter anderem übersetzt mit »gesundheitlicher Vorausplanung« oder »Vorausplanung der gesundheitlichen Versorgung«.

Unbenommen dessen, dass die deutsche Sprache den zentralen Sorgegedanken weniger transportiert, ist diese Planung auf mehrere Gesprächsrunden hin konzipiert, weil es um einen längeren Beratungsprozess geht. Zwar werden auch gewünschte medizinische Maßnahmen von einer*m für ACP ausgebildeten professionellen Gesprächsbegleiter*in erläutert, im Fokus jedoch steht die Person, die hier umsorgt wird, indem genauestens vorgesorgt wird: Es geht um die Diskussion grundlegender Werte, persönlicher Themen, Beziehungsklärungen und Selbstbestimmung, die auch dazu führen können, das Leben und die Behandlungsplanung zu rekonfigurieren. Vor allem der Sorgegedanke soll inhaltlich weitergetragen werden, was je nach Ort unterschiedlich gelingen oder auch misslingen kann. Beispielsweise zeigt sich ein*e Bewohner*in eines Heims bisweilen zu Beginn seines* ihres Einzugs bei diesem Thema aus Sicht der Mitarbeiter*innen abwehrend bis aggressiv. Eine dem*der Bewohner*in unterstellte Tabuisierung des Themas »Sterben« und die daraufhin verweigerte Auseinandersetzung damit könnten eine mögliche Erklärung durch die Mitarbeiter*innen sein. Eine andere allerdings könnte sich darauf beziehen, dass ein Einblick in die eigenen letzten Wünsche und Bedürfnisse einer Organisation wie dem »Heim« zu Beginn eines Einzugs (noch) nicht gewährt werden will. Denn dort, wo noch keine Vertrautheit vorherrscht, anders als eventuell im Zuhause, ist Offenheit gegenüber privaten Themen (noch) nicht möglich.

Beziehungs- und Vertrauensarbeit als Basis für den ACP-Prozess

Erscheint die letztere Deutung plausibel, wäre weniger an der Bewusstwerdung der Thematik zu arbeiten, sondern die Beziehungsarbeit von den Mitarbeiter*innen zu den Bewohner*innen und deren An- und Zugehörigen sollte im Zentrum stehen. Smalltalk mit den Bewohner*innen, beispielsweise bei gemeinsamen alltäglichen Verrichtungen wie etwa während der Grundpflege, könnten dann dazu beitragen, Vertrauen herzustellen sowie Wünsche und Bedürfnisse quasi nebenbei zu ermitteln, die auf diese Weise in einen umfangreicher verstandenen ACP-Prozess einfließen könnten. Als ebenso hilfreich erweisen sich An- und Zugehörige und andere Heimbewohner*innen im Sinne weiterer Auskunftsinstanzen über den zu ermittelnden Willen der Bewohner*innen sowie die Erfahrung und die Einschätzung der Mitarbeiter*innen. In einem Heim bedarf es dann vor allem »Menschenkenntnis« der dort tätigen Mitarbeiter*innen, die aber bestenfalls nicht



zufällig einer Person zu eigen ist, sondern als professionelle Haltung an die Pflegekraft etwa durch geeignete Qualifizierungsmaßnahmen zu vermitteln ist. Eine wesentliche Aufgabe der Mitarbeiter*innen besteht daher in der zu leistenden Beziehungs- und Vertrauensarbeit als Teil einer umfassenden Sorgeskultur im Heim. Eine solche allerdings benötigt Zeit, die bei den zunehmenden Kurzzeitpflegefällen, die heute in den Heimen zu verzeichnen sind, häufig nicht vorhanden ist. Bei aller Wichtigkeit der Behandlungsentscheidungen am Lebensende stehen vor allem die grundsätzlichen Wünsche für ein menschenwürdiges Sterben im Vordergrund und weniger spezifische ethische Dilemma-Situationen.

Resümee

Abschließend ist zu konstatieren, dass die durch ACP gewonnene Wertkommunikation verschiedenen Akteur*innen Sicherheit für zukünftige Entscheidungen bietet, die unter Umständen auch stellvertretend getroffen werden müssen. Die damit verbundene, nach Art und Umfang je nach Ort des Sterbengeschehens, angepasste Sorgearbeit ist anzustreben, während sich formalisierte Prozesse wie etwa Palliativbögen lediglich komplementär einsetzen lassen. Versteht man Autonomie als relational, den Menschen als soziales Wesen eingebettet in Beziehungen, so kann das Hinzuziehen der An- und Zugehörigen beziehungsweise der designierten Vertreter*innen als sehr positiv gesehen werden. Wichtig ist, dass man nicht überplant, sondern vorbereitet sein sollte. Hier ist die Gradwanderung sicherlich nicht immer einfach und jede Vorausplanung, die die besonderen Gegebenheiten vor Ort im Blick behält und während des Sterbengeschehens berücksichtigt, nur noch begrenzt möglich. Und schließlich ist grundsätzlich zu fragen, wie das Recht auf Nichtwissen in Gestalt eines Rechts auf Nicht-planen-Müssen weiterhin gewährleistet werden kann.

Literatur bei den Verfasserinnen

PROF. DR. KERSTIN SCHLÖGL-FLIERL, Universität Augsburg,
Katholisch-Theologische Fakultät, Lehrstuhl für Moraltheologie
Universitätsstraße 10, 86159 Augsburg, Tel.: (08 21) 5 98 26 36
DR. JULIA VON HAYEK, Wissenschaftliche Geschäftsführerin,
Universität Augsburg, ZIG – Zentrum für Interdisziplinäre
Gesundheitsforschung, Tel.: (08 21) 5 98 54 90,
E-Mail: von-hayek@zig.uni-augsburg.de



HARTMUT KREß

Freitod und Suizidbegleitung von Patient*innen Selbstbestimmung als Maßstab

In den letzten Jahren ist es in der Bundesrepublik Deutschland rechtspolitisch neu zur Streitfrage geworden, ob und unter welchen Umständen sich ein schwerkranker Mensch aus eigenem Entschluss das Leben nehmen darf. Dabei geht es um eine vergleichsweise kleine Anzahl von Menschen, nämlich um Patient*innen, deren Krankheiten nicht mehr heilbar sind. Die Betroffenen halten ihr Leiden sowie das ihnen bevorstehende Sterbeschicksal für unvereinbar mit ihrer Menschenwürde. Gegebenenfalls lehnen sie es aus Gründen ihrer persönlichen Selbstachtung oder aus sonstigen Motiven auch ab, von palliativer Versorgung abhängig zu werden oder sich palliativ sedieren zu lassen. Stattdessen ziehen sie es vor, sich eigenverantwortlich das Leben zu nehmen, um ihrer persönlichen Überzeugung gemäß so weit wie möglich in Würde zu sterben. Damit eine solche Lebensbeendigung nicht in grausamer oder brachialer Weise erfolgt, benötigen sie Unterstützung, vor allem indem ihnen ein wirksames Medikament verschrieben wird. Hierzu sind sie in der Regel auf ärztliche Hilfe angewiesen.

Das neue strafrechtliche Verbot: ein Rückfall hinter die Aufklärung

Am 6. November 2015 hat der Deutsche Bundestag der Möglichkeit, sich bei einem solchen freiverantwortlichen Suizid unterstützen zu lassen, allerdings einen Riegel vorgeschoben. Denn er hat das Strafgesetzbuch um den § 217 ergänzt, der die »geschäftsmäßige« Mithilfe bei einer Selbsttötung unter Strafe stellt. Das Gesetz ist äußerst unklar formuliert. Im Ergebnis bedeutet es, dass in Deutschland keine Sterbehilfeorganisation, aber praktisch auch kein*e Ärzt*in den Wunsch von Patient*innen mehr erfüllen darf, ihnen bei einer Selbsttötung beizustehen. Durch das Gesetz ist es sogar zum Problem geworden, dass Patient*innen überhaupt Ärzt*innen ins Ver-

trauen ziehen und um ein offenes Gespräch bitten. Ferner hat es sich strafrechtlich unter anderem zum Drahtseilakt entwickelt, ob Ärzt*innen – wie bisher – schwersterkrankte Patient*innen betreuen dürfen, die aus eigener Initiative, freiwillig auf Nahrung und Flüssigkeit verzichten, um ihr Leben zu beenden (»passiver Suizid«). Das neue Gesetz ist doppelbödig. Patient*innen, die zum Suizid entschlossen sind, werden von Staats wegen dazu gedrängt, beispielsweise in die Schweiz zu fahren. Im südlichen Nachbarland ist Suizidbegleitung unter eingrenzenden Bedingungen auch für Menschen aus dem Ausland zulässig. In der Bundesrepublik Deutschland wurde das Gesetz gegen den praktisch einhelligen Widerspruch der hier lehrenden Strafrechtswissenschaftler*innen verabschiedet. Über die Verfassungsbeschwerden, die eingelegt worden sind, hat das Bundesverfassungsgericht mit Stand Januar 2019 noch nicht entschieden. Rechts- und kulturgeschichtlich stellt das Gesetz auf jeden Fall einen epochalen Rückschritt dar. In der Aufklärung hatte sich die Einsicht durchgesetzt, dass der Leib und das Leben der Menschen staatlicher Verfügung entzogen sind. Stattdessen bilden sie das Eigentum der Einzelnen selbst. Aufgrund dieser Einsicht wurde seit dem 18. Jahrhundert staatspolitisch zum Beispiel das Recht jedes Menschen auf Auswanderung akzeptiert; überdies wurden nun auch die Selbsttötung und die Beihilfe straffrei gestellt. Einen ersten Durchbruch markierte es in Preußen, indem seit 1751 sogenannte Selbstmörder ehrenhaft bestattet werden durften. Im Reichsstrafgesetzbuch von 1871 blieben Suizid und Suizidbeihilfe straffrei. Mit dieser liberalen Rechtstradition, die sich der Aufklärung verdankt, hat das 2015 beschlossene Verbotsgesetz gebrochen.

Freitod angesichts von Krankheit aus ethischer Sicht

Ethisch sind der Suizid angesichts schwerer Krankheit sowie die ärztliche Suizidbegleitung bereits in der Antike bedacht worden. Aktuell hat das Thema aber deshalb einen sehr hohen Stellenwert erlangt, weil der moderne medizinische Fortschritt zur Kehrseite haben kann, dass menschliches Leben sinnentleert künstlich verlängert wird. Wenn manche Menschen den Ausweg erwägen, ihrem Leben eigen- und freiverantwortet ein Ende zu setzen, können sie sich ethisch und grundrechtlich auf ihr Selbstbestimmungsrecht und ihre Persönlichkeitsrechte berufen. Mit einem Begriff, der vor circa 100 Jahren von dem Sprachphilosophen Fritz Mauthner geprägt worden ist, kann man auch vom Freitod sprechen.

Bei all dem ist zu beachten, dass das menschliche Leben ein fundamentales Gut bildet. Daher sind Staat und Gesellschaft zur Suizidprävention verpflichtet. Verantwortungsethisch ist es geboten, Menschen davon abzubringen, sich aus Depression, Einsamkeit, Verzweiflung oder im Affekt das Leben zu nehmen. Doch auch bei einem Suizid, den schwerkranke Patient*innen rational geplant anstreben, ist zu bedenken, dass die Handlung irreversibel ist. Zudem belastet sie unter Umständen die Angehörigen, die den Suizid miterleben.

Deshalb sollte für Menschen, die einen solchen Schritt erwägen, und für ihre Angehörigen die Möglichkeit geschaffen werden, sich in ihrer konkreten Lage psychosozial und ethisch beraten zu lassen. Wären Angebote psychosozialer Beratung und Begleitung in Deutschland niedrigschwellig zugänglich, würde dies dazu beitragen, den Freitod von Patient*innen aus der bisherigen Grauzone des Verschweigens, der moralischen Vorurteile und der Intransparenz herauszuholen. Wenn man in diese Richtung denkt, kann man Regelungen aufgrei-



fen und weiterentwickeln, die in anderen Staaten bereits vorhanden sind. So ist die medizinische Assistenz zum Suizid im US-Bundesstaat Oregon schon 1997 durch Gesetz gestattet, normiert und geregelt worden. Die derzeit in Deutschland herrschende Situation – ein unklar formuliertes staatliches Verbotsgesetz, ergänzt um restriktive Verwaltungsakte – ist als staatlicher Moralpaternalismus zu kritisieren und sollte aus ethischen sowie rechtsstaatlichen Gründen, insbesondere aus Respekt vor den Persönlichkeitsrechten der einzelnen Menschen, zügig überwunden werden.

Literatur beim Verfasser

PROF. DR. HARTMUT KREß, Universität Bonn, Lehrstuhl Sozialethik,
Am Hof 1, 53113 Bonn, E-Mail: hkress@uni-bonn.de

ARMIN GISSEL

Trauer und Umgang mit Tod bei Menschen mit geistiger Behinderung

In der Arbeit mit Menschen mit Behinderung (MmB) gewinnt das Thema »Tod – Sterben – Trauer« eine immer größere Bedeutung. Etwa seit Beginn des Jahrzehnts gibt es auch bei MmB so etwas wie ein »normales Sterben«. Man stirbt, weil man alt geworden ist, schwach oder schwer erkrankt ist. Dies gab es bisher so nur vereinzelt, da MmB kaum ein hohes Alter erreichten, da die meisten von ihnen in der Zeit des Nationalsozialismus ermordet wurden.

Es ist eine Herausforderung, MmB bei Tod und Trauer professionell zu begleiten. Menschen mit geistiger Behinderung reagieren sehr unterschiedlich auf Verluste: manchmal überhaupt nicht, mitunter völlig kühl, kalt, nüchtern oder bizarr, spontan und auffällig. Gelegentlich kommen uns die Reaktionen bekannt und vertraut vor und manchmal eben nicht.

Was ist hilfreich für die Trauer- und Sterbebegleitung von Menschen mit geistiger Behinderung?

Der Tod muss ein Gesicht haben. Menschen mit geistiger Behinderung benötigen ein Bild, um eine praktische Vorstellung zu bekommen. Sie sollten an der Beerdigung teilneh-

men, den Sarg oder die Urne sehen, sie auch anfassen dürfen und gemeinsam zum Grab gehen. Wenn der Tod kein Gesicht bekommt, wenn es MmB verweigert wird, zu trauern, weil sie nicht über den Tod eines nahestehenden Menschen informiert werden und nicht an seiner Trauerfeier teilnehmen dürfen, dann wird es sehr schwer, den Tod des geliebten Menschen zu vermitteln.

Ein Praxisbeispiel: Die alte Mutter eines schwerstbehinderten erwachsenen Bewohners, die bisher regelmäßig an einem bestimmten Wochentag zum Besuch in die Wohnstätte kam, ist verstorben. Die Angehörigen haben dies den Mitarbeitenden der Wohnstätte erst nach der Beisetzung mitgeteilt. Es bestand keine Gelegenheit für den schwerstbehinderten Sohn, an der Beerdigung seiner Mutter teilzunehmen und von ihr Abschied zu nehmen. Der Bewohner, Herr M., hat mit großer Unruhe, heftiger Aggression gegen sich selbst und gegen andere reagiert. Die Mitarbeiter*innen fragen, was sie tun können, um die Lage für ihren Bewohner erträglicher zu gestalten, ihm so etwas wie ein »normales« Trauern zu ermöglichen. Nach einem sehr langen Gespräch wurde entschieden, eine Trauerfeier zu inszenieren und die verstorbene Mutter gewissermaßen noch einmal zu beerdigen. Herr M. kannte das Grab seines Vaters, wo nun auch seine Mutter beigesetzt worden ist. Zusammen mit einigen Mitarbeiter*innen aus der Wohnstätte sollte Herr M. hier die Gelegenheit haben, von seiner verstorbenen Mutter Abschied zu nehmen. Am Grab wurde ein großes Foto von Herrn M.s verstorbener Mutter aufgestellt. Gemeinsam wurde ein Blumenstrauß niedergelegt und seine Mutter noch einmal »beerdigt«. Herr M. hat geweint und geschrien, ist aufgeregt auf dem Friedhof herumgelaufen und erst sehr viel später wieder ruhiger geworden, als gemeinsam zum Trauerkaffee in ein Café gegangen wurde. Der Eindruck entstand, dass er verstanden hatte, dass seine Mutter gestorben ist und ihn nun in der Wohnstätte nicht mehr besuchen kann. Darüber ist er sehr traurig und manchmal auch sehr zornig. Die Mitarbeiter*innen haben nach einigen Wochen berichtet, wie gut ihm diese Trauerfeier getan habe und dass er nun trauern könne. Zu Beginn war dies eine Verlegenheitslösung, die jedoch mit der Zeit und nach mehrfachen Praktizieren eine sehr gute und für Betroffene hilfreiche Lösung bietet und einen ganz normalen Trauerprozess in Gang setzen kann.

Dies zeigt, dass der abstrakte Begriff »Tod« nicht nur ein Gesicht erhalten muss, er muss auch eine Kontur haben, eine konkrete Form, er muss »be-greifbar« werden, damit das Unbenennbare benennbar wird. Wenn ein MmB gestorben ist, erweist es sich für die Mitbewohner*innen in der Wohnstätte stets als hilfreich, den Toten zu sehen, ihn auch zu berühren, zu fühlen, dass er jetzt kalt ist. Es sollte ihnen ermöglicht werden, Abschied zu nehmen – am Sterbebett oder am offenen Sarg.

Symbole und Rituale in der Trauerarbeit mit MmB

Es gibt unendlich viele Symbole, ganz persönliche oder kollektive, die für viele Menschen gelten. Symbole helfen beim Erinnern, können unsere Gefühle auf ganz eigene und besondere Weise betonen und verdeutlichen. Wenn wir eine lebendige Beziehung zu ihnen haben, wirken sie auf positive Weise für uns. Sie verdichten, bringen Dinge auf den Punkt, die wir auch mit vielen Worten nur schwer beschreiben können. Symbole helfen, wenn wir uns mit Dingen und Ereignissen in unserem

Leben, die uns Angst machen, befassen und die wir nur schwer aushalten können. Rituale begleiten uns durch das gesamte Leben. Seit Urzeiten haben Menschen Rituale entwickelt und gestaltet, die helfen, das Leben zu meistern – von der Geburt bis zum Tod. Sie sind wichtige Lebensbegleiter. Durch ihre Wiederholung schaffen sie Vertrautheit und geben Halt.

Ein Praxisbeispiel: Wenn in einer Wohnstätte für MmB von einem*r Verstorbenen Abschied genommen wird, versammeln sich die Mitbewohner*innen, denken und erinnern an diesen Menschen, sind gemeinsam traurig und spielen das Lieblingslied des*der Verstorbenen. In der Mitte des Raumes werden Gegenstände platziert, die im direkten Zusammenhang mit dem*r Verstorbenen stehen. Der Reihe nach werden Kerzen angezündet und es können Abschiedsworte dazu gesprochen werden. Es folgt Gebet oder Text mit Blick auf den*die Verstorbene*n und die Bleibenden. Die Gegenstände werden von der Mitte auf einen Tisch gebracht, der mit den Sachen noch einige Wochen so stehen bleiben wird.

Rituale sind in der Regel nichts Rationales, was wir mit unserem Verstand erfassen, sie berühren uns auf einer anderen Ebene, sie berühren unsere Seele. Rituale geben uns Kraft und schaffen Gemeinschaft, gerade in so schwierigen Situationen wie jener des Abschiednehmens. Gerade für MmB haben Symbole und Rituale eine ganz besondere Bedeutung.

Literatur beim Verfasser

ARMIN GISSEL, Pfarrer und Leiter der Evangelischen Behindertenseelsorge Gießen, Südanlage 13, 35390 Gießen, Lehrbeauftragter der Justus-Liebig-Universität Gießen, Institut für Förderpädagogik und inklusive Bildung, E-Mail: armin.gissel@me.com

JUTTA NEUKIRCHEN

Kinder trauern anders – aber wie?

Abschied nehmen ist sehr schwer, egal in welchem Alter, in welcher Situation oder von wem. Und jeder einzelne Mensch geht anders mit Abschied und dem damit verbundenen Schmerz um. Trotzdem lassen sich auch in den Unterschieden Verallgemeinerungen finden, die es Menschen ermöglichen, zu verstehen, um Trauernde zu begleiten oder ihnen zu begegnen. Kinder in ihrer Trauer zu begleiten, kann eine Herausforderung sein, bedarf aber immer des Wissens, dass die persönliche Geschichte sowie eigene Erfahrungen wie Ängste, Zweifel oder Tabus Teil dieser Begleitung sind. Deswegen wird jede Begleitung und jeder einzelne Kontakt mit einem Kind, das trauert, ein individuelles und einzigartiges Ereignis sein. Die Trauer eines Kindes ist abhängig von unterschiedlichen Komponenten: Ausschlaggebend sind der jeweilige kognitive und emotionale Entwicklungsstand, die persönliche Lebenssituation, also das Umfeld, in dem das Kind lebt, und die individuellen Fähigkeiten. Auch das Alter des Kindes, der Zugang zu Informationen über das Geschehene und einzelne Lebensereignisse wie bereits erlebte Verluste oder persönliche Bindungserfahrungen bedingen die Trauer. Von besonderer Bedeutung ist diesbezüglich aber die jeweilige Resilienz, also Selbstbewusstsein, Selbstwirksamkeit und Selbstvertrauen.



Klarheit und Ehrlichkeit sind essenziell

Expert*innen weisen immer wieder darauf hin, wie wichtig es ist, ehrlich mit Kindern zu sein und sie nicht aus falsch verstandenem Schutzwillen von den Ereignissen auszuschließen. Dies geschieht häufig bei der Frage, ob gerade kleine Kinder an einer Beerdigung eines ihnen nahestehenden Menschen teilnehmen sollten. Der Rat hier lautet, Kinder mitzunehmen, denn so wird ihnen vermittelt, dass sie in ihrer Trauer ernst genommen werden, und es ist ihnen möglich, Abschied zu nehmen. Viele Erwachsene, die als Kinder von Beerdigungen nahestehender Menschen ferngehalten wurden, berichten, dass sie nie das Gefühl bekommen haben, abschließen zu können. Allerdings empfiehlt es sich, den Kindern eine Auszeit zu ermöglichen, wenn es nötig erscheint – zum Beispiel mithilfe von Menschen, die der*dem Verstorbenen eventuell nicht ganz so nahe stehen und die sich bereit erklären, die Beerdigung mit den Kindern zu verlassen oder sich mit ihnen anderweitig zu beschäftigen, wenn sich zeigt, dass die Situation sie zu überfordern droht. Trauernde Jugendliche profitieren von Gleichaltrigen, von Freunden oder anderen ihnen nahestehenden Jugendlichen, die sie auffangen können.

Wichtig sind sowohl für Kinder als auch für Jugendliche ehrliche Informationen, denen sie trauern können. Außerdem sind klare Formulierungen notwendig: Die Oma ist nicht »eingeschlafen«, sondern sie ist tot, nicht mehr lebendig. Erklärungen über Abläufe und Zusammenhänge sind insbesondere für Schulkinder hilfreich, da diese oft nach besonders detaillierten Informationen fragen. Oft müssen Erklärungen auch mehrfach gegeben werden. Unterstützen können hierbei Bücher sowie andere Medien. Ehrlichkeit in Bezug auf die eigene Trauer der Erwachsenen hilft Kindern, zu lernen, dass Trauern und Traurig-Sein erlaubt sind und zum Leben gehören.

Den Trauerprozess aus Sicht der Kinder begreifen und begleiten

Ist ein Mensch verstorben, der dem Kind oder Jugendlichen nahestand, sind Rituale, die bekannt sind, eine Möglichkeit der Festigung. Das Wissen, dass Dinge wie gewohnt ablaufen, hilft, dem Kind, sich sicher zu fühlen trotz des Verlustes. Die Gefühle der Kinder wahrzunehmen, ist in der Trauerbegleitung von elementarer Bedeutung. Dazu muss Trauer auch er-

kannt werden: Erwachsene beschreiben ihre Trauer manchmal als ein immerwährendes Meer, welches sie ab und an mit Wellen überflutet. Kindertrauer hingegen ist wie eher »Pfüthen hüpfen«. Sie begeben sich abhängig von einer Situation in die Trauer, brauchen Trost und Zuspruch, weinen und fragen nach Erklärungen. Innerhalb weniger Sekunden scheinen sie dann wie ausgewechselt, wollen spielen oder fernsehen. Sie hüpfen buchstäblich aus der Trauerpfütze. Dies bedeutet nicht, dass sie nicht mehr traurig sind, im Gegenteil: Sie wenden sich einer Abwechslung zu, weil die Trauer sonst zu überwältigend ist. Dies muss der*die begleitende Erwachsene wissen, um hier nicht falsch zu urteilen. Zeichen von Trauer, die eventuell nicht sofort als Trauer gedeutet werden, sind vielfältig: Körperliche Reaktionen können Müdigkeit, Unkonzentriertheit, Übelkeit, Durchfall oder Verstopfung oder auch Bauchschmerzen sein. Aber auch Reaktionen wie Verzweiflung, Wut, Zerstörungswut, Aggressivität, Angst oder übertriebene Albernheit können auf Trauer hindeuten, ebenso wie Zähneknirschen, Rückschritte in der Entwicklung oder Nägelkauen.

Viele Kinder sind es nicht gewohnt, generell über Gefühle zu sprechen, für Jugendliche ist dies sogar manchmal eine Qual. Es gilt also, Situationen zu schaffen, in denen es sich über Gefühle sprechen lässt, ohne sich hilflos ausgeliefert zu fühlen. Kindern fällt dies am leichtesten, wenn sie dabei etwas basteln oder malen. Hierzu kann man beispielsweise Grabkerzen wählen, die mit Stiften bemalt werden oder mit denen sich letzte Grüße senden lassen. Geheime Grüße können die Kinder innen in den Deckel schreiben. Ältere Kinder oder Jugendliche sprechen nur ungern über Gefühle, für sie sollte ein Gesprächseinstieg gefunden werden, der dies erleichtert. Eine Möglichkeit ist die Arbeit mit den »Gefühlsmonstern« zu finden auf www.gefuehlsmonster.de. Das sind Karten, auf denen Emotionen dargestellt werden und die als Einstieg in ein Gespräch über Gefühle hilfreich sein können.

Aufgaben im Prozess des Trauerns

Unabhängig vom Alter muss Trauer durchlebt werden. Der Trauerforscher William Worden benennt »Traueraufgaben«, die innerhalb eines Trauerprozesses bewältigt werden müssen. Diese laufen nicht linear ab und können sich wiederholen. »Den Verlust als Realität zu akzeptieren« ist hierbei die erste Aufgabe, die sich als sehr schwierig erweist: Denn Menschen neigen bei Verlusten dazu, die Realität nicht wahrhaben zu wollen. Doch solange sie diese nicht akzeptieren, können sie sich den weiteren Aufgaben nicht stellen. Die folgende Aufgabe formuliert Worden als »den Trauerschmerz erfahren«. Dieser Schmerz soll also nicht verdrängt oder unterdrückt, sondern erfahren und durchlitten werden. »Sich anpassen an eine Umwelt, in der der*die Verstorbene fehlt« führt William Worden als die dritte Aufgabe an, der Mensch muss sich einem neuen System anpassen. Schließlich soll das Kind »dem*der Verstorbenen einen neuen Platz geben«, denn nicht Vergessen ist das Ziel der Trauerarbeit, sondern die Erinnerungen aufrechtzuerhalten. Es gilt also, die Kinder zu unterstützen, sich den einzelnen Traueraufgaben zu stellen und sie zu bewältigen.

Literatur bei der Verfasserin

JUTTA NEUKIRCHEN, Sozialarbeiterin B.A., Lehrerin für Pflege, Familienkinderkrankenschwester, Kinder-, Jugend- und Familientrauerbegleiterin, E-Mail: neukirchen.jutta@web.de

Impressum



» **Herausgeberin:** Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V., Fenskeweg 2, 30165 Hannover
Tel.: (05 11) 3 88 11 89-0, Fax: (05 11) 3 88 11 89-31

E-Mail: info@gesundheit-nds.de

Internet: www.gesundheit-nds.de

» **Twitter:** @LVGundAFS

» **ISSN:** 1438-6666

» **V.i.S.d.P.:** Thomas Altgeld

» **Redaktion:** Thomas Altgeld, Marie-Kristin Dunker, Sophia Gottschall, Martina Kipp, Wiebke Humrich, Sabrina Schöpfel, Alexandra Schüssler, Janna Stern, Nicole Tempel

» **Beiträge:** Thomas Altgeld, Janissa Altona, Till Amelung, Prof. Dr. Sabine Baumgart, Dr. Jochen Berentzen, Prof. Dr. Anna Bergmann, Patrizia Blüsse, Prof. Dr. Gabriele Bolte, Dr. Carmen Breuckmann-Giertz, Dr. Susanne Fleckinger, Dr. Nina Fleischmann, Dr. Birte Gebhardt, Verena Gerdes, Armin Gissel, Dr. Damian Hedinger, Alexander Helbach, Petra Hofrichter, Prof. Dr. Annelie Keil, Martina Kipp, Gert Klaus, Jaqueline Kostka, Jan Kreie, Prof. Dr. Hartmut Kreß, Prof. Dr. Christel Kumbrock, Angelika Maasberg, Isabel Meier, Heidi Müller, Sonja Müller, Jutta Neukirchen, Sema Olukcu, Dr. Maren Preuß, Heike Radon-von Holtzen, Prof. Dr. Katharina Rathmann, Dr. Antje Richter-Kornweitz, Isabelle Rudolph, Tina Saas, Tanja Sädtler, Johanna Schaake, Annika Schlichting, Prof. Dr. Kerstin Schlögl-Flierl, Prof. Dr. Henning Schmidt-Semisch, Sylke Schröder, Martin Schumacher, Dr. Ute Sonntag, Kristina Supper, Elisabeth Terno, Theresa Vanheiden,, Dr. Julia von Hayek, Ruben Vormeier, Silke Wendland, Birgit Wolff

» **Redaktionsschluss:** Ausgabe Nr. 103: 19.04.2019

Gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung

» **Auflage:** 10.000

» **Gestaltung:** Homann Güner Blum, Visuelle Kommunikation

» **Druck:** Druckerei Hartmann GmbH & Co. KG

» **Erscheinungsweise:** 4 x jährlich, im Quartal

Namentlich gekennzeichnete Artikel geben die Meinung der Autor*innen wieder, nicht unbedingt die der Redaktion.

» **Titelbild:** © Image licensed by Ingram Image/adpic

» **Fotos:** S. 10: © Dr. Carmen Breuckmann-Giertz, alle anderen: © adobestock.com: © jack-sooksan (S. 2), © Black Brush (S. 3), © terovesalainen (S. 4), © eyetronic (S. 6, 9), © Ingo Bartussek (S. 7), © Photographee.eu (S. 8, 19, 34), © Daisy Daisy (S. 11), © jd-photodesign (S. 12), © sudok1 (S. 13), © JenkoAtaman (S. 14), © Kzenon (S. 16), © tbel (S. 17), © Vera Kuttelvaserova (S. 18), © Freedomz (S. 21), © LIGHTFIELD STUDIOS (S. 22), © fmalot (S. 24), © Prostock-studio (S. 26), © lapandr (S. 28), © Boggy (S. 31)

» **Liebe Leser*innen, wir weisen Sie darauf hin, dass wir Ihre Daten (Name, Anschrift, E-Mail-Adresse), die Sie uns zugeleitet haben, für den Bezug der Impulse speichern und verarbeiten. Wenn Sie dies nicht mehr möchten, können Sie dem jederzeit unter info@gesundheit-nds.de widersprechen.**

» **Die LVG & AFS wird institutionell gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung.**



ANNA BERGMANN

Organ-»Spende« Das andere Sterben

Postmortale Organspende, Spende nach dem Tod, Kadaver-spende – solche Redewendungen sind in Gesetzestexten, medialen Darstellungen und auf Spendeausweisen üblich. Diese Todessemantik täuscht vor, alle Menschen könnten – egal ob sie zu Hause, auf der Straße oder im Krankenhaus sterben – Organspender*innen werden. Die Vorstellung von der Organspende nach dem Tod ist durch die seit Jahrzehnten betriebenen Werbekampagnen von der Bevölkerung derart verinnerlicht worden, dass mittlerweile Bestatter*innen gefragt werden, wo tote Verwandte noch Organe spenden könnten. Hingegen ist der weltweit beklagte, chronische Organmangel der Tatsache geschuldet, dass nur etwa 0,3 Prozent der Gestorbenen als hirntote Organspender*innen in Betracht kommen, wenn ihr Gehirn vor dem Atem-Herzstillstand auf einer Intensivstation infolge eines Schlaganfalls, einer Hirnblutung, Schädelverletzung oder eines Hirntumors versagt.

Drohender Herztod vor der Organgewinnung

Selbst im Deutschen Bundestag sorgte die Gleichsetzung des Hirntodes mit dem Tod des Menschen für Verwirrung, als bei der Expertenanhörung 2005 ein Politiker um eine Erklärung der Abrechnungskategorie frustrane Organspende bat. Renate Höchststetter von der Deutschen Krankenhausgesellschaft erläuterte, was darunter zu verstehen ist: »Ein Beispiel: Vor der Organentnahme im Operationssaal ist der Spender an einem irreversiblen Herz-Kreislauf-Tod gestorben.« Diese Wortwahl enthüllt die Tatsache, dass jede Organspende nach dem Tod zwingend vor dem Tod stattfinden muss, soll sie nicht in eine frustrane Organspende (lat.: frustratio: »Täuschung«) münden. Ein solcher vorzeitiger Herztod droht, nachdem Organspender*innen vom Brust- bis zum Schambein geöffnet worden

sind und dann ihr Blut durch eine Nähr- sowie Kühllösung gegen Verwesungsprozesse ausgetauscht wird. Dringt die eiskalte Flüssigkeit in die Organspender*innen, können sie mit Schwitzen, Hautrötungen, dem Anstieg von Blutdruck, Herzfrequenz, Zuckungen oder eben mit einem Herzversagen reagieren. Für diesen dramatischen Eingriff ist die Verabreichung eines Schmerzmittels üblich, auf jeden Fall aber sind muskelentspannende Medikamente obligatorisch.

»Tote Person« mit »noch überlebendem übrigen Körper«

Der doppeldeutige Status von Organspender*innen während der Explantation ist die Konsequenz der seit 1968 vereinbarten, auf die Bedürfnisse der Transplantationsmedizin zugeschnittenen Kriterien des Hirntodes. Seine Definition beruht auf der Zweiteilung von Patient*innen mit Hirnversagen in »tote Personen« mit einem »noch überlebenden übrigen Körper«. Diese Wesenszuschreibung erlaubt die Vereinbarkeit von Zeichen des Lebens mit denen eines Kadavers. Das Herz von Hirntoten schlägt, ihre Lungen atmen mit technischer Hilfe, sie verdauen, scheiden aus, wehren Infektionen ab. Sie werden bis zu ihrem Herztod medizinisch betreut, genährt und gepflegt. Hirntote Patient*innen können bis zu 17 Reflexe aufweisen – etwa Wälzen des Oberkörpers, Spreizen der Finger, Hochziehen der Arme und Schultern. Hirnsterbende Frauen sind noch in der Lage, ein Kind auszutragen.

Im Status von Toten dürfen Hirntote bei einer Multiorgan- und Gewebespende in bis zu acht Organe zerlegt werden, nach ihrem Herztod im Zuge der kommerzialisierten Gewebespende in weitere Fragmente – zum Beispiel Knochen, Knorpel, Blutgefäße. Es ist wenig erstaunlich, dass Anästhesist*innen und das Pflegefachpersonal, die eine Explantation von Anfang bis Ende miterleben, sich besonderen seelischen Belastungen ausgesetzt fühlen, ganz besonders bei Säuglingen und Kleinkindern.

Die Aufgabe von Grundsätzen der Totenfürsorge und der Palliativmedizin

Die Operationslogik einer Organspende zwingt zur Aufgabe von Grundsätzen des Hospizgedankens, der Medizinethik, Palliativmedizin, Pietät sowie der Totenfürsorge. Pietät beinhaltet zwei Aspekte: einen würdevollen Umgang mit den Toten, der in dem Recht auf Totenruhe gesetzlich verankert ist und eine von Dritten zu respektierende Tabuzone einräumt. Aus diesem Totenrecht leitet sich das Strafdelikt der Leichenschändung ab. Die Zerlegung von Organ- und Gewebespendender*innen in einzelne Körperteile hingegen kündigt Bräuche unserer Bestattungskultur sowie die »heilige Scheu« vor dem Leichnam auf.

Auch hat die Palliativmedizin vor dem Eintritt des (Herz-)Todes von Organspender*innen zu weichen. Zu ihrem Aufgabenfeld zählt die medizinische, psychologische und soziale Begleitung von Patient*innen im finalen Stadium auf einer Intensivstation. Wenn die Therapie beendet und dem Sterben freier Lauf gelassen wird, erleichtert die Palliativmedizin durch ärztliche Maßnahmen diesen Prozess: Bevor die Geräte abgestellt werden, erhalten Patient*innen Medikamente zur Beruhigung, gegen Atemnot und Schmerzen. Wenn sie mit einem drohenden oder bereits eingetretenen Hirnversagen nicht für eine Organspende zur Verfügung stehen, haben sie bei einem Behand-

lungsabbruch – wie alle anderen Patient*innen während der Beendigung ihrer Therapie auch – einen Rechtsanspruch auf eine palliativmedizinische Betreuung.

Angehörige der Patient*innengruppe potenzieller oder bereits hirntoter Menschen, die sich zu Organspender*innen erklärt haben oder dafür freigegeben worden sind, verlieren die Möglichkeit einer palliativmedizinischen Behandlung. Ebenso verzichten sie auf eine familiäre und freundschaftliche Sterbegleitung. Die medizinische sowie soziale Gestaltung des Sterbens und des Todes von Organspender*innen ist ausschließlich von fremdnützigen Interessen bestimmt.

Die herausfordernde Hirntoddiagnostik an lebenden Komapatient*innen

Ebenso drastisch unterscheidet sich die Hirntoddiagnostik von der Durchführung sowie den Kriterien einer ärztlichen Todesfeststellung, die bei etwa 99,75 Prozent der Verstorbenen weiterhin verbindlich sind. Die Prüfung der Zeichen des Todes, wie beispielsweise Leichenblässe, Totenflecke, Fäulnis, kann erst erfolgen, nachdem ein Mensch gestorben ist. Demgegenüber gelten potenzielle Organspender*innen während der Hirntoduntersuchung als lebendig und genießen sämtliche Schutzrechte von Lebenden, obwohl diese Untersuchung mit Körperverletzungen verbunden ist, wie Stich in den Trigeminusnerv, Eiswasserspülung der Ohren, Reizung des Atemzentrums. Schließlich sind die Zeichen des Todes (Gehirn) von denen des Lebens (lebender Körper) abzugrenzen und gleichzeitig miteinander zu verbinden. Dementsprechend schreibt die Hirntodfeststellung zahllose Abstraktionsschritte vor und Hirntote sind auch für Spezialisten*innen nicht erkennbar. Selbst der Eintritt des Todes wird mit der Uhrzeit der letzten geleisteten Unterschrift des*der zweiten Hirntoddiagnostikers*in als bürokratischer Akt gleichgesetzt und bescheinigt.

In der scientific community ist seit der Einführung der Hirntoddefinition die Reduktion des Sterbeprozesses auf das Versagen nur eines Organs umstritten und wurde im medizinischen Diskurs auch schon als »gerechtfertigtes Töten« für die Lebensrettung anderer Patient*innen legitimiert. Kritiker*innen des transplantationsmedizinisch verengten Todesbegriffs gehen davon aus, dass ein Gehirn nicht als ein autonom lebendiges Wesen, sondern lediglich als »Organ eines Lebewesens« verstanden werden kann. Die Hirntoddefinition hingegen fixiert den Tod eines Menschen auf ein einziges Organ sowie einen einzigen, zugleich fiktiven Zeitpunkt. Damit wird der prozesshafte Charakter des Sterbens im biologischen Sinne verleugnet und die soziale Begleitung eines Menschen in seinen letzten Stunden verhindert. Stattdessen erfährt er durch die Organentnahme eine radikale Verdinglichung, die sich auch in transplantationsmedizinischen Begriffen offenbart – etwa, wenn von hirntoten Patient*innen als »Herz-Lungenpaket«, »lebender Zellbestandteil« oder von Organangeboten die Rede ist. Diese entmenschlichende Sprache erzeugt eine Mentalität, die einen sterbenden Menschen als Material und sozial Ausgestoßenen zu vernünftlichen erlaubt.

Literatur bei der Verfasserin

APL. PROF. DR. ANNA BERGMANN, Europa-Universität Viadrina Frankfurt (Oder),
Kulturwissenschaftliche Fakultät, E-Mail: a.l.bergmann@gmx.net



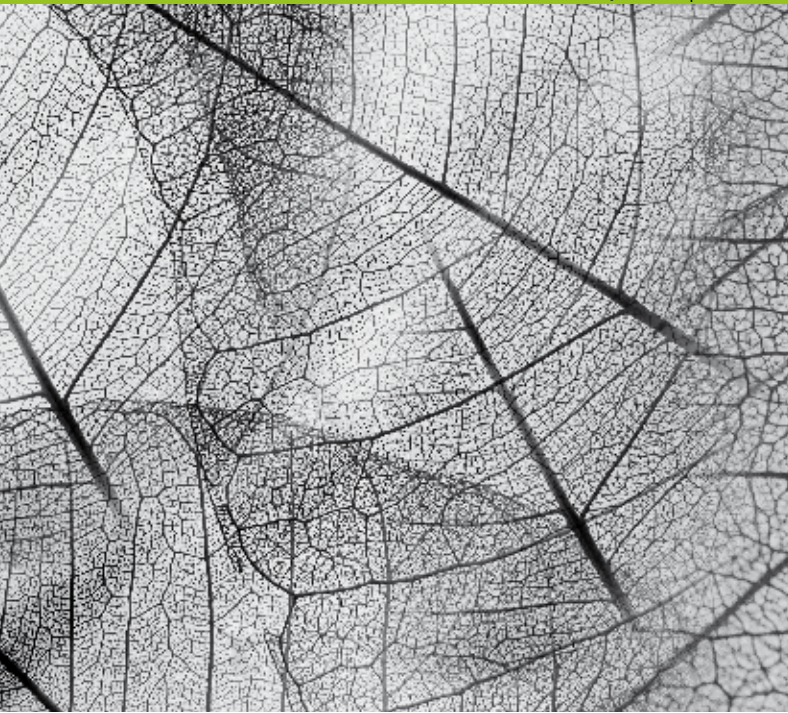
GERT KLAUS

Die Hospizversorgung in Niedersachsen aus Sicht des Hospiz- und Palliativ-Verbandes Niedersachsen

»Jeder Mensch hat ein Recht auf ein Sterben unter würdigen Bedingungen«, so lautet der Obersatz zu den fünf Leitsätzen der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland. Die Hospizbewegung der Neuzeit ist in Deutschland seit etwa 40 Jahren aktiv. Der Hospiz- und Palliativverband Niedersachsen konnte 2018 sein 25-jähriges Bestehen feiern. Da Menschen in den knapp 30 stationären Hospizen mit circa 300 Betten und in mehr als 120 ambulanten Diensten ihre Aufgaben kompetent erfüllen, geht der Hospiz- und Palliativverband Niedersachsen davon aus, dass seit den Gründertagen viel erreicht wurde. Neben originären Angeboten des Verbandes ist es wesentlich, dass sterbende Menschen in einem Netzwerk optimal betreut werden. Das heißt, dass vor allem die palliativ-medizinische sowie die palliativ-pflegerische Versorgung rund um die Uhr gewährleistet ist und auf Wunsch eine seelsorgerische spirituelle Begleitung erfolgt. Der offenkundig vielerorts bestehende Pflegenotstand ist Anlass für große Besorgnis. Gespräche finden zwischen dem Hospiz- und Palliativverband Niedersachsen und der Politik, den Krankenkassen, der Pflegekammer und den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege statt, um einen Beitrag zur Bewältigung einer gesamt-gesellschaftlichen Aufgabe zu leisten. Neben besseren Arbeitsbedingungen in der Pflege brauchen Pflegeberufe eine noch größere Wertschätzung, um mehr Menschen zu begeistern und zu ermutigen, sich dort beruflich zu engagieren.

Wirkung der Hospizbewegung auf mehreren Feldern

Zunächst ist es wichtig, mehr Menschen davon zu überzeugen, sich frühzeitig mit der eigenen Sterblichkeit zu befassen und Dinge zu regeln, die idealerweise in Zeiten des Vollbesitzes geistiger und körperlicher Kräfte geordnet werden sollten. Eine Patientenverfügung wird von Seiten des Hospiz- und



PalliativVerbandes als sehr sinnvoll erachtet. Hospizdienste beraten hierzu und informieren grundsätzlich über Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen. Mit Projekten wie »Hospiz macht Schule« oder »Hospiz lernen« bemühen wir uns, schon Schüler*innen für den Umgang mit Abschiedssituationen zu sensibilisieren. In den ambulanten Hospizdiensten, in unterschiedlicher Trägerschaft, engagieren sich etwa 7.000 gut vorbereitete Ehrenamtliche in der Sterbebegleitung, in rund 90 Diensten koordiniert durch hauptamtliche Fachkräfte. Menschen werden in ihrer letzten Lebensphase besucht und psychosozial begleitet; dadurch sind An- und Zugehörige zugleich ein wenig entlastet.

In den stationären Hospizen, Einrichtungen der Spezialversorgung, finden Menschen, die nur noch eine kurze Zeit zu leben haben und einer speziellen stationären pflegerischen Versorgung bedürfen, einen Ort der Ruhe für einen würdevollen Abschied aus dem irdischen Leben. Nachdem in den vergangenen Jahren einige neue Hospize errichtet wurden, ist der Bedarf in Niedersachsen nun weitgehend gedeckt. Das gilt auch für die beiden Kinder- und Jugendhospize in Syke und in Wilhelmshaven, mit denen das Land vergleichsweise gut aufgestellt ist. Durch eine Rahmenvereinbarung aus 2017 zwischen den Krankenkassen und Verbänden auf Bundesebene wurden Qualitätsstandards für die räumliche und personelle Ausstattung deutlich angehoben.

Wohl auch angesichts der gesellschaftlichen und demographischen Veränderungen wächst der Bedarf an Begleitungen in Zeiten der Trauer. Viele ambulante Hospizdienste und stationäre Einrichtungen verfügen über gut qualifizierte ehrenamtliche Trauerbegleiter*innen. Wegen der zunehmenden Anzahl von Menschen mit Beeinträchtigungen befasst sich die Hospizarbeit mit den speziellen Anforderungen durch Aus-, Weiter- und Fortbildung Ehren- und Hauptamtlicher in ambulanten Diensten sowie mit der Unterstützung in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe. Wann immer wichtig und geboten, meldet sich die Hospizbewegung mit Fachbeiträgen, vor allem zu ethischen und rechtlichen Themen zu Wort und bezieht Position. In einem fortwährenden Fluss – Menschen werden geboren und sterben – sind stets aufs Neue Menschen mit den Fragen des Lebensendes konfrontiert oder davon betroffen, ob sie selbst unheilbar lebensverkürzend er-

krank sind oder sich für schwerstkranken sterbende Menschen beruflich oder ehrenamtlich engagieren möchten. Die sich wandelnden Aufgaben der Hospizbewegung bleiben stets aktuell, derzeit und in absehbarer Zeit in einer Gesellschaft, die im Durchschnitt älter und »bunter« wird.

Literatur beim Verfasser

GERT KLAUS, Vorsitzender des Hospiz- und PalliativVerbandes Niedersachsen e. V., Fritzenwiese 117, 29221 Celle, E-Mail: Klaus@hospiz-nds.de, Internet: www.hospiz-nds.de

VERENA GERDES

Qualität und Anspruch des Ehrenamts in der Hospizarbeit

Ein wesentlicher Teil der Hospizarbeit wird durch Ehrenamtliche erbracht – sowohl in Bezug auf Zahlen, der Deutsche Hospiz- und PalliativVerband e.V. (DHPV) nennt hier circa 120.000 engagierte Personen, als auch in Bezug auf das Wesen dieser Anliegen, indem ehrenamtlich engagierte Menschen öffentlich als Vertreter*innen der Zivilgesellschaft für diese eintreten.

Die Rolle des Ehrenamts

In ihrer Zuwendung zu sterbenden und trauernden Menschen unabhängig von beruflichen oder privaten Aufträgen oder Verpflichtungen bringen Ehrenamtliche zum Ausdruck, dass die begleiteten Menschen auch in dieser Lebensphase Teil der Gesellschaft sind und die Gesellschaft sich für ihre Bedürfnisse und Anliegen in dieser Lebensphase interessiert. Ihre Aufgabe in der Begleitung wird häufig mit »da sein« umschrieben, die darin liegende Anforderung als ein »(Mit-)Aushalten« benannt. Die Möglichkeiten der jeweiligen Ausgestaltung sind vielfältig und richten sich nach den individuellen Wünschen und Erfordernissen der begleiteten Menschen wie auch der Ehrenamtlichen selbst, wodurch gleichzeitig mögliche Grenzen gesetzt werden. Eine weitere Aufgabe liegt im interdisziplinären Zusammenwirken der Hospizarbeit und Palliativversorgung: Aus der jeweiligen Expertise sich begründende Aufgaben der beteiligten Berufsgruppen wie Pflege, Medizin, Soziale Arbeit, Seelsorge et cetera obliegen den jeweiligen Fachkräften – Ehrenamtliche werden hier auch als die »Fachkräfte für das Alltägliche« bezeichnet. Weitere Möglichkeiten des Engagements sind Öffentlichkeitsarbeit, Organisation von Informations-, Bildungs- und kulturellen Veranstaltungen, Spendeneinwerbung, Gremienarbeit auf lokaler, regionaler, Landes- und Bundesebene, Unterstützung der administrativen und konzeptionellen Aufgaben der Hospizeinrichtungen vor Ort und vieles mehr.

Aktuelle Herausforderungen

Im Engagement für ein »Leben bis zuletzt« ist das Ehrenamt in der Hospizarbeit sowohl sozial wie politisch. Eine kritisch-konstruktive Auseinandersetzung mit Vertreter*innen der oben genannten Berufsgruppen über die Implikationen eines »Sterben in Würde« als gemeinsames Ziel hieraus ebenso wie ein aufmerksamer Blick auf hierfür förderliche oder hinderliche Entwicklungen im Gesundheitswesen. In der den Ehrenamtlichen zugesagten Aufgabe und Fähigkeit, Zeit zu schenken, wird die Hospizarbeit zu einem Gegenentwurf einer Leis-



tungsgesellschaft, die nach ihren Maßstäben Wert und Würde eines Menschen an- oder aberkennen zu können glaubt. Das Ehrenamt bleibt somit im Kern das Korrektiv, das es seit den Anfängen der Hospizbewegung in Deutschland in den 1980er-Jahren war, während sich der Kontext verändert hat: Die Hospizarbeit ist als politisch gewollt und unterstützt im Gesundheitswesen angekommen, Rechtsansprüche auf Begleitung und Versorgung sind etabliert und gehen mit entsprechenden Anforderungen bezüglich Qualität und Qualifikation an die jeweiligen Akteur*innen einher. Wurde zu Beginn auf die problematischen Aspekte einer ungenügenden Versorgung sterbender Menschen im Gesundheitswesen aufmerksam gemacht und mittels ehrenamtlicher Begleitung konkret eine Verbesserung dieser Situation angestrebt, könnte heute die zunehmende Professionalisierung in Begleitungs- und Versorgungskontexten im Blickpunkt einer kritischen Aufmerksamkeit stehen. Ein aktuelles Forschungsprojekt des DHPV hat ergeben, dass mit 17 Prozent der Befragten weit mehr Personen als bisher sich ein Ehrenamt in der Hospizarbeit vorstellen könnten und dass aus verschiedenen Perspektiven wie Teilhabe, Vielfalt, bedürfnisadäquate Begleitung et cetera geboten wäre, die grundsätzliche Offenheit dieses Aufgabenfeldes für Menschen jeglichen Alters, Geschlechts, Glaubens, Bildungs- oder sozioökonomischen Hintergrunds aufzuzeigen und zu stärken. Gleichzeitig produzieren hohe oder als zu hoch wahrgenommene Anforderungen hier gegebenenfalls Ausschlüsse.

Das Wesentliche

Die zentrale Aufgabe des »Da-sein« und »Aushalten« bedingt vor allem die Bereitschaft zur Selbstreflexion, zur Auseinandersetzung mit den eigenen Werten und Überzeugungen und zu einem sich selbst – wo erforderlich – Zurücknehmen im Sich-Einlassen auf eine andere Person. Als aus einer Bürger*innenbewegung hervorgegangen und auf dieser basierend wird es für die Hospizarbeit zentral sein, die Balance zu prüfen zwischen einer hohen Qualität ihrer Angebote mit den einhergehenden berechtigten Anforderungen und dem ursprünglichen Grundsatz, wonach wir alle sterbende Menschen begleiten können, weil wir selbst sterblich sind – für das beidem innewohnende Versprechen der Letztverlässlichkeit.

Literatur bei der Verfasserin

DIPL. PÄD. VERENA GERDES, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Institut für Pädagogik, Fakultät I Bildungs- und Sozialwissenschaften, Ammerländer Heerstraße 114–118, 26129 Oldenburg, E-Mail: v.gerdes@uni-oldenburg.de

NINA FLEISCHMANN, THERESA VANHEIDEN,
SILKE WENDLAND, BIRGIT WOLFF

»... einer macht den Anfang und andere kommen hinterher«

Gesundheitsförderung für Bewohner*innen in stationären Pflegeeinrichtungen

Im Präventionsbericht 2018 des MDS und GKV-Spitzenverbandes zeigt sich erstmalig die gesetzlich neu verankerte Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen durch die Pflegekassen und damit erste Erkenntnisse zur Umsetzung in dieser Lebenswelt. Die LVG & AFS hat in Kooperation mit dem pro familia Landesverband Niedersachsen e. V. und unter Gesamtförderung der BARMER Niedersachsen-Bremen das Projekt »Gesundheitsförderung für Bewohner*innen stationärer Pflegeeinrichtungen« umgesetzt und kann mit diesen Erfahrungen zu den bundesweiten Ergebnissen beisteuern. Der Leitfaden des GKV-Spitzenverbandes »Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI« beschreibt die Verpflichtung der Pflegekassen zur Erbringung von Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 Abs. 2 SGB XI für Bewohner*innen. Partizipation der Bewohner*innen wird als ein Kernthema festgelegt. Fünf Handlungsfelder sind im Leitfaden definiert: Ernährung, körperliche Aktivität, kognitive Ressourcen, psychosoziale Gesundheit und Prävention von Gewalt.

Projektergebnisse zeigen Vielfalt möglicher Maßnahmen

Fünf Einrichtungen stationärer Altenpflege haben über zwei Jahre einen Analyse- und Entwicklungsprozess zur systematischen Einbindung von Gesundheitsförderung für Bewohner*innen in den alltäglichen Ablauf durchlaufen. Partizipation aller Beteiligten war in diesem Gesundheitsförderungsprozess einer der Grundpfeiler. Folgende Maßnahmen wurden dabei umgesetzt:

- » »Psychosoziale Gesundheit durch aktive und selbständige Alltagsgestaltung«: Etablierung von Einkaufsnachmittagen auch für mobilitätseingeschränkte Bewohner*innen, Schaffung neuer Aufenthaltsmöglichkeiten durch die Aktionswoche »Unser Garten – Gesunde Lebenswelt« unter Mitgestaltung der Bewohner*innen, Umgestaltung und Flexibilisierung von Räumlichkeiten und Gewinnung von Ehrenamtlichen über Aktionstage und ein Mitmach-Buch
- » »Darf ich bitten? Tanztee«: Umsetzung eines regelmäßigen Tanztees unter Berücksichtigung unterschiedlicher Gruppen von Bewohner*innen und Schulung der Mitarbeitenden im Seniorentanz
- » »Unser Garten«: Entwicklung von grünen Stunden mit Bewohner*innen und Schulung der Mitarbeitenden im Bereich der Gartentherapie
- » »Bewegte Einrichtung«: Anschaffung von Gymnastikmaterialien für Bewohner*innen und Schulung der Mitarbeitenden im Umgang mit den Materialien
- » »Beauty-Tag«: Etablierung eines regelmäßigen Beauty-Tages insbesondere für Bewohner*innen mit kognitiven Einschränkungen und Schulung von Mitarbeitenden zur Umsetzung des Beauty-Tages

- » »Die Patenschaft«: Entwicklung von Patenschaften für neu einziehende Bewohner*innen durch Bewohner*innen und Angehörige
- » »Mobil im Stadtbezirk«: Umsetzung eines Riksha-Angebotes für mobilitätseingeschränkte Bewohner*innen, um selbstbestimmt mobil sein zu können
- » »Förderung von Selbstbestimmung und Partizipationsmöglichkeiten der Bewohner*innen durch Qualifizierung der Mitarbeiter*innen mit dem Ziel des Aufbaus gesundheitsförderlicher Strukturen«: Förderung einer gesundheitsfördernden Haltung und Reflexion von Werten und Normen in der Einrichtung

»Das Projekt hat es ins Rollen gebracht: Was kann ich noch machen?«

Partizipation als essenzieller Faktor im Gesundheitsförderungsprozess – »über Köpfe der Bewohner*innen entscheiden ist nicht gut« – brachte bei den Projektbeteiligten zahlreiche Erkenntnisse hervor: von ungeahnten Ressourcen der Bewohner*innen bei der Ideengebung oder auch als Vorbild und Führung – »einer macht den Anfang und andere kommen hinterher« –, über die Verbesserung der Kommunikation im Haus und der Empfehlung an andere Einrichtungen, »mutig [zu] sein, es lohnt sich auf jeden Fall«, bis hin zu der Erkenntnis im Gesamtprozess, dass man einen »langen Atem« benötige und »es [sei] viel zu früh, um Bilanz zu ziehen«. Alle Einrichtungen möchten die Projektgruppe über das Ende des Projektes aufrechterhalten und das Thema Gesundheit und Wohlbefinden weiterverfolgen. Dieser kurze Film erklärt auf einfache Weise den Prozess zur Gesundheitsförderung von Bewohner*innen: www.youtube.com/watch?v=evtSMCJ_-e0&t=69s. Zudem wird ab Frühjahr 2019 eine Broschüre mit dem im Projekt gesammelten Erfahrungen hier zum Download bereitstehen: www.gesundheit-nds.de/index.php/arbeitschwerpunkte-lvg/pflege-und-gesundheit/665-gesundheitsfoerderung-fuer-bewohnerinnen-stationaerer-pflegeeinrichtungen. Einrichtungen stationärer Altenpflege können sich für Information und Beratung rund um die Rahmenbedingungen und Fördermöglichkeiten an die Pflegekassen wenden.

Literatur bei den Verfasserinnen, Anschrift siehe Impressum

SILKE WENDLAND, pro familia Landesverband Niedersachsen e. V., Dieterichsstraße 25A, 30159 Hannover, E-Mail: silke.wendland@profamilia.de

MARTIN SCHUMACHER

Alter(n) und Gesundheit

Der Arbeitsbereich Alter(n) und Gesundheit zählt bezogen auf die 114-jährige Vereinsgeschichte zu den eher »jüngeren« Themenfeldern. Ab Mitte der 1990er-Jahre gewannen ältere Menschen als Zielgruppe und Akteur*innen der Gesundheitsförderung zunehmend an Relevanz, was zunächst in den Aufbau eines Arbeitskreises Alter(n) und Gesundheit Niedersachsen als offene Diskussions- und Handlungsplattform für Fachkräfte des Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesens mündete. Dieser Arbeitskreis besteht bis heute fort und trifft sich ein- bis dreimal jährlich.

Aufmerksamkeit für das Alter wächst

Erkenntnisfortschritte in der gerontologischen Forschung hatten in den Jahren zuvor zu einem zunehmend differenzierten Blick auf den alternden und älteren Menschen geführt. Der vorwiegend biologisch-medizinische Blick auf das Älterwerden im Sinne von Involution (Rückbildung, auch im Sinne von Rückzug) wandelte sich zu einem Anerkenntnis des Alters als Entwicklungsphase des Menschen, die durchaus auch Gewinne mit sich bringt. Zu nennen ist hier etwa die kristalline (auf Wissen und Erfahrung basierende) Intelligenz. Auch das heute fast allgegenwärtige Konzept der Resilienz wurde ab 1990 durch die Berliner Altersstudie (BASE) mitgeprägt und erstmals auch bei hochaltrigen Menschen (Lebensalter 80 und älter) systematisch exploriert.

Den älteren Menschen gibt es nicht

Deutlich wurde dadurch, dass es »den älteren Menschen« per se gar nicht gibt, sondern die Gruppe der Älteren höchst heterogen zusammengesetzt ist. Für die LVG & AFS galt und gilt es daher, den älteren Menschen als aktiven Gestalter seiner Gesundheit passgenau zu adressieren sowie im Lichte des demografischen und gesellschaftlichen Wandels neue Formate der Befähigung diesbezüglich zu entwickeln. Der besagte demografische Wandel bringt es unter anderem mit sich, dass bereits in absehbarer Zeit etwa doppelt so viele Menschen der Altersgruppe 65+ wie Menschen der Altersgruppe 0–18 in Niedersachsen leben werden.

Neue Akzente in der Gesundheitsförderung

Die aktuell zwischen Mitte 50- und Mitte 60-jährigen Angehörigen der Baby Boomer-Generation setzen allein schon aufgrund ihrer quantitativen Bedeutung in der Bevölkerungszusammensetzung – aber auch infolge eines sich in der Gesellschaft vollziehenden Wertewandels – neue Akzente für die Gesundheitsförderung in der zweiten Lebenshälfte. Die LVG & AFS trägt dem im Projekt Landesagentur Generationendialog Niedersachsen bereits seit über zehn Jahren Rechnung. Die auf Initiative des Niedersächsischen Sozialministeriums eingerichtete Landesagentur fokussiert insbesondere auf die Förderung eines konstruktiven Austausches zwischen jüngeren und älteren Menschen, die Förderung des darauf gerichteten bürgerschaftlichen Engagements sowie die Information und Beratung älterer Menschen sowie eine entsprechende infrastrukturelle Angebotsentwicklung hinsichtlich eines aktiven, selbstbestimmten Lebens im Alter. Letzteres wird in den ab 2008 aufgebauten und in fast allen Landkreisen und kreisfreien Städten Niedersachsens aktiven Senioren- und Pflegestützpunkten Niedersachsen (SPN) konkret realisiert. Die SPN fungieren gleichermaßen als Beratungsstelle sowie als Netzwerkknoten für kommunale Akteur*innen der Seniorenarbeit und Engagementförderung. Die Landesagentur begleitet das richtliniengeförderte Landesprogramm SPN fachlich und organisatorisch.

Zukünftige Schwerpunkte des Arbeitsbereiches

Die Weiterentwicklung von Angeboten erfolgt auch über landesweite Veranstaltungsreihen wie das Niedersachsen-Forum Alter und Zukunft und die Landeskongresse der BZgA-Strategie »Gesund & aktiv älter werden«. Ebenso werden Kooperationspartner*innen bei der Umsetzung lokaler Aktivitäten wie Konferenzen, Aktionstagen/-wochen und Ausstellungen



oder auch bei der Fortschreibung von Altenhilfeplänen beraten und gegebenenfalls unterstützt. Mit Blick in die Zukunft hervorzuheben ist die Kooperation der LVG & AFS mit den Seniorenvertretungen im Landesseniorenrat Niedersachsen. Im Rahmen der seit dem Jahr 2012 eingerichteten Veranstaltungsreihe Niedersächsische Seniorenkonferenz wurde eine gemeinsame Bearbeitung aktueller Themen der Seniorenvertretungen wie Wohnen im Alter, Pflege, Krankenhausversorgung, Altersarmut oder auch Altersdiskriminierung angestoßen und soll kontinuierlich weiterentwickelt werden. Darüber hinaus ist im Koalitionsvertrag der Niedersächsischen Landesregierung eine Weiterförderung der SPN in Aussicht gestellt, sodass auch dieses Angebot zukünftig weiterentwickelt und verstetigt werden kann.

Literatur beim Verfasser, Anschrift siehe Impressum

ANTJE RICHTER-KORNWEITZ

Praxis Präventionskette Was ist beim Aufbau von integrierten kommunalen Strategien zu Gesundheitsförderung und Prävention zu beachten?

Mehr als ein Drittel der niedersächsischen Kommunen beteiligt sich bereits am Programm »Präventionsketten Niedersachsen: Gesund aufwachen für alle Kinder«. Sie bauen in neunzehn Landkreisen, Städten und Stadtteilen an integrierten kommunalen Strategien zur Gesundheitsförderung und Prävention – in Kurzform: »Präventionsketten« – und nutzen diese als Instrument zur Prävention der Folgen von Kinderarmut. Die bei der LVG & AFS angesiedelte »Landeskoordinierungsstelle Präventionsketten Niedersachsen« entwickelt und begleitet das Programm, das durch die Stiftung Auridis gGmbH finanziert wird. Schirmfrau ist die niedersächsische Sozialministerin Carola Reimann.

Strategien entwickeln und Strukturen aufbauen

Dabei geht es im Kern um eine bedarfsbezogene Angebotsentwicklung und -umsetzung. Vorrang haben aber zunächst die Entwicklung einer passenden Strategie für die Kommune sowie die Bildung einer nachhaltig verankerten Struktur. Kommunen intensivieren dazu die ressortübergreifende Zusammenarbeit sowohl innerhalb der kommunalen Verwaltung als auch mit externen Akteur*innen und sie binden die Politik ein. Ziel ist, gemeinsam die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass Kinder und Familien problemlos Zugang zu unterstützenden Angeboten finden und diese gerne annehmen. In diesem Prozess tauchen regelmäßig Fragen und Themen auf, die von erheblicher Relevanz für den Erfolg sind:

- » Wer steuert und wer koordiniert diesen Prozess? Wie geht man dabei vor? Auf wen können wir bauen?
- » Was wissen wir über unsere Kinder und Familien? Wie erfahren wir mehr über deren Bedarfslagen? Was wissen wir über unsere »Präventionslandschaft«?
- » Was wollen wir erreichen und wie messen wir unseren Erfolg?
- » Wie können wir unsere Botschaft erfolgreich kommunizieren und Mitstreiter*innen gewinnen?

Diese und weitere Fragen muss jede Kommune klären und fast alle suchen nach praxisbasierten Lösungen.

»Praxis Präventionskette« – neue Broschürenreihe gestartet

Die neue Broschürenreihe »Praxis Präventionskette« thematisiert kurz gefasst, worauf Entscheider*innen wie auch Koordinator*innen achten müssen, beschreibt zentrale Herausforderungen und zeigt in Text und Grafik, worauf es ankommt. Den Anfang macht die Broschüre zur »Rolle der Koordination«. Koordinationskräfte sollen Motor des Entwicklungs- und Veränderungsprozesses sein und als Vermittler*in zwischen den verschiedenen Akteur*innen sowie Repräsentant*innen des Themas in Gremien, Arbeitsgruppen und Öffentlichkeit agieren. Neben Vorschlägen zur zeitlichen Planung, Organisation und Umsetzung der Kooperationsstrukturen erwartet man von ihnen auch konstruktive Ideen zur Vorbereitung von Entscheidungen für die kommunale Spitze. Entsprechend weit ist ihr Aufgabenspektrum. Personale Kompetenzen wie Konfliktlösungstalent, Sensibilität gegenüber Stigmatisierung und Chancengleichheit sowie Durchsetzungsstärke und vieles mehr sind neben fachlichen Fertigkeiten gefragt. Die Broschüre greift diese Bandbreite auf, skizziert dabei kurzgefasst für eilige Leser*innen die wichtigsten Aspekte im Anforderungsprofil der Koordination von Präventionsketten.

Fortlaufende Publikationen zu den wichtigen Fragen rund um den Aufbau von Präventionsketten

In loser Reihenfolge folgen im ersten Halbjahr 2019 weitere Publikationen: In der Ausgabe »Bestandsaufnahme und -analyse« wird behandelt, wie Kommunen angesichts des komplexen Vorhabens, das der Auf- und Ausbau einer Präventionskette darstellt, einen Einstieg finden können und welche Besonderheiten zu beachten sind. Die Broschüre »Organisationsstruktur entwickeln« thematisiert die Notwendigkeit, in Präventionsketten verlässliche Informations- und Entscheidungswege zu gewährleisten, und beschreibt, wie man die Voraussetzungen dafür schafft. In »Konzeptvorstellung in Einfacher Sprache« wird das komplexe und abstrakte Vorhaben betont



einfach, verständlich und klar vorgestellt, auch um beispielhaft eine Textvorlage bereitzustellen, die einen leichteren Zugang zu Informationen anbietet. Den Erfahrungen, die im niedersächsischen Programm mit dem Verfahren des wirkungsorientierten Monitorings gesammelt wurden, widmet sich die fünfte Broschüre. Weitere Publikationen werden folgen und wichtige Fragen und Herausforderungen aufgreifen, auf die Kommunen beim integrierten Handeln stoßen.

Literatur bei der Verfasserin, Anschrift siehe Impressum

**SEMA OLUKCU, KATHARINA RATHMANN,
JACQUELINE KOSTKA**

Herausforderungen bei der medizinischen Versorgung in Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB) Eine qualitative Interviewstudie

Seit Jahren wird eine Lücke in der medizinischen Versorgung von Menschen mit Behinderung (im Folgenden: MmB) beklagt, denn Studien zufolge existieren in der Gesundheitsversorgung von MmB immense Barrieren. Die medizinische Versorgung in Sozialpädiatrischen Zentren ist lediglich bis zum 18. Lebensjahr vorgesehen, wodurch die Anschlussversorgung lange Zeit nicht hinreichend fachärztlich abgedeckt war. Durch das Inkrafttreten von § 119c SGB V im Rahmen des Versorgungsstärkungsgesetzes im Jahr 2015 hat in Deutschland die Etablierung von Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB) begonnen, um eine umfassende Gesundheitsversorgung für diese Zielgruppe zu gewährleisten. Da die Etablierung der MZEB in Deutschland noch am Anfang steht, liegt bislang kaum wissenschaftliche (Begleit-)Forschung vor. Die qualitativ-explorierende Studie »Zugang zu und Inanspruchnahme der medizinischen Versor-

gung im MZEB« widmet sich diesem Forschungsdesiderat. Folgende Ziele verfolgt die Interviewstudie aus Expert*innen-sicht: 1) die Gestaltung des Zugangs zu und der Inanspruchnahme medizinischer Versorgung von MmB im MZEB zu erfassen und 2) dabei förderliche sowie hinderliche Faktoren zu ermitteln.

Vorgehen der Studie

Innerhalb dieser Studie fanden erstmals leitfadengestützte Experteninterviews mit acht Behandler*innen in einem MZEB, das bereits seit 2016 besteht, und einem Vorstandsmitglied der Bundesarbeitsgemeinschaft MZEB statt. Der verwendete Leitfaden baut auf einem eigens entwickelten Modell behinderungsspezifischer Merkmale beim Zugang zu und der Inanspruchnahme medizinischer Versorgung von MmB auf und umfasst Faktoren der Klient*innen, Behandler*innen sowie umweltbezogene Faktoren. Die Vorgaben des gesetzlichen Datenschutzes wurden während des gesamten Forschungsprozesses strikt eingehalten.

Förderliche und hinderliche Faktoren beim Zugang zu und der Inanspruchnahme medizinischer Versorgung im MZEB

Die Interviewaussagen wurden den Merkmalen des Modells zugeordnet sowie förderliche und hinderliche Faktoren ermittelt.

Faktoren der Klient*innen:

- » Als förderlich wurde ein engagiertes Umfeld der Klient*innen genannt, um die Kontaktaufnahme zum MZEB herzustellen und beim Aufbau eines vertrauensvollen Verhältnisses während der Behandlung zu unterstützen.
- » Als hinderlich erwies sich in den Interviews, dass die MZEB in der Allgemeinbevölkerung oder beim medizinischen Fachpersonal kaum bekannt sind, sodass Anspruchsberechtigte nicht von der Versorgungsmöglichkeit profitieren können.
- » Die sozioökonomischen Faktoren der Klient*innen zeigten sich als nicht ausschlaggebend für den Zugang zum MZEB, wodurch alle Anspruchsberechtigten gleiche Zugangsvoraussetzungen erhalten.

Faktoren der Behandler*innen:

- » Es ist förderlich, dass Behandler*innen über spezifisches Fachwissen und viel Erfahrung in der Arbeit mit der Zielgruppe verfügen.
- » Die multiprofessionelle Zusammenarbeit im MZEB wurde als besonders förderlich wahrgenommen, da diese eine ganzheitliche Betrachtung der Klient*innen ermöglicht.
- » Als hinderlich wurde geschildert, erfahrenes Personal in ausreichender Zahl für das Behandler*innenteam im MZEB zu rekrutieren.

Umweltbezogene Faktoren:

- » Im MZEB stehen, im Vergleich zum Regelsystem, mehr zeitliche Ressourcen zur Verfügung.
- » Einige Zugangskriterien (zum Beispiel das Vorliegen bestimmter Diagnosen) stellen eine Hürde im Zugang dar, denn gerade die genaue Diagnostik ist zentraler Auftrag der MZEB.
- » Bislang sind die Quartalspauschalen im MZEB nicht kostendeckend und eine Anschubfinanzierung für die Etablierung der MZEB fehlt.

Zusammenfassend zeigt die qualitativ-explorierende Studie, dass die Etablierung der MZEB die bisherige Versorgung von Erwachsenen mit geistiger und schwerer Mehrfachbehinderung im ambulanten Bereich erweitert und verbessert hat. Um weitere Erkenntnisse zur medizinischen Versorgungssituation von MmB zu erhalten und diese kontinuierlich zielgruppenadäquat zu verbessern, ist es sinnvoll, eine größere Anzahl an MZEB deutschlandweit in zukünftige Forschungsvorhaben einzubeziehen und die Klient*innen-Perspektive zu erheben. Denn nur durch die Berücksichtigung der Klient*innen-Perspektive selbst, lässt sich konkret beantworten, ob die Lücke im Bereich der Gesundheitsversorgung von Erwachsenen mit geistiger und schwerer Mehrfachbehinderung künftig geschlossen werden kann.

Literatur bei den Verfasserinnen

SEMA OLUKCU, B.A. UND JACQUELINE KOSTKA, B.A.,

Technische Universität Dortmund, Fachgebiet Rehabilitationssoziologie,

Fakultät Rehabilitationswissenschaften, E-Mail: sema.olukcu@tu-dortmund.de,

E-Mail: jacqueline.kostka@tu-dortmund.de

PROF. DR. KATHARINA RATHMANN, Hochschule Fulda, Fachbereich Pflege

und Gesundheit, E-Mail: katharina.rathmann@pg.hs-fulda.de

CHRISTEL KUMBRUCK

Projekt GreenSkills4VET an der Hochschule Osnabrück

GreenSkills4VET befasst sich mit Bildung für nachhaltige Entwicklung, neben den Ausbildungsberufen in der Logistik auch in der Gesundheits- und Krankenpflege. Die UNESCO definiert Bildung für nachhaltige Entwicklung als »die Vision von Bildung für nachhaltige Entwicklung in einer Welt, in der jede*r die Chance hat, von qualitativ hochwertiger Bildung zu profitieren und die Werte, Verhaltensweisen und Lebensstile zu lernen, die für eine nachhaltige Zukunft und für eine positive gesellschaftliche Transformation notwendig sind.« In der Lerneinheit von GreenSkills4VET sollen Auszubildende lernen, ökologische und soziale Ressourcen so zu nutzen, dass diese auch in Zukunft und für nachfolgende Generationen ausreichend für ein gutes Leben vorhanden sind. Die Lerneinheit ist entwickelt worden, um es Lehrenden zu erleichtern, Ideen zu entwickeln, wie Auszubildende, Schüler*innen, aber auch Menschen in der Weiterbildung und im Studium für eine nachhaltige Entwicklung sensibilisiert werden können. Damit dieses Material leichter zu den Lehrenden kommt, ist es als frei zugängliches Bildungsmaterial – open education resources (OER) – entwickelt worden. Es kann genutzt, modifiziert, ergänzt, angepasst sowie mit anderem Material gemixt werden.

Osnabrücker Lerneinheit zu Interaktionsarbeit

Die sieben Projektpartner aus Deutschland, Griechenland, Frankreich, Österreich und Bulgarien haben sieben Lerneinheiten entwickelt, dabei drei für die Pflegeausbildung:

1. Wetco, Bulgarien: Pflegeaktivitäten unter Berücksichtigung einer nachhaltigen Entwicklung – Einführungsveranstaltung
2. Hochschule Osnabrück: Herausforderungen und Bewältigung von Interaktionsarbeit in der Pflege – soziale Nachhaltigkeit

3. Aspete, Griechenland: Medikations-Administration; hierbei geht es mit Hilfe der griechischen Sozialapotheken um die Vermeidung, Medikamente wegzuerwerfen

Die Osnabrücker Lerneinheit will die soziale Nachhaltigkeit fördern. Die in der Pflege um andere Menschen zum Ausdruck kommende menschliche Fähigkeit und Bereitschaft, sich um andere Menschen in existenziellen Lebenssituationen wie zu Beginn oder am Ende ihres Lebens oder auch bei Krankheit fürsorgend zu kümmern und in den zwischenmenschlichen Interaktionen auf die Bedürfnisse der Menschen einzugehen, soll erhalten bleiben. Dies ist nicht selbstverständlich. Unter heutigen Bedingungen der Ökonomisierung (Abrechnungssysteme, Personalmangel, industriennahe Managementstrategien) der Pflege kommen Pflegekräfte, denen es um gute Pflegequalität auf Grundlage gelungener Pflegeinteraktionen geht, oftmals an Grenzen der Belastbarkeit. Infolgedessen ist der Anteil von Pflegekräften, die wegen Krankheiten und Erschöpfung vorzeitig das Berufsfeld verlassen, zu hoch (auch im Vergleich mit anderen Berufsgruppen), um dauerhaft die notwendigen professionellen Pflegeaufgaben zu gewährleisten.

Pflegeauszubildende lernen ihre Ressourcen kennen und nutzen!

Zu ihrem Erhalt wie auch zur Stärkung der Attraktivität des Berufs müssen Pflegekräfte möglichst schon in der Ausbildung lernen, ihre eigenen Ressourcen gegen Stress aufzubauen und auf destruktive Bewältigungsstrategien wie Zynismus oder Drogen zu verzichten. Die Lerneinheit umfasst drei Teile:

1. das Konzept der Interaktionsarbeit und den Zusammenhang zwischen schwierigen Interaktionssituationen mit Patienten und Krankheit bzw. dem Schutz durch geeignete Ressourcen.
2. Die individuelle und Gruppen-Arbeit zu wirksamen Ressourcen
3. Die Diskussion über Erfahrungen und der Wirksamkeit der Ressourcen. Es wird auch thematisiert, dass es nicht nur auf personale Ressourcen wie Humor ankommt, sondern auch um organisationale Ressourcen, also Rahmenbedingungen, unter denen Sorgearbeit nicht der Ökonomisierung untergeordnet wird.

Die Lerneinheit wurde in mehreren Pflegeausbildungsstätten im Unterricht erprobt und als überwiegend positiv wahrgenommen. Einiges ist nachgebessert worden, aber jede*r Lehrende darf das Material auch an die Bedarfe seiner/ihrer Auszubildenden anpassen.

Lerneinheiten für nachhaltige Entwicklung

Die neue »Verordnung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und des Bundesministeriums für Gesundheit: Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe« fordert die Einbindung der Themen sozialer und ökologischer Nachhaltigkeit in die berufliche Ausbildung: Lehrende in den Gesundheitsberufen dürfen die Osnabrücker Lerneinheit gerne nutzen: www.greenskills4vet.eu

Literatur bei der Verfasserin

PROF. DR. CHRISTEL KUMBRUCK, Hochschule Osnabrück, Fakultät für Wirtschafts- und

Sozialwissenschaften, Caprivistraße 30a, 49076 Osnabrück,

E-Mail: c.kumbruck@hs-osnabrueck.de



PETRA HOFRICHTER

Umgang mit Tod und Trauer in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe

Die Anzahl der wohnungslosen Menschen steigt. Eine aktuelle Wohnungs- und Obdachlosenstudie für Hamburg zeigt, dass sich die Zahl dieser Menschen im Vergleich zur letzten vergleichbaren Untersuchung aus dem Jahr 2009 um 86 Prozent erhöht hat – von 1.029 auf mindestens 1.910 Personen. Die Anzahl der öffentlich-rechtlich untergebrachten wohnungslosen Personen stieg um 79 Prozent. Wohnungslose leiden bereits in jungen Jahren an mehreren Erkrankungen gleichzeitig. Häufig sind sie von Angeboten der Gesundheitsförderung oder der medizinischen Versorgung ausgegrenzt. Wenn wohnungslose Menschen versterben, sind sie noch jung: Das Todesalter liegt im Durchschnitt bei 49 Jahren – das sind durchschnittlich drei Jahrzehnte früher als medizinisch gut versorgte Bürger*innen. Weder das Gesundheitssystem noch die Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe sind auf die Bedarfe kranker und sterbender Wohnungslose eingestellt.

Arbeitskreis »Wohnungslosigkeit und Gesundheit«

Seit fünfzehn Jahren kooperieren Vertreter*innen verschiedener Institutionen der Hamburger Hilfelandschaft in diesem Arbeitskreis an der Schnittstelle der Bereiche Wohnungslosenhilfe, Gesundheit, Suchthilfe und – seit 2014 – Hospiz- und Palliativarbeit. Sie setzen sich dafür ein, die Gesundheit von wohnungslosen Menschen zu fördern, die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Hilfesysteme zu stärken, Versorgungslücken aufzudecken sowie Schnittstellen zu definieren. Der Arbeitskreis ist bei der Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Hamburg in der HAG e.V. angesiedelt.

Lücken im Hilfesystem

Im Jahr 2011 berichteten Mitglieder des Arbeitskreises über schwer Kranke und Sterbende in ihren Einrichtungen: Was ist zu tun, wenn ein schwer kranker, wohnungsloser Mensch sich nicht im Krankenhaus behandeln lassen will? Wenn kein*e Haus- oder Fachärzt*in bereit ist, die Einrichtung aufzusuchen? Wie gehen die Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe mit schwerstkranken, sterbenden Klient*innen um? Wie kann Kontakt zum Palliativ- und Hospizbereich aufgebaut werden?

Diese Auseinandersetzung mit dem Thema Sterben in der Wohnungslosigkeit verdeutlicht die Versorgungslücken in diesem Bereich:

- » Wohnungslose Menschen haben (immer noch) keinen ausreichenden Zugang zum Gesundheitssystem, (ernsthafte) Erkrankungen werden nicht diagnostiziert.
- » Das gut ausgebaute Palliativ- und Hospizangebot erreicht die Wohnungslosen(hilfe) nicht und Überleitungen können nicht veranlasst werden.
- » Im Hospizbereich besteht wenig Erfahrung mit der Lebenssituation armer, wohnungsloser Menschen.
- » Viele Wohnungslose scheuen die Auseinandersetzung mit dem Thema Krankheit und Sterben.

Netzwerkarbeit fördert die interprofessionelle Zusammenarbeit

Als Ergebnis der Auseinandersetzung mit dem Thema hat der Arbeitskreis die Broschüre »Sterbende Menschen begleiten« (3. Auflage 2013) herausgegeben. Sie beschreibt in Fallbeispielen die Auseinandersetzung mit Sterben, Tod und Trauer in der Wohnungslosigkeit. Zudem gibt sie Auskunft zu rechtlichen Grundlagen und Versorgungsansprüchen, milieunaher Pflege, Sterbegleitung und Bestattung. Im April 2013 veranstaltete der Arbeitskreis die Fachtagung »Gestorben wird überall – Krankheit, Tod und Trauer in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe«, die große Resonanz bei Akteur*innen aus Wohnungslosenhilfe, Hospiz- und Palliativarbeit und Pflege aus Hamburg und dem Bundesgebiet fand. Die Bereiche Wohnungslosenhilfe und Hospiz haben daraus folgend eine Vielzahl an Kooperationen aufgebaut und arbeiten heute enger zusammen.

Bundesweite Ansätze

Die Hamburger Aktivitäten setzten auf Bundesebene Impulse: Die Deutsche Hospiz- und PalliativStiftung baute ein bundesweites Expert*innennetzwerk auf, an dem sich auch Vertreter*innen des Hamburger Arbeitskreises »Wohnungslosigkeit und Gesundheit« beteiligten. 2017 veröffentlichten die Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. (BAGW) und der Deutsche Hospiz- und PalliativVerband e.V. (DHPV) die Broschüre »Hospiz und Wohnungslosigkeit. Sterben, Tod und Trauer«.

Literatur bei der Verfasserin

PETRA HOFRICHTER, Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V., Hammerbrookstraße 73, 20097 Hamburg, E-Mail: petra.hofrichter@hag-gesundheit.de

TINA SAAS, ELISABETH TERNO

Mit Kindern über Leben und Sterben nachdenken – Ein Blick nach Hessen

Mit Kindern über Sterben und Tod sprechen? Sollte man das tun? Können Kinder das verkraften? Und wie sollte mit Kindern darüber gesprochen werden? Immer wieder stellen sich Erwachsene, die mit Kindern leben oder arbeiten, diese Fragen. Die meisten wünschen sich wohl für ihre Kinder eine ungetrübte Kindheit und neigen deshalb dazu, die Schattenseiten des Lebens von ihnen fernzuhalten. Die Gedanken an die Endlichkeit des Lebens, die Unberechenbarkeit des Todes

und den Abschiedsschmerz ängstigen die Erwachsenen selbst. Aber Kinder begegnen im Alltag verschiedenen Todesereignissen. Sie sehen die abgestorbene Topfpflanze, den toten Schmetterling auf der Fensterbank, die tote Amsel auf dem Balkon. Sie hören von Unfällen oder Todesfällen in der Nachbarschaft, bei Freunden oder in den Familien ihrer Spiel- und Schulkameraden. Sie spüren die Trauer der Angehörigen. Sie begegnen dem Tod in den Medien. Oder sie verlieren selbst einen geliebten Menschen.

Unterrichtshilfe »Abschied. Mit Kindern über Leben und Sterben nachdenken«

Bereits im Jahr 2003 entwickelte die HAGE e. V. die Unterrichtshilfe »Abschied. Mit Kindern über Leben und Sterben nachdenken«, welche im Jahr 2016 umfangreich überarbeitet wurde. Die Unterrichtshilfe richtet sich in erster Linie an Grundschüler*innen. Sie lässt sich aber auch in Kindergärten, Familienzentren, in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen, in Krankenhäusern, von Therapeut*innen oder in der Hospiz- und Palliativarbeit nutzen – überall dort, wo Kinder dem Sterben und Tod begegnen oder Verluste erleben. Die Unterrichtshilfe besteht aus zehn Arbeitsblättern mit Texten, Ausschnitten aus Geschichten, Bildern und Aufgaben zu verschiedenen Themen. Außerdem beinhaltet sie ein Infoheft für Unterrichtende mit Antwortmöglichkeiten zu den Aufgaben der Arbeitsblätter und weiterführenden Hinweisen. Die Arbeitsblätter ermöglichen den Schüler*innen, das Leben mit seinen Stationen zu betrachten, sich mit verschiedenen Verlustsituationen auseinanderzusetzen oder sich in trauernde Menschen einzufühlen. Die Geschichten erzählen von Verlust und Trauer und den möglichen Verhaltensweisen der Menschen bei einem Todesfall. Das erste Arbeitsblatt steht zum Beispiel unter dem Titel »Abschied und Wiedersehen«. Dabei denken die Kinder über normale Lebensrhythmen im Tages- und Jahresverlauf nach und erkennen darin den Wechsel von Abschied und Wiederkehr. In Bildern dargestellte Abschiedssituationen sollen den Kindern bewusst machen, dass Abschiede einmal leichter, einmal schwerer zu ertragen sind. Weitere Themen der Arbeitsblätter sind unter anderem Lebenswege sowie deren Endlichkeit, die Bedeutung des »Tot-Seins« von verschiedenen Lebewesen, wie Pflanzen, einem Haustier, des Opas, von Geschwistern oder gar den Eltern, die Trauer über einen Verlust und die Frage, was danach kommen mag.

»Hanna, Emil und der Friedhof«

Ergänzend zur Unterrichtshilfe veröffentlichte die Koordinations- und Ansprechstelle für Dienste der Sterbebegleitung und Angehörigenbetreuung (KASA) 2018 gemeinsam mit dem Hessischen Ministerium für Soziales und Integration und dem Carlsen-Verlag eine Sonderproduktion eines Pixi-Buches: »Hanna, Emil und der Friedhof« ermöglicht es, ganz einfach mit Menschen über Sterben, Tod und Trauer ins Gespräch zu kommen. In der Geschichte führt der Weg Hanna und Emil über einen Friedhof. Dabei stellen sich den beiden neugierigen Kinder viele Fragen.

KASA – Initiieren, Begleiten, Fördern und Vernetzen

Die KASA wurde 1997 als ein Arbeitsbereich der HAGE – Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. eingerichtet. Ziel ist es, zur Verbesserung der Sterbebegleitung durch das Initiieren, Begleiten, Fördern und Vernetzen hospiz-

licher und palliativer Arbeit beizutragen. Sie unterstützt Koordinator*innen von Hospizinitiativen, alle haupt- und ehrenamtlichen Personen, die mit den Themen Sterben, Tod und Trauer in Berührung kommen, sowie Menschen, die sich aus persönlichem oder Forschungsinteresse mit diesen Themen beschäftigen. Die dargestellte Unterrichtshilfe »Abschied« und das Pixi-Buch können kostenfrei über KASA bestellt werden.

Literatur bei den Verfasserinnen

TINA SAAS UND ELISABETH TERNO, HAGE e. V., Wildunger Straße 6/6a, 60487 Frankfurt, Tel.: (0 69) 71 37 67 80, E-Mail: kasa@hage.de, Internet: www.kasa-hessen.de

SYLKE SCHRÖDER, HEIKE RADON-VON HOLTEN

Die Ambulanten Kinder- und Jugendhospizdienste des Deutschen Kinderhospizvereins e.V.

Mehr als 50.000 Kinder und Jugendliche in Deutschland haben eine Erkrankung, an der sie frühzeitig sterben werden. Gemeinsam mit ihren Familien haben sie große Herausforderungen zu bewältigen: All ihre Zukunftsvorstellungen werden mit der Diagnose zerschlagen, die Lebenssituation verändert sich grundlegend und ein völlig neuer Alltag muss gestaltet werden.

Langfristige Begleitung und Förderung der Selbsthilfe

Die Ambulanten Kinder- und Jugendhospizdienste (AKHD) stehen Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit einer lebensverkürzenden Erkrankung und deren Familien im Alltag zur Seite. Die ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen der Dienste sind für die Eltern, Geschwister und erkrankten Kinder da – ab der Diagnose, im Leben und im Sterben und über den Tod des Kindes hinaus. Die Dienste fördern die Selbsthilfe, sie sind ein Forum, in dem sich Familien in ähnlicher Lebenslage austauschen und vernetzen können. Sie bieten eine ehrenamtliche und kostenfreie Begleitung zu Hause an. Die Ehrenamtlichen erhalten in einem 80-stündigen Kurs die erforderlichen Informationen für die Begleitung der Kinder und deren Familien. Dabei werden sie zum Beispiel zu folgenden Themen geschult: Umgang mit Abschied, Trauer, Sterben und Tod, Umgang mit schwerstmehrfach behinderten Kindern und Jugendlichen, Kommunikation, Grundlagen der Kinderhospizarbeit und vielem mehr. Die ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen stehen betroffenen Familien im häuslichen Umfeld kostenfrei in der Regel einmal pro Woche für mehrere Stunden zur Seite. Sie begleiten die Familien langfristig und sind häufig über Jahre an der Seite der betroffenen Familien. Sie hören zu, gehen mit den Kindern und Jugendlichen spazieren und sind Ansprechpartner*innen für Themen wie Trauer, Tod, Abschied und den Alltag mit einem erkrankten Kind: »Ich engagiere mich beim AKHD, weil ich dankbar und glücklich bin, dass es mir und meiner Familie so gut geht. Daher möchte ich meine positive Lebensenergie dazu nutzen, Menschen zu unterstützen, denen es weniger gut geht. Die Arbeit mit den erkrankten Kindern und Jugendlichen ist eine enorme Bereicherung für mein Leben und erdet mich oft sehr. Man bekommt unheimlich viel zurück, eigentlich viel mehr, als man selbst geben kann.« (Zitat einer ehrenamtlichen Mitarbeiterin im AKHD Hannover)

Unterstützung der Geschwister und Eltern

Die Kinder- und Jugendhospizdienste halten auch Angebote für Geschwister und Eltern bereit. Sie unterstützen Geschwister bei den Hausaufgaben, unternehmen gemeinsame Ausflüge, spielen mit ihnen und sind für die sie da, wenn sie sich in ihrer Trauer Begleitung wünschen oder sie mit jemand anderem außer der Mutter oder dem Vater sprechen möchten. Für die Eltern ermöglichen die Mitarbeiter*innen des AKHD Freiräume, indem jemand für das erkrankte Kind beziehungsweise den Jugendlichen sorgt. Außerdem führen sie mit den Eltern Gespräche beispielsweise zum Thema Leben, Sterben und Tod, unterstützen bei familiärer Belastung durch Stress und Überforderung und vermitteln Kontakt zu anderen betroffenen Eltern, stationären Kinderhospizen oder anderen Einrichtungen.

Der Deutsche Kinderhospizverein e.V.

Der Deutsche Kinderhospizverein e.V. (DKHV e.V.) wurde 1990 von betroffenen Familien als Selbsthilfverein gegründet. Mit bundesweit über 25 ambulanten Kinder- und Jugendhospizdiensten begleitet und unterstützt der Verein Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit einer lebensverkürzenden Erkrankung und deren Familien. Auf seiner Internetseite hat der Verein ein Suchportal eingerichtet. Aktuell bestehen in Deutschland rund 191 ambulante und 17 stationäre Kinderhospizangebote. Über das Suchportal finden Sie weitere Angebote in Niedersachsen, aber auch im gesamten Bundesgebiet: www.deutscher-kinderhospizverein.de/nc/kinder-und-jugendhospizarbeit-in-deutschland/standort/.

Literatur bei den Verfasserinnen

SYLKE SCHRÖDER UND HEIKE RADON-VON HOLTEN,
Ambulanter Kinder- und Jugendhospizdienst Hannover,
Leonhardtstraße 10, 30175 Hannover, Tel.: (05 11) 38 88 45 97,
E-Mail: hannover@deutscher-kinderhospizverein.de,
Internet: www.akhd-hannover.de

ANNIKA SCHLICHTING

Trauer am Arbeitsplatz Was stärkt Unternehmen und Mitarbeitende?

Wenn ein geliebter Mensch schwer erkrankt oder verstirbt, werden nicht nur im privaten Alltag Gedanken und Gefühle der Trauer erlebt, sondern auch am Arbeitsplatz. Gerade dort wird das Thema häufig gemieden und nicht offen angesprochen. Dabei handelt es sich bei Trauer um eine normale Reaktion auf einen zu erwartenden beziehungsweise eingetretenen Verlust. Sie ist zunächst keine Krankheit oder kein Zeichen von psychischer Schwäche, sondern ein gesunder Lern- und Anpassungsprozess an eine veränderte Lebenssituation. Trauer wird individuell erlebt und äußert sich in unterschiedlichen körperlichen und seelischen Facetten. Für den Umgang mit Sterben, Tod und Trauer am Arbeitsplatz erweist sich eine aktive Auseinandersetzung mit den Themen als notwendig. Sowohl Führungskräfte, Teams als auch betroffene Mitarbeitende müssen sich einer Vielzahl von Herausforderungen stellen: Wie spreche ich beispielsweise den trauernden Kollegen an, der seine Ehefrau verloren hat? Wie verhalte ich mich gegenüber der jungen Kollegin, die nach einer »stillen Geburt« ihr Kind verloren hat? Welche Aufgaben habe ich als Führungskraft bei



einem Todesfall zu organisieren? Was muss ich als trauernde Person im Unternehmen mitteilen? Einen Masterplan für alle diese Fragen gibt es nicht. Die Situationen, Teams und Unternehmen sind stets individuell. Dennoch lassen sich Mitarbeitende stärken und Trauerprozesse fördern:

Wie können Kolleg*innen die trauernde Person unterstützen?

Im Umgang mit trauernden Menschen ist die eigene Haltung im Sinne von »Wahrnehmung und Würdigung« essenziell. Hilfreich sind Akzeptanz und Aushalten der jeweiligen Gedanken und Gefühle des Gegenübers. Trauer kann man nicht »wegtrösten« oder »beschwichtigen«, sondern sie braucht Erlaubnis und Wertschätzung. Gut ist es, den trauernden Menschen anzusprechen, mit ehrlichem und authentischem Interesse hinsichtlich der jetzigen Situation. Das Unterbreiten von konkreten Angeboten, beispielsweise die Einladung zu einer gemeinsamen Mittagspause oder die Übernahme gewisser Aufgaben, bietet Orientierung, Sicherheit und Akzeptanz. Für den gut gemeinten Ausspruch »Du kannst dich jederzeit bei mir melden ...« haben trauernde Personen häufig gar nicht die Kraft zur Umsetzung. Nachfragen und Zuhören – und das zum wiederholten Male – sind wertvolle Umgangsformen. Und wenn der Rückzug gewünscht wird? Auch das ist zu akzeptieren.

Was kann eine Führungskraft tun?

Sie kann dafür sorgen, dass die Themen Sterben, Tod und Trauer auch im beruflichen Alltag offen benannt und weniger tabuisiert werden. Sie sollte trauernde Mitarbeitende und Teams konkret auf ihre Situation ansprechen und individuelle Unterstützung anbieten. Hierbei kann sie Möglichkeiten und Zeiträume des Zusammenseins schaffen. Rituale sind ebenfalls sehr wertvoll, wie etwa das Auslegen eines Kondolenzbuches, Einhalten einer Schweigeminute oder Durchführen einer Gedenkfeier. Der Hinweis auf weitere Unterstützungsmöglichkeiten, beispielsweise der Sozialberatung oder einer externer Beratung, lässt sich geben. Zur leichteren Abwicklung organisatorischer Aufgaben können Handlungsschritte bereits präventiv im Unternehmen definiert und beschrieben werden.

Was kann hilfreich für die trauernde Person sein?

Der berufliche Alltag kann für Trauernde bedeutsam sein und ein Stück Normalität, Ablenkung und Sicherheit ermöglichen.

Für andere Betroffene stellt die Arbeit eine aktuelle Überforderung dar. Wichtig hierbei ist, auf die eigenen Kräfte zu achten. Welche Aufgaben sind aktuell machbar und welche zu schwer oder komplex? Sich zugestehen, dass die Situation gerade eine besondere ist. Können Arbeitszeiten oder -aufgaben vorübergehend geändert werden? Unterstützend ist es, sich am Arbeitsplatz eine Person des Vertrauens zu wählen, sich Rückzugsorte zu schaffen oder persönliche Trauerrituale wahrzunehmen. Wer sich näher mit dem Thema beschäftigen möchte, erhält weiterführende Informationen und Unterstützung durch die Beratungsstelle Charon, der Hamburger Gesundheitshilfe GgmbH. Mit dem Schwerpunkt »Trauer am Arbeitsplatz« bietet Charon seit 2014 Unternehmen Beratung, Seminare und Informationsveranstaltungen an. Außerdem liegt eine Broschüre »Trauer am Arbeitsplatz – Unterstützung für Verantwortliche, Teams und Mitarbeitende« vor.

Literatur bei der Verfasserin

ANNIKA SCHLICHTING, Trauerbegleiterin, Dipl. Sozialpädagogin, Beratungsstelle Charon, Hamburger Gesundheitshilfe GgmbH, Winterhuder Weg 29, 22085 Hamburg, Tel.: (0 40) 22 63 03 00, E-Mail: info@charon-hamburg.de, Internet: www.charon-hamburg.de

JOCHEN BERENTZEN

Pflegekammer Niedersachsen übernimmt Verantwortung für Weiterbildung

Die Pflegekammer Niedersachsen hat ab dem 1. Januar 2019 vollumfänglich vom Land Niedersachsen die gesetzliche Verantwortung für die Weiterbildung in den Pflegefachberufen (Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege und Altenpflege) übernommen. Grundlage für den Verantwortungsübergang sind die Regelungen des Fünften Teils (§§ 27–35) des Kammergesetzes für die Heilberufe in der Pflege (PflegeKG). Die Pflegekammer Niedersachsen hat hierfür am 10. Januar 2019 eine Übergangswweiterbildungsordnung verabschiedet. Diese ermöglicht einen nahtlosen Übergang von den bisherigen Landesregelungen hin zur Zuständigkeit der Pflegekammer. Die Übergangswweiterbildungsordnung beinhaltet sowohl bisher bekannte gesetzliche Regelungen des derzeit bestehenden Niedersächsischen Gesundheitsfachberufegesetzes (NGesFBG) als auch von der Pflegekammer eingebrachte Änderungen, die qualitätssteigernd wirken sollen. Alle Weiterbildungen erhalten zukünftig den Zusatz »Pflege« beziehungsweise »in der Pflege« (§ 1 Geschützte Weiterbildungsbezeichnung). Zu den weiteren Änderungen zählen außerdem:

- » Einzelne Weiterbildungen wurden für alle Pflegefachberufe geöffnet, um den realen Beschäftigungsverhältnissen gerecht zu werden.
- » Die aus den Ausbildungsgesetzen bekannten Regelungen zur Praxisanleitung hinsichtlich der infrage kommenden Personen und der Dauer der Anleitung in den Praktika wurden neu aufgenommen. Sie müssen zukünftig zur Zulassung zur Prüfung nachgewiesen werden.
- » Neu ist die Möglichkeit für die Weiterbildungsstätten, bis zu 25 Prozent des theoretischen Stundenumfanges in selbstgesteuertem Lernen zu organisieren.

- » Bei mehrteiligen praktischen Prüfungen, wie zum Beispiel in der »Fachweiterbildung für Intensiv- und Anästhesiepflege«, müssen alle anteiligen praktischen Prüfungsteile zukünftig mit mindestens der Note ausreichend bestanden werden, um die praktische Prüfung insgesamt bestehen zu können.
- » Im Bereich Hygiene wurde die Fachweiterbildungsbezeichnung in »Fachkraft für Hygiene und Infektionsprävention in der Pflege« umbenannt. Die Praktika wurden gänzlich neu vorgegeben.
- » Alle verpflichtenden Praktika in den einzelnen Fachweiterbildungen werden neu in Sollstunden vorgegeben, um den Weiterbildungsteilnehmenden in den Praktika wirklich ausreichend Lernzeit zu ermöglichen.
- » Die bislang vom Land nicht geregelte Weiterbildung für die »Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege« wurde neu mit aufgenommen, um in diesem Mangelberuf neue Möglichkeiten für interessierte Fachkräfte und Weiterbildungsstätten zu schaffen.

In der Übergangsphase ist es das Ziel der Pflegekammer, das bestehende funktionierende System der Weiterbildungen in Niedersachsen zu stützen und zu erhalten. Hierzu trägt auch § 35 PflegeKG bei, der umfangreiche Übergangsregelungen enthält, welche sowohl für die bislang ausgesprochenen Erlaubnisse zur Führung einer Weiterbildungsbezeichnung, für bisher staatlich anerkannte Weiterbildungsstätten und bereits gestartete Weiterbildungskurse gelten. Die Pflegekammer Niedersachsen steht hierzu in engem Dialog mit dem bislang zuständigen Landesamt für Soziales, Jugend und Familie in Lüneburg, um die Abläufe der Übernahme und zukünftigen Verwaltung in der Geschäftsstelle der Pflegekammer einfach und effizient zu gestalten. Über sämtliche Veränderungen und zukünftigen Prozessabläufe hat die Pflegekammer Niedersachsen die Weiterbildungsstätten im Januar 2019 umfassend informiert.

Langfristiges Ziel: Erarbeitung einer völlig neuen Weiterbildungsordnung

Langfristig wird der Ausschuss Weiterbildung unter Leitung von Dr. Jochen Berentzen eine inhaltlich, strukturell und pädagogisch gänzlich neue Weiterbildungsordnung für die Pflegefachberufe in Niedersachsen erarbeiten. Zunächst wird unter Zuhilfenahme von ausgewählten Bildungsexpert*innen eine neue Rahmenordnung erstellt, die neben modernen pädagogischen Konzepten auch die Fragen von vertikaler und horizontaler Anrechnung beziehungsweise Durchlässigkeit enthalten muss. In einem zweiten Schritt wird dann unter Beteiligung pflegerischer und pädagogischer Expert*innen die inhaltliche und fachliche Ausgestaltung der neuen Rahmenordnung auch unter Berücksichtigung des neuen Pflegeberufegesetzes in Angriff genommen. Dabei hat die Pflegekammer neben den Erfordernissen für den Bildungsbedarf in der Pflege im Land Niedersachsen stets auch die Entwicklung in den anderen Bundesländern mit einer Pflegekammer im Blick, um zukünftig einfache Übergänge zwischen den Bundesländern zu ermöglichen.

Literatur beim Verfasser

DR. JOCHEN BERENTZEN, Pflegekammer Niedersachsen KdöR, Vorstand Pflegekammer Niedersachsen, Vorsitzender Ausschuss »Fortbildung«, Marienstraße 3, 30171 Hannover, E-Mail: jochen.berentzen@pflegekammer-nds.de

Bücher, Medien



Fern der Heimat

Die Vertreibung Deutscher aus ehemaligen Ostgebieten im Zuge des Zweiten Weltkrieges ist immer noch fester Bestandteil des kulturellen Gedächtnisses unserer Gesellschaft und für die Betroffenen in der Regel noch sehr präsent. Die Autorin befasst sich in ihrem Buch mit der Fragestellung, welche Bedeutung Heimat und Herkunftsort für diese Menschen haben. Sie bedient sich in ihrer biografischen Erkundungsstudie eines Methodenmix aus teilnehmender Beobachtung einer Reise einer Vertriebenen in den ehemaligen Heimatort, teilnarrativer Leitfadenterviews und Dokumentenanalysen. Sie stellt die große Bedeutung des Herkunftsortes für die Vertriebenen auch im hohen Alter heraus und bringt unter Rückgriff auf ausgewählte Theorien, beispielsweise zur Ortsgebundenheit, zur Beheimatung und zum Heimweh, Sehnsuchtsverhalten und Ethnogerontologie in Verbindung. Insbesondere mit Blick auf die gegenwärtig stattfindenden Flüchtlingsbewegungen sind ihre Erkenntnisse aktueller denn je. (mp)

EILEEN GOLLER: Fern der Heimat. Zur Bedeutung von Heimat und Ort im Lebensverlauf alternder Heimatvertriebener. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, 2018, 328 Seiten, ISBN 978-3-86321-347-3, 42,95 Euro

Humble Consulting

Der Autor hat sich als Professor für Organisationspsychologie am Massachusetts Institute of Technology (MIT) über viele Jahrzehnte mit Fragen von Organisationsentwicklung und -beratung befasst. Basierend auf seinen vielfältigen Beratungserfahrungen stellt er in diesem Buch das Konzept des »Humble Consulting« vor. Kern dieses Ansatzes ist die Erkenntnis, dass Organisationen und Unternehmen heute zunehmend mit komplexeren, teilweise chaotischen Problemkonstellationen konfrontiert sind, denen man als Beratende*r in der klassischen Rolle als Diagnostizierende*r und Ratgeber*in nicht länger gerecht werden kann. Beratende müssen nach Scheins Auffassung insbesondere ihre Fähigkeiten des bescheidenen Zuhörens (»humble inquiry«) verbessern, um vertrauensvolle Beziehungen aufzubauen und mit den Klient*innen in einen echten Dialog zu treten. Das Buch ist entlang vieler Fallbeispiele praxisorientiert verfasst. Es liefert vor allem Fachkräften, die bereits eigene Erfahrungen mit Beratungsprozessen machen konnten, Anstöße für ein Überdenken der eigenen Rolle. (bg)

EDGAR H. SCHEIN: Humble Consulting – die Kunst des vorurteilslosen Beratens. Carl-Auer Verlag, Heidelberg, 2017, 187 Seiten, ISBN 978-3-8497-0165-9, 39,00 Euro

Die Entscheidung von Maschinen über Menschenleben

Autonome Rettungssysteme werden immer häufiger bei der Rettung von Opfern in schwierigen Situationen eingesetzt. Doch wie wird das Dilemma gelöst, wenn Roboter auf eine Vielzahl von Opfern treffen und vor der Wahl stehen, wen sie retten? Diese Frage wird in der vorliegenden Forschungsarbeit ausführlich beleuchtet, um erstmals einen grundrechtlichen Maßstab für solche Entscheidungen zu entwickeln. In drei Teilen mit jeweils untergeordneten Kapiteln werden hierfür die Grundlagen der Rettungspraxis, die Grund- und Menschenrechte, die rechtliche Situation bei Entscheidungen über Menschenleben sowie der Einsatz von Robotern in Notfällen und Katastrophen erläutert. Das Buch eignet sich für alle, die in der Notfall- und Katastrophenrettung tätig sind, und auch für weitere Interessierte an der gesetzlichen Lage diesbezüglich. (jsc)

RAPHAEL KLESEN: Die Entscheidung von Maschinen über Menschenleben. Das Recht auf Leben und der Einsatz autonomer Rettungssysteme in Notfällen und Katastrophen. Nomos Verlag, Baden-Baden, 2017, 448 Seiten, ISBN 978-3-8487-3903-5, 99,00 Euro

Störungsspezifische Psychotherapie im Alter

Die Herausgeber*innen legen ein Praxisbuch vor, das sich mit den wichtigsten störungsspezifischen Aspekten in der Psychotherapie mit (hoch-)altrigen Patient*innen befasst. Es richtet sich vor allem an Psychotherapeut*innen und Psychiater*innen, die für die Arbeit mit älteren Patient*innen besondere interpersonelle und fachliche Kompetenzen sowie interdisziplinäres Hintergrundwissen benötigen. Ausgehend vom psychischen Wohlbefinden im Alter werden depressive Störungen, Suizidalität, Angststörungen, posttraumatische Belastungsstörungen, Partnerschaftskonflikte sowie Abhängigkeiten, Persönlichkeitsstörungen und Demenzen gut gegliedert thematisiert. (bw)

TILLMANN SUPPRIAN, CHRISTINA HAUKE (HRSG.): Störungsspezifische Psychotherapie. Das Praxisbuch. Schattauer Verlag, Stuttgart, 2017, 247 Seiten, ISBN 978-3-7945-3159-2, 44,99 Euro

Krankenhäuser als Triebfeder von Innovationen

Wie werden »Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB)« in das Gesundheitssystem integriert? Wo liegen die Probleme? Kann es durch diese zu einem Innovationsstopp kommen? Wie misst man Innovationen überhaupt? Mit diesen und weiteren Fragen beschäftigen sich die beiden Arbeiten des Buches. Die Themen werden – unterlegt mit Grafiken – verständlich aufbereitet und mögliche Lösungsansätze aufgezeigt. So werden beispielsweise mögliche Indikatoren und Kennzahlen operationalisiert, um Innovationen im Krankenhaus messbar zu machen. Das Buch richtet sich insbesondere an Personen aus den Bereichen Gesundheitsökonomie und -management. (im)

HANS-R. HARTWEG, REMI MAIER-RIGUAD (HRSG.): Krankenhäuser als Triebfeder von Innovationen. Finanzierungsregeln und Innovationsbemühungen in der sozialwissenschaftlichen Analyse. LIT Verlag, Münster, 2018, 112 Seiten, ISBN 978-3-643-14104-0, 24,90 Euro

Sexuelle Bildung in der Schule

Das aus der Praxis und für die Praxis konzipierte Buch von Beate Martin und Jörg Nitschke bietet eine Einführung in die sexuelle Bildung in der Schule. Es beginnt mit einer didaktisch-methodischen Einleitung in Bedeutung und Nutzen schulischer Sexualerziehung. Die einzelnen Kapitel konzentrieren sich auf ein spezifisches Thema mit stets dem gleichen Aufbau – einer fachwissenschaftlich-didaktischen Einleitung folgen Praxistipps und ein Methodenteil. Themen sind unter anderem Sexualität und Sprache, Fruchtbarkeit und Verhütung, sexuelle Vielfalt, Körper und Sinnlichkeit oder Sexualität und Medien, wobei ein Schwerpunkt auf die Medienkompetenz gelegt wird, ohne die heute Sexualerziehung und -aufklärung nicht mehr denkbar ist. Das Buch richtet sich vor allem an Lehrkräfte, die diesen Themenbereich unterrichten, Menschen aus dem Bildungsbereich sowie Interessierte. (jk)

BEATE MARTIN, JÖRG NITSCHKE: Sexuelle Bildung in der Schule. Themenorientierte Einführung und Methoden. Kohlhammer-Verlag, Stuttgart, 2017, 204 Seiten, ISBN 978-3-17-032471-8, 28,00 Euro

Neue Technologien in der ambulanten Pflege

Smartphones als neuer Partner in der Pflege? In diesem Buch, das auf einer mit dem Koblenzer Hochschulpreis ausgezeichneten Masterthesis basiert, erfasst die Autorin am Beispiel der ambulanten Pflege in Österreich die Nutzung von Smartphones im Arbeitsalltag. Sie beschreibt sieben Themenbereiche der Anwendung mobiler Endgeräte und zeigt damit einhergehende Chancen und Risiken auf. Das Werk bietet anschaulich Einblicke in die Nutzung neuer Technologien im Pflegealltag und regt Pflegende zur Reflexion des eigenen Smartphone-Nutzungsverhaltens an. Sinnvoll ergänzend sind die enthaltenen Flussdiagramme, welche Abläufe in der Pflegepraxis auch für Außenstehende eindrücklich veranschaulichen. Eine Publikation, die sowohl für Praktiker*innen als auch Wissenschaftler*innen einen Erkenntnisgewinn bietet. (im)

SABINE DAXBERGER: Neue Technologien in der ambulanten Pflege. Wie Smartphones die Pflegepraxis (mit-)gestalten. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, 2018, 135 Seiten, ISBN 978-3-86321-391-6, 24,95 Euro

Positive Supervision und Intervention

In dem Buch geht es um Hintergründe und Anwendungsmöglichkeiten einer Beratungsform für Einzelpersonen, Gruppen und Organisationen. Dabei richtet sich die Autorin an Menschen, die in der Psychotherapie, im Coaching oder in der Mediation von Kolleg*innen Supervision geben. In den zwei großen Bereichen beschreibt sie zum einen die Theorie zur positiven Supervision und zum anderen schildert sie deren praktische Anwendung, die sich auf die vier Pfeiler Zielformulierung, Kompetenzen finden, weiter Fortschritte erarbeiten und Reflexion stützt. Im Verlauf des Buchs nutzt die Autorin erklärende Fallbeispiele und bietet zur Vertiefung einige Übungen an. Kurze Zusammenfassungen nach jedem Kapitel verschaffen einen schnellen inhaltlichen Überblick. (am)

FREDRIKE BANNINK: Positive Supervision und Intervention. Hogrefe Verlag, Göttingen, 2017, 237 Seiten, ISBN 978-3-8017-2804-5, 34,95 Euro

Wege kritischen Denkens in der Pflege

Diese Festschrift widmet sich Ulrike Greb, Pflegewissenschaftlerin und Pflegedidaktikerin, die den Diskurs kritischer Pflege in Deutschland maßgeblich geprägt hat. Die Bedeutung einer gesellschaftskritischen Perspektive sowie das Spannungsfeld zwischen Ökonomisierungsdruck und dem Anspruch an eine Arbeitsweise, die allen Beteiligten gerecht wird, waren ihr stets wichtige Themen. In neun Beiträgen nähern sich die Autor*innen Patientenwegen als Implikationen für das Pflegemanagement, der Mikropolitik, Care-Berufen im Kontext gesellschaftlicher Erosionskrisen und erziehungswissenschaftlichen Perspektiven in der Verortung zwischen Hochschule und Schule. Ein wertvolles Buch für alle, die sich tiefergehend und mit hohen akademischen Ansprüchen dem kritischen Denken in der Pflege widmen wollen. (nf)

SABINE BALZER, KIRSTEN BARRE, BENJAMIN KÜHNE, WOLFGANG VON GAHLEN-HOOPS (HRSG.): Wege kritischen Denkens in der Pflege. Festschrift für Ulrike Greb. Mabuse Verlag, Frankfurt am Main, 2018, 228 Seiten, ISBN 978-3-86321-408-1, 29,95 Euro

Die Gefährdungsbeurteilung

Viele Bücher zum Thema Gefährdungsbeurteilung widmen sich ausführlich den Gefährdungsfaktoren und deren Beurteilungskriterien. Das vorliegende Buch füllt eine Lücke, indem der Schwerpunkt auf Gefährdungsbeurteilungen als komplexe betriebliche Prozesse gelegt wird. So gelangen die intensive Vorbereitungszeit, die sachlichen und personellen Anforderungen sowie der sachgerechte Transfer der Ergebnisse in betriebliche Regelprozesse ausführlich zur Darstellung. Zum Bereich der psychischen Belastungen verweist der Autor auf andere einschlägige Veröffentlichungen. Ein kleines Kapitel zu den Schnittstellen Psyche und Betriebliches Gesundheitsmanagement findet sich jedoch am Ende des Buches. (us)

GERALD SCHNEIDER: Die Gefährdungsbeurteilung. Planung – Organisation – Umsetzung. Erich Schmidt Verlag, Berlin, 2017, 180 Seiten, ISBN 978 3 503 17114 9, 29,90 Euro

Das mäeutische Pflege- und Betreuungsmodell

In dieser umfänglich überarbeiteten 2. Auflage beschreibt Dr. Cora van der Kooij ihr Modell der »Mäeutik«, welches neben pflegerischem Fachwissen die gefühlsbetonte Ebene des Kommunizierens als fundamentales Betreuungselement umfasst. Die Niederländerin ergänzt ihre bisherigen Ausführungen zu Methodik und Dokumentation um eine Beschreibung zum Pflegeprozess und blickt dabei mit den neuen SIS-Richtlinien auf die Entbürokratisierung der Pflege. Das Werk hält neben einem umfassenden Grundlagenwissen hilfreiche Praxisbeispiele, Schaubilder und methodische Instrumente für professionell Pflegende bereit. Gerade für den Umgang mit Menschen, die an einer fortgeschrittenen Demenz erkrankt sind, kann dieses Modell neue Wege eröffnen. (ir)

CORA VAN DER KOOIJ: Das mäeutische Pflege- und Betreuungsmodell. Darstellung und Dokumentation. Hogrefe Verlag, Bern, 2017, 224 Seiten, ISBN 978-3-662-54631-4, 28,95 Euro

Arbeitsplatz Kita

Die Autorinnen nehmen die Kindertagesstätten (Kita) als Lebenswelt und damit auch die Arbeitsbedingungen, unter denen die pädagogischen Fach- und Leitungskräfte tätig sind, in den Blick. Das Buch ist in sechs Schwerpunkte aufgeteilt, die sich mit dem Setting Kita, dem Forschungsprojekt STEGE (Studie zur »Strukturqualität und Erzieherinnengesundheit in Kindertageseinrichtungen«), den Arbeitsbedingungen in Kitas, der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit im Kontext der Arbeitswelt Kita sowie dem Erkennen von Belastungen auseinandersetzen. Die Beiträge bieten Anlass zur Auseinandersetzung mit den Einflüssen, die Erzieher*innen in ihrer Arbeit belasten und die sie stärken. Die beigefügten Online-Materialien gewähren eine vertiefende Reflexion mit Belastungen und Ressourcen im Arbeitsfeld Kita. (am)

SUSANNE VIERNICKEL, ANJA VOSS, ELVIRA MAUZ: Arbeitsplatz Kita: Belastungen erkennen, Gesundheit fördern. Beltz Juventa, Weinheim und Basel, 2017, 202 Seiten, ISBN 3-7799-3313-6, 16,95 Euro

Kinder mit Fluchterfahrungen in der Kita

Damit Kinder mit Fluchterfahrungen in Deutschland gut ankommen und leben können, benötigen sie sprachliche Förderung und pädagogische Fachkräfte mit interkulturellen Kompetenzen. Vor diesem Hintergrund beschäftigt sich die Autorin mit den Fragen: Wer ist Flüchtling? Wie gestaltet sich die rechtliche Situation? Wie sind die Lebensbedingungen in Deutschland? Wie ist der Gesundheitszustand der Kinder bei der Ankunft? Welche Traumafolgestörungen lassen sich erkennen? Welche sprachlichen Hürden und Ressourcen sind vorhanden? Welche Folgen hat all dies für die Kitas? Wo gibt es Unterstützung und Vernetzung für Kitas? Für die letzte Frage führt die Autorin verschiedene Kontakte zu Organisationen und Behörden sowie Linkhinweise zur weiteren Information an. (am)

CHRISTIANE HOFBAUER: Kinder mit Fluchterfahrungen in der Kita. Leitfaden für die pädagogische Praxis. Herder, Freiburg im Breisgau, 2. ergänzte Auflage, 2017, 120 Seiten, ISBN 978-3-451-34934-8, 19,99 Euro

Eingewöhnung und Beziehungsaufbau in Krippe und Kita

Mithilfe dieses Buchs möchte die Autorin pädagogische Fachkräfte bei der Konzeption der Eingewöhnungsphase in Krippe und Kita unterstützen. Dabei gibt sie einen Überblick zu den verschiedenen Möglichkeiten und Modellen der Eingewöhnungsphase. Ihr Ziel ist es, ein Bewusstsein dafür zu schaffen, dass die Eingewöhnung, wenn sie erfolgreich bewältigt wird, die Grundlage für jeden kindlichen Entwicklungs- und Bildungsprozess darstellt. Zur Orientierung sowie für die praktische Arbeit sind die aufgeführten Leitfäden, wie zum Beispiel zur Planung und Ausgestaltung des Übergangs, und Checklisten zur Vorbereitung eines Aufnahmegesprächs mit den Eltern (und anderen) für pädagogisches Fachpersonal hilfreich. (am)

RAHEL DREYER: Eingewöhnung und Beziehungsaufbau in Krippe und Kita. Modelle und Rahmenbedingungen für einen gelungenen Start. Herder, Freiburg im Breisgau, 2017, 192 Seiten, ISBN 978-3-451-32544-1, 19,99 Euro

Vaterbilder im Wandel

Der Autor thematisiert in seinem Buch das Rollenverständnis von Mann und Frau sowie den Wandel des Vaterbildes von der Prähistorie über Antike und Neuzeit bis heute. Dabei geht er auf historische und biologische Einflussfaktoren ein, die das Vaterbild prägten und bis heute prägen. Er begreift die Rolle des Vaters als kulturell und gesellschaftlich bedingtes Konstrukt. Seine These lautet: Vaterschaft ist im Gegensatz zur Mutterschaft nicht biologisch, sondern gesellschaftlich und kulturell begründet. Auf knapp 300 Seiten werden Beispiele aus dem Tierreich, antiken Mythen und der Menschheitsgeschichte herangezogen, um diese These zu unterstützen. Die vorliegende Übersetzung des italienischen Originalwerks ist eine Neuauflage und richtet sich insbesondere an Expert*innen der Väter- und Geschlechterforschung, der Soziologie und Psychologie. (pb)

LUIGI ZOJA: Vaterbilder im Wandel. Sozialpsychologische Überlegungen. Psychosozial-Verlag, Gießen, 2018, 296 Seiten, ISBN 978-3-8379-2787-0, 29,90 Euro

Vielfalt gestalten

Die kulturelle Vielfalt wird von Heike Baum als Chance verstanden und dargestellt. Geht es in der Kita um das Thema »Kinder mit Fluchterfahrungen«, zeigen sich bei vielen pädagogischen Fachkräften häufig Unsicherheiten. Die Autorin möchte diesen mit ihrem Buch begegnen und unterstützend wirken. Dabei greift sie das Thema in folgenden sieben Kapiteln auf: Ankommen in der Kita, Pädagogik der Vielfalt, Kinder stärken – Resilienz fördern, Schlüsselkompetenz Sprache, Kinder mit Fluchterfahrungen im Alltag von Krippe, Kita und Hort, Bildungs- und Erziehungspartnerschaften mit den Eltern sowie Unterstützendes für das Team. Anhand konkreter Beispiele sowie aktueller theoretischer Grundlagen werden pädagogischen Fachkräften Anregungen und Handlungsmöglichkeiten für die Arbeit in Kitas aufgezeigt. (am)

HEIKE BAUM: Vielfalt gestalten. Flüchtlingskinder in der Kita. Herder, Freiburg im Breisgau, 2017, 95 Seiten, ISBN 978-3-451-34974-4, 19,99 Euro

Handbuch Inklusion

Die Autor*innen fordern dazu auf, sich mit dem Thema Inklusion näher zu beschäftigen. Wer mit Kindern im Alter von null bis sechs Jahren zu tun hat, wird hier ansprechende Anregungen finden. Zu den Schwerpunkten im Buch zählen unter anderem Inklusion als Werteframework für Bildungsgerechtigkeit, der Ansatz vorurteilsbewusster Bildung und Erziehung, die Entwicklung und Förderung moralischen Denkens und moralischer Gefühle in der Kindheit, die Vielfalt und Diskriminierung im Erleben von Kindern, die Internationale Zusammenarbeit für Vielfalt und Gleichwürdigkeit sowie ein Einblick in die Arbeit mit dem Ansatz »Anti-Bias Education for Everyone«. Das Handbuch kann insbesondere für die Aus- und Fortbildung von pädagogischen Fachkräften empfohlen werden. (am)

PETRA WAGNER (HRSG.): Handbuch Inklusion. Grundlagen vorurteilsbewusster Bildung und Erziehung. Herder, Freiburg im Breisgau, 2017, 320 Seiten, ISBN 978-3-451-37637-5, 24,99 Euro

Hospizarbeit und Palliative Care

Die Autorin befasst sich mit dem Verhältnis zwischen haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen in Hospiz- und Palliativarbeit und greift damit ein Thema auf, das bisher kaum wissenschaftlich beleuchtet worden ist. Seit der Verabschiedung des Hospiz- und Palliativgesetzes 2015 und der daraufhin möglichen sektorenübergreifenden Begleitung Sterbender im stationären Kontext ist ein enormer Veränderungsprozess in Gang gesetzt worden. Im Rahmen ihrer Dissertation hat die Autorin in qualitativen Interviews das Zusammenwirken und die Spannungsfelder zwischen Haupt- und Ehrenamt analysiert sowie Anhaltspunkte für die Qualifizierung in diesem Tätigkeitsfeld herausgearbeitet. Aufgrund des empirischen Schwerpunkts richtet sich das Buch primär an interessierte Leser*innen aus Qualifizierung und Wissenschaft. (mk)

SUSANNE FLECKINGER: Hospizarbeit und Palliative Care. Zum wechselseitigen Arbeitsverhältnis von Haupt- und Ehrenamt. Springer-Verlag, Wiesbaden, 2018, 328 Seiten, ISBN 978-3-658-22439-4, 64,99 Euro

Demenz und die Kunst des Vergessens

Diagnose »Demenz«, abgestempelt und wieder Kind geworden – ein weit verbreitetes Bild. Das vorliegende Buch schafft es, die Perspektive zu wechseln und »Demenz« aus einem anderen Blickwinkel zu betrachten. In fünf Schritten – von den ersten Anzeichen bis zum Vergessen der eigentlichen Erkrankung – werden praxisnah und lösungsorientiert Wege zum Umgang mit der Diagnose aufgezeigt. Fragestellungen, Aufgaben und Merksätze helfen dabei, das subjektive Empfinden und die eigene Haltung zu reflektieren. Auch als negativ wahrgenommene Aspekte der Diagnose werden nicht ausgelassen, dennoch vermittelt die Autorin eine Haltung, welche in nahezu jeder Situation einen positiven Umgang erlaubt. Das Buch richtet sich an alle, die mit der Diagnose »Demenz« konfrontiert werden, ob direkt betroffen, angehörig oder auch professionell helfend. (im)

ANDREA CHRISTOPH-GAUGUSCH: Demenz und die Kunst des Vergessens. Fünf Schritte für mehr Gelassenheit im Umgang mit Demenz. Carl-Auer Verlag, Heidelberg, 2018, 169 Seiten, ISBN 978-3-8497-0223-6, 19,95 Euro

Doing Gender

Ein differenzierter Blick auf den Genderaspekt kann die Qualität der Therapie deutlich verbessern. Ermöglicht wird dies etwa durch mehr Wissen über genderabhängige Mechanismen, die zu Störungen führen können. Die therapeutischen Methoden werden entsprechend modifiziert und um die gendersensitive Perspektive erweitert. Wie dies im Therapieverlauf mithilfe von strukturierten Bausteinen gelingen kann, wird handlungsnah und therapiepraktisch anhand konkreter Beispiele aufgezeigt. Erkenntnisse aus der Genderforschung werden dargestellt und auf das therapeutische Handeln bezogen. Ein Kapitel für Gender-Skeptiker*innen setzt sich mit gängigen Einwänden und Irrtümern auseinander. Eine Pflichtlektüre für Psychotherapeut*innen aller Schulen! (us)

ROSEMARIE PIONTEK: Doing Gender. Umgang mit Rollenstereotypen in der therapeutischen Praxis. dgvt Verlag, Tübingen, 2017, 205 Seiten, ISBN 978-3-87159-226-3, 16,90 Euro



Kita-Praktika professionell begleiten

Die Autorin widmet sich den Fragen »Welche Praktika gibt es und welche Bedeutung haben sie in der Ausbildung zur Erzieher*in? Welche Lerninhalte sollten vermittelt werden und wie sind die Bewertungskriterien?« Diesbezüglich gibt es drei Schwerpunkte: Rahmenbedingungen und Inhalte von Kita-Praktika, professionelle Praktikumsanleitung (Rollen, Aufgaben und Beurteilungsgespräche und andere) und Praktikumsbericht (Phasen der Praktikumsdokumentation – Anlässe, Planung, didaktische und Sachanalyse, Organisation und andere). Im letzten Abschnitt des Buches befinden sich nützliche Checklisten und Kopiervorlagen zum Beispiel für Gesprächsprotokolle, Feedbackbögen und Praktikumsvereinbarungen. Sowohl pädagogische Fachkräfte, die anleiten, als auch Praktikant*innen finden hier Anregungen und Hilfestellungen für das Schreiben eines Praktikumsberichts oder für das Erstellen eines Projektstrukturplans. (am)

BERNADETTE KESSLER: Kita-Praktika professionell begleiten. Informationen und Materialien rund um die Praktikumsbetreuung in Kindertageseinrichtungen. Ökotopia Verlag, Aachen, 2017, 104 Seiten, ISBN 978-3-86702-397-9, 19,99 Euro

Lustvoll körperwärts

Julia Sparmann stellt in diesem Methodenbuch körperorientierte Übungen vor, die sie in der sexuellen Bildungsarbeit mit erwachsenen Frauen einsetzt. Die Autorin arbeitet mit dem klinisch-sexologischen Ansatz Sexocorporel und verbindet diesen mit Methoden aus Körperpsychotherapie, Achtsamkeitstraining, Tantra sowie Kreativpädagogik. Die vorgestellten Methoden sind für Frauen in allen Altersstufen anzuwenden und sowohl in Gruppen- als auch in Einzelsettings einsetzbar. Ziel ist es, Frauen dabei zu unterstützen, ihren Körper in Verbindung mit ihren sexuellen Bedürfnissen und Potenzialen genauer kennenzulernen und das Erleben einer selbstbestimmten Sexualität zu fördern. Das Buch richtet sich an pädagogische und therapeutische Fachkräfte, die körperorientierte Methoden in sexueller Bildungsarbeit und Sexualtherapie mit Frauen einsetzen möchten. (tra)

JULIA SPARMANN: Lustvoll körperwärts. Körperorientierte Methoden für die Sexuelle Bildung von Frauen. Psychozial-Verlag, Gießen, 2018, 161 Seiten, ISBN 978-3-8379-2736-8, 19,90 Euro

Frühpädagogische Konzepte praktisch umgesetzt

Die Autorin geht in dem Buch der Frage nach »Wie kann man Kinderpartizipation zu einem festen Bestandteil des Kitaalltags werden lassen?«. Dabei stellt sie praxisnah verschiedene Möglichkeiten der Partizipation vor, wie zum Beispiel die Arbeit im Kinderparlament, die Kinderkonferenz oder den Kinderrat. Mit diesen und ähnlichen Methoden wird aufgezeigt, wie Mitbestimmung in der eigenen Einrichtung und unter Berücksichtigung individueller Rahmenbedingungen gelingen kann. Mithilfe konkreter Beispiele, Ideen, Lösungsvorschläge und Empfehlungen werden pädagogischen Fachkräften Wege aufgezeigt, wie eine offene und klare Kommunikation über Mitbestimmung im Team und mit Eltern und Kindern gelingen kann. (am)

GIOVANNA DEBATIN: Frühpädagogische Konzepte praktisch umgesetzt: Partizipation in der Kita. Cornelsen Verlag, Berlin, 2. Auflage, 2017, 128 Seiten, ISBN 978-3-589-15872-0, 15,99 Euro

Führen mit Neuer Autorität

Das Konzept der »Neuen Autorität« – ein Ansatz der systemischen Therapie von Haim Omer – überträgt der Autor auf die moderne Führungspraxis. Beziehung, Präsenz, Kooperation und Stärke lösen in einem neuen Selbstverständnis den klassischen Autoritätsbegriff mit seinem Macht- und Durchsetzungsanspruch ab. Neben einem klaren Fokus auf der inneren Haltung von Selbstreflexion werden Methoden und alternative Wege der Führung aufgezeigt und strukturiert dargestellt. Anschauliche Abbildungen und abgrenzende Resümees untermauern einzelne Kapitel. Im Anhang befinden sich Checklisten, Fragebögen und Anleitungen für die Praxis, die dazu anregen, die neuen Ansätze lösungsorientiert umzusetzen. Der ehemalige Manager und heutige Berater für Führungskräfte und Teams verbindet in seinem Buch Theorie, Methodik und Praxis gekonnt miteinander. (ja)

WILHELM GEISBAUER: Führen mit Neuer Autorität. Stärke entwickeln für sich und das Team. Carl-Auer Verlag, Heidelberg, 2018, 166 Seiten, ISBN 978-3-8497-0219-9, 19,95 Euro

Patientenpartizipation aus Sicht der Pflege

Welches Verständnis von Partizipation haben beruflich Pflegende und wie setzen sie dieses in der Praxis um? Die vorliegende Analyse bezieht sich auf die häusliche Versorgung von Menschen mit Multimorbidität und die in diesem Umfeld tätigen Pflegenden. Neben theoretischen Grundlagen werden in der Veröffentlichung die Ergebnisse der Studie präsentiert. So konnte die Autorin drei Typen und deren Verständnis beziehungsweise Umsetzung von Partizipation herausarbeiten. Hierdurch werden Anreize für die weitere Forschung sowie Impulse zur Reflektion der eigenen Umsetzung gegeben. Das Buch richtet sich an alle Fachkräfte mit Bezug zur Pflege und an Interessierte. (im)

MELANIE MESSER: Patientenpartizipation aus Sicht der Pflege. Eine Analyse der häuslichen Versorgung von Menschen mit Multimorbidität. Beltz Juventa, Weinheim und Basel, 2018, 248 Seiten, ISBN 978-3-7799-3757-9, 39,95 Euro

Autismus-Spektrum-Störungen

Diagnostik und Intervention bei Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) gelten aufgrund der vielfältigen Erscheinungsformen des Phänomens nach wie vor als komplex. Hinzu kommt, dass sich das Erscheinungsbild der ASS über die Lebensspanne verändert. Mit der schrittweise seit dem Jahr 2016 vorgenommenen Aktualisierung der S3-Leitlinie zu ASS im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter soll Fachkräften des Gesundheitswesens nun eine bessere Orientierung über den »State of the Art«-Erkenntnisstand ermöglicht werden. Die an der Leitlinienentwicklung beteiligten Autorinnen gewähren mit diesem Band Einblicke in den aktuellen Forschungsstand, erläutern Behandlungsindikationen und gehen auf Screening-, Diagnostik- sowie Verlaufskontrollverfahren ein. Vorstellungen ausgewählter Therapiematerialien und zweier Fallbeispiele runden den Band ab. Ebenso erhalten Interessierte Hinweise zu weiterführenden Materialien. (ms)

CHRISTINE M. FREITAG, JANINA KITZEROW, JULIANE MEDDA, SOPHIE SOLL, HANNAH CHOLEMKERY: Autismus-Spektrum-Störungen. Hogrefe Verlag, Göttingen, 2017, 165 Seiten, ISBN 978-3-8017-2704-8, 24,95 Euro

Handbuch Resilienztraining

Wie steht es eigentlich um unsere psychosoziale Gesundheit? Wie kann die Entwicklung persönlicher Resilienz gelingen? Und welche besondere Position nehmen Führungskräfte diesbezüglich ein? Die Autorin dieses praxisbasierten Handbuchs geht in übersichtlich gegliederten Kapiteln verständlich auf die aufgeführten Fragestellungen ein und gibt den Leser*innen zahlreiche Übungen und Praxisbeispiele an die Hand. Das Buch widmet sich konsequent dem Ziel, Resilienztraining für Mitarbeitende und Unternehmen greif- und umsetzbar zu machen. (ts)

SYLVIA KÉRÉ WELLENSIEK: Handbuch Resilienztraining. Widerstandskraft und Flexibilität für Unternehmen und Mitarbeiter. Beltz Juventa, Weinheim und Basel, 2017, 398 Seiten, ISBN 978-3-407-36644-3, 49,95 Euro

Ratgeber Autismus-Spektrum-Störungen

Dieser Ratgeber bietet eine Einführung in das komplexe Thema der Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) und will eine realitätsnähere Sichtweise auf Menschen mit ASS vermitteln. Aufgeführte Fallbeispiele unterstützen dabei, die beschriebenen Symptome, Verhaltensweisen und auftretende Herausforderungen verständlich zu machen. Der Ratgeber beinhaltet praxisnahe Anregungen zur Gestaltung des Familienlebens sowie des Schul- und Kindergartenalltags und zeigt auf, welche Therapiemethoden wirksam sein können. Der Ratgeber dient als allgemeinverständliche Einführung für alle Betroffenen und deren Umfeld, ohne den Anspruch einer Vertiefung zu erheben. (som)

HANNAH CHOLEMKERY, JANINA KITZEROW, SOPHIE SOLL, CHRISTINE M. FREITAG: Ratgeber Autismus-Spektrum-Störungen: Informationen für Betroffene, Eltern, Lehrer und Erzieher. Hogrefe Verlag, Göttingen, 2017, 62 Seiten, ISBN 978-3-8017-2705-5, 9,95 Euro

Coming-out Queere Identitäten zwischen Diskriminierung und Emanzipation

Die Autorin will in der vorliegenden Dissertation die Veränderungen der Diskurse um queere Identitäten, also um lesbische, schwule, bisexuelle und trans* Identitäten, aufzeigen. Neben einer Darstellung der historischen Entwicklung der Diskurse um sexuelle und geschlechtliche Vielfalt, hat sie auch eine qualitative Interviewstudie mit queeren Personen durchgeführt. Sie unternimmt den Versuch, die Auswirkungen unterschiedlicher Perspektiven auf die persönliche Identitätsbildung der Personen sichtbar zu machen. Nach wie vor sind Heterosexualität und Zweigeschlechtlichkeit prägende Normvorstellungen, die erklären, weshalb queere Personen immer noch mit Abwertungen konfrontiert werden. Dieses Buch richtet sich an Fachkräfte, die an theoretischen Arbeiten interessiert sind. (tra)

BÄRBEL SCHOMERS: Coming-out – Queere Identitäten zwischen Diskriminierung und Emanzipation. Budrich UniPress, Opladen, 2018, 300 Seiten, ISBN 978-3-86388-789-6, 38,00 Euro

Gentrifizierungsforschung in Deutschland

Die deutsche Gentrifizierungsforschung ist durch ein uneinheitliches Konzept und Einzelfallstudien gekennzeichnet. Der Autor wertet in diesem Kontext erstmalig unveröffentlichte Qualifikationsarbeiten aus, um sie in einen Zusammenhang zu bringen und deren empirische Relevanz herauszustellen. Durch eine qualitative Meta-Synthese führt er seine Befunde hinsichtlich Theorien, Methoden und Befunde mit bereits publizierter Literatur zusammen und gliedert dieses in soziale, bauliche, gewerbliche und symbolische Dimensionen. Das methodische Vorgehen der Dissertation bietet sich auch musterhaft für ähnliche Studien anderer Teilgebiete an. Ein interessantes Werk für alle Stadtplaner*innen und Gentrifizierungsforscher*innen. (krs)

JAN ÜBLACKER: Gentrifizierungsforschung in Deutschland. Eine systematische Forschungssynthese der empirischen Befunde zur Aufwertung von Wohngebieten. Budrich UniPress, Opladen, Berlin und Toronto, 2018, 230 Seiten, ISBN 978-3-86388-783-4, 32,00 Euro

Agile Verwaltung

Das Thema Agilität ist in diversen Kontexten sowie im Unternehmensmanagement oder auch in der Softwareentwicklung immanent und erfährt ein großes Interesse im Verwaltungsbereich. Oftmals stellen sich agile Methoden als adäquates Mittel für Institutionen dar, um sich ungewohnten und unvorhersehbaren Anforderungen zu nähern. Dieses Buch stellt Methoden und Konzepte detailliert vor und zeigt, wie sie in der öffentlichen Verwaltung Anwendung finden können. Von der Bedeutsamkeit von Agilität in der Verwaltung, über Methoden, bis hin zu Fallbeispielen aus verschiedenen Verwaltungsbereichen des In- und Auslands erörtert das Buch alles, was Expert*innen oder Praktiker*innen auf dem Gebieten der öffentlichen Verwaltung anwenden können. (rv)

MARTIN BARTONIZ, VERONIKA LÉVESQUE, THOMAS MICHEL, WOLF STEINBRECHER, CORNELIA VONHOF, LUDGER WAGNER (HRSG.): Agile Verwaltung. Wie der öffentliche Dienst aus der Gegenwart die Zukunft entwickeln kann. Springer Gabler, Heidelberg, 2018, 270 Seiten, ISBN 978-3-662-57698-4, 49,99 Euro

Mit älteren Menschen kommunizieren

Rüdiger Thiesemann bietet mit diesem Werk einen Praxisleitfaden für eine individualisierte Kommunikation mit älteren Menschen, indem er die evidenzbasierten Vorschläge der amerikanischen Gerontologischen Gesellschaft (GSA) zu diesem Thema übersetzt und kulturell angepasst hat. Durch die Empfehlungen ergänzt durch Fallbeispiele und Merksätze regt diese Publikation im Gesundheitswesen Tätige zur Selbstreflexion an. Es wird zum Umdenken im professionellen Arbeitsalltag ermutigt, kann aber auch persönliche Horizonte erweitern sowie die Gerontologie und Geriatrie im Allgemeinen weiterentwickeln. (ir)

RÜDIGER THIESEMANN (HRSG.): Mit älteren Menschen kommunizieren. Ein Praxisleitfaden für Gesundheitseinrichtungen. Kohlhammer, Stuttgart, 2018, 125 Seiten, ISBN 978-3-17-033006-1, 24,00 Euro

Akademisch ausgebildetes Pflegefachpersonal

Mit dem Pflegeberufereformgesetz erwachsen grundständige Studiengänge ab 2020 dem Modellstatus, etablierte Studiengänge feiern 30-jähriges Jubiläum – doch an Strukturen und Konzepten für den Einsatz akademisierter Pflegefachkräfte in der direkten Pflege mangelt es immer noch. Die Akademisierung wird aus drei Perspektiven betrachtet: aus dem hochschulischen, dem wissenschaftlich-politischen und dem Blickwinkel der Arbeitgeber*innen. Besonders die Perspektive der Letztgenannten ist spannend: Wie setzt das Uniklinikum Essen den Care-Mix um? Inwiefern kann interprofessionelle Zusammenarbeit etabliert werden? Wie sollen Pflegeakademiker*innen in der ambulanten Pflege und in der Altenhilfe sinnvoll eingesetzt werden? Von den Antworten auf diese Fragen profitieren politische Entscheider*innen ebenso wie Pflegepädagog*innen und Hochschuldozent*innen. (nf)

ANKE SIMON (HRSG.): Akademisch ausgebildetes Pflegefachpersonal. Entwicklung und Chancen. Springer-Verlag, Berlin, 2018, 222 Seiten, ISBN 978-3-662-54886-8, 39,99 Euro



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

Veranstaltungsreihe Argumente für Gesundheit 2019 – Wa(h)re Pflege im Fokus

Die Veranstaltungsreihe möchte einen Perspektivwechsel ermöglichen zwischen pflegebedürftigen Menschen, pflegenden Angehörigen, Pflegekräften und der Politik. Zu Wort kommen sollen die Menschen, um die es geht. Wir möchten den gesellschaftlichen Diskurs zum Thema Pflege und was sie uns wert ist anregen. Nicht zuletzt geht es dabei auch darum, wie Gesundheit erhalten und gefördert werden kann. Herzlich eingeladen sind alle, die sich beruflich oder privat für das Thema interessieren.

Pflegebedürftige im Blick – was macht eine gute Pflege aus?

1. April 2019, Hannover

Pflegende Angehörige im Blick – was hält pflegende Angehörige gesund? Wie können sie Unterstützung erfahren?

29. April 2019, Hannover

Pflegekräfte im Blick – wie gelingt eine gute Pflege?

16. Mai 2019, Hannover

Impulse an die Politik – was ist der Wert von Pflege? Was ist sie uns wert?

23. Mai 2019, Hannover

Studentisches Gesundheitsmanagement – wie geht denn das?

25.–26. April 2019, Karlsruhe

Dieses Seminar zu Theorie und Praxis des Studentischen Gesundheitsmanagements stellt den neuesten Stand der Konzeptentwicklung in diesem Bereich vor. Es liefert konkrete Beispiele und Impulse für die Umsetzung an Hochschulen. Die Veranstaltung richtet sich an Gesundheitsmanager*innen, Studiengangsentwickler*innen, Wissenschaftler*innen, Studierende, Studierendenwerke, Mitarbeitende von Hochschulsporteinrichtungen und vom allgemeinen deutschen Hochschulverband et cetera. Hier erfährt man Neues, kommt in den Austausch und kann eigene Fragen in Workshops und Learning Cafés diskutieren. Die Veranstaltung stellt die letzte in einer Reihe von insgesamt vier Seminaren dar.

Workshop: Selbstevaluation – Schritt für Schritt

9. Mai oder 24. Mai, Hannover / 6. Juni, Bremen

Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung sind wichtige Bestandteile von Projekten und Maßnahmen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention. Dabei ist die Frage »Was hat's gebracht?« für alle interessant, die Maßnahmen der Gesundheitsförderung entwickeln und anbieten. In dem Workshop werden die Grundlagen der Selbstevaluation vermittelt, um die Teilnehmer*innen in die Lage zu versetzen, kleinere Evaluationsstudien durchzuführen.

Tüchtig und/oder süchtig – Bausteine betrieblicher Suchtprävention

13. Mai 2019, Hannover

Ob Sie neu oder schon länger im Bereich der betrieblichen Suchtprävention tätig sind, macht bei dieser Veranstaltung keinen Unterschied. Wir möchten dieses Jahr übergreifende Themen und Trends, wie zum Beispiel die organisationale Resilienz, behandeln und Sie am Nachmittag aus einem bunten Strauß an Themen vom Aufbau einer betrieblichen Suchtprävention bis zu spezifischen Themen wie der Arbeitssucht wählen lassen. Herzlich eingeladen sind alle, die in dem Bereich tätig sind oder sich für das Thema interessieren.

Suppenküchen im Schlaraffenland

15. Mai 2019, Hannover

Ernährungsarmut – gibt es das auch in unserer Gesellschaft? Mit dieser Fachtagung, die im Rahmen der Veranstaltungsreihe »Region Hannover – ein guter Ort für genussvolles Essen« stattfindet, wird das vielfach wenig beachtete Phänomen Ernährungsarmut aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet und diskutiert. Dabei geht es neben der materiellen Ernährungsarmut auch um die sozialen Folgen, wie zum Beispiel verminderte gesellschaftliche Teilhabe, sowie um mögliche Lösungsstrategien.

Netzwerktag »Präventionsketten Niedersachsen«

23. Mai 2019, Hannover

Im Rahmen des Programms »Präventionsketten Niedersachsen« entwickeln viele Kreise und kreisfreie Städte seit 2017 integrierte kommunale Strategien zur Gesundheitsförderung und Prävention. Sie haben sich zum Ziel gesetzt, allen Kindern – unabhängig von ihrer sozio-ökonomischen Herkunft – gleiche Chancen auf ein gesundes Aufwachsen zu ermöglichen und Teilhabechancen zu verbessern. Der Netzwerktag 2019 bietet die Möglichkeit, sich über kommunale Erfahrungen auszutauschen sowie Schwerpunktthemen praxisorientiert zu diskutieren. Er richtet sich sowohl an Akteur*innen aus bereits teilnehmenden Kommunen als auch an alle anderen interessierten Fachkräfte.

Praxisworkshop »Partizipative Methoden aus Gesundheitsförderung und Prävention praktisch erproben – von der Bestandsaufnahme bis zur Evaluation«

29. Mai 2019, Hannover

Partizipation ist ein zentrales Qualitätsmerkmal der Gesundheitsförderung und Prävention und trägt maßgeblich zum Gelingen von Projekten und Maßnahmen in Kommunen und anderen Lebenswelten bei. In dem Praxisworkshop möchten wir exemplarisch Methoden vermitteln und praxisnah erproben. Ziel ist es, die Umsetzung einer partizipativen Arbeitsweise vor Ort zu unterstützen. Die Veranstaltung richtet sich an kommunale Akteur*innen aus unterschiedlichsten Bereichen und an Akteur*innen, die direkt mit Dialoggruppen vor Ort arbeiten.

Gesundheit im Quartier: Zum Greifen nah!

18. Juni 2019, Hannover

Was ist gesundheitsförderlich im Quartier? Ist Gesundheit ein Teil von Sozialer Stadt? Wie kann Gesundheitsförderung im Stadtteil gelingen? Welche niedrigschwelligen Ansätze für ein gesundes Quartier werden bereits umgesetzt? Die Tagung vor Ort will diesen Fragen nachgehen, Gesundheit(-sförderung) vor Ort sichtbar machen und stärken, in Dialog und Austausch mit Akteur*innen vor Ort, Multiplikator*innen und Entscheidungsträger*innen treten, inspirieren und gemeinsam neue Visionen entwickeln. Die Tagung findet in Kooperation mit der Landesarbeitsgemeinschaft Soziale Brennpunkte Niedersachsen e. V. statt.

9. Fachtag: Tischlein deck dich: Wir müssen reden ... Kommunikation über Essen, Trinken und Bewegung

25. Juni 2019, Osnabrück

Die Welt in der Kita wird immer bunter. Gesellschaftliche Kulturen treffen aufeinander und der Umgang mit Essen, Trinken und Bewegung sowie die Einstellung dazu nehmen mittlerweile auch im Kita-Alltag einen immer größeren Raum ein. Dahinter steht – im Zuge der ausgedehnten Betreuungszeiten – der Wunsch nach einer guten und gesunden Versorgung der Kleinsten. Damit dies gelingt, ist es wichtig, sich darüber auszutauschen und zu verständigen. Doch wie schaffen wir gute Voraussetzungen für gemeinsame Gespräche? Wie lassen sich auch Eltern einbinden? Wo gibt es gute Ansätze, und wie können diese gestärkt werden? Wie kann das Ernährungswissen in Kitas gemeinsam genutzt und umgesetzt werden? Die Veranstaltung richtet sich an Erzieher*innen und Multiplikator*innen aus den Bereichen Pädagogik, Ernährung, Gesundheit und Sport.

Regionale Fachtage: Gesundheitsförderung in der Kita. Wieso, weshalb, warum – wer nicht fragt ...?

16. Mai 2019, Oldenburg, 5. Juni 2019, Göttingen,
6. November 2019, Lüneburg, 14. November 2019, Osnabrück

Das Kompetenzzentrum für Gesundheitsförderung in Kitas ist eine zentrale Informations-, Beratungs- und Qualifizierungsstelle für Kitas in Niedersachsen und Bremen. Ziel ist es, Informationen und Erfahrungen zum Thema Kita und Gesundheit zu bündeln, weiterzugeben und Beratung anzubieten, um so einen Beitrag zu mehr Gesundheit in der Kita für alle zu leisten. Doch was ist überhaupt eine gesunde Kita? Wie kann man das Thema Gesundheit in die Kita einbringen? Wo wird Unterstützung benötigt? Diese und weitere Fragen werden auf den Regionalen Fachtagen an vier verschiedenen Standorten beleuchtet und gemeinsam mit den Teilnehmenden erarbeitet.

»Alles digital, oder wie? Prävention und Gesundheitsförderung 4.0« Jahrestagung der LVG & AFS 2019

4. Juli 2019, Hannover

Das Thema »Digitalisierung« ist in aller Munde. Die größere Vernetztheit von Menschen, Informationen und Angeboten bietet nicht nur in Bereichen wie Bildung oder der medizinischen Versorgung große Potenziale, sondern ermöglicht auch neue Ansätze in der Gesundheitsförderung und Prävention. Apps, mHealth, Serious Games und Gamification: Welche digitalen Herangehensweisen und Methoden werden derzeit erprobt, um die Gesundheit von Individuen oder Gruppen zu fördern? Ist Online-Gesundheitskommunikation der »Highway to Health«? Welche Chancen, aber auch Herausforderungen bestehen mit Blick auf Prävention und Gesundheitsförderung 4.0? Die Veranstaltung richtet sich an interessierte Akteur*innen zum Beispiel aus Kommunen, Kitas, Schulen und anderen Bereichen, die in ihren Lebenswelten an der Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention arbeiten.

VORSCHAU

Gesundheit rund um die Geburt

26. Juni 2019, Hannover

3. Niedersächsischer Demenzkongress

4. September 2019, Hannover

25. Robert-Koch-Tagung

5.–6. September 2019, Wolfsburg

Landesweite Fachtagung KoGeKi

18. September 2019, Hannover



Gut ankommen – Übergang in die stationäre Pflege gestalten

4. Juni 2019, Hannover



FORTBILDUNGSPROGRAMM

für Führungskräfte und Beschäftigte in der Pflege und Betreuung

Fallbesprechungen – nutzen Sie die Kompetenzen Ihres Teams

25. April 2019, Hannover

Marte Meo – ein möglicher Weg in die achtsame Kommunikation

7. Mai 2019, Hannover

Die Tagespflege als Ausgangspunkt für Quartierskonzepte

9. Mai 2019, Hannover

Im Dschungel der Assessments

14. Mai 2019, Hannover

Beratungswissen 2019 – das Update

16. Mai 2019, Hannover

Kranke Kinder in der ambulanten Krankenpflege – das kann gehen?!

21. Mai 2019, Hannover

Integrative Validation nach Richard©

3. Juni 2019, Hannover

Leichte Sprache, leicht gemacht!

12. Juni 2019, Hannover

Umgang mit Trauer und Sterben – im Spannungsfeld zwischen professioneller Haltung und eigener Betroffenheit

13.–14. Juni 2019, Bassum

Schmerzmanagement – denn lindern geht immer!

18. Juni 2019, Hannover



Wenn die Seele überläuft – psychische Gesundheit in der Kita

8.–9. Mai 2019, Cuxhaven

Partizipation – ein wichtiges Thema im Bereich Kita und Gesundheit!

23. Mai 2019, Göttingen

Natur bewegt erleben – Bewegungsanreize der Natur nutzen

6. Juni 2019, Hannover

NIEDERSACHSEN

03.04.2019 » Forum Stationsleitung 2019:

Führung mutig anders denken, Oldenburg, Kontakt: Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, Tel.: (0 30) 2 19 15 70, E-Mail: dbfk@dbfk.de, Internet: www.dbfk.de

04.–05.04.2019 » Forschungswelten 2019 – 10. internationaler wissenschaftlicher Kongress für Pflegeforschung, Lingen (Ems),

Kontakt: Verlag hpsmedia/Hochschule Osnabrück, E-Mail: s.seeling@hs-osnabrueck.de, Internet: www.hs-osnabrueck.de

05.–07.04.2019 » Lesbische, schwule, bisexuelle, trans*, intersexuelle und queere Menschen in der Psychologie, Reinhausen bei Göttingen,

Kontakt: Verband für lesbische, schwule, bisexuelle, trans*, intersexuelle und queere Menschen in der Psychologie e.V., Tel.: (06 21) 48 34 55 39, E-Mail: kontakt@vlsp.de, Internet: www.vlsp.de

14.05.2019 » »Länger besser leben.« Kongress,

Hannover, Kontakt: BKK24/Universität Bremen, Tel.: (04 21) 21 85 85 58, E-Mail: buero-glaeske@uni-bremen.de, Internet: www.bkk24.de

15.06.2019 » 17. Mutismus-Tagung, Hannover,

Kontakt: Mutismus Selbsthilfe Deutschland e.V., E-Mail: m.lange@mutismus.de, Internet: www.mustismus.de

30.06.–05.07.2019 » Gesundheitstage

für HIV-Positive, Reinhausen bei Göttingen, Kontakt: Akademie Waldschlösschen, Tel.: (0 55 92) 9 27 70, E-Mail: info@waldschloesschen.org, Internet: www.waldschloesschen.org

BUNDESWEIT

04.–06.04.2019 » 69. Wissenschaftlicher Kongress – Der öffentliche Gesundheitsdienst – Mitten in der Gesellschaft, Kassel,

Kontakt: Gesundheitsamt Region Kassel, Tel.: (05 61) 7 87 19 00, E-Mail: Karin.Mueller@kassel.de, Internet: www.bvoegd-kongress.de

05.–06.04.2019 » 7. Interprofessioneller

Gesundheitskongress, Dresden, Kontakt: Springer Medizin Verlag GmbH, Tel.: (0 30) 8 27 87 55 13, E-Mail: andrea.tauchert@springer.com, Internet: www.gesundheitskongresse.de

05.–07.04.2019 » Symposium: Gesunder Darm –

gesund leben, Edertal, Kontakt: Verband für Unabhängige Gesundheitsberatung e.V., Tel.: (06 41) 80 89 60, E-Mail: info@ugb.de, Internet: www.ugb.de

24.04.2019 » Fachtagung »Pro Impfen«, Kiel, Kontakt: Landesvereinigung für Gesundheitsförderung in Schleswig-Holstein e. V., Tel.: (04 31) 9 42 94, E-Mail: gesundheit@lvfsh.de, Internet: www.lvfsh.de

01.05.2019 » DPV-Frühjahrstagung 2019,

Bremen, Kontakt: Deutsche Psychoanalytische Vereinigung, Tel.: (0 30) 26 55 25 03, E-Mail: tagungsbuero@dpv-psa.info, Internet: www.dpv-psa.de

02.–03.05.2019 » 2. Internationales Symposium

Gesundheitskompetenz – Forschung, Praxis, Politik, Bielefeld, Kontakt: Universität Bielefeld, E-Mail: gesundheitskompetenz@uni-bielefeld.de, Internet: www.nap-gesundheitskompetenz.de

03.–04.05.2019 » 3. BVKJ Kongress, Berlin,

Kontakt: Bundesvereinigung Verhaltenstherapie im Kindes- und Jugendalter (BVKJ) e.V., E-Mail: info@bvkj.org, Internet: www.bvkj.info

08.–10.05.2019 » Bremer Pflegekongress,

Bremen, Kontakt: Messe Bremen, Tel.: (04 21) 3 50 52 06, E-Mail: grimm@messe-bremen.de, Internet: www.bremer-pflegekongress.de

10.05.2019 » Fachtagung Advanced Nursing

Practice, Berlin, Kontakt: Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, Tel.: (0 30) 2 19 15 70, E-Mail: dbfk@dbfk.de, Internet: www.dbfk.de

10.–11.05.2019 » 10. Fachkongress LEBEN

UND TOD, Bremen, Kontakt: Messe Bremen, Tel.: (04 21) 3 50 55 88, E-Mail: heitmueller@messe-bremen.de, Internet: www.leben-und-tod.de

14.05.2019 » Arbeitskreis Betriebliche

Gesundheitsförderung, Berlin, Kontakt: Gesundheit Berlin Brandenburg, E-Mail: kuhn@gesundheitbb.de, Internet: www.gesundheitbb.de

15.–17.05.2019 » XIV. DGGPP Kongress Gerontopsychiatrie 2019 – mit Kompetenz die

Versorgung für die neue Dekade sichern, Essen, Kontakt: Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP) e.V., Tel.: (0 22 62) 79 76 83, E-Mail: kongress@dggpp.de, Internet: www.kongress.dggpp.de

17.–18.05.2019 » 48. Jahreskongress des DBL e.V.

(Deutscher Bundesverband Logopädie), Bielefeld, Kontakt: DBL e.V., Tel.: (0 22 34) 37 95 30, E-Mail: info@dbl-ev.de, Internet: www.dbl-ev.de

17.–18.05.2019 » Jahrestagung Deutsche

Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin, Lünen, Kontakt: Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin, Tel.: (02 28) 28 73 33 26, E-Mail: info@dgkim.de, Internet: www.dgkim.de

27.–29.05.2019 » Deutscher Hebammenkongress, Bremen, Kontakt: Deutscher Hebammenverband e.V., Tel.: (03 72 98) 26 45,

E-Mail: fischer@hebammenverband.de, Internet: www.hebammenkongress.de

29.05.–01.06.2019 » 100. Deutscher Röntgen-

kongress, Leipzig, Kontakt: Deutsche Röntgengesellschaft e.V., Tel.: (0 30) 91 60 70 14, E-Mail: kongress@drng.de, Internet: www.drng.de

05.–06.06.2019 » Zi-Congress Versorgungs-

forschung, Berlin, Kontakt: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, Tel.: (0 30) 40 05 24 78, E-Mail: zi-congress@zi.de, Internet: www.zi-congress.de

05.–07.06.2019 » Gesunde Städte-Symposium,

Nürnberg, Kontakt: Gesunde Städte-Netzwerk, Tel.: (0 69) 21 23 77 98, E-Mail: gesunde.staedte-sekretariat@stadt-frankfurt.de, Internet: www.gesunde-staedte-netzwerk.de

28.06.2019 » 9. Dresdner Kita-Symposium,

Dresden, Kontakt: Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V., Tel.: (03 51) 50 19 36 00, E-Mail: post@slfg.de, Internet: www.slfg.de

INTERNATIONAL

27.–28.4.2019 » International Convention on Intervention in Alzheimer's and other

Neurodegenerative Disorders, Valencia (Spanien), Kontakt: Asociación Alzheimer Perales ALZPER, Tel.: (+34) 9 69 60 05 42 66, E-Mail: info@alzheimerperales.com, Internet: www.congresoalzheimer.com

22.–23.05.2019 » 22. wissenschaftliche

ÖGPH-Jahrestagung, Wien (Österreich), Kontakt: Österreichische Gesellschaft für Public Health, Tel.: (+43) 14 05 13 83 34,

E-Mail: oegph@svagw.at, Internet: www.oeph.at

23.05.2019 » Gesundheitskompetenz 4.0 –

von Compliance zu Adherence, St. Pölten (Österreich),

Kontakt: Fachhochschule St. Pölten, Tel.: (+43) 2 74 23 13 22 82 55,

E-Mail: marlene.hochreiter@fhstp.ac.at, Internet: www.tagungsgesundheit.fhstp.ac.at

06.06.2019 » 21. Österreichische Gesundheits-

förderungskonferenz »Lebensqualität der Zukunft gestalten – wie werden wir 2030

lernen, arbeiten, essen, kommunizieren, ...?«, Innsbruck (Österreich), Kontakt: Fonds Gesundes Österreich, Tel.: (+43) 1 89 50 40 07 12,

E-Mail: petra.gajar@goeg.at, Internet: www.fgoeg.org