

Depressionen und Ängste Herausforderungen für Prävention und Versorgung

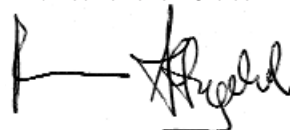
Die Prävention psychischer Erkrankungen gerät erst in den letzten Jahren mit großer Dringlichkeit in das Blickfeld der Akteure der Gesundheitsförderung und Prävention. Angesichts der hohen Prävalenz, die Depressionen und Ängste aufweisen und ihrer Bedeutung für die Entwicklung von Leistungsausgaben, Arbeitsunfähigkeitstagen und Frühverrentungen verwundert die »verspätete« Entdeckung dieses Handlungsfeldes umso mehr. Adäquate Versorgungsstrukturen und effektive Präventionsstrategien stehen jetzt im Mittelpunkt der Fachdiskussionen. Das Grünbuch der EU zur psychischen Gesundheit und das nationale Gesundheitsziel zu Depression belegen dies deutlich.

In der aktuellen Newsletterausgabe werden nicht nur diese beiden Gesundheitspolitikstrategien dargestellt, sondern auch verschiedene Erkrankungsformen, modellhafte Versorgungsansätze und kommunale Strategien zur Früherkennung, optimierten Versorgungspraxis und Prävention vorgestellt. Über das Schwerpunktthema hinaus werfen wir unter anderem einen Blick auf die neue Präventionsgesetzdiskussion, die Ergebnisse wichtiger Fachtagungen und Neuerscheinungen von Medien und Materialien.

Die Schwerpunktthemen der nächsten Ausgaben lauten »Behinderung und Gesundheit« (Redaktionsschluss 01.02.2008) und »Integrierte Handlungskonzepte« (Redaktionsschluss 30.04.2008). Wie immer sind Sie herzlich eingeladen, sich an den kommenden Ausgaben mit vielfältigen Anregungen, Beiträgen, Projektvorstellungen und Informationen zu beteiligen.

Die letzte impulse-Ausgabe des Jahres 2007 möchten wir nutzen, um uns an dieser Stelle bei allen Kooperationspartnern der Landesvereinigung für die intensive und anregende Zusammenarbeit herzlich zu bedanken. Auch allen Autorinnen und Autoren unseres Newsletters sei herzlich für die engagierte Mitarbeit gedankt, ohne ihre Mitwirkung wäre die Herausgabe dieser Zeitschrift nicht möglich. Gleiches gilt für alle Leserinnen und Leser, deren vielfältige Rückmeldungen das große Interesse an unserer Zeitschrift zeigen. Wir wünschen Ihnen allen einen schönen und angenehmen Jahresausklang, einen guten Start ins neue Jahr und natürlich ein gesundheitsförderliches Jahr 2008!

Mit freundlichen Grüßen



Thomas Altgeld und Team

Inhalt

	Seite
■ Angsterkrankungen und Depressionen in Deutschland	2
■ Das Grünbuch zur psychischen Gesundheit	3
■ Nationales Gesundheitsziel »Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln«	4
■ Psychische Störungen und Geschlecht	6
■ Klimaängste und ihre Bewältigung	7
■ Psychische Gesundheit und soziale Lage von Kindern und Jugendlichen.	8
■ Arbeitsbelastungen, Arbeitsplatzunsicherheit und Depression	9
■ Pränataldiagnostik und Schwangerschaftsängste	10
■ Postpartale Depression und Psychose	11
■ Depressionen und höheres Lebensalter	13
■ NTFN – Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge in Niedersachsen e.V.	14
■ Neue Chancen im zweiten Anlauf? – Das Präventionsgesetz ...	14
■ Präventionspreis 2008 ausgelobt	15
■ Europäische Konferenz zu Frauengesundheit	16
■ Expertise zum Betreuungsmodell »Familienhebamme«	16
■ Anders alt?! Alternende Menschen mit geistiger Behinderung in Europa	17
■ Move Europe – Kampf gegen den Stress im Beruf	18
■ Wohnortnahe Hilfen ...	19
■ Zukunft für Kinder in Düsseldorf	20
■ Selbsthilfe bei Schüchternheit und sozialer Phobie	21
■ connect – Hilfe für Kinder aus suchtbelasteten Familien	21
■ Mediothek	23
■ Internet	26
■ Termine	27
■ Impressum	22

S

Angsterkrankungen und Depressionen in Deutschland: Bestandsaufnahme und Perspektiven

Ausmaß und Auswirkung von Angst- und depressiven Erkrankungen

In Deutschland leiden innerhalb eines Jahres ca. 11% der Bevölkerung im Alter von 18 bis 65 Jahren an einer depressiven Störung und 15% an einer Angststörung. Die häufigste Form der Angststörungen sind die Phobien (Angst vor eindeutig definierten, aber ungefährlichen Situationen, z. B. Spinnenphobie), die 13% der 18–65-jährigen Bevölkerung betreffen. Sie gehen im Gegensatz zu den anderen Angststörungen seltener mit schweren Beeinträchtigungen einher. Panikstörungen (wiederholte Angstattacken ohne klaren Auslöser) sowie generalisierte Angststörungen (ungerichtete, lang anhaltende Angst) betreffen jeweils 2% der 18–65-jährigen Bevölkerung. Angststörungen können unbehandelt meist über Jahre hinweg bestehen. Zu den Depressionen zählt man depressive Episoden, die in ihrem Auftreten zeitlich limitiert sind und chronische depressive Störungen (Dysthymien), die über mehr als zwei Jahre anhalten. Dysthymien haben im Vergleich zu depressiven Episoden eine weniger schwere depressive Symptomatik. Etwa die Hälfte der Menschen, die an einer depressiven Episode leiden, tun dies zum wiederholten Mal. Frauen sind sowohl von Depressionen als auch von Angststörungen doppelt so häufig betroffen wie Männer.

Beide Erkrankungen gehen mit einer hohen Komorbidität einher: Circa die Hälfte der depressiv Erkrankten leidet an einer weiteren psychischen Störung, ebenso wie auch die Hälfte von einer zusätzlichen körperlichen Erkrankung betroffen ist. Nach fünf Jahren Krankheitsdauer leidet auch die Hälfte der an Angststörungen Erkrankten an einer weiteren psychischen Störung aus dem affektiven, somatoformen oder Sucht-Bereich. Häufig besteht erst eine Angsterkrankung, die oft schon früh in der Adoleszenz auftritt und es entwickelt sich im Verlauf eine Depression.

In Bezug auf Sozioökonomie spielen insbesondere der Beschäftigungs- und Bildungsstatus und der Familienstand bei beiden Erkrankungen eine Rolle: Ein niedriger Bildungsstatus, ein geringes Einkommen und Arbeitslosigkeit erhöhen das Risiko für Angst- und Depressionserkrankungen. Arbeitslose Mütter und Väter (18–49 Jahre) haben ein vierfach erhöhtes Depressionsrisiko und ein 2,6-faches Risiko für eine Angsterkrankung im Vergleich zu Eltern in Vollbeschäftigung. Darüber hinaus ist das Depressions- und Angsterkrankungsrisiko für Alleinerziehende mehr als doppelt so groß wie für Eltern in Partnerschaft.

In den letzten Jahren nehmen Krankenkassenleistungen für depressive Erkrankungen in Deutschland kontinuierlich zu. Arbeitsunfähigkeitstage unter den Diagnosen Depression und Angst stiegen in den Jahren 2000–2005 um über 50% (s. Abb.). Dabei wird eine Angsterkrankung erheblich seltener als Ursache einer Krankmeldung angegeben als eine Depression. Depressionsbedingte Krankenhausaufenthalte stiegen um mehr als 40% (2000–2004). Ähnliche Steigerungsraten finden sich bei der Verordnung von Antidepressiva bei Diagnose Depression. Dies betrifft Frauen und Männer gleichermaßen.

Angst- und depressive Erkrankungen erhöhen das Risiko für Frühberentung. 80% der durch Angst- und Depressions-

erkrankungen verursachten Kosten entstehen außerhalb des Gesundheitssystems durch Produktivitätsausfall.

Depressionen sind mit erhöhter vorzeitiger Mortalität assoziiert, die insbesondere durch Suizide bestimmt wird, aber auch durch ein vermehrtes Sterben durch Unfälle und somatische Ursachen.

Versorgung

Depressionen und Angsterkrankungen werden hauptsächlich ambulant behandelt. Behandlungsoptionen der ersten Wahl bestehen für beide Erkrankungen in der Gabe von Antidepressiva und/oder Psychotherapie. Etwa die Hälfte der an Angst oder Depression Erkrankten nimmt jedoch keinerlei medizinische Hilfe für ihr Leiden in Anspruch. In wieweit Hausärzte in der Lage sind, Depressionen und Angsterkrankungen angemessen zu versorgen, wird kontrovers diskutiert. Eine europäische Studie ergab, dass nur knapp die Hälfte der sich wegen Angst oder Depression in Behandlung Befindenden adäquat behandelt wurde. Die Chance, eine adäquate Behandlung zu erhalten, war in Deutschland beim Hausarzt um ca. 50% geringer als beim Facharzt.

Prävention

Nach australischen Modellrechnungen kann nicht einmal die Hälfte der durch Angst und Depression verursachten Krankheitslast durch optimierte Versorgung verhindert werden. In welchem Maß Prävention und Gesundheitsförderung zur Verringerung der Krankheitslast beitragen können, ist nicht bekannt.

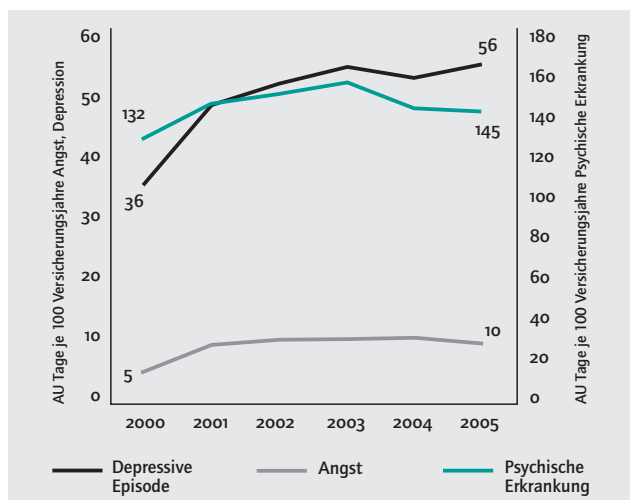
Mittlerweile existieren Modelle, die Effektivität bei der Prävention von Depressionen versprechen. Es handelt sich meist um verhaltenstherapeutische Interventionen. Sie sind als präventive Maßnahmen am effektivsten, wenn sie auf Hochrisikogruppen, wie z. B. alte, allein stehende Frauen mit chronischer Begleiterkrankung fokussieren. Auch einige Programme für Schülerinnen und Schüler existieren. In Deutschland versuchen schulische Interventionen die Resilienz von Heranwachsenden im Rahmen von Gesundheitsförderungsprogrammen zu stärken.

Über Ansätze zur Prävention von Angsterkrankungen ist bisher wenig bekannt. Frühe effektive Behandlung von Angststörungen verhindert jedoch nicht nur ein langes Leiden und Behinderung, sondern beugt auch depressiven Erkrankungen vor, die als Folge einer Angsterkrankung entstehen können. Das gleiche gilt für die Behandlung von chronischen Schmerzen und die Mobilität einschränkenden Zuständen. In Längsschnittuntersuchungen erwiesen sich Einschränkungen in der Mobilität als stärkste Prädiktoren für eine Depression im Alter.

Verbesserung der Versorgung

Nach australischen gesundheitsökonomischen Modellrechnungen könnten durch eine optimierte Versorgung deutlich mehr auf Grund von Angst oder Depression mit Behinderung gelebte Jahre verhindert werden. Optimierte Versorgung bedeutet:

1. mehr Erkrankte werden behandelt und
2. mehr Erkrankte erhalten auch eine nach Evidenzkriterien angemessene Versorgung.



Entwicklung Arbeitsunfähigkeitstage wegen Diagnose Depression, Angst und Psychische Erkrankung 2000–2005. Daten Gmünder ErsatzKasse

Weitere Modellrechnungen implizieren, dass eine evidenzbasierte Therapie bei weitem kostengünstiger und kosteneffektiver ist. Die Einsparungspotenziale werden durch kürzere Krankheitsdauer, geringere Krankenhausaufenthalte und – unter der Bedingung, dass Langzeittherapie stattfindet – geringere Rückfallquoten erzielt.

Für Interventionen zur Optimierung von Depressionsversorgung gibt es drei grundsätzliche Zielgruppen:

- Ärztinnen und Ärzte, deren Kompetenz im Erkennen und Behandeln von Angst- und depressiven Erkrankungen erhöht werden muss
- Erkrankte, deren Wissen um die Erkrankung und ihre Behandlungsmöglichkeiten verbessert, deren Bereitschaft, sich in Behandlung zu begeben und diese bis zum Ende durchzuführen (Compliance) gefördert sowie deren Fähigkeit zum Selbstmanagement (Empowerment) gestärkt werden muss
- Die Öffentlichkeit und Multiplikatoren, deren Wissen um Depression und die Behandlungsmöglichkeiten verbessert werden muss

Alle diese Zielgruppen adressiert das ›Deutsche Bündnis gegen Depression‹ in einer Intervention. Ziel des Bündnisses ist es, die Depressionsversorgung zu verbessern und die schwerwiegendste Konsequenz der Depression, die Suizidalität, zu verringern. Die Intervention ist gemeindebasiert und setzt auf vier Ebenen an: Öffentlichkeitsarbeit, Fortbilden von Hausärzten und -ärztinnen, Mediatoren und Mediatorinnen sowie Stärken der Selbsthilfe. In einem Modellversuch führte diese Intervention zu einer deutlichen Verringerung der Suizidalität in der Interventionsregion im Vergleich zu einer Kontrollregion. Mittlerweile sind 40 Regionen in Deutschland mit der Implementation eines solchen ›Bündnisses gegen Depression‹ befasst. Auf europäischer Ebene verfolgt die European Alliance Against Depression in 17 Partnerländern gleiche Ziele.

Ausblick und Versorgungsforschung

Depressive Erkrankungen und Angststörungen sind von zunehmender gesellschaftlicher und gesundheitspolitischer Bedeutung. Um Interventionen zur Verringerung der durch sie

verursachten Krankheitslast in Deutschland effektiv zu lancieren und Ressourcen sinnvoll einzusetzen, ist gezielte Versorgungsforschung notwendig. Wichtige Fragen im Zusammenhang mit Angst- und depressiven Erkrankungen betreffen den Zugang zu adäquater Versorgung, insbesondere unter Berücksichtigung soziodemographischer Parameter, Fragen zu Versorgungsstruktur und -angebot in den verschiedenen Regionen Deutschlands, Fragen der Compliance, Fragen zur Wirkung von Depressionsprogrammen. Solche Fragen gemeinsam mit den Akteuren zu bearbeiten, ist Aufgabe von Forschungseinrichtungen wie dem Forschungsnetz psychische Gesundheit.

Literatur bei den Verfasserinnen und dem Verfasser

DR. MED. ANKE BRAMESFELD, INGA HAVERS, PROF. DR. MED. ULRICH HEGERL, *Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Universität Leipzig, Johannisallee 20, 04317 Leipzig, Tel.: (03 41) 9 72 45 84, E-Mail: anke.bramesfeld@medizin.uni-leipzig.de, inga.havers@medizin.uni-leipzig.de, ulrich.hegerl@medizin.uni-leipzig.de*

Ute Sonntag

Das Grünbuch zur psychischen Gesundheit

Psychische Erkrankungen betreffen jeden vierten Menschen in der Europäischen Union. Mehr als 27% der erwachsenen Menschen in Europa leiden Schätzungen zufolge mindestens einmal in ihrem Leben unter einer psychischen Störung. Ängste und Depressionen sind in der EU die verbreitetsten psychischen Störungen. Hochrechnungen lassen erwarten, dass im Jahre 2020 Depressionen in den Industriestaaten die zweithäufigste Ursache von Erkrankungen sein werden.

Der politische Handlungsdruck in diesem Feld ist in den letzten Jahren stark gewachsen. Seit 1997 finden Fragen der psychischen Gesundheit innerhalb der Gesundheitspolitik und anderer Politikbereiche der Europäischen Gemeinschaft durch Projekte und politische Maßnahmen zunehmend Berücksichtigung. So gibt der Bericht ›Action for Mental Health‹ aus dem Dezember 2004 z. B. einen Überblick über Projekte und Tätigkeiten, die die Europäische Kommission in den Jahren 1997 bis 2004 gefördert hat.

Die Vorgehensweise der Europäischen Kommission

Ist ein Problem für die Europäische Union identifiziert, werden Daten gesammelt und Expertenanalysen eingeholt, um sich ein klares Bild davon zu machen, inwieweit alle Mitgliedsstaaten davon betroffen sind und welche Unterschiede bestehen. Wenn die Unterschiede sehr groß sind, können keine einheitlichen Lösungen vorgeschlagen werden. Sodann muss sichergestellt werden, dass die Mitgliedstaaten eine Zusammenarbeit auf EU-Ebene zu dem Problem befürworten. Der Europarat kann Empfehlungen verabschieden. Instrumente der EU-Kommission zur Steuerung von Debatten sind Grün- und Weißbücher. Ein Grünbuch ist ein Konsultationsdokument ohne bindende Wirkung. Damit soll eine Diskus-

sion auf EU-Ebene über grundlegende Ziele in einem bestimmten Bereich in Gang gesetzt werden. Das Grünbuch setzt ein Konsultationsverfahren in Gang, das Akteure aus allen EU-Ländern auffordert, Stellung zu nehmen. Der Konsultationsprozess wird ausgewertet und kann in einem Weißbuch münden. Im Weißbuch finden sich konkrete Maßnahmen, die für ein gemeinschaftliches Vorgehen vorgeschlagen werden. In einem weiteren Schritt können EU-Richtlinien verabschiedet werden.

Der Weg zum Grünbuch

2004 erschien der Bericht ›Stand der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union‹, der Umfeld-, traditions- und kulturbedingte Unterschiede zwischen den Mitgliedsstaaten bezüglich des Stellenwertes der psychischen Gesundheit feststellte. Im Januar 2005 fand eine Europäische Ministerielle Konferenz der Weltgesundheitsorganisation statt, auf der die 52 Mitgliedsstaaten der Europäischen Region der WHO und die Europäische Kommission eine ›Europäische Erklärung zur psychischen Gesundheit‹ und einen ›Europäischen Aktionsplan für psychische Gesundheit‹ billigten. Die EU-Kommission verabschiedete als ein follow up dieser Konferenz im Oktober 2005 ein Grünbuch mit dem Titel ›Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern – Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union‹.

Das Grünbuch schlägt vier Schwerpunkte für eine EU-Strategie vor: die generelle Förderung der psychischen Gesundheit, die Prävention psychischer Erkrankungen, die Verbesserung der Lebensqualität psychisch kranker und geistig behinderter Menschen sowie die Entwicklung eines Informations-, Forschungs- und Wissenssystems für die EU. Zu allen Schwerpunkten werden Umsetzungsmöglichkeiten vorgeschlagen und durch EU-Projekte eingeleitete erfolgreiche Aktionen vorgestellt. Um die psychische Gesundheit der Bevölkerung zu fördern, wird vorgeschlagen, bei Kleinkindern, Kindern, Jugendlichen, Erwerbstätigen und älteren Menschen anzusetzen. Bei den Kleinkindern und Kindern sind z. B. die Verbesserung der Elternkompetenz oder Hausbesuche durch Kindererzieherinnen zur Schulung künftiger und neuer Eltern sowie der Kampf gegen die postnatale Depression als gelungene Aktionen benannt worden. Die Erwerbstätigen stehen im Fokus, da bis zu 28% der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in Europa unter Stress am Arbeitsplatz leiden und dem Abbau von Stressoren am Arbeitsplatz daher ein großer Stellenwert zukommt.

Das Grünbuch stellt in Aussicht, mit den Mitgliedstaaten über psychische Gesundheit in einen Dialog zu treten, eine EU-Plattform für psychische Gesundheit einzurichten, die wesentliche Aspekte der psychischen Gesundheit analysiert, evidenzbasierte Verfahren ermittelt, Empfehlungen für Aktionen erarbeitet und Best Practice ermittelt. Zudem soll eine Schnittstelle zwischen Politik und Forschung im Bereich psychische Gesundheit eingerichtet werden, um ein Indikatoren-system zu entwickeln, Forschungsprioritäten zu ermitteln und eine bessere Schnittstelle zwischen Datensystemen, Forschungserkenntnissen und Politikentscheidern zu schaffen.

Wie es weitergeht

Das Grünbuch hat einen enormen Konsultationsprozess initiiert. Die Kommission erhielt mehr als 230 Beiträge und organisierte Konsultationsveranstaltungen. Das Europäische Parlament hat im September 2006 eine Entschließung zum Grünbuch angenommen. Die Kommission sieht ihre Rolle darin, koordinierend einzugreifen, um dem sehr unterschiedlichen Vorgehen der einzelnen Mitgliedstaaten begegnen zu können. Als Maßnahme wird z. B. der Erfahrungsaustausch über erfolgreiche Behandlungsmethoden und effektive Versorgungsstrukturen angeregt. Die Stigmatisierung wird als eines der Hauptprobleme angesehen. Jährlich stattfindende Kampagnen zur Aufklärung der Bevölkerung werden vorgeschlagen. In der Forschung solle den speziellen Bedürfnissen der Geschlechter Rechnung getragen werden. Die Psychiatriestrukturen sollten deinstitutionalisiert werden und Gesundheitsdienstleistungen vermehrt auf lokaler Ebene angeboten werden.

Im Oktober 2007 hat die Europäische Kommission das Weißbuch ›Gemeinsam für die Gesundheit: Ein strategischer Ansatz der EU für 2008–2013‹ vorgelegt. Das Weißbuch zur psychischen Gesundheit ist noch nicht erschienen.

DR. UTE SONNTAG, Adresse der Verfasserin siehe Impressum

Gabriele Klärs

Nationales Gesundheitsziel ›Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln‹

Depressionen können in allen Lebensphasen auftreten und reichen von kurzfristigen Verstimmungen über Reaktionen im Kontext von Lebens- oder Entwicklungskrisen bis hin zu chronischen psychischen Erkrankungen. Häufig treten sie im Zusammenhang mit anderen psychischen oder körperlichen Erkrankungen auf. Einen engen Zusammenhang gibt es zwischen Depression und Suizidalität: Schätzungen zufolge haben 45–70% aller Suizidopfer zuvor an einer Depression gelitten, 30% aller depressiv Erkrankten unternehmen Suizidversuche. Nach Schätzungen der WHO werden Depressionen im Jahr 2020 in den entwickelten Ländern auf Platz eins der häufigsten Volkskrankheiten stehen. Depression stellt kein homogenes Krankheitsbild dar, sondern ist ein komplexes Geschehen, das stark beeinflusst wird von persönlichen und in der Lebenswelt begründeten Risikofaktoren und Ressourcen.

Der nationale Gesundheitszieleprozess in Deutschland knüpft an die Initiative der WHO an, nationale Gesundheitsziele zu definieren. Von 2000 bis 2006 wurde dieser Prozess unter Einbezug aller relevanten Akteure als Modellprojekt vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert, seit 2007 finanzieren Akteure aus dem Kooperationsverbund die Aktivitäten selbst. ›Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln‹ wurde als sechstes Gesund-

heitsziel konzipiert und im November 2005 der Öffentlichkeit präsentiert.

Aktionsfelder und Maßnahmen

Unter multiprofessionellen und versorgungssektorenübergreifenden Gesichtspunkten und vor dem Hintergrund der wissenschaftlichen Evidenz wurden 6 Aktionsfelder identifiziert, in denen vorrangig Verbesserungspotenziale mobilisiert werden sollten: Aufklärung; Prävention; Diagnostik; Indikationsstellung und Therapie; Stärkung der Patient(inn)en und Betroffenen; Rehabilitation und Versorgungsstruktur.

Zu den Aktionsfeldern wurden jeweils Ziele sowie Teilziele und Empfehlungen für Maßnahmen entwickelt. Von den insgesamt 86 Maßnahmen sind 11 als Startermaßnahmen priorisiert worden. Beispielhaft sollen einige Zieldefinitionen und Maßnahmen vorgestellt werden:

Aktionsfeld Aufklärung

Ziel: Die Bevölkerung verfügt über einen ausreichenden Wissensstand über das Krankheitsbild Depression und seine Folgen, um mit der Erkrankung und den Erkrankten angemessen umgehen zu können.

Maßnahmen: Anstoß, Ausbau und Koordinierung regionaler Bündnisse gegen Depression; Implementierung in Ausbildungscurricula der Schlüsselgruppen sowie Kampagnen zur Entstigmatisierung.

Aktionsfeld Prävention

Ziel: Auftreten und Krankheitslast schwerer und chronischer depressiver Erkrankungen sind reduziert. Maßnahmen zu universeller, selektiver und indizierter Prävention sind etabliert.

Maßnahmen: Frühzeitige und rasche Behandlung von Erkrankungen, die als Risikofaktoren für depressive Erkrankungen gelten sowie Unterstützungsangebote für vulnerable Gruppen (Alleinerziehende, Mütter, Jugendliche, pflegende Angehörige, Erwerbslose, Alte, vereinsamte Menschen).

Aktionsfeld Diagnostik, Indikationsstellung und Therapie

Ziel: Patientinnen und Patienten mit depressiven Erkrankungen unterschiedlicher Schweregrade und unterschiedlicher Chronizität werden frühzeitig erkannt und mit wissenschaftlich anerkannten und klinisch wirksamen Verfahren umfassend und schnell behandelt.

Maßnahmen: Implementierung in Curricula der Fort- und Weiterbildung relevanter Berufsgruppen; Vernetzte Versorgungsstrukturen sowie Abstimmung, Aktualisierung, Umsetzung von evidenzbasierten Leitlinien.

Aktionsfeld Stärkung der Patienten, Patientinnen und Angehörigen

Ziel: Die Position der Patientinnen und Patienten mit depressiven Erkrankungen und ihrer Angehörigen ist gestärkt.

Maßnahmen: Praxisbezogene und wiederholte Aus-, Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen für Behandelnde der verschiedenen Professionen zum Erwerb und zur Vertiefung kommunikativer Kompetenzen für den Umgang mit depressiv

Erkrankten und deren Angehörigen und Einbeziehen der Selbsthilfe durch Versorgungseinrichtungen und Behandelnde.

Aktionsfeld Versorgungsstruktur

Ziel: Die Versorgungsstrukturen (ambulante und stationäre Einrichtungen, Rehabilitationskliniken etc.) sind jedem/jeder depressiv Erkrankten bedarfsgerecht zugänglich.

Maßnahmen: Schaffung von Strukturen, die sprechende Medizin fördern sowie Indikations- und zielgerechter Zugang depressiver Menschen zu Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation.

Die Ziele sind anspruchsvoll und ihre Umsetzung nur schrittweise möglich. Als Startermaßnahmen werden diejenigen Maßnahmen bewertet, für deren Umsetzung gute Voraussetzungen bestehen (hoher Konsens, zeitnah umsetzbar, machbar). Zu dem Zielkonzept wurde 2007 ein Evaluationskonzept entwickelt.

Evaluationskonzept

Um Gesundheitsziele klar und überprüfbar konzipieren zu können, muss Evaluation von Beginn an in die Entwicklung des Ziels, seiner Umsetzungsstrategien und Maßnahmen einbezogen werden. Das in 2007 erstellte Evaluationskonzept für Depression enthält Indikatoren zu den Startermaßnahmen, identifiziert dazu passende Datenquellen und auch Datenlücken.

Umsetzungsbeispiele

Die hohe Relevanz und Präsenz des Themas führt zu ebenso zahlreichen und vielfältigen Aktivitäten. Die folgende Auswahl kann daher nur exemplarisch sein. So hat das Bündnis gegen Depression zahlreiche multimediale Materialien zu Depression entwickelt, die sich an Betroffene und Angehörige sowie Professionelle richten.

Um Diagnostik, Indikationsstellung und Therapie zu verbessern, unterstützt das Kompetenznetz Depression im Rahmen eines Projektes den Transfer evaluierter Qualitätsmanagement-Tools in die Praxisroutine von Haus- sowie Fachärztinnen und -ärzten und Krankenhäusern.

Die Deutsche Rentenversicherung hat in 2007 mit der Implementation von Screening-Instrumenten zur (Früh)Diagnostik depressiver und anderer psychischer Störungen in den Rehabilitationseinrichtungen sowie der Entwicklung einer (Prozess-)Leitlinie für die Rehabilitation bei depressiven Erkrankungen begonnen.

Ausgehend vom Modell der partizipativen Entscheidungsfindung hat die Techniker Krankenkasse ein interaktives Online-Informationssystem, den TK-Patientendialog, entwickelt, das Patientinnen und Patienten durch Information eine qualifizierte Entscheidung ermöglichen sowie ihre aktive Rolle im Entscheidungsprozess unterstützen soll. Für Ende 2007 ist ein Modul zum Thema »Depression« geplant.

GABRIELE KLÄRS, GVG e.V., Hansaring 43, 50670 Köln,
Tel.: (02 21) 91 28 67-28, Fax (02 21) 91 28 67-10, E-Mail:
gesundheitsziele@gvg-koeln.de, Internet: www.gesundheitsziele.de

Psychische Störungen und Geschlecht

Zur Datenlage

Wir gehen allgemein davon aus, dass Mädchen/Frauen und Jungen/Männer unterschiedlich »anfällig« sind für psychische Störungen. Empirische Erhebungen zeigen, dass Mädchen/Frauen ein höheres Risiko haben, an Ess-Störungen, Angststörungen, Depressionen und somatoformen Störungen zu erkranken. Das liegt wohl auch daran, dass sie in anderer Weise als Jungen/Männer gefährdet sind, Opfer von häuslicher Gewalt zu werden, was zu nachhaltigen Veränderungen in der Stressverarbeitung führt. Auf diesem Hintergrund können sich psychische Störungen wie Ängste und Depressionen entwickeln, sehr wahrscheinlich auch ein unspezifisches Schmerzsyndrom, da Frauen ohnehin empfindlicher für Schmerzen sind als Männer. Nimmt man neuere Studien zu komplexen komorbiden Störungsmustern dazu, sind Frauen im Vergleich zu Männern ebenfalls stärker belastet. Ob es sich bei diesen Doppel- und Mehrfachdiagnosen tatsächlich um eine stärkere Belastung von Frauen handelt oder ob das eher ein Effekt davon ist, dass Frauen im Vergleich zu Männern Ärzte häufiger aufsuchen, also auch häufiger und zudem in typischer Weise diagnostiziert werden, ist eine offene Frage.

Jungen/Männer haben im Vergleich zu Mädchen/Frauen ein höheres Risiko, Lern- und Verhaltensstörungen in der Kindheit (z. B. Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitätssyndrom, Autismus), Substanzabhängigkeit und Psychosen im Erwachsenenalter auszubilden. Dazu kommt ein erheblich höheres Potenzial für abweichendes und dissoziales Verhalten, das oft mit einer gewissen Gewaltbereitschaft kombiniert ist. Gemessen an den vergleichsweise hohen Belastungen von Jungen/Männern mit Substanzmissbrauch in Kombination mit antisozialem und dissozialem Verhalten einschließlich von Gewalthandlungen könnten Doppel- und Mehrfachdiagnosen häufig sein. Von Ausnahmen abgesehen spiegeln das die empirischen Daten aber nicht wieder. Das liegt nicht nur daran, dass Jungen/Männer seltener den Arzt oder Psychotherapeuten aufsuchen, sondern auch daran, dass ihr dissoziales Verhalten und ihre Gewalttätigkeiten sehr oft nicht zur Sprache kommen.

Es spricht sehr vieles dafür, dass Diagnosen für zusätzliche psychische Störungen, insbesondere für Persönlichkeitsstörungen, mit einem hohen Bias assoziiert sind. Frauen, die unter einer primären psychischen Störung leiden, gelten offenbar viel schneller als absonderlich als zum Beispiel substanzabhängige Männer, die mit ihrem aggressiven und gewalttätigen Verhalten oft nur als besonders männlich imponieren. Das Beispiel belegt drastisch, wie tief verwurzelt Gender-Schemata sind und wie nachhaltig sie Erwartungen an Verhalten beeinflussen. Der Umgang der psychosozialen und ärztlichen Professionen mit Diagnosen trägt einen erheblichen Teil dazu bei, die Gender-Schemata zu verfestigen.

Beispiel Depressionen

Depressionen gelten als »typische« psychische Störung von Frauen. Das spiegelt die Literatur zu den Entstehungsursachen, zur Diagnostik und zur Behandlung von Depressionen aber nicht wieder. Schmerl weist darauf hin, dass die Frauengesundheitsbewegung und Frauengesundheitsforschung ei-

nen wichtigen Beitrag dazu geleistet hat, dass sich das Behandlungsangebot für depressive Patientinnen (und Patienten) in den letzten Jahrzehnten verändert hat. Schrittweise wurden andere Ursachenperspektiven außer der »endogenen« Depression in den Blick genommen und damit andere und erfolgreichere therapeutische Angebote entwickelt.

Kendler und Mitarbeiter haben anhand von Zwillingsstudien untersucht, wie sich psychosoziale Entwicklungsfaktoren auf Depressionen bei Frauen und Männern auswirken. Sie haben zunächst Modelle für Frauen entwickelt und dann überprüft, inwieweit diese auch für Männer gelten bzw. welche Differenzen sich mit Bezug auf das Geschlecht ergeben. Die Forschergruppe stellt fest, dass die Risikofaktoren, die zu einer Depressionen bei Frauen und Männern führen können, im Prinzip dieselben sind. Es handelt sich um drei komplexe Faktorenbündel, die hier von Bedeutung sind, (1) internalisierende Symptome (Neurotizismus und frühe Entwicklung von Ängsten), (2) externalisierende Symptome (abweichendes Verhalten und Substanzmissbrauch) und (3) psychosoziales Unglück (gestörte Familie, sexueller Missbrauch in der Kindheit, Verlust eines Elternteils, Schulprobleme, Traumatisierung mit Viktimisierungstendenzen, wenig soziale Unterstützung, Probleme in Beziehungen im Erwachsenenleben). Diese drei Faktorenbündel sind miteinander verknüpft und können sich je nach Fall gegenseitig verstärken.

Mit gutem Grund hat man die unterschiedlichen Sozialisationsbedingungen von Mädchen und Jungen sowie die unterschiedliche Stellung von Frauen und Männern in der Gesellschaft und im Erwerbsleben für die unterschiedliche Belastung mit Ängsten und Depressionen verantwortlich gemacht. In der Tat sind darauf wohl auch die Unterschiede in den Reaktionen von Mädchen/Frauen und Jungen/Männern auf Traumata und Stress zurückzuführen.

Ogrodniczuk und Mitarbeiter haben untersucht, ob Frauen und Männer mit Depressionen und Ängsten auf unterschiedliche Behandlungsverfahren unterschiedlich gut ansprechen. Sie konnten zeigen, dass Frauen auf unterstützende therapeutische Interventionen besser ansprechen als Männer, während Männer auf interpretative Interventionen besser ansprechen als Frauen. Dieser Effekt lässt sich allerdings nur während der Behandlung beobachten. Ein Langzeiteffekt findet sich nicht; unabhängig von der Interventionsform profitieren Frauen und Männer gleichermaßen von der Behandlung. Das bedeutet, dass es zwar unterschiedliche Reaktionen von Frauen und Männern auf psychotherapeutische Interventionen geben mag, dass diese aber von untergeordneter Bedeutung sind.

Untersuchungen über die Interaktionen zwischen dem Geschlecht der Klientel und dem der Behandelnden gibt es kaum. Es ist aber davon auszugehen, dass die Akzentsetzung in der Behandlung mit dem Geschlecht der Behandelnden systematisch variiert: Frauen als Behandlerinnen betonen den Beziehungsaspekt, Männer den Funktionsaspekt. Das kann erhebliche Auswirkungen auf die Behandlung haben.

So wichtig diese Ergebnisse sind, so bleibt doch eine Vielzahl von Fragen weiterhin offen, insbesondere solche, die sich

auf geschlechtsspezifische Unterschiede im psychischen Erleben beziehen. Frauen, das belegen Studien, trauern anders als Männer, ein Faktum, das für die Psychotherapie von erheblicher Bedeutung ist. In Verlängerung dieses Befundes könnte man vermuten, dass Frauen auch im Alter anders trauern als Männer, insbesondere dann, wenn ihre Ehemänner oder Freunde vor ihnen sterben. Dazu liegen zurzeit allerdings keine weiterführenden Studien vor.

PROF. DR. IRMGARD VOGT, *Fachhochschule Frankfurt am Main, Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit, Nibelungenplatz 1, 60318 Frankfurt am Main*

Barbara Hinding

Klimaängste und ihre Bewältigung

›Klima-Katastrophe kaum noch zu stoppen – Hitzewellen, Dürren, Waldbrände drohen. Klima-Schock – Killer-Keime kommen zu uns.‹ Schlagzeilen wie diese machen aufmerksam auf ein beträchtliches Bedrohungspotenzial und zielen auf die Erzeugung von Emotionen. Wie diese Inhalte auf den einzelnen Menschen wirken, ist unterschiedlich. Es gibt Persönlichkeiten, die durch vermehrte Angst und Sorge auffallen, und solche, bei denen ungebrochener Optimismus und Zukunftsglaube im Vordergrund stehen.

Entsprechend den Ergebnissen der Studie ›Umweltbewusstsein in Deutschland‹ aus dem Jahr 2006 betrachten ca. 80% der Deutschen den Klimawandel als eine Gefahr für sich und ihre Familie, knapp die Hälfte davon betrachtet seine Folgen als ›sehr‹ oder ›äußerst‹ gefährlich. Der Klimawandel wird dabei als schwerwiegender eingeschätzt als etwa die Gentechnik oder die Luftverschmutzung. Die Studien von 2004 und 2002 zeigen ein ganz ähnliches Ergebnis.

Menschen gehen unterschiedlich mit Bedrohung um

Die globale Erwärmung ist ein für Laien eher unbestimmtes und uneindeutiges Problem. Das Geschehen ist nicht mit den Sinnen wahrnehmbar, die Ursachen reichen weit in die Vergangenheit zurück und werden in der öffentlichen Diskussion immer wieder angezweifelt. Die weitere Entwicklung und ihre Folgen, insbesondere für den europäischen Raum, sind weitgehend unklar. Diese insbesondere für klimaunkundige Laien schwer einschätzbare Situation hat zur Folge, dass sowohl die individuelle Bewertung als auch die Art und Weise, mit dem Problem umzugehen, von den zur Verfügung stehenden Ressourcen, Erfahrungen, Werten und Zielen einer Person abhängig sind. Dazu gehören auch die eigenen Handlungsmöglichkeiten und das soziale Bezugssystem.

Möglichkeiten der psychischen Verarbeitung des Klimawandels

Psychische Verarbeitung ist ein komplexer Vorgang. Neben der Bewertung einer Belastung als Schaden, Bedrohung oder Herausforderung müssen auch die Möglichkeiten zur Bewältigung eingeschätzt und geeignete Lösungsstrategien gefun-

den werden. Beispielsweise können wir das Thema einfach vermeiden, uns nicht damit beschäftigen und nicht daran denken. Wir können auch optimistisch sein und darauf vertrauen, dass die Probleme irgendwie gelöst werden. Wir können die Angelegenheit bagatellisieren und herunterspielen, wir können leugnen, dass es überhaupt ein Problem gibt, oder wir können uns in Gedanken, Phantasien und Gesprächen mehr oder weniger intensiv damit beschäftigen. Wir können davon ausgehen, dass die globale Erwärmung ein unglücklicher Zufall ist, eine Laune der Natur, die wir nicht beeinflussen können. Alternativ können wir davon ausgehen, dass Politik, Industrie, Wissenschaft und Technik in der Lage (und damit in der Verantwortung) sind, das Problem zu lösen oder/und dass auch die privaten Haushalte (und damit ich selbst) über Einflussmöglichkeiten verfügen. Unsere Emotionen und unser Verhalten hängen davon ab, wie wir in diesem Sinne mit dem Problem ›umgehen‹.

Bedrohungsgefühle und Verarbeitungsstile

In einer Untersuchung zu diesem Thema, die vor einigen Jahren in Berlin durchgeführt wurde, zeigten sich zwei verschiedene Reaktionsweisen. Während die meisten (53%) von Angst- und Bedrohungsgefühlen berichteten, standen für andere Zuversicht und Optimismus im Vordergrund. Die Intensität der Bedrohungsgefühle hing dabei stark von der Auseinandersetzung mit dem Thema ›Klimawandel‹ ab. Besonders die Kombination aus aktiver Auseinandersetzung und geringem Optimismus steigert demnach Ängste und Befürchtungen. Umgekehrt ist vor allem die Neigung zum Vermeiden des Themas und eine optimistische Sichtweise, z. B. dass rechtzeitig technische Lösungen gefunden werden, mit sehr geringen Bedrohungsempfindungen verbunden. Weiterhin von Bedeutung sind auch Annahmen darüber, wer die Entwicklung beeinflussen kann. Die Zuschreibung von Einflussmöglichkeiten an die Adresse von Politik und Industrie oder an die privaten Haushalte geht ebenfalls mit stärkeren Bedrohungsgefühlen einher. Die intensivsten Angstgefühle wurden jedoch bei einem Personentypus beobachtet, bei dem ein extremer Fatalismus auffällt, also die Überzeugung, der Klimawandel sei vor allem ›Schicksal‹ und kaum zu beeinflussen und der sich mit dem Thema zwar nicht überdurchschnittlich aktiv auseinandersetzt, es jedoch auch nicht bagatellisiert.

Angst in Handeln umsetzen

Angst ist ein natürliches Verhaltensmuster und in vielen Situationen nützlich. Sie bewahrt den Menschen vor leichtfertigen Umgang mit Unbekanntem, macht in riskanten Situationen besonders aufmerksam und kann Anlass für präventives Handeln sein. Angst kann jedoch auch ein quälendes, unbestimmtes Lebensgefühl sein, indem man sich ohnmächtig Unbekanntem, Ungreifbarem und Unbezwingbarem ausgeliefert fühlt, ohne Ausweg und Möglichkeit zur Abhilfe. Hilfreich sind Ängste dann, wenn es uns gelingt, sie in sinnvolles, der Situation angemessenes Handeln umzusetzen. Im Fall des Klimawandels müssen wir uns damit auseinandersetzen, dass die eigenen Möglichkeiten, Einfluss auf das

Geschehen zu nehmen, sehr begrenzt sind. Nur koordiniertes, kollektives Handeln rund um den Globus kann das Ausmaß der globalen Erwärmung begrenzen und die Folgen mildern oder kontrollierbar machen. In irgendeiner Form kann sich daran jeder beteiligen, sei es durch Drosselung der eigenen Beiträge zu den CO₂-Emissionen, sei es durch Unterstützung entsprechender Akteure oder durch politische Aktivitäten. Eine wesentliche Voraussetzung dafür ist vermutlich Vertrauen, Vertrauen in andere Menschen, in die Politik etc. sowie in die Wirksamkeit und Sinnhaftigkeit des eigenen Tuns auf diesem Gebiet. Gelingt dies nicht, tragen Ängste zur Entstehung von Befindensstörungen und Erkrankungen bei, wie wir aus der Psychosomatik wissen.

DR. BARBARA HINDING, *Universität Dortmund, Lehrstuhl für Grundlagen und Theorien der Organisationspsychologie, Emil-Figge-Str. 50, 44227 Dortmund, Tel.: (02 31) 7 55-65 03, E-Mail: barbara.hinding@uni-dortmund.de*

Heike Hölling, Robert Schlack

Psychische Gesundheit und soziale Lage von Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS)

Psychische Probleme stellen schon im Kindes- und Jugendalter gesundheitliche Beeinträchtigungen mit teilweise schwerwiegenden Konsequenzen sowohl für das individuelle Wohlbefinden als auch für die alltägliche und soziale Funktionsfähigkeit eines Kindes oder Jugendlichen dar. Sie bestimmen einen wesentlichen Teil der »neuen Morbidität«, die zu einem großen Teil gekennzeichnet ist von Störungen der Entwicklung, der Emotionalität und des Sozialverhaltens und führen nicht selten zu starken Belastungen für das soziale Umfeld. Die Berücksichtigung von Risiko- und Schutzfaktoren mit ihren Entsprechungen und Ergänzungen ist vor dem Hintergrund der Prävention psychischer Störungen bedeutsam, da dadurch zum einen vorhandene Risiken identifiziert und entschärft werden können, zum anderen bei kaum veränderbaren Risikolagen die Entwicklung oder Stärkung protektiver Faktoren zur Stärkung der Widerstandsfähigkeit und damit zur Krankheitsabwehr führen kann. Der vorliegende Beitrag skizziert auf der Grundlage aktueller epidemiologischer Daten das Auftreten von psychischen Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen und den Einfluss von ausgewählten gesundheitsbezogenen Risiken bzw. Ressourcen auf die psychische Gesundheit.

Psychische und Verhaltensauffälligkeiten

Im Rahmen des Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) beantworteten die Eltern von 14.478 Kindern und Jugendlichen im Alter von 3–17 Jahren den Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), der Verhaltensauffälligkeiten und Stärken in den Bereichen emotionale Probleme, Hyper-

aktivität, Verhaltensprobleme, Probleme mit Gleichaltrigen und prosoziales Verhalten erfasst. Bei insgesamt knapp 15% der Kinder und Jugendlichen im Alter von 3–17 Jahren, davon bei 11,5% der Mädchen und 17,8% der Jungen, lagen Hinweise auf Verhaltensauffälligkeiten bzw. emotionale Probleme vor. Die häufigsten Auffälligkeiten bestanden in den Bereichen »Verhaltensprobleme« mit insgesamt 30,8%, »Peer-Probleme« (=Umgang mit Gleichaltrigen) mit 22% und »emotionale Probleme« mit insgesamt 16,3% als grenzwertig oder auffällig einzustufender Kinder und Jugendlicher. Während nach der Einschätzung ihrer Eltern 8,1% der Kinder aus Familien mit hohem Sozialstatus als grenzwertig bzw. auffällig einzustufen waren, betraf dies in der mittleren Sozialschicht 13,4%, in Familien mit niedrigem Sozialstatus 23,2% der Kinder und Jugendlichen und damit fast drei Mal so viele wie bei Familien mit hohem sozioökonomischem Status. Bezüglich der psychischen Stärken verfügen allerdings 92,5% der Mädchen und 86,3% der Jungen auch über ein gutes prosoziales Verhalten.

Esstörungen

Insgesamt 6.634 Kinder und Jugendliche im Alter von 11–17 Jahren beantworteten im Rahmen des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS) den SCOFF-Fragebogen, ein Screening-Instrument zur Identifizierung von Verdachtsfällen auf Essstörungen. Neben dem SCOFF-Fragebogen wurden zur Erhärtung der Ergebnisse weitere Indikatoren für mögliche Essstörungen wie Body-Mass-Index (BMI) und Angaben zu Verhaltensauffälligkeiten (erfasst mit dem Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ) sowie die Einschätzung des Körperelbstbildes herangezogen. Insgesamt 21,9% der Kinder und Jugendlichen in Deutschland im Alter von 11–17 Jahren zeigen Symptome von Essstörungen. Mädchen sind mit 28,9% hochsignifikant häufiger betroffen als Jungen (15,2%). Die Quote der SCOFF-Auffälligen steigt bei annähernd gleichen Ausgangswerten im Alter von 11 Jahren bei den Mädchen im Altersgang an, bei den Jungen fällt sie ab. Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status sind mit 27,6% fast doppelt so häufig betroffen wie solche aus Familien mit hohem Status (15,6%). Migrantinnen und Migranten weisen eine um ca. 50% erhöhte Quote auf als Nicht-Migranten. Der Anteil der Normalgewichtigen, die sich als zu dick einschätzen, ist bei den SCOFF-Auffälligen um den Faktor 2,5 erhöht. SCOFF-Auffällige rauchen mehr und berichten häufiger über Erfahrungen sexueller Belästigung.

Risiko- und Schutzfaktoren

Ob und welche der Kinder und Jugendlichen mit Hinweisen auf Verhaltensauffälligkeiten psychisch erkranken, hängt maßgeblich von der Existenz und Verfügbarkeit ihrer Schutzfaktoren ab. Daher ist es unabdingbar, neben psychischen Auffälligkeiten auch die vorhandenen Risiken und Ressourcen für die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen zu erfassen. Ressourcen oder Schutzfaktoren wurden nach personalen, familiären und sozialen Dimensionen betrachtet. Die folgenden Zahlen beruhen auf der Selbstausskunft der 11–17-Jährigen (n=6691). Insgesamt zeigt sich für

Arbeitsbelastungen, Arbeitsplatzunsicherheit und Depression – die Zusammenhänge sind eindeutig

jede einzelne Schutzfaktordimension, dass ca. jedes fünfte Kind bzw. jeder fünfte Jugendliche bezüglich seiner Ressourcen als defizitär oder grenzwertig defizitär eingeschätzt werden muss. Dieser an sich schon bemerkenswerte Befund erfährt noch eine Zuspitzung, betrachtet man die Ergebnisse differenziert nach Sozialstatus: Danach haben Kinder aus Familien mit einem niedrigen Sozialstatus generell häufiger Defizite in ihren personalen, sozialen und familiären Ressourcen als Kinder aus Familien mit hohem Sozialstatus. Bezüglich der familiären Ressourcen schneiden Migrationsfamilien im Urteil der Kinder tendenziell besser ab als Familien ohne Migrationshintergrund, wenn die Unterschiede auch nicht signifikant sind. Große Unterschiede finden sich aber im Bereich der sozialen Unterstützung: Hier gibt es bei jedem fünften Kind aus einer Migrationsfamilie Defizite, während es bei der Vergleichsgruppe »nur« jedes Vierte ist. Deutliche Zusammenhänge sind auch zwischen Schutzfaktoren und gesundheitlichem Risikoverhalten zu erkennen. Defizite in personalen und familiären Ressourcen gehen mit einem erhöhten Risiko für Rauchen und Alkoholkonsum einher. Bei ausgeprägten sozialen Ressourcen ist das Risiko für Drogenerfahrungen jedoch nicht erhöht.

Mit dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey wurde erstmals auf breiter Basis eine bundesweit repräsentative Datengrundlage zur körperlichen, seelischen und sozialen Gesundheit von Kinder und Jugendlichen über das gesamte Altersspektrum von 0–17 Jahren geschaffen. Mit seiner Public-Health-Orientierung bildet der Survey eine Grundlage für gesundheitspolitische Schwerpunktsetzungen auf dem Gebiet von Prävention, Intervention und Gesundheitsförderung. Die unter dem Begriff »Neue Morbidität« diskutierte Verschiebung des Krankheitsspektrums von den akuten zu den chronischen Krankheiten bzw. von den somatischen zu den psychischen Gesundheitsstörungen spiegelt sich auch in den KiGGS-Daten wider. Bezüglich der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sind die gefundenen Prävalenzen von Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemen (SDQ) und Essstörungen (SCOFF) und diagnostizierter ADHS als hoch zu bezeichnen. Bezogen auf den Einfluss von Schutzfaktoren bei der Entwicklung von Verhaltensauffälligkeiten ist bemerkenswert, dass sich unter dem Aspekt der Risikoassoziation neben den personalen vor allem die familiären Ressourcen als bedeutsam erwiesen. Die Ergebnisse aus der KiGGS-Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen geben Anlass zu mehr Aufmerksamkeit und sorgfältiger Beobachtung auf individueller wie gesellschaftlicher Ebene. Dabei bedarf es mehr als bisher auch einer detaillierten Betrachtung der Wechselwirkungen und des Einflusses von Schutz- und Risikofaktoren.

Literatur bei der Verfasserin und dem Verfasser

HEIKE HÖLLING, Robert Koch-Institut, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung, Postfach 650261, 13302 Berlin, E-Mail: hoellingh@rki.de

Jede dritte Frühberentung in Deutschland ist Folge einer psychischen Erkrankung.

Im breiten Spektrum der psychiatrischen Diagnosen stellen Depressionen den Hauptanteil dar. Knapp 7% aller Frühberentungen sind Folge einer chronifizierten, d. h., einer chronisch gewordenen und dauerhaft erwerbsunfähig machenden depressiven Erkrankung. Epidemiologische Studien untersuchen Zusammenhänge zwischen einer spezifischen Erkrankung und möglichen Ursachen. Eine Meta-Analyse aus 11 Längsschnittstudien ergab eindeutig erhöhte Risiken durch arbeitsbezogene Faktoren. Hohe Daueranforderungen, geringe Handlungsspielräume, Arbeitsplatzunsicherheit und fehlende soziale Unterstützung bei der Arbeit verursachen Krankheitsrisiken. Unter den Menschen, die durch mindestens einen der genannten Faktoren belastet sind, tritt eine um 30 bis 40% erhöhte Quote schwerer Depressionserkrankungen auf.

Auswirkungen von Risikofaktoren

In der Ursachendiskussion zu depressiven Störungen ist die These von der »erlernten Hilflosigkeit« eine der bekanntesten. Danach gerät der Mensch bei objektiv nicht vorhandenem Handlungsspielraum in einen sich selbst bestätigenden Prozess der erlernten Hilflosigkeit. Diese entsteht also in einer Situation, die nahe legt, dass Handeln entweder gar nicht möglich ist oder ohne jede Folge bleibt. Es entwickelt sich ein Teufelskreis, an dessen Ende eine manifeste Depression oder eine andere psychische oder psychosomatische Erkrankung wahrscheinlich ist. Der kranke Mensch glaubt nun nicht mehr, dass er sein Leben kontrollieren kann und er über aktives Handeln seine Belastungen und seine Leiden vermindern oder bewältigen kann – selbst dann nicht mehr, wenn sich Handlungschancen auftun. Alle Anstrengungen erscheinen als vergeblich; das Leben nimmt die Färbung von Hoffnungslosigkeit und Sinnlosigkeit an. Besonders tragisch wirkt sich der drohende oder eingetretene Verlust des Arbeitsplatzes aus. Er führt bei vielen Betroffenen gleichsam zu einer psychischen Lähmung. Nähme man in den Unternehmen den Stand der Erkenntnisse ernst, so müssten Arbeitsbedingungen geschaffen werden, die Menschen Freiräume, selbst gewählte Arbeitsvariationen, Kollegialität und Sicherheit gewähren. Nur so kann Hoffnung und damit auch Selbstwirksamkeitsüberzeugung entstehen, bestehen und weiter wachsen.

Rahmenbedingungen verändern

Die Arbeitswelt ändert sich gegenwärtig in rasantem Tempo. Alte Industriezweige, wie z. B. die Wertindustrie in Bremen und damit einhergehend auch das alte kulturelle Modell der Arbeit, in dem Solidarität und Sicherheit noch Geltung besaßen, verschwinden. Es entsteht ein neues Modell der Arbeit: hoch spezialisierte Fertigung und vor allem ein weites Spektrum neuer Dienstleistungen. Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber reichen den Marktdruck an ihre Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern weiter. Diese sind in stärkerem Maße für ihr Arbeitsergebnis und die Einhaltung von Terminen verantwortlich. Einengungen bei der Arbeit entstehen in dieser Situation durch schlechte Rahmenbedingungen, fehlende

Ressourcen, fehlende Unterstützung und widersprüchliche Arbeitsanforderungen. Was beständig steigt, ist der Zeitdruck. Mangelnder Handlungsspielraum äußert sich dann mitunter auch in mangelnden Möglichkeiten des Austausches mit Kolleginnen und Kollegen oder in der Unmöglichkeit, einmal ›Luft zu holen‹. Hier muss aus arbeits- und gesundheitswissenschaftlicher Sicht darauf hingewiesen werden, dass Menschen Freiräume brauchen. Diese sind wichtig, auch für eine nicht zweckgerichtete Kommunikation. Genau diese ›Nischen‹ sind ein wesentliches Moment der sozialen Unterstützung, d. h. genau in diesen ›unkontrollierten‹ Bereichen findet jene statt und kann sich gesundheitsförderlich entfalten.

Die Wiederentdeckung der Humanität

Andreas Weber u. a. haben in einem Leitartikel des Deutschen Ärzteblattes unlängst darauf hingewiesen, dass die moderne Arbeitswelt mit ihren Flexibilitätsanforderungen und Unsicherheiten dem menschlichen Grundbedürfnis nach Stabilität in den sozialen Beziehungen immer weniger gerecht wird. Depressionen und Angststörungen sind gleichsam vorprogrammiert, wenn Arbeitsleben, -biografie und -situation immer unplanbarer werden und Loyalität, Vertrauen und Zuversicht verloren gehen. Flexibilität, Mobilität und Konkurrenz werden zu einem rasch wachsenden massiven Gesundheitsrisiko, wenn der Wirtschaftsdynamik nicht begrenzende Maßnahmen entgegengesetzt werden. Darauf weist auch der US-amerikanische Sozialforscher Richard Sennett hin, dem bei seinen Studien in neuen Dienstleistungsberufen genau dieser Verlust von Grundvertrauen aufgefallen ist. Als besonders gravierend hinsichtlich der gesundheitlichen Folgen sieht Sennett die Management-Technik des innerbetrieblichen Wettbewerbs an: Mehrere Arbeitsgruppen konkurrieren um ein bestimmtes Ziel, wobei die Verlierer in der Regel auch ihren Arbeitsplatz verlieren. Sennett bemerkte nicht nur einen äußerst hohen Angstpegel in diesen Unternehmen, sondern auch eine Zersetzung des sozialen Kapitals, d. h. der sozialen Beziehungen zwischen den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern wie auch der familiären und generativen Bezüge: Wer Wert auf stabile Partnerbeziehungen und vor allem auf Kinder und die notwendige Kinderbetreuung als Elternteil legt, wird von den Managements als ›dependant‹ abqualifiziert. Dies bedeutet, dass ›die Kultur des neuen Kapitalismus‹ (Sennett) nicht nur soziale Beziehungen am Arbeitsplatz, sondern soziale Beziehungen überhaupt zerstört. Vor diesem Hintergrund ist die Wiederentdeckung der Humanität eine der großen Herausforderungen des kommenden Jahrzehnts.

Literatur beim Verfasser

DR. WOLFGANG HIEN, *Forschungsbüro für Arbeit Gesundheit und Biographie*, Am Speicher XI 9, 28217 Bremen, Tel.: (04 21) 6 99 40 77, kontakt@wolfgang-hien.de,

Stefanie Gebker, Silke Röhl

Pränataldiagnostik und Schwangerschaftsängste

Nahezu jede Schwangere erlebt Ängste um das eigene Wohlergehen und das Wohl des Kindes im Verlauf ihrer Schwangerschaft, unabhängig davon, ob ein spezielles Risiko vorliegt. Es zeigt sich zwar bei vielen Frauen ein gewisser Grad an Ängstlichkeit, allerdings mit erheblichen interindividuellen Unterschieden. Die Spanne reicht von leichter situationspezifischer Sorge bis hin zu klinisch relevanten Angsterkrankungen. Der Ausprägungsgrad der Ängstlichkeit wird entscheidend sowohl von situativen Faktoren, wie dem Gesundheitsrisiko des Kindes, als auch der Ängstlichkeitsneigung der Mutter beeinflusst. Breitkopf et al. (2006) konnten zeigen, dass eine klinisch relevante Angsterkrankung vor der Schwangerschaft das Auftreten sehr stark ausgeprägter Ängstlichkeit während und nach der Schwangerschaft signifikant vorhersagte. Belastende Vorerfahrungen, wie vorangegangene Fehl- oder Totgeburten, spielen ebenfalls eine wichtige Rolle.

Ängste – ein Risiko für die Gesundheit

Intensive Ängste in der Schwangerschaft stellen ein Risiko für die mütterliche und kindliche Gesundheit sowie den Schwangerschaftsverlauf dar. Sie erhöhen z. B. das Risiko für eine Frühgeburt. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, Ängstlichkeit mit ihrer individuell sehr unterschiedlichen Ausprägung in der Schwangerschaft näher zu beleuchten.

Ängste und Ultraschall

Da für die Mehrheit der Schwangeren auch bei gering ausgeprägten Risiken Verfahren der Pränataldiagnostik, wie beispielsweise Ultraschall, selbstverständlich zur Schwangerschaftsvorsorge dazugehören, ist die Frage zu stellen, inwieweit pränataldiagnostische Maßnahmen Ängstlichkeit beeinflussen können. Einige Aspekte dieses Zusammenhangs sollen nachfolgend am Beispiel Ultraschall aufgezeigt werden.

Baillie et al. (1999) stellen in ihrem Review zum psychologischen Einfluss von Ultraschalluntersuchung fest, dass die Studien in diesem Feld keinen evidenzbasierten Beleg für eine angenommene angstabsenkende Wirkung des Ultraschalls geben. Vielmehr konnte ein Anstieg der Ängstlichkeit in Antizipation zum Ultraschall beobachtet werden; dabei sank die Ausprägung von Ängstlichkeit nach dem Ultraschall bei negativem Befund auf Normalniveau ab. Einige im Review eingeschlossene Studien zeigten sogar eine langfristige Erhöhung der Ängstlichkeit der Schwangeren nach Ultraschalluntersuchungen.

Brisch et al. (2002) prüften den psychologischen Einfluss des Ultraschalls getrennt für Frauen mit einem hohen Risiko für Komplikationen in der Schwangerschaft und einer Kontrollgruppe mit niedrigem Risiko. Langfristig erhöhte Ängstlichkeitswerte zeigten sich nur bei Frauen mit positivem Missbildungsbefund und bei Frauen mit einem erhöhten Risiko, das durch einen vorangegangenen Hormontest festgestellt wurde. Besonders für diese Gruppe schien die Bewältigung der Situation aufgrund einer ambivalenten Aufklärung durch das Betreuungspersonal erschwert zu sein.

Es wird deutlich, dass die Hoffnung, eine dauerhafte Verminderung von Ängsten durch pränataldiagnostische Maß-

Sabine Surholt

Postpartale Depression und Psychose – Versorgung und Prävention

nahmen herbei zu führen, als nicht erfüllbar angesehen werden kann. Entscheidend sind in diesem Zusammenhang offenbar das ›Ausgangsniveau‹ der Ausprägung von Ängstlichkeit einerseits und die Art der Bewältigung sowie die Aufklärung zu den pränataldiagnostischen Maßnahmen andererseits.

Die Rolle von (psychosozialer) Beratung

Beratung im Rahmen der Pränataldiagnostik wird von Gynäkologinnen und Gynäkologen durchgeführt. Befragungen von Schwangeren zur Zufriedenheit mit den ärztlichen Beratungsleistungen zeigen, dass die erhaltenen Informationen zu den Themen, eine statistische Risikoeinschätzung sowie Beratung über Anlass und Ziel der Untersuchung vorwiegend positiv bewertet werden. Wenig oder gar keine Informationen werden zu Themen wie psychisches und ethisches Konfliktpotenzial bei einer vorliegenden Behinderung vermittelt. Darüber hinaus zeigen sich die befragten Frauen unzufrieden über die Aufklärung zu weiterführender psychosozialer Beratung. Schwangere mit einem kritischen Befund (5%) waren ebenfalls mit dem Angebot weiterführender Beratung und Hilfe zur Vermittlung von Kontaktmöglichkeiten mit anderen Betroffenen unzufrieden. Auch fiel das Urteil zur Beratung über etwaige persönliche und familiäre Folgen des Untersuchungsergebnisses negativ aus. Demgegenüber wurde die Beratung zu originär medizinischen Themen positiv bewertet.

Modellprojekte mit einem zusätzlichen psychosozialen Beratungsangebot zeigen, dass diese Leistungen von Schwangeren und ihren Partnern als hilfreich (96%) und von Ärzten/Ärztinnen als entlastend empfunden werden.

Hieraus ergibt sich, dass nicht die pränataldiagnostische Untersuchung an sich, sondern der Beratungskontext, in dem die Untersuchung eingebettet ist, im entscheidenden Zusammenhang mit Schwangerschaftsängsten steht. Nur in einer psychosozial informierten und sensiblen Beratung kann einer aus unterschiedlichen Gründen hervorgerufenen Schwangerschaftsängstlichkeit effektiv begegnet werden. Vor diesem Hintergrund und der Praxis einer angebotsorientierten Beratung von Ärztinnen und Ärzten für pränataldiagnostische Maßnahmen als IGeL-Leistungen liegt eine Erweiterung bzw. Veränderung der psychosozialen Beratung im Rahmen von Pränataldiagnostik nahe.

Literatur bei den Verfasserinnen

STEFANIE GEBKER, SILKE RÖHL, *Universität Osnabrück, FB Humanwissenschaften/Gesundheitswissenschaften, Forschungsschwerpunkt Maternal Health, Albrechtstraße 28, 49076 Osnabrück, E-Mail: sroehl@uni-osnabrueck.de, sgebker@uni-osnabrueck.de*

Weitaus mehr Frauen als gemeinhin angenommen stürzen nach der Geburt ihres Kindes in eine seelische Krise. Allein in Deutschland sind jährlich etwa 100.000 Frauen davon betroffen. Sie geraten durch die Erkrankung oft in starke Selbstzweifel und Schuldgefühle, da sie plötzlich ihren Alltag nicht mehr bewältigen und keine Beziehung zu ihrem Kind aufbauen können. Häufig ziehen die Frauen sich zurück, versuchen ihren Zustand zu verbergen und trotz tiefster Verzweiflung die Fassade der glücklichen und perfekten Mutter zu bewahren. Viele Betroffene haben leider nach wie vor wochenlange Irrwege von Arzt zu Arzt hinter sich, bis die Erkrankung richtig diagnostiziert wird.

Die postpartalen (lat.: post = nach, partus = Niederkunft) psychischen Erkrankungen treten bei etwa 10–15% aller Mütter und in Form der Depression, der Angst- und Zwangsstörung sowie der Psychose auf. Meist entstehen sie im Laufe des ersten Jahres, im Falle der Psychose gemeinhin in den ersten beiden Wochen nach der Entbindung. Es sind graduelle Abstufungen von leichteren Anpassungsstörungen bis hin zu schweren suizidalen Formen und auch schleichende Verschlechterungen möglich. Kennzeichen der postpartalen Depression, Angst- und Zwangsstörung sind:

- Müdigkeit, Erschöpfung
- Traurigkeit, Weinen
- Schuldgefühle
- Inneres Leeregefühl, allgemeines Desinteresse
- Zwiespältige Gefühle dem Kind gegenüber
- Konzentrations-, Appetit-, Schlafstörungen
- psychosomatische Beschwerden
- Ängste, extreme Reizbarkeit, Panikattacken, Zwangsgedanken (wiederkehrende destruktive Vorstellungen und Bilder, die nicht in die Tat umgesetzt werden)
- Suizidgedanken

Bei der Psychose, die 1–3 von 1000 Mütter trifft, kommen manische Antriebssteigerung, Verwirrenheit, Wahnvorstellungen und Halluzinationen hinzu.

Daher bedürfen die betroffenen Mütter unbedingt einer adäquaten Behandlung.

Ursachen postpartaler Depression

Bezüglich der Ursachen ist von einem multifaktoriellen Geschehen auszugehen: Das heißt, das Zusammentreffen verschiedener hormoneller, biochemischer, psychischer und sozialer Faktoren führt zur postpartalen psychischen Überlastungsreaktion. Da Anzahl und Intensität der einzelnen Belastungsfaktoren das Ausmaß der postpartalen Krise mitbestimmen, muss bei jeder Frau individuell nach den Ursachen geforscht und eine entsprechende Versorgung angestrebt werden.

Zu den physischen Ursachen gehören die gravierenden hormonellen Veränderungen, biochemische Veränderungen durch den Schlafentzug und genetische Einflüsse. Peripartale (im Zusammenhang mit der Entbindung stehende) Auslösefaktoren sind Schwierigkeiten vor der Schwangerschaft (vorhergehende Fehlgeburt, langes Warten auf eine Schwangerschaft), in der Schwangerschaft (ungeplante oder unerwünschte Schwangerschaft, Schwangerschaftskomplikatio-

nen), Probleme bei der Entbindung (traumatisches Geburtserlebnis), die Anonymität der Klinik-Routine, die Verfassung des Kindes (Schreibbaby, krankes Kind, Früh-, Totgeburt) und Stillprobleme.

Zu den psychischen Ursachen zählen Abschied (von der eigenen Kindheit, von der persönlichen Freiheit, von der Schwangerschaft und der damit verbundenen Fürsorge), traumatische Erlebnisse im zeitlichen Umfeld der Schwangerschaft und Entbindung, belastende Umstände wie Ortswechsel, finanzielle, familiäre oder partnerschaftliche Probleme, traumatische Erlebnisse in der Kindheit, Perfektionismus und Kontrollverlust (von einem eigenbestimmten, strukturierten zu einem unstrukturierten, fremdbestimmten Leben).

Soziale Auslösefaktoren sind das idealisierte Mutterbild in Literatur und Werbung, Abbruch der alten freundschaftlichen Beziehungen durch die veränderte Lebenssituation und der kulturell bedingte Wegfall der Großfamilie und der damit verbundenen Unterstützung.

Hebammen als erste Anlaufstellen

Neben der Familie, die die psychische Veränderung der Mutter als erstes wahrnimmt, sind vor allem Hebammen als erste Anlaufstelle für die Mütter gefragt, da sie Vertrauenspersonen sind, die die Mütter schon aus der Schwangerschaft kennen. Die Hebammen können mit Hilfe eines Fragebogens, der sogenannten Edinburgh-Postnatal-Depression-Scale (EPDS, s. www.schatten-und-licht.de), der betroffenen Mutter zu einer ersten vorläufigen Selbsteinschätzung verhelfen, die Diagnose andeuten und den Weg zu einer Behandlung ebnen.

Unterstützungssysteme und Behandlungskonzepte

Die Hand in Hand arbeitende medikamentöse und psychotherapeutische Behandlung sollte von Fachleuten durchgeführt werden, die sich mit dem Thema der postpartalen Erkrankungen auseinandergesetzt haben. Dabei ist darauf zu achten, dass die Mutter ein von ihr akzeptiertes Behandlungskonzept erhält. Schulmedizinisch orientierte Mütter reagieren gemeinhin besser auf Psychopharmaka, alternativmedizinisch orientierte besser auf Homöopathie. Eine Kombination beider Ansätze ist durchaus möglich.

Als sehr erfolgreich haben sich begleitende Entspannungstechniken erwiesen.

Das Gespräch mit anderen Betroffenen (Selbsthilfegruppen) wird von den meisten Müttern als ausgesprochen entlastend erlebt. Hier können Ängste offener angesprochen und Hilfsmöglichkeiten glaubhaft vermittelt werden.

Bei Suizidgedanken und Psychose-Symptomen sollte eine stationäre Behandlung in einer der auf die postpartale Problematik spezialisierten Mutter-Kind-Stationen erfolgen.

Möglichkeiten der Prävention

Prävention wird leider in Deutschland noch sehr klein geschrieben, da die postpartale Problematik nach wie vor ein Tabu-Thema ist. Anzustreben ist, dass alle Schwangeren im Geburtsvorbereitungskurs auf die Krankheitsbilder hingewiesen werden, damit sie die Symptome rechtzeitig erkennen und sich sofort Hilfe holen können.

Die Entscheidung zu einer Haus- oder Geburtshausentbindung kann das Risiko senken, da eine solche Entbindung selbstbestimmter erlebt wird. Außerdem sollte bei der Wahl der Gynäkologin oder des Gynäkologen und der Hebamme darauf geachtet werden, dass diese positiv unterstützend und nicht verunsichernd arbeiten und auch nach der Entbindung zu längeren Gesprächen und zu Hausbesuchen zur Verfügung stehen. Die Hebamme sollte regelmäßig mit der Mutter deren psychischen Zustand reflektieren.

Ist eine Schwangere bei einer früheren Entbindung psychisch erkrankt oder liegen psychische Erkrankungen in ihrer familiären oder eigenen Vorgeschichte vor, sollten folgende Aspekte berücksichtigt werden.

- Der rapide Hormonabfall nach der Entbindung lässt sich mit Hilfe der Plazenta- oder Progesteron-Therapie abmildern.
- Das Stillen sollte stressfrei und als Vergnügen für Mutter und Kind erlebt werden können und nicht als eine zwanghaft nötige Nahrungsquelle für das Baby mit den entsprechenden Kontrollen.
- Größere Veränderungen im zeitlichen Umfeld der Geburt, wie Umzüge oder ähnliches, sind zu vermeiden.
- Schon vor der Entbindung sollte ein Hilfsnetz aufgebaut sein, das die Mutter von allen Haushalts- und ähnlichen Aufgaben entlastet. Dazu kann man Familie und Freunde, gegebenenfalls aber auch eine Haushaltshilfe oder besser eine Mütterpflegerin organisieren.
- Die Mutter sollte von ihrem ganzen Umfeld in ihrem Selbstwertgefühl und ihrer Eigenmächtigkeit unterstützt werden.
- Gesprächsangebote und körperentspannende Zuwendungen durch Familie oder Körpertherapeuten sind sehr wünschenswert. Zur Beruhigung der Mutter können vorab Kontakte zu einem Facharzt, einer Gesprächstherapeutin und einer Mutter-Kind-Einheit aufgebaut werden, die bei Bedarf sofort ansprechbar sind.

Wurde vorab eine Gesprächstherapie erfolgreich abgeschlossen, um den Ursachefaktoren und ihrer möglichen Vermeidung auf die Spur zu kommen, und wurden die Vorsorgemaßnahmen beherzigt, so stellte sich bisher die Prävention als sehr erfolgreich heraus. Sie sollte zukünftig viel stärker in die allgemeine Vorbeugung für alle Mütter eingebaut werden.

SABINE SURHOLT, *Schatten & Licht e. V., Obere Weinbergstr. 3, 86465 Welden, Tel.: (0 82 93) 96 58 64,*

Fax: (0 82 93) 96 58 68, Internet: www.schatten-und-licht.de

Birgit Jaster

Depressionen und höheres Lebensalter

Depressiv im umgangssprachlichen Sinne ist jede/r einmal. Fachleute nennen das depressive Verstimmung. Und die gehört ebenso zum Leben dazu, wie die ›Flugzeuge im Bauch‹, wenn wir verliebt sind. Die Grenzziehung zwischen einer depressiven Verstimmung und einer behandlungsbedürftigen Depression ist wichtig, um die erkrankten Menschen wirklich ernst zu nehmen.

Das ›Depressive Syndrom‹ ist im Alter die zweithäufigste Erkrankung. Ca. 15 % der 60–90-jährigen Bevölkerung leiden an Depressionen. Besonders Menschen, die einsam und/oder pflegebedürftig sind und die wenige soziale Kontakte haben, sind gefährdet, depressiv zu erkranken. Depressionen äußern sich im Alter jedoch nicht grundlegend anders als im mittleren Lebensalter. Eine Depression ist eine ernsthafte, für manche eine lebensbedrohliche Erkrankung, die mit großem Leidensdruck einhergeht. Für viele Erkrankte ist der Leidensdruck so groß, dass sie sich wünschen, aus dem Leben zu scheiden. Deshalb ist es wichtig, dass die Betroffenen professionelle Hilfe und Unterstützung erhalten. Immerhin begehen ca. 15 % der Erkrankten während einer depressiven Phase Suizid.

Gesellschaftliche Hintergründe

Besonders in den hoch industrialisierten Ländern wurde in den vergangenen Jahren ein starker Anstieg der Depressionen verzeichnet. Vermutete Ursachen sind Stress und Beanspruchung sowie Verunsicherung sowohl in beruflicher als auch privater Hinsicht. Das Verhältnis Männer gegenüber Frauen beträgt 3:7. Es gibt bisher mehr Theorien als gesicherte Erkenntnisse darüber, warum Frauen mehr als doppelt so häufig erkranken. Ursachen könnten jedoch in den deutlich schlechteren sozioökonomischen Bedingungen und der Mehrfachbelastung von Frauen liegen.

Symptomatologie und Ursachen

Der Begriff Depression bezeichnet auf der symptomatologischen Ebene den Zustand affektiver Verstimmtheit, Traurigkeit und Niedergeschlagenheit. Dabei kommt es zu einer regelhaften Kombination von emotionalen, kognitiven, motorischen und vegetativen Störungen. Die Ursachen der Depression sind weitgehend unbekannt. Man geht aber davon aus, dass eine Störung der Neurotransmitter (Botenstoffe im Gehirn, die Informationen von einem Nervenende auf das andere übertragen) für die Erkrankung verantwortlich ist. Darüber hinaus können körperliche Erkrankungen oder psychische Störungen ausschlaggebend für das Auftreten einer Depression sein. Immer wieder wird auch Vererbung diskutiert. Hier gibt es aber zu nahezu jeder Studie gleich wieder eine Gegenstudie, so dass Vererbungstheorien weiter sehr umstritten bleiben.

Behandlung von Depression

Bei der Depression unterscheidet man die psychogenen Depressionen, die somatogenen Depressionen und die endogenen Depressionen. Letztere sind körperlich und seelisch nicht begründbar. Je nach Erscheinungsform wird individuell unterschiedlich therapiert. Während bei der somatogenen Depression die Therapie der körperlichen Erkrankung im

Vordergrund steht, benötigen die psychogen Erkrankten eher eine Psychotherapie. Antidepressiva werden vorrangig bei endogen erkrankten Menschen eingesetzt, wobei die medikamentöse Wirkung bei Frauen häufig anders bzw. nicht so effektiv wie gewünscht ist, da Frauen in Testreihen von Medikamenten in der Regel nicht als Probandinnen mitwirken. Im höheren Lebensalter dauern depressive Phasen deutlich länger an. Daher muss nach Abklingen der akuten Symptome über mehrere Monate in reduzierter Dosis weiterbehandelt werden. Andernfalls kommt es fast immer zu einem erneuten Ausbruch der Erkrankung, der dann wesentlich schwieriger zu therapieren ist. Darüber hinaus gibt es weitere besondere Kennzeichen der Antidepressiva-Therapie bei älteren Menschen. Dazu gehören die schlechtere Toleranz der Nebenwirkungen ebenso wie eine schlechtere Compliance und häufig hohe Multimorbidität.

Depression bei demenziell erkrankten Menschen

Wenn eine endogene Depression erstmalig im höheren Lebensalter beobachtet wird, so muss man mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit davon ausgehen, dass es sich um ein frühes Stadium der Alzheimerschen Erkrankung handelt. Eine derartige (unechte) Depression ist durch schlechtes Ansprechen auf Antidepressiva und einen fluktuierenden, also wechselhaften, schwankenden Verlauf gekennzeichnet. Diese Besonderheit des höheren Lebensalters muss unbedingt differenzialdiagnostisch berücksichtigt werden. Auch in der Demenz selbst muss mit einem häufigen Vorkommen von depressiven Krankheitssymptomen gerechnet werden. Ca. 40 % der demenziell erkrankten Menschen leiden als Begleiterscheinung ihrer Demenz an einer Depression. Erschwert wird die Diagnostik im Alter dadurch, dass ältere Menschen mit Depressionen häufiger über körperliche Probleme klagen als über Verstimmung und Traurigkeit. Hier ist sehr genaues Hinhören und evtl. ein Zwischen-den-Zeilen-Lesen gefordert. Die Erkrankungsphasen im Alter dauern häufig länger an, die Ansprechbarkeit auf Antidepressiva ist reduziert und die Suizidrate ist höher. Eine Depression im medizinischen Sinne ist immer eine behandlungsbedürftige, psychiatrische Erkrankung.

Insgesamt können Depressionen in der Regel sehr gut behandelt werden. Wichtig ist, dass wir uns gut in das Krankheitsbild einfühlen, um angemessen mit depressiv erkrankten Menschen umgehen zu können. Denn wer depressiv ist, ist nicht ›selber schuld‹, kann sich nicht ›zusammenreißen‹ oder sich aufraffen. Wer depressiv ist, benötigt professionelle Hilfe, sei sie nun psychotherapeutisch oder pharmakologisch ausgerichtet. Medikamente sind genau wie Zuwendung und Verständnis wichtige Bausteine dazu. Wer depressiv ist, braucht unseren Respekt, unsere Achtung vor seiner Krankheit. Spott, Ironie oder scheinbar lockere Sprüche sind bei der Depression unangemessen. Sie führen lediglich dazu, dass die Erkrankten sich noch mehr zurückziehen, noch weniger Mut haben, sich professioneller Hilfe anzuvertrauen, und ihr Suizidrisiko steigt.

Birgit Jaster, Arbeitswissenschaftlerin, Constantinstr. 19,
30177 Hannover, Tel.: (05 11) 66 96 55,
E-Mail: bjaster@gmx.net

Karin Loos

NTFN – Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge in Niedersachsen e.V.

Niedersachsen verfügt – im Unterschied zu den meisten anderen Bundesländern – bislang nicht über ein Behandlungszentrum für Flüchtlinge, die an den Folgen von Folter, Verfolgung, Krieg, Gewalt und Flucht leiden. Eine genaue Zahl der in Niedersachsen lebenden traumatisierten Flüchtlinge kennen wir nicht. Nach einer neuen Studie der Universität Konstanz leiden etwa 40% der Asylsuchenden unter traumabedingten psychischen Störungen. Damit ist in Niedersachsen von etwa 16 000 Betroffenen auszugehen, für die es bisher hohe Zugangsbarrieren zu einer Therapie gibt.

Für den Flächenstaat Niedersachsen bietet sich weniger eine zentrale Einrichtung an als vielmehr ein Dienstleistungsknoten, der die Integration in die Regelversorgung landesweit koordiniert und die dafür erforderliche Beratung und Begleitung sicher stellt. Frühzeitige Beratung und Vermittlung einer ambulanten Behandlung kann dazu beitragen, kostspielige stationäre Behandlungen zu vermeiden. Sie beugt einer Chronifizierung vor, die die Integration von Flüchtlingen dauerhaft behindern würde.

Das NTFN setzt sich ein für:

- eine fachgerechte Versorgung traumatisierter Flüchtlinge bei qualifizierten Psychotherapeutinnen und -therapeuten
- hohe fachliche Standards für Gutachten über Traumatisierung
- Verbesserung des Zugangs zu psychotherapeutischer Hilfe für Flüchtlinge
- Vernetzung des medizinischen, psychologischen, sozialpädagogischen und juristischen Sachverstands zur Unterstützung traumatisierter Flüchtlinge
- Aufenthaltsrecht für Traumatisierte, die bei einer Rückkehr retraumatisiert werden könnten oder keine fachgerechte Behandlung erwarten können
- Berücksichtigung der besonderen Situation traumatisierter Flüchtlinge in Recht und Verwaltung

Das NTFN bietet:

- Vermittlung von Therapieplätzen für traumatisierte Flüchtlinge bei qualifizierten Psychotherapeutinnen und -therapeuten

- Fortbildungen in Zusammenarbeit mit der Ärztekammer, der Psychotherapeutenkammer und dem Zentrum für Psychotraumatologie und Traumatherapie in Niedersachsen
- Supervisionsgruppen für Vertreterinnen und Vertreter aus Therapie und Beratung
- Telefonische Fachberatung von Vertreterinnen und Vertretern aus Therapie und Beratung
- Unterstützung bei aufenthaltsrechtlichen Fragen und Vermittlung begleitender Hilfen

Am 27.11.2007 gründete sich in Hannover der Verein, der sich für die Rechte und die psychotherapeutische Versorgung traumatisierter Flüchtlinge in Niedersachsen einsetzt. Damit gibt es jetzt einen unabhängigen Trägerverein für das angestrebte psychosoziale Dienstleistungszentrum für traumatisierte Flüchtlinge, der antragsberechtigt gegenüber der EU und Stiftungen ist und der durch Mitgliedsbeiträge und Spenden Eigenmittel erwerben kann.

Bisher gehören zum NTFN Vertreterinnen und Vertreter der Ärztekammer Niedersachsen, von amnesty international, dem Ethnomedizinischen Zentrum Hannover, dem Flüchtlingsrat Niedersachsen, der IPPNW-Ärzte in sozialer Verantwortung, der MHH – Abteilung Sozialpsychiatrie und Psychotherapie, der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen und dem Zentrum für Psychotraumatologie und Traumatherapie Niedersachsen. Schirmherr ist der Ministerpräsident des Landes, Christian Wulff.

KARIN LOOS, *Flüchtlingsrat Niedersachsen, Langer Garten 23 b, 31137 Hildesheim, Tel.: (0 51 21) 10 26 86, E-Mail: kl@nds-fluerat.org*

Thomas Altgeld

Neue Chancen im zweiten Anlauf? – Das Präventionsgesetz wird wieder einmal diskutiert

Am 23. November 2007 hat das Bundesministerium für Gesundheit einen Referentenentwurf für ein ‚Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention‘ vorgelegt. Mit dem Gesetzesvorhaben sollen die Voraussetzungen dafür geschaffen werden, dass Gesundheitsförderung und Prävention in den Sozialversicherungen gestärkt werden. Obwohl die Mittel, die die einzelnen Sozialversicherungszweige für die Umsetzung aufbringen sollen, marginal sind im Vergleich zu den anderen Leistungsausgaben, wird in der Begründung von der Etablierung einer ›vierten Säule‹ gesprochen. Die gesetzlichen Krankenkassen sollen 1,65 Euro, die Pflegekasse 0,16 Euro, die Rentenversicherer 0,85 Euro und die Unfallversicherer 0,29 Euro aufbringen. Ein Beitrag der privaten Krankenversicherer ist auch vorgesehen, aber nicht näher ausgeführt. Verteilt werden sollen 95% des Geldes über Präventionsräte der Bundesländer für lebensweltbezogene Maßnahmen. 5% der Gelder wird ein Nationaler Präventionsrat verwalten, der auch über die Präventionsziele auf Bundesebene entscheidet. Die Nationalen Präventionsziele können bei Bedarf durch länderspezifische Ziele ergänzt werden. Bis zur Definition der ersten Ziele gelten die Präventionsziele von gesundheitsziele.de. Insgesamt stehen 206 Millionen Euro für den Präventionsbereich zur Verfügung.

In den Präventionsräten Land sollen die Präventionsträger, d. h. die Sozialversicherungen, das Land und die kommunalen Spitzenverbände vertreten sein, wobei die Präventionsträger nicht überstimmt werden dürfen in den so gebildeten Arbeitsgemeinschaften.

›Lebenswelten im Sinne des Gesetzes sind abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, Arbeitens, Lernens, Studierens und der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports und des Spielens. Träger von Lebenswelten sind natürliche oder juristische Personen, die Lebenswelten betreiben, unterhalten oder nutzen.‹ Die Maßnahmen in diesen Lebenswelten sollen sich an nationalen Präventionszielen orientieren, die Betroffene mit einbeziehen und bestimmte Qualitätsstandards einhalten.





Präventionspreis 2008 ausgelobt: Gesund aufwachsen!

Der Deutsche Präventionspreis 2008 wird zum Thema ›Ganzheitliche Förderung der körperlichen, seelischen und sozialen Entwicklung von Vorschulkindern‹ ausgelobt. Der Preis wird vergeben an Kindertageseinrichtungen, denen es gelingt, die gesundheitliche Entwicklung der ihnen anvertrauten 3–6-jährigen Kinder ganzheitlich zu fördern.

Es sollen Modelle guter Praxis ausgezeichnet werden, die allen Kindern die Chance geben, gesund aufzuwachsen. Dazu gehören Bewegung, eine ausgewogene Ernährung und Stressbewältigung. Gleichzeitig sollen neue Wege aufgezeigt werden, z. B. wie kommunale Dienste gemeinsam mit ehrenamtlichen Kräften für die Gesundheitsförderung der Kinder aktiviert werden können. Bereits im Kindesalter werden die Weichen gestellt, wie gesund Kinder später als Erwachsene sind. Mit dem Thema 2008 werden die zentralen gesundheitlichen Probleme angesprochen, die bereits Vorschulkinder belasten: Bewegungsmangel, Fehl- und Überernährung sowie psychosoziale Störungen.

Der bereits zum fünften Mal ausgeschriebene Deutsche Präventionspreis wird mit insgesamt 50.000 Euro dotiert. Die Frist für die Online-Bewerbung läuft vom 3. Dezember 2007 bis zum 31. Januar 2008. Von einer unabhängigen Fachjury ausgewählte Wettbewerbsbeiträge werden im Juni 2008 bei der Preisverleihung in Berlin prämiert. Träger des Deutschen Präventionspreises 2008 sind das Bundesministerium für Gesundheit, die Manfred Lautenschläger Stiftung und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Alle Informationen zum Deutschen Präventionspreis und zur Bewerbung: www.deutscher-praeventionspreis.de

BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE
AUFKLÄRUNG, Dr. Marita Völker-Albert,
Osterheimerstr. 220, 51109 Köln,
Tel.: (02 21) 89 92 280,
E-Mail: marita.voelker-albert@bzga.de

Der zweite Anlauf dieses Präventionsgesetzes ist allein von seinem Seitenumfang und Regelungsbereichen deutlich schlanker als der 2005 kurz vor der Bundestagswahl gescheiterte erste Gesetzesentwurf. Von einer vierten ›eigenständigen Säule‹ neben der Akutbehandlung, der Rehabilitation und der Pflege kann nicht nur aufgrund der bescheidenen finanziellen Grundausstattung kaum die Rede sein, sondern auch aufgrund der sehr offenen Zielstellungen. Es wird nicht einmal versucht, über die engen jetzt schon vorhandenen Präventionsparagrafen in den Sozialgesetzbüchern auch eine stärkere präventive Orientierung der medizinischen Versorgung oder der anderen Säulen vorzunehmen.

Es stellt sich ohnehin die Frage, welche Chancen der jetzt vorgelegte Entwurf überhaupt hat, jemals Gesetzeskraft zu erlangen. Er ist im Vorwege nicht mit dem Koalitionspartner abgestimmt worden. Im Gegenteil, die einseitige Veröffentlichung von Eckpunkten für den jetzigen Entwurf durch das Gesundheitsministerium im August hat zu äußerst kontroversen und ergebnislosen Verhandlungen mit dem Koalitionspartner geführt. Auch die CDU-geführten Bundesländer haben bereits im September eine einheitliche, eher ablehnende Haltung zu dem für November erwarteten Gesetzesvorschlag abgestimmt. Die CDU-Länder fordern darin die Einbeziehung der Sekundärprävention in das Gesetz und die Organisation von Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe.

Der Terminus technicus ›Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe‹ wird auch von den Sozialversicherungsträgern gerne benutzt, um darauf hinzuweisen, dass sie keineswegs mehr Geld für Prävention ausgeben wollen, sondern auch andere Stellen dafür

zuständig sind. Die Sozialversicherungsträger haben sich ebenfalls bereits ablehnend zu den Eckpunkten positioniert und werden auch den vorgelegten Referentenentwurf ablehnen, weil insbesondere die für den Bereich der Krankenversicherungen vorgesehenen Aufwendungen in Höhe von 1,65 Euro natürlich weit über das hinausgehen, was die Kassen mal mit 0,50 Euro als Selbstverpflichtung für settingbezogene Leistungen versprochen, aber nie eingehalten haben. Die Leistungsausgaben für diesen Bereich liegen bei sagenhaft niedrigen 0,18 Euro zur Zeit, während die Gesamtausgaben nach § 20 für mehr oder weniger sinnvolle Kursangebote, die Verhaltensprävention bei vorwiegend besser gestellten Bevölkerungsschichten betreiben, auf 3,21 Euro 2006 angestiegen sind.

Bis auf die Prävention in der Arbeitswelt, an der Arbeitgeber, Berufsgenossenschaften, Krankenversicherer und private Anbieter in gesetzlich definierten Rollen beteiligt sind, gibt es bislang kaum realistische Vorstellungen, wie das in anderen Bereichen, z. B. in Kindertagesstätten, Schulen und Stadtteilen funktionieren soll. Bislang ist in diesen Lebenswelten eher zu viel Prävention monothematisch nebeneinander organisiert, als dass abgestimmte Präventionskonzepte effektiv mit und für sogenannte ›schwer erreichbare Zielgruppen‹ verwirklicht worden wären. Ob Landespräventionsräte und nationale Gesundheitsziele dem wirklich effektiv entgegenwirken, darf getrost bezweifelt werden. Aber wahrscheinlich ist auf die politische Diskussion und ihre voraussichtliche Ergebnislosigkeit in der Präventionsgesetzfrage ohnehin Verlass.

THOMAS ALTGELD, Adresse siehe Impressum

U. Sonntag, U. Maschewsky-Schneider

Europäische Konferenz zu Frauengesundheit

Frauen in Schweden haben weniger Zugang als Männer zu Nierentransplantationen und Dialyse, zu Knieoperationen oder zu Bronchoskopien. Ebenso werden ihnen weniger oft neue und teure Medikamente verschrieben als Männern. Selbst die Wartezeiten für einen Arztbesuch sind bei Frauen länger. In den osteuropäischen Ländern ist die Infrastruktur für Gesundheitsförderung sehr schlecht entwickelt. Der Gebrauch moderner Verhütungsmittel ist in vielen osteuropäischen Ländern weitaus niedriger als in west- oder mitteleuropäischen Ländern. So benutzen nur 19 % der Polinnen und 29,5 % der Rumäninnen moderne Kontrazeptiva.

Die europäische Konferenz »Equity in Access to Health Promotion, Treatment and Care for all European Women«, die vom 5. bis 7. Oktober 2007 in der Charité in Berlin stattfand und von Frauen aus mehr als 20 Ländern besucht wurde, diskutierte die Zugangsprobleme von Frauen und Mädchen zur Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung. Eingeladen hatten gleich fünf Organisationen, die Berlin School of Public Health an der Charité-Universitätsmedizin Berlin, die Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e. V. mit dem von ihr koordinierten European Women's Health Network (EWH-NET), das European Institute of Women's Health in Dublin, das Social Science and Public Health Institute (SOPHI) sowie das Forschungszentrum Altern und Gesellschaft der Universität Vechta. Finanziert wurde die Konferenz vom deutschen Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Zugang zu Versorgung ist auch eine Frage von Geschlechtergerechtigkeit oder in bestimmten Fällen sogar der Diskriminierung von Frauen im Gesundheitswesen. Welchen Versorgungsbedarf haben Frauen und wird dieser durch die gesundheitlichen Dienste gedeckt? Bekommen sozial oder kulturell benachteiligte Frauen die Leistungen, die sie brauchen – bei gleicher Qualität und gleichem Behandlungsergebnis?

Vor dem Hintergrund des UN-Jahres zur Chancengleichheit beleuchtete die Konferenz diese Frage: Zugangsprobleme und mögliche Versorgungsdefizite von Frauen allgemein sowie von

Migrantinnen, armen Frauen oder alten Frauen. Bei Migrantinnen z. B. verhindern Kommunikationsprobleme oder die Furcht vor Diskriminierung eine angemessene Behandlung. Menschen, die sich nicht verständlich machen können, geraten in Gefahr, mehr Untersuchungen mit Geräten ausgesetzt zu werden als Menschen, die die Landessprache sprechen. Muslimische Patientinnen wünschen häufig eine weibliche Ärztin. Ist diese nicht verfügbar, gehen sie ohne Untersuchung heim.

Es wurden auch spezielle Probleme diskutiert wie z. B. der Eizellenhandel in Europa, der sowohl für die Spenderinnen als auch für die Empfängerinnen große gesundheitliche Risiken birgt. Ein weiteres Thema war die noch immer mangelhafte gesundheitliche Versorgung von Frauen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind.

DR. UTE SONNTAG, *Adresse siehe Impressum*
 PROF. DR. ULRIKE MASCHEWSKY-SCHNEIDER,
*Berlin School of Public Health, Charité –
 Universitätsmedizin Berlin,
 Fabekstr. 60–62, 14195 Berlin, E-Mail:
 ulrike.maschewsky-schneider@charite.de*

Barbara Staschek

Expertise zum Betreuungsmodell »Familienhebamme«

Im Hinblick auf eine gesunde Entwicklung ist die Lebensphase vom Beginn der Schwangerschaft über Geburt und Wochenbett bis zum Ende des ersten Lebensjahres eines Kindes sowohl als vulnerable wie auch als sensible Zeit anzusehen. Eltern sind in dieser krisenhaften Zeit ansprechbar und empfänglich für Veränderungsimpulse. Daraus folgt die Herausforderung, dieser Phase besondere Aufmerksamkeit zu widmen im Hinblick auf Salutogenese und Gesundheitsförderung/Prävention. Eine Integration von Medizin, Hebammenkunst und Pädagogik zu einem ganzheitlichen Hilfesystem ist die unmittelbare Schlussfolgerung aus diesem Ansatz. Das Hilfesystem steht dabei vor komplexen und komplizierten

Aufgaben bezogen auf gesundheitliche, soziale und familiäre Fragen. Die Verbesserung der Lebensumstände der Klientinnen und ihrer Familien ist nur zu erhoffen auf der Basis eines langfristigen, kooperativen und intersektoralen Arbeitskonzeptes. Die (Familien-) Hebammentätigkeit hat dabei eine Schlüsselstellung.

Familienhebammen sind staatlich examinierte Hebammen mit einer Zusatzqualifikation, deren Tätigkeit die Gesunderhaltung von Mutter und Kind fördert. Dabei liegt der Kern der Arbeit auf der psychosozialen und medizinischen Beratung und Betreuung durch eine langfristig aufsuchende Tätigkeit. Im Fokus der Familienhebammentätigkeit stehen in erster Linie Familien mit einer Risikokumulation, sog. »Multiproblemfamilien«. Dazu zählen alle Schwangeren, Mütter, (werdende) Eltern und ihre jungen Kinder, die aufgrund der körperlichen Situation bzw. der gesellschaftlichen und familiären Rahmenbedingungen physisch, psychisch und/oder sozial Belastungen ausgesetzt sind, deren pathogene Bedeutung bekannt sind. Die Familienhebamme betreut schwangere Frauen, Mütter und ihre Kinder bis zum ersten Geburtstag des Kindes.

Fast dreißig Jahre Evaluationsforschung haben die Wirksamkeit dieser Betreuungsstruktur mehrfach gezeigt:

- Familienhebammen erreichen ihre Zielgruppen.
- Familienhebammen bewirken gesundheitliche und soziale Verbesserungen in den Familien.
- Positive Effekte sind nachhaltig.
- Die Einbindung der Familienhebammen in ein regionales Kooperationsnetz ist vorteilhaft und eine erforderliche Rahmenbedingung der Arbeit.
- Die Verknüpfung von Hebammentätigkeit und Jugendhilfe ist anzuraten.
- Familienhebammen benötigen adäquate Qualifizierung und akzeptable Arbeitsbedingungen.

Die Bundesländer Bremen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Hamburg können als Vorreiter betrachtet werden. Aber es gibt noch immer zu viele weiße Flächen in der Landschaft der Familienhebammen.

Trotz der Vielzahl von Modellprojekten, die in den vergangenen Jahrzehnten durchgeführt und evaluiert wurden, ist es bisher nicht gelungen, die Konzepte und praktischen Erfahrungen als Struktur bundesweit zu etablieren.

Solche verankerten Betreuungsstrukturen wären aber erforderlich, um bedarfsgerecht und flächendeckend ein System zu bilden, welches integrativ und sektorübergreifend Kinder- und Jugendhilfe mit Gesundheitshilfe effektiv verknüpft.

Im Rahmen des Programms ›Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme‹ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) wurden 2006/2007 noch einmal verschiedene Modellprojekte initiiert. Das ebenfalls neu entstandene ›Nationale Zentrum Frühe Hilfen‹ wird die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung bündeln und weitere Handlungsempfehlungen entwickeln. Bereits vorab vergab das BMFSFJ den Auftrag einer Expertise ›Familienhebammen‹, die von Barbara Staschek, Hebamme und Diplompädagogin, erarbeitet wurde.

Erfolgskriterien für das Modell ›Familienhebamme‹ sind:

- Gesicherte Finanzierung des Vorhabens
- Bedarfsgerechte Budgets
- Langfristigkeit der Maßnahme
- Konstanz und Verlässlichkeit der Hilfen
- Klare Strukturen und definierte Arbeitsteilung
- Kombination von Komm- und Gehstrukturen
- Kombination intensiver Einzelbetreuung mit niedrigschwelligen Gruppenangeboten
- Durchführung in personeller Konstanz und Kontinuität
- Kooperatives, intersektorales Arbeitskonzept
- Kooperation mehrerer Trägerinstitutionen
- Teambildung zwischen Hebamme und Hebamme sowie Hebammen und Sozialpädagoginnen
- Integration der Familienhebammen in das Team eines Kinder- und/oder Familienzentrums, einer Beratungsstelle, einer Elternschule etc.

- Überleitung der betreuten Familien ins 2. und 3. Lebensjahr der Kinder
- Verknüpfung der Regelleistungen und der Leistungen der Familienhebammen bzw. anderer ›früher Hilfen‹ zu einem durchlässigen und kompletten Hilfesystem, das aktiv an der Integration arbeitet und Stigmatisierungen vermeidet

BARBARA STASCHEK, *Hebamme und Mitglied der Expertinnen-Kommission ›Familienhebammen‹ im Bund Deutscher Hebammen, Gehrenrode 5, 37581 Bad Gandersheim, Tel.: (0 51 83) 56 09, E-Mail: info@staschek.com, Internet: www.staschek.com*

Irena Diel, Tania-Aletta Schmidt

Anders alt?! Alternde Menschen mit geistiger Behinderung in Europa

Das Thema des Älterwerdens wird in den europäischen Aktionsplänen sehr hoch bewertet, auf nationaler und auf regionaler Ebene allerdings unterschiedlich umgesetzt. Im Rahmen des Europäischen Jahres der Chancengleichheit für alle fand am 11. und 12. Oktober 2007 die Fachtagung ›Anders alt?! – Alternde Menschen mit geistiger Behinderung in Europa‹ in Hannover statt. Die Tagung wurde von der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. in Kooperation mit dem Institut für Sonderpädagogik der Leibniz Universität Hannover durchgeführt und vom Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit gefördert.

Rund 120 Expertinnen und Experten aus Praxis, Wissenschaft, Verwaltung und Politik haben an der Veranstaltung teilgenommen, um Informationen zu erhalten und sich über die Entwicklungen zu diesem Thema auszutauschen. Wenngleich die zunehmende Bedeutung dieser Zielgruppe von den verschiedenen Akteurinnen und Akteuren bereits erkannt und entsprechend reagiert wurde, fehlt es vielfach an Konzepten und Beispielen guter Praxis. So wurden auf der Tagung Strategien und Versor-

gungsangebote aus anderen Ländern vorgestellt und von den Teilnehmenden durchaus kritisch und konträr diskutiert.

In ihrem Grußwort betonte die Niedersächsische Sozialministerin Mechtild Ross-Luttmann, dass es Ziel sein solle, für pflegebedürftige Menschen mit geistiger Behinderung im Alter Versorgungsangebote im vertrauten Wohnumfeld zu schaffen.

Gleichberechtigung beim Recht der Mitsprache und Mitentscheidung für Menschen mit geistiger Behinderung, Bedürfnisse von Älteren im Alltag, eine Zunahme von ambulanten Angeboten und das gemeinschaftliche Miteinander in der Gesellschaft sind die Akzente, die sie in ihrer Rede hervorhob.

Albert Brandstätter, Bundesgeschäftsführer der Lebenshilfe Österreich, stellte in seinem Vortrag den Paradigmenwechsel von einem Klientenverhältnis hin zu Bürgerrechten von Menschen mit Behinderungen dar und verdeutlichte dies u. a. anhand der begrifflichen Entwicklungen. Weiterhin skizzierte er vor dem Hintergrund der Gleichstellungs- und Inklusionsdebatte die Anforderungen, die an Unterstützungsleistungen für diese Zielgruppe gestellt werden.

Vor dem Hintergrund, dass in Großbritannien rund 66% der Menschen mit geistiger Behinderung bei ihren Familien zu Hause leben, stellte Dalia Magrill von der Foundation for People with Learning Disabilities Ansätze vor, wie diese älter werdenden Familien vor Ort unterstützt werden können. Hierzu zeigte sie verschiedene praxisnahe Methoden, personenzentrierte Übungen und Planungswerkzeuge auf.

In den Arbeitsgruppen wurden unterschiedliche Themenbereiche behandelt. Dabei ging es sowohl um Beispiele guter Praxis als auch um grundsätzliche Themen, wie z. B. die Zusammenhänge zwischen Pflege und Eingliederungshilfe oder Finanzierungsmöglichkeiten durch kommunale Leistungsträger. Als Praxisbeispiel wurde ein tagesstrukturierendes Angebot in Form einer Altentagesstätte für Menschen mit geistiger Behinderung vorgestellt, das ein Bindeglied zwischen



der Werkstätte und dem Wohnumfeld darstellt.

Ergebnisse und Forderungen aus den Workshops waren u. a. die stärkere Einbindung der Betroffenen und Berücksichtigung ihrer Bedürfnisse, eine stärkere Vernetzung der verschiedenen Akteure sowie die interdisziplinäre Zusammenarbeit.

Großes Interesse fand auch der Vortrag von Dr. Andreas Ackermann, Institut für Psychogerontologie der Universität Erlangen-Nürnberg, zum Thema Betreuungskonzepte für Menschen mit geistiger Behinderung und Demenz. Dabei zeigte er Besonderheiten dieser Personengruppe auf und betonte, dass die Anwendbarkeit diagnostischer Verfahren und die Übertragbarkeit von Konzepten für Demenzkranke noch wenig erforscht sei.

In der Abschlussdiskussion wurde sowohl von der wissenschaftlichen Seite als auch von Seiten des Landes und der kommunalen Ebene die Bedeutung des Themas und die Notwendigkeit der Weiterentwicklung von Konzepten und Maßnahmen betont. Gefordert wurden Kontinuität, regelmäßige »Runde Tische«, Chancengleichheit, eine barrierefreie Gesellschaft und neue altersgeeignete Konzepte, um auch »anders alt!« werden zu können.

IRENA DIEL, TANIA-ALETTA SCHMIDT
Adresse siehe Impressum

Reinhold Sochert, Dagmar Johannes

Move Europe – Kampf gegen den Stress im Beruf

Psychische Störungen nehmen deutlich zu, sie haben seit einigen Jahren auch den beruflichen Alltag der Beschäftigten erreicht. Depressionen, Angst-erkrankungen und andere psychiatrische Diagnosen lagen 2006 mit 8,9 Prozent der Arbeitsunfähigkeitstage auf Rang vier der häufigsten Krankheitsarten. Sie sind damit für jeden zwölften Arbeitsausfalltag in Deutschland verantwortlich. Vor 30 Jahren lag der vergleichbare Anteil lediglich bei zwei Prozent.

Die Ursachen für diese Erkrankungen sind dabei vielfältig und die Folgen meist sehr komplex. Nicht nur die gestressten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter selbst, sondern auch die Unternehmen sind hier die Leidtragenden. Vorzeitige Ermüdung, Konzentrationsstörungen und Leistungsschwankungen wirken sich auf die Qualität der Arbeit und das Betriebsklima aus.

Schon etliche Unternehmen haben dies erkannt und werden präventiv tätig, indem sie die psychischen Belastungsfaktoren im Rahmen ihrer betrieblichen Gesundheitsförderung analysieren.

- Bertelsmann nutzt bereits seit 30 Jahren mit seinen Mitarbeiterbefragungen ein Element der partnerschaftlichen Unternehmenskultur und erkennt frühzeitig die Probleme der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Mit Hilfe verschiedener Informations-, Gesprächs- und Feedbackinstrumente wurde ein organisatorischer Rahmen geschaffen, der Missstände schnell beheben kann.
- Unter dem Motto »Mensch im Fokus« hat die E.on Ruhrgas AG verschiedene Maßnahmen gebündelt, die die persönliche Gesundheit der Mitarbeitenden unterstützen und mitarbeiterorientiertes Führungs- und Kommunikationsverhalten fördern. Hinzu kommen Bausteine zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf wie flexible Arbeitszeitmodelle, Bereitstellung von Kinderbetreuungsplätzen oder Notfallbetreuung von Kindern.
- Durch eine spezielle Dienstvereinbarung zur Konfliktregulierung sowie durch implementiertes Führungskräfte-Coaching stellt sich

das Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg in Berlin der Problematik.

Rechtzeitiges Eingreifen hilft meist, größeren Krisen vorzubeugen. Fehlzeiten werden verringert und das Know-how der betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bleibt im Betrieb. Handlungsspielraum und soziale Unterstützung können das Wohlbefinden der Beschäftigten positiv beeinflussen und Stresswirkungen mildern. Führungskräfte spielen hier die entscheidende Rolle. Sie sorgen für einen offenen Kommunikationsstil in ihrem Arbeitsbereich und sind in der Lage, bei Konflikten frühzeitig zu intervenieren.

Im Rahmen der europäischen Kampagne »Move Europe« – einer Initiative des Europäischen Netzwerks zur betrieblichen Gesundheitsförderung (ENWHP) – haben dies bereits knapp 400 teilnehmende Unternehmen getan. Sie haben ihre Gesundheitsförderungsmaßnahmen einer einheitlichen Bewertung unterzogen und profitieren so auch von den Erfahrungen weiterer Move Europe-Partnerunternehmen. Interessierte Unternehmen finden auf der Website www.move-europe.de weitere Informationen zu der Kampagne.

DR. REINHOLD SOCHERT, DAGMAR JOHANNES,
BKK Bundesverband, Abteilung
Gesundheit, Kampagne »Move Europe«,
Kronprinzenstr. 6, 45128 Essen,
Tel.: (02 01) 1 79-12 79/-14 87,
E-Mail: SochertR@bkk-bv.de,
JohannesD@bkk-bv.de,
Internet: www.move-europe.de

Hermann Elgeti

Wohnortnahe Hilfen bei Angst und Depression

Aufmerksamkeit für die Vielfalt der Beschwerdebilder

Es gibt in unserer Gesellschaft viele Menschen mit schweren, andauernden Ängsten und Depressionen, deren Leiden unerkant bleibt, falsch gedeutet oder unzureichend behandelt wird. Den ersten Schritt zur Verbesserung dieser Situation können wir alle selbst tun, indem wir unser Wissen erweitern und unsere Aufmerksamkeit erhöhen. Grenzen zwischen harmlosen Verstimmungen und ernsten Erkrankungen sind auf den ersten Blick oft nicht zu erkennen. Stilles Dulden zeigt womöglich einen größeren Handlungsbedarf an als lautes Klagen, Umtriebigkeit hat genauso unsere Besorgnis verdient wie Antriebslosigkeit und Rückzug. Die Angst versinkt unter Umständen in der Depression oder gelangt durch sie erst zum Ausbruch. Als Quelle des seelischen Leids kommt eine gegenwärtige soziale Notlage ebenso in Betracht wie eine bislang erfolgreich unterdrückte schmerzhaftere Erinnerungsspur aus längst vergangenen Zeiten. Die Zuspitzung einer persönlichen Grundeigenschaft kann zu behandlungsbedürftiger Angst und Depression führen, aber auch eine – vielleicht noch gar nicht erkannte – körperliche Erkrankung. Schließlich sind nicht selten körperliche Beschwerden die wichtigsten Anzeichen einer schwerwiegenden Depression, ohne dass sich die betroffenen Menschen niedergedrückt, traurig oder kraftlos fühlen.

Mut zur frühzeitigen Abklärung des Leidens

Mit einem besseren Wissen um diese Sachverhalte brauchen wir nun noch etwas Mut, um früher als bisher geeignete Fachleute zu Rate zu ziehen, wenn wir bei uns selbst oder in unserem Umfeld länger dauernde Beschwerden entdecken, die mit Angst oder Depression einhergehen. Die vergleichsweise niedrige Schwelle von Lebens- oder Eheberatungsstellen im Vorfeld des Gesundheitssystems kann die Überwindung eines peinlichen Gefühls erleichtern. Oft sind auch die Hausärzte und -ärztinnen die richtigen Ansprechpersonen, wenn es um eine erste medizinische Abklärung und psychosoziale Beratung geht. Immer mehr Hausärzte

und -ärztinnen verfügen über die Zusatzbezeichnung ›Psychosomatische Grundversorgung‹, die hier besondere Kompetenzen anzeigt. Vielleicht liegt im Wartezimmer ein Selbstbeurteilungsbogen aus, der sich bei der Früherkennung von Depressionen bewährt hat. Eventuell ist zur Diagnosestellung und Empfehlung einer Therapie auch die Überweisung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie erforderlich. Geht das seelische Leiden mit erheblichen sozialen oder finanziellen Problemen einher, sind Spezialdienste der Arbeitsagentur, der Sozial- oder Schuldnerberatung einzuschalten. Wer gar nicht mehr weiter weiß, kann sich an den Sozialpsychiatrischen Dienst des Ortes wenden, in dem er wohnt.

Geduld bei der Durchführung der Behandlung

Wird eine behandlungsbedürftige psychische Krankheit festgestellt, muss ein gangbarer und Erfolg versprechender Weg zur Heilung oder wenigstens Linderung der Beschwerden gesucht werden. Zunächst ist das anzuratende Therapieprogramm mit seinen Erfolgsaussichten und Risiken gemeinsam in Ruhe zu besprechen. Infrage kommt eine individuelle Auswahl aus sportlicher Betätigung, Psycho- und Pharmakotherapie, Umstellungen im Tagesablauf, vorübergehende Entlastung im Beruf oder Haushalt und Besuch einer Selbsthilfegruppe. Wenn die Krankheit in Form einer Panikattacke oder suizidalen Krise nach sofortiger Notfallhilfe ruft, ist – soweit am Wohnort vorhanden – ein aufsuchender Krisendienst, der Notarzt oder die Klinikambulanz gefordert. Nur in sehr schweren Fällen, bei akuter Suizidalität und psychotischen Erlebnisweisen ist die vorübergehende stationäre Behandlung in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachklinik angezeigt, die allerdings nur selten wohnortnah verfügbar ist. Sehr hilfreich ist eine vertrauensvolle Beziehung zwischen den Patientinnen und Patienten, ihren Angehörigen und den professionell Helfenden, um die sich alle Seiten immer neu bemühen müssen. So gelingt es am ehesten, die nötige Hoffnung, Toleranz und Geduld aufrechtzuerhalten, wenn

es zu Verzögerungen und Rückschlägen im Heilungsverlauf, zu längerfristigen Beschwerden und bleibenden Beeinträchtigungen kommt. Auf eine solche vertrauensvolle Beziehung kommt es auch an, wenn bei sinkendem Unterstützungsbedarf die Intensität der Hilfen rechtzeitig und in wohl dosierten Schritten zurückgenommen wird, um das Selbstwertgefühl und die Zuversicht in die eigenen Selbsthilfekräfte zu stärken.

Bereitschaft zur Verbesserung der Rahmenbedingungen

Zahlreiche Probleme behindern eine maßvolle und wirksame Hilfe für Menschen mit Depressionen und Ängsten, welche auf die Besonderheiten des Einzelfalls ausgerichtet und bei Bedarf auch längerfristig gewährt werden kann. Hier setzen die Bemühungen lokaler, landesweiter und internationaler ›Bündnisse gegen Depression‹ an, um die Bevölkerung aufzuklären, die Zusammenarbeit mit Hausärzten und -ärztinnen zu verbessern und spezielle Angebote für Betroffene und Angehörige aufzubauen. Außerdem haben zahlreiche Fachverbände ein gemeinsames und inzwischen vielerorts umgesetztes Konzept ›Integrierte Versorgung Depression‹ erarbeitet. Es soll den ungünstigen Auswirkungen des in Deutschland doch ziemlich zersplitterten Gesundheitssystems entgegenwirken, das durch ein von Konkurrenz bestimmtes Nebeneinander der verschiedenen Versorgungssektoren bestimmt ist. Auf Grundlage des § 140 SGB V wird die Gründung von Netzwerken empfohlen, in denen die oben erwähnten medizinischen und psychosozialen Hilfsangebote aufeinander abgestimmt werden. Viele Einzelmaßnahmen sollen die Qualität und Wirtschaftlichkeit von Diagnostik und Therapie für diejenigen Patientinnen und Patienten verbessern, die diese Behandlungsform wählen. Bei aller berechtigten Kritik und notwendigen Verbesserungsarbeit dürfen wir uns aber nicht vergessen: In jeder Angst und Depression drückt sich nicht nur eine unangenehme Verstimmung und vielleicht auch eine behandlungsbedürftige seelische Krankheit aus. Hier

meldet sich auch die Not eines Menschen in seiner Einsamkeit und Sterblichkeit, die sich nach einer einführenden und mitmenschlichen Antwort sehnt.

Literatur beim Verfasser

DR. MED. HERMANN ELGETI, *Sozial-psychiatrische Poliklinik der Medizinischen Hochschule Hannover, Podbielskistraße 158, 30177 Hannover, E-Mail: elgeti.hermann@mh-hannover.de*

R. Hoop, P. Lukasczyk, W. Pöllen

Zukunft für Kinder in Düsseldorf

Projektziele

Das Präventionsprojekt soll mehr Sicherheit für Kinder und deren Entwicklung bei bekannten gesundheitlich-medizinischen und/oder sozialen Gefährdungslagen schaffen und Unterstützung für die Eltern anbieten. Durch individuelle, interdisziplinär abgestimmte Hilfeplanung bereits in der Schwangerschaft und/oder nach Entlassung aus der Geburtssituation sollen mit Hilfe gezielter Frühförderung sowie Maßnahmen von Gesundheits- und Jugendhilfe die Entwicklungsbedingungen für Säuglinge und Kleinkinder verbessert werden.

Zugleich soll der Entstehung von Überforderung der Eltern und in der Folge notwendigen Kriseninterventionen vorgebeugt werden. Diese Chance ist nie wieder so groß wie nach der Geburt, wo sich das Kind lediglich in einer bestimmten Risikolage befindet. Die frühe Anmeldung der Kinder und ihrer Eltern in das Projekt ist daher wesentliche Voraussetzung für die Erreichung der genannten Ziele. Die freiwillige Meldung eines Kindes aus der medizinischen Geburtssituation heraus in das Präventionsprojekt kann aus datenrechtlichen Gründen nur mit Einverständnis der Eltern erfolgen.

Zielgruppe

Die Zielgruppen sind Kinder, die aufgrund medizinischer und/oder sozialer Gefährdungslagen während der ersten Lebensjahre besonderer fortlaufender Beobachtung bedürfen.

Das Präventionsprojekt will daher früh Kontakt knüpfen an:

- Familien mit Kindern, die an chronischer Krankheit oder Behinderung leiden bzw. hiervon bedroht sind
- psychosozial stark belastete Familien
- minderjährige Mütter
- junge Mütter/Väter (18–20 Jahre)
- Mütter/Väter mit psychischer Krankheit
- Mütter/Väter mit Suchtproblematik
- Mütter/Väter mit Gewalterfahrung und/oder Eltern, die Zeugen häuslicher Gewalt wurden
- Ein-Eltern-Familien
- Eltern aus zerrütteten Familienverhältnissen

Einrichtung einer Clearing-Stelle

Die Clearing-Stelle des Projektes hat die Aufgabe, während der ersten Lebensjahre für Kinder mit erhöhter medizinischer und/oder sozialer Gefährdung sowie für deren Eltern eine individuell angepasste Nach- bzw. Vorsorge zu koordinieren und sicher zu stellen. Die Clearing-Stelle ist als eigenständige Organisationseinheit am Gesundheitsamt angesiedelt. Personell stellt der Sozialpädiatrische Dienst des Gesundheitsamtes Kinderkrankenschwestern und Kinderärzte. Seitens der Abteilung Soziale Dienste des Jugendamtes ist eine Sozialarbeiterin mit Stabsstellenfunktion tätig. Zusätzlich erfolgt für die Fallarbeit regelhaft eine Beauftragung von Schwerpunktmitarbeitern und -mitarbeiterinnen des Bezirks-Sozialdienstes.

Nach Beratung der Eltern (z. B. in der Geburtsklinik) wird das Kind für das Projekt angemeldet: ein Anmeldebogen mit den Angaben zu Kind und Mutter sowie die unterschriebene Einverständniserklärung werden der Clearing-Stelle zugesandt. Im Vorfeld einer Anmeldung bietet die Clearing-Stelle allen Professionellen, die beruflich Kontakt zu Neugeborenen und Säuglingen oder zu Schwangeren haben, Beratung und Abstimmung über das geeignete Vorgehen an. Dies gilt besonders für die Frage, ob und in welchem Ausmaß ein Kind und seine Entwicklung gefährdet ist.

Auf der Grundlage der Anmeldungs-Informationen nimmt die Clea-

ring-Stelle zeitnah Kontakt zu Kind und Eltern auf, meist durch Besuche zu Hause oder bereits in der Klinik. Im Ergebnis dieses Klärungsprozesses vermittelt das Projekt geeignete Hilfen und leitet diese ein.

Entsprechend ihrem gesamtstädtischen Auftrag machen es sich ›Düsseldorfer Gesundheitskonferenz, Gesundheitsamt und Jugendamt mit dem Präventionsprojekt somit gemeinsam zur Aufgabe, eine frühe fachlich und organisatorisch optimierte Vernetzung ihrer Kooperationspartner aus Gesundheits- und Jugendhilfe zu erreichen.

Das Projekt ist am 01.06.2005 gestartet und auf Dauer angelegt. Bisher wurden 396 Kinder angemeldet. Dabei lagen 248 medizinische, 204 soziale Diagnosen zu Grunde. Nach Geburts- und Kinderkliniken gehören inzwischen auch Hebammen und Schwangerschaftskonflikt-Beratungsstellen zum Anmeldungs-System. Die Anbindung der Kinderärzte steht kurz bevor. Geplant ist auch die Aufnahme der niedergelassenen Frauenärzte, der stationären und ambulanten Erwachsenen-Psychiatrie sowie der Ärztinnen und Ärzte und Beratungsstellen für Abhängigkeits-Kranke.

An der Planung, Entwicklung und wissenschaftlichen Evaluation des Projektes ist die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie der Universität Ulm (Prof. Dr. med. Jörg Fegert, PD Dr. Ute Ziegenhain) beteiligt.

RENATE HOOP, PETER LUKASCZYK, WILHELM PÖLLEN, *Düsseldorfer Gesundheitskonferenz, Geschäftsstelle, Kölner Str. 180, 40227 Düsseldorf, Tel.: (02 11) 8 99 70 13, Fax: (02 11) 8 92 93 84, E-Mail: gesundheitskonferenz@stadt.duesseldorf.de*

Julian Kurzidim

Selbsthilfe bei Schüchternheit und sozialer Phobie

Der gemeinnützige Verein »intakt – Norddeutscher Verband der Selbsthilfe bei sozialen Ängsten e. V.« fördert die Selbsthilfe im Bereich der sozialen Ängste: Schüchternheit, soziale Phobie, soziale Isolation. Er ist der größte, womöglich gar der einzige Verein zu diesem Thema in Deutschland und wurde 2004 von fünf Selbsthilfegruppen gegründet. Inzwischen besteht sein Netzwerk aus elf Gruppen, weitere sind in Vorbereitung.

Fehleinschätzungen durch das soziale Umfeld

Sozial ängstliche Menschen, im Volksmund als schüchtern oder gehemmt bezeichnet, leben oft in einer unfreiwillig selbst erzeugten gesellschaftlichen Isolation. Sie bilden sozusagen eine Mauer um sich herum. Durch schlechte Erfahrungen mit ihrer Umwelt wie z. B. Mobbing, Ausgrenzung oder Missbrauch sehen sie misstrauisch in die Welt und ziehen sich zurück. Aktivitäten wie Besuche, Kino, Partys o. ä. unterbleiben oft wegen vermuteter negativer Folgen. Betroffene haben zwar ihre speziellen Stärken, die sogar aus ihrem Problem erwachsen, wie Rücksichtnahme und Sensibilität, dennoch fällt es ihnen schwer, diese zu nutzen. Ihre Probleme werden durch die Reaktionen der Umwelt verstärkt. Die äußere Zurückgezogenheit wird von anderen Menschen häufig falsch interpretiert. Betroffene gelten als Einzelgänger oder werden als hochnäsiger und arrogant verkannt. Selten wird dahinter der Leidensdruck des Alleinseins bemerkt.

Doch auch Menschen mit Kontaktängsten sehnen sich nach Bekannten, Freundinnen und Freunden, Partnerschaft oder einer Familie – aber ihr eigener Konflikt und die innere Angst vor Ablehnung treiben sie immer weiter in die Isolation. Dies ist ein Teufelskreis, der zu psychischer Belastung, Depression und Arbeitslosigkeit führen kann.

In der heutigen Zeit, in der materielle Werte und Durchsetzungsstärke im Mittelpunkt zu stehen scheinen, können sich soziale Ängste zu einem bedrohlichen Problem entwickeln. Wird nicht rechtzeitig Hilfe gesucht, können aufwändigere Hilfsformen wie Psycho-

therapie oder Medikamente notwendig werden. Ein besonderes Problem bei sozialen Ängsten ist, dass diese auch gegenüber Hilfsangeboten bestehen. Schüchterne Patientinnen und Patienten müssen auf dem Weg zu Therapien oft ihre eigenen Widerstände überwinden. Das Problem steht damit seiner eigenen Lösung im Weg.

Niedrigschwellige Hilfsangebote schaffen

Diesen Menschen möchte der intakt e. V. einen Ausweg bieten. Er unterstützt niedrigschwellige Hilfsangebote, die Interessierten einen leichteren Einstieg ermöglichen. Selbsthilfegruppen bieten die Möglichkeit, sich in angstfreier Atmosphäre mit ebenfalls Schüchternen auszutauschen, ohne Druck voneinander zu lernen und einen ersten Schritt aus der inneren Leere zu wagen. Sie helfen auf zwei Arten: Erstens können in vertraulicher Atmosphäre die eigenen Probleme angesprochen werden und in der Gruppe zu Lösungen führen. Zweitens finden Betroffene in der Gruppe verständnisvolle Mitmenschen und können einen Freundeskreis aufbauen.

Selbsthilfe und Vernetzung als Angebote

Den Aufbau einer Selbsthilfegruppe, der für Menschen mit geringem Selbstwertgefühl eine oft zu hohe Hürde darstellt, unterstützt der intakt e. V. mit Gründungsberatung und -unterstützung. In Städten ohne Gruppe initiiert der Verein auch Gruppen selbst. Betroffene, die nicht den Mut zum Gruppenbesuch finden, können ebenfalls vom Verein Hilfe bekommen.

Die Vernetzung der bestehenden Gruppen ist der zweite Bereich. Durch regelmäßige Selbstbewusstseinskurse und Freizeittreffen entsteht ein Austausch zwischen Mitgliedern verschiedener Gruppen. Kann in der eigenen Selbsthilfegruppe einem Wunsch z. B. nach Kontakt zu gleichaltrigen Mitbetroffenen nicht entsprochen werden, so hilft der Austausch mit einer anderen Gruppe weiter. So stabilisieren sich die Gruppen gegenseitig.

Das dritte wichtige Handlungsfeld beinhaltet die Öffentlichkeitsarbeit.

Der Verein publiziert das Thema stellvertretend für die vielen mutlosen Betroffenen und erreicht so viele zurückgezogene Menschen. In allen diesen Bereichen hat der Verein Erfolge erzielt und strebt ein flächendeckendes Hilfsnetzwerk für sozial Ängstliche an.

JULIAN KURZIDIM, *intakt e.V.*,
Melanchthonstraße 2, 38118 Braunschweig,
Tel.: (05 31) 3 49 65 18,
Internet: www.schuechterne.org

Irene Ehmke

connect – Hilfe für Kinder aus suchtbelasteten Familien – Kooperation und Vernetzung

Leben in Familien mit Suchtbelastung

Kinder sind das schwächste Glied der Familie: Das gilt ganz besonders, wenn Eltern in großen seelischen und sozialen Belastungssituationen leben, und ganz speziell, wenn Alkohol oder Drogen eine Rolle spielen. Auch Depressionen und Ängste sind oft mit Suchtbelastung verknüpft. Kinder in suchtbelasteten Familienverhältnissen fühlen sich hilflos und zerrissen: Einerseits schämen sie sich für ihre Eltern oder spüren Hass und Aggression, andererseits lieben sie ihre Mutter und ihren Vater wie jedes andere Kind auch. Die Betroffenen versuchen mit viel Energie, das Familiengeheimnis so lange wie irgend möglich zu verstecken. So nehmen Außenstehende, wie die Fachkräfte aus Suchthilfeeinrichtungen, Ärztinnen und Ärzte, betreuenden Pädagoginnen und Pädagogen zumeist nur einzelne Aspekte der schwierigen Situation wahr: In der Suchthilfe z. B. dreht sich alles um die Problematik der Eltern – der Blick auf die Kinder fehlt. In pädagogischen und Jugendhilfeeinrichtungen steht das Kind im Mittelpunkt – hier fehlt der Blick auf die Suchtbelastung der Eltern. Die Ratlosigkeit ist in der Regel groß, ob und wie das heikle Thema angesprochen werden kann.

Kinder brauchen Hilfe

Doch Kinder in suchtbelasteten Familien brauchen Hilfe und Unterstützung. Sie haben ein Recht darauf, unabhängig davon, ob ihre Eltern die Belastung erkennen oder bereits Hilfeangebote in Anspruch nehmen. Kinder aus suchtbelasteten Familien sind oft allein gelassen mit ihren Sorgen. Sie leiden unter sozialen, psychischen und körperlichen Belastungen. Zudem leben sie mit einem erhöhten Risiko, später selbst suchtkrank zu werden oder psychosomatisch zu erkranken. Je früher die Kinder aber Hilfe und Unterstützung erhalten, je geringer belastende Erfahrungen und Erlebnisse sind, desto höher sind ihre Chancen für eine positive Entwicklung. Hier setzt die Arbeit des Projektes connect an. Unter der Federführung des Büros für Suchtprävention in Kooperation mit einem regionalen Träger der Jugendhilfe, der Vereinigung Pestalozzi e. V., sollten in der Region Hamburg Osdorf (entsprechend einer Kommune mit ca. 22.000 Einwohnerinnen und Einwohnern) beispielhaft die Hilfsstrukturen für Kinder aus diesen Familien optimiert werden.

Vereinbarung – Netzwerk – Fallberatung

Ziel der Arbeit war es, ein Netzwerk aufzubauen, in dem die Hilfesysteme rund um das Kind und seine Familie gebündelt und koordiniert werden. Damit Prävention, Hilfe und Intervention wirkungsvoll bei den Betroffenen ankommen, muss interdisziplinär zusammengearbeitet werden. Die Fachkräfte in Kita, Schule, Jugendhilfe und medizinischer Versorgung – alle sollen an einem Strang ziehen. Das Modell ist gelungen. In Osdorf haben sich 30

Einrichtungen aus all diesen Bereichen auf der Grundlage einer Vereinbarung zu einem Verbund zusammengeschlossen. Nach der Modellphase ist diese Arbeit zu einem festen Angebot geworden. In regelmäßigen Treffen, den connect-Fallberatungen, werden anonymisierte Fallgeschichten bearbeitet. Das besondere an dieser Arbeit ist die sehr breite Interdisziplinarität. So wird es möglich, die Situation der Familien aus ganz unterschiedlichen Perspektiven zu beleuchten und Ideen für die weitere Arbeit sowohl mit den betroffenen Kindern als auch mit ihren Angehörigen zu entwickeln. Zum anderen ist die Struktur der Zusammenarbeit sehr förderlich und entlastend: eine Koordinationskraft bleibt als zentrale Ansprechperson erhalten, sie organisiert die Treffen und begleitet das Netzwerk. Die Sichtweise jeder Kollegin und jedes Kollegen ist gleichermaßen hilfreich und bedeutsam. Es findet eine Arbeit auf Augenhöhe statt. Damit verzahnt sind Fortbildungsveranstaltungen, in denen die Fachkräfte für das Tabuthema Sucht und für den Umgang mit Betroffenen geschult werden. Hilfe kann so unbürokratisch, vertraulich, verbindlich und vor allem frühzeitig auf den Weg gebracht werden.

Connect ist Model of Good Practice im Rahmen der Bundesinitiative Chancengleichheit für Gesundheit und wurde im Jahr 2006 durch den Präventionspreis der BKK ausgezeichnet.

IRENE EHMKE, *Büro für Suchtprävention, Repsoldstraße 4, 20097 Homburg, Tel.: (0 40) 2 84 99 18-16, E-Mail: ehmke@suchthh.de, Internet: www.suchthh.de*

Impressum

Herausgeberin und Verlegerin:

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

ISSN: 1438-6666

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

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

Beiträge: Dr. Anke Bramesfeld, Irene Ehmke, Dr. Hermann Elgeti, Stefanie Gebker, Inga Havers, Prof. Dr. Ulrich Hegerl, Dr. Wolfgang Hien, Dr. Barbara Hinding, Heike Hölling, Renate Hoop, Birgit Jaster, Dagmar Johannes, Gabriele Klärs, Julian Kurzidim, Claudia Kwirand, Karin Loos, Peter Lukasczyk, Prof. Dr. Ulrike Maschewski-Schneider, Wilhelm Pöllen, Silke Röhl, Robert Schlack, Martin Schumacher, Dr. Reinhold Sochert, Barbara Staschek, Sabine Surholt, Prof. Dr. Irmgard Vogt, Ann-Christin Werner

Sekretariat: Dana Kempf

Redaktionsschluss Ausgabe Nr. 58: 17.01.08

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

Auflage: 7.000

Gestaltung: formfuersorge, Jörg Wesner

Druck: Interdruck Berger & Hermann GmbH

Erscheinungsweise: 4 x jährlich, im Quartal

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

Evidenzbasierte Suchtmedizin

Behandeln Sie evidenzbasiert für den dauerhaften Therapieerfolg, so wirbt das Buch für die vorliegende Behandlungsleitlinie für alkoholbezogene Störungen, Tabakabhängigkeit, cannabis- und opioidbezogene Störungen, Medikamentenabhängigkeit sowie für psychische und verhaltensbezogene Störungen durch Kokain, Amphetamine, Ecstasy und Halluzinogene. Die Leitlinien sind auf der Stufe S2 angesiedelt, d.h. sie sind überwiegend evidenzbasiert, haben eine mittlere Validität und basieren auf einem formalen Konsensusverfahren von Mitgliedern mehrerer Gruppen; hier waren Delegierte der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. sowie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde e.V. federführend. Der aktuelle Stand der Diagnostik und Behandlung substanzabhängiger Störungen wird hier aus suchtmmedizinischer Sicht präsentiert. Strategien für Frühintervention, Akutbehandlung und Postakutbehandlung werden bewertet. Leider fehlt z. B. der genderbezogene außerordentlich wichtige Hinweis, dass das Verschreiben der Antibabypille bei Raucherinnen zu unterlassen sei. (us)

LUTZ G. SCHMIDT, MARKUS GASTPAR, PETER FALKAI, WOLFGANG GAEBEL (HRSG.): *Evidenzbasierte Suchtmedizin. Behandlungsleitlinie. Substanzbezogene Störungen. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 2006, 314 Seiten, ISBN 3-7691-0520-6, 39,95 Euro*

Kommunikation in der Medizin

Eine gelingende Kommunikation ist für Ärzte und Ärztinnen zweifellos wichtig, da eine richtige Diagnose zu 75 % von einem ausführlichen Gespräch mit dem Patienten oder der Patientin abhängt. Der Rhetorik-Trainer Kutscher analysierte im Unfallkrankenhaus Berlin (ukb) die Kommunikationssituationen und nahm dazu an Visiten, Besprechungen und Patientenübergaben teil. Darauf aufbauend entwickelte er ein Kommunikationstraining, mit dem er von 2003 bis 2005 fast 120

Mitarbeitende des ukb und alle 13 Klinikdirektoren schulte. Diese Erfahrung bildete das Gerüst für das Buch. Herausgekommen ist ein Leitfaden mit vielen praktischen Übungen und konkreten Handlungsempfehlungen. Themen sind das Beziehungsmanagement, Überzeugungssätze in der Kommunikation, der Umgang mit schwierigen Patienten und Patientinnen sowie die professionelle Gestaltung von Mitarbeitergesprächen. Leider werden der Einfluss der Gender-Dimension auf Kommunikation sowie der Machtaspekt nicht thematisiert. (us)

PATRIC P. KUTSCHER, HELMUT SESSLER: *Kommunikation – Erfolgsfaktor in der Medizin. Teamführung, Patientengespräch, Networking & Selbstmarketing. Springer Medizin Verlag, Heidelberg, 2007, 144 Seiten, ISBN-13 978-3-540-48590-2, 29,95 Euro*

Erfolgsfaktor Gesundheit

Unter dem Titel »Erfolgsfaktor Gesundheit« sind zwei Bände zum Thema Betriebliches Gesundheitsmanagement im Pflegebereich erschienen. Während Band 1 sich besonders an die Einrichtungsleitung richtet und einen ersten allgemeinen Überblick über die Thematik gibt, ist der zweite Band der Zielgruppe der Pflegedienstleistung gewidmet. Er befasst sich mit der Frage, wie das Pflegemanagement gesundheitsfördernd gestaltet werden kann und wie Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in der Selbstpflege gestärkt werden können. In den einzelnen Beiträgen werden verschiedene Aspekte, wie z. B. Führung, Zielvereinbarungsgespräche, Coaching, Pausenkultur u. v. m. dargestellt und durch Hinweise und Anleitungen zur praktischen Umsetzung ergänzt. (ts)

GERHARD BERGER, KARLA KÄMMER, ANDREAS ZIMMER (HRSG.): *Erfolgsfaktor Gesundheit. Handbuch zur betrieblichen Gesundheitsförderung. Vincentz Verlag, Hannover 2006, 189 Seiten, ISBN 3-87870-698-7, 24,80 Euro*

Ann-Christin Werner

Patientenintegration

Wolfgang George beschreibt in seinem Buch die vorhandenen Widerstände gegenüber der Patientenintegration, die sich u. a. durch ein fehlendes einheitliches Verständnis ergeben. Die Patientenintegration ist jedoch Voraussetzung für einen nachhaltigen Behandlungserfolg. Als Lösung schlägt er die von ihm benannte evidenzbasierte Patientenintegration vor, die gekennzeichnet ist durch die Behebung der beschriebenen Widerstände und sich an bereits erfolgreich durchgeführten Integrationsprojekten orientiert. Hilfe für die praktische Umsetzung bei der Zusammenarbeit zwischen Behandelnden, Betroffenen und Angehörigen liefert sein dazu entwickelter Patientenassessment-Leitfaden. Die Aspekte der Integration werden anhand von hilfreichen Definitionen, Tabellen, Verlaufsplänen sowie ausgewählten praxisnahen Beispielen veranschaulicht. Das Buch richtet sich an gegenwärtig bzw. zukünftig in der Patientenversorgung Tätige.

WOLFGANG GEORGE: *Patientenintegration. Mit einem Leitfaden zum Patientenassessment. Ernst Reinhardt Verlag, München, 2006, 159 Seiten, ISBN: 978-3-497-01839-0, 29,90 Euro*

Claudia Kwirand

Selbstbeteiligung in der GKV

Gesetzlich Versicherte sind seit der Einführung des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) im Jahre 2004 einer erweiterten Selbstbeteiligung ausgesetzt. Dies beinhaltet u. a. eine Erhöhung der Zuzahlungsregelungen und der Begrenzung oder sogar ein Ausschluss von bestimmten Leistungen. Die resultierenden direkten und indirekten Auswirkungen auf den Patienten bzw. die Patientin sind Gegenstand der Untersuchung dieser wissenschaftlichen Arbeit. Die Problemlagen der Patientinnen und Patienten werden aufgezeigt und Erkenntnisse über ihren Umgang mit der veränderten Situation gewonnen. Im Anschluss daran werden die Ergebnisse diskutiert und mögliche

Handlungsempfehlungen gegeben, wie die Eigenverantwortung und Selbstbestimmung von Patientinnen und Patienten gestärkt werden können. Als Basis dieser fundierten Untersuchung dienen qualitative Forschungsmethoden wie Fokusgruppe, problemzentriertes Interview und qualitative Inhaltsanalyse.

NANETTE KLIEBER: *Selbstbeteiligung in der GKV. Auswirkungen von Zuzahlungen und Leistungsausgrenzungen auf den Patienten.* VDM Verlag Dr. Müller, Saarbrücken, 2007, 156 Seiten, ISBN 978-3-8364-2083-9, 59,00 Euro

Martin Schumacher

Management von Nichtwissen in Unternehmen

Wissen zählt zu den wertvollsten Gütern moderner Industriegesellschaften. Es wird zunehmend zur strategischen Ressource in Produkten und Dienstleistungen, seine effektive Nutzung ist ein entscheidender Wettbewerbsfaktor. Die rasante Zunahme des verfügbaren Wissens, vorherrschende Schätzungen gehen von einem exponentiellen Wachstum mit einer Verdoppelungszeit von etwa 15 Jahren aus, führt jedoch zwangsläufig zu einer nicht minder rasanten Zunahme des Nichtwissens des einzelnen Menschen. Andreas Zeuch beleuchtet den Umgang mit Nicht- bzw. Unwissen in Unternehmen in einer Reihe von Artikeln und Interviews, in denen vorwiegend Manager und Wirtschaftswissenschaftler zu Wort kommen. Die Autoren geben Anregungen, wie man aus Nichtwissen drohende Risiken für Unternehmen und Organisationen minimieren und es im Idealfall sogar fruchtbar nutzen kann. Der Band liefert damit einen Beitrag, das Thema Nichtwissen zu enttabuisieren und Illusionen von der Beherrschbarkeit des Wissens zu überwinden.

ANDREAS ZEUCH (HRSG.): *Management von Nichtwissen in Unternehmen.* Carl-Auer-Systeme Verlag und Verlagsbuchhandlung GmbH, Heidelberg, 2007, 254 Seiten, ISBN 978-3-89670-576-1, 29,95 Euro

Niedrigschwellige Hilfen bei Demenz

Mit dem 2002 eingeführten Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz sollen Menschen mit erhöhtem Betreuungsbedarf mehr Betreuung und pflegende Angehörigen zusätzliche Entlastung erhalten. In diesem Band wird Resümee gezogen, inwieweit dieses Ziel erreicht wurde und welche Unterstützungsangebote sich seitdem entwickelt haben. Es werden die unterschiedlichen Entwicklungen in einzelnen Bundesländern beschrieben, Beispiele und Perspektiven aufgezeigt, wie Familien mit Demenz entlastet und unterstützt werden können, und neue Handlungsfelder für soziale Dienste und bürgerschaftlich Engagierte untersucht. Wenn auch, so das Fazit, das Ziel bisher noch nicht flächendeckend erreicht ist, so wurde mit der Einführung des Gesetzes doch ein ausbaufähiger und förderungswürdiger Schritt in die richtige Richtung getan. Als besonders wirkungsvoll haben sich auf struktureller Ebene Beratungs-, Vermittlungs- und Koordinierungsstellen erwiesen, die den Aufbau von Betreuungseinrichtungen unterstützen, zu einem Erfahrungsaustausch beitragen und Schulungsprogramme konzipieren und durchführen. (ib)

PETER SAUER, PETER WISSMANN (HRSG.): *Niedrigschwellige Hilfen für Familien mit Demenz. Erfahrungen, Beispiele, Perspektiven.* Mabuse Verlag, Frankfurt am Main, 2007, 220 Seiten, ISBN: 978-3-938304-92-1, 23,90 Euro

Lehrbuch Patientenberatung

Das Thema Patientenberatung gewinnt vor dem Hintergrund gesundheits- und gesamtgesellschaftlicher Entwicklungen immer stärker an Bedeutung. Information und die Entwicklung von Kompetenzen sind wesentliche Voraussetzungen, um beispielsweise der zunehmenden Forderung nach mehr Beteiligung und Eigenverantwortung von Patienten und Patientinnen gerecht zu werden. Neben der Patientenberatung als integralem Bestandteil professionellen Handelns im Gesundheits-

wesen hat sich ein ausdifferenzierter Beratungsbereich entwickelt.

In dem vorliegenden Buch wird zunächst die internationale Perspektive der Patientenberatung und Nutzerinformation anhand von Beispielen aus Großbritannien, Australien, den USA, Dänemark, Schweden und Deutschland aufgezeigt. Im zweiten Teil werden die theoretischen Grundlagen sowie die Aufgaben und Formen der Patientenberatung dargestellt. Außerdem wird der Frage nachgegangen, wer die Nutzerinnen und Nutzer dieser Angebote sind. Im dritten Teil werden verschiedene Praxisfelder vorgestellt. Das recht umfangreiche Lehrbuch gibt einen guten Einstieg und Überblick über die verschiedenen Facetten dieses Themenfeldes. (ts)

DORIS SCHAEFFER, SEBASTIAN SCHMIDT-KAEHLER (HRSG.): *Lehrbuch Patientenberatung.* Verlag Hans Huber, Bern 2006, 304 Seiten, ISBN: 3-456-84368-2, 29,95 Euro

Körperliche Aktivität und Gesundheit

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) zählt körperliche Inaktivität zu den häufigsten gesundheitlichen Risiken in den Industrieländern. Der vorliegende Grundlagentext befasst sich mit der Prävalenz und Messung körperlicher Aktivität, mit ihren gesundheitlichen Wirkungen und wie dieses Verhalten gefördert werden kann. Der Band ist für eine breite Leserschaft geschrieben, für Menschen aus Sportwissenschaft und -medizin, aus den Bereichen Public Health, Gesundheitspsychologie, Politik und Journalismus. Obwohl als Grundlagentext gedacht, setzt er wissenschaftliche Grundkenntnisse voraus, indem z. B. Formeln präsentiert oder Fachbegriffe nicht erklärt werden. (us)

WOLFGANG SCHLICHT, RALF BRAND: *Körperliche Aktivität, Sport und Gesundheit. Eine interdisziplinäre Einführung.* Juventa Verlag, Weinheim und München, 2007, 176 Seiten, ISBN 978-3-7799-1568-3, 18,00 Euro

Arbeitsbedingte Risiken der Frühberentung

In dem Buch beschäftigt sich Wolfgang Hien mit der Frage, inwieweit arbeitsbedingte Risikofaktoren Einfluss auf die Entstehung von Frühberentung nehmen. Dabei betrachtet und interpretiert er eine Reihe von internationalen Forschungsergebnissen und formuliert Entstehungsbedingungen für chronische Erkrankungen und Frühberentungen. Im Buch wird deutlich, dass neben den Arbeitsbedingungen auch persönliche Faktoren und soziale Umweltfaktoren Einfluss haben. Neueste Statistiken vom Verband Deutscher Rentenversicherungen zeigen, dass insbesondere Frühberentungsfälle aufgrund von psychischen Erkrankungen deutlich zunehmen. In dem Buch greift Hien diese Diagnosegruppe heraus und beschreibt den Wirkungszusammenhang vom Ausmaß des Handlungsspielraums in der Erwerbsarbeit und der Entstehung psychischer Erkrankungen. (mc)

WOLFGANG HIEN: *Arbeitsbedingte Risiken der Frühberentung – Eine arbeitswissenschaftlich-medizinsoziologische Interpretation des Forschungsstandes.* Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven, 2006, 160 Seiten, ISBN 3-86509-588-7, 15,50 Euro

Dem Leben begegnen

›Leben bekommen wir nur als eine Möglichkeit, leben müssen wir es selbst... Wir müssen... es wagen, die Person zu werden, die in uns steckt und möglich werden will.‹ Annelie Keil, renommierte Sozial- und Gesundheitswissenschaftlerin, lädt uns ein, uns auf den Weg zu machen, uns mit uns selbst und unserem konkreten Leben anzufreunden. Das Buch will dazu beitragen, die innere Ordnung der menschlichen Existenz, ihre Gesetzmäßigkeiten und unsere Aufgabe darin verstehen zu lernen. Annelie Keil nimmt uns mit auf eine Lebensreise, von der Zeugung bis ins Alter. Immer zeichnet sie Entwicklungsmöglichkeiten hin zu gelingendem Leben und zum Scheitern, zu Gesundheit und Krankheit, um im nächsten Schritt den mutigen Blick auf

das jetzige Leben von Neuem zu wagen. Sie beleuchtet dabei auch die Rolle des Körpers als Haus und Werkzeug des Lebens. Ein Kapitel über Biografie und Macht, ihre Erfahrungen als Kriegskind beschreibend, beschließt dieses Buch. Es regt zum Nachdenken an und zur höchsten Konzentration auf das Wesentliche im Leben. Genau das richtige Buch zur Weihnachtszeit. (us)

ANNELIE KEIL: *Dem Leben begegnen. Vom biologischen Überraschungsei zur eigenen Biografie.* Heinrich Hugendubel Verlag, Kreuzlingen, München, 2006, 219 Seiten, ISBN-10: 3-7205-2851-0, 19,95 Euro

Das Buch für Schüchterne

Ab wann ist Schüchternheit behandlungsbedürftig und welche Wege führen aus der Selbstblockade? Aus Sicht des Therapeuten gibt der Göttinger Psychiatrieprofessor Borwin Bandelow einen Überblick über Ursachen sozialer Ängste und eine kritische Auseinandersetzung mit möglichen Therapieformen.

Bandelow verbindet auf leichtverständliche Weise die Erfahrungen aus seiner Tätigkeit in der Angstambulanz mit wissenschaftlich fundierten Belegen.

Insbesondere den Schilderungen von Betroffenen wird in dem Buch in Form von Zitaten viel Raum gegeben. Bandelow wählt einen humorvollen und lockeren Stil im Umgang mit den psychischen Problemen, der jedoch über die üblichen Durchhalteparolen wie ›Du schaffst das!‹ und ›Denke positiv!‹ hinausgeht. Das Buch rät, aktiv gegen die Ängste anzugehen. Wie diese ›Flucht nach vorn‹ in die Praxis umgesetzt werden kann, wird anhand vieler anschaulicher Beispiele erläutert. Die Möglichkeiten und der Erfolg von Verhaltenstherapie werden dabei ebenso diskutiert wie die Gabe von Medikamenten.

Das Buch ist ein Ratgeber für Schüchterne und für alle, die Schüchterne kennen. Inwieweit die Vorschläge und die lockere Schreibweise des Autors auf sozial ängstliche Menschen

motivierend wirken und zur Selbsthilfe anregen, kann jede(r) Betroffene selbst entscheiden. (ku)

BORWIN BANDELOW: *Das Buch für Schüchterne. Wege aus der Selbstblockade.* Rowohlt Verlag, Reinbek 2007, 253 Seiten, ISBN 978-3-498-00650-1, 17,90 Euro

Professionelle Pflegeberatung und Gesundheitsförderung für chronisch Kranke

Die Beratung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen ist eine wesentliche Aufgabe der professionellen Pflege und erfordert spezielle Beratungsleistungen. Der zunehmende Stellenwert zeigt sich sowohl in den Entwicklungen des Kranken- und Pflegeversicherungsrechts als auch in der Novellierung des Krankenpflegegesetzes und erfordert die Vermittlung entsprechender Beratungskompetenzen. Neben der rechtlichen und gesundheitspolitischen Verortung werden entsprechende Konzepte professioneller Pflegeberatung, beispielsweise in Zusammenhang mit dem Modell der Salutogenese, vorgestellt. Weiterhin werden die Ermittlung des Beratungsbedarfes sowie die Beratungsbeziehung thematisiert und abschliessend weitere Forschungs- und Entwicklungsbedarfe aufgezeigt.

Das vorliegende Buch richtet sich sowohl an Lehrende und Studierende der Pflege- und Gesundheitsstudiengänge als auch an Lehrkräfte an Schulen für Pflegeberufe und verdeutlicht anschaulich die Ansatzpunkte professioneller Beratung im Pflegeprozess. (ts)

CHRISTA HÜPER, BARBARA HELDIGE: *Professionelle Pflegeberatung und Gesundheitsförderung für chronisch Kranke.* Mabuse-Verlag, Frankfurt a. M. 2007, 183 Seiten, ISBN: 978-938304-71-6, 15,90 Euro



www.kompetenznetz-depression.de

Das Kompetenznetz Depression, Suizidalität ist ein bundesweites Netzwerk zur Optimierung von Forschung und Versorgung im Bereich depressiver Erkrankungen. Das Projekt wird gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und hat das Ziel, die Kooperation und den Wissenstransfer zwischen den Forschungseinrichtungen und den verschiedenen Ebenen der Patientenversorgung zu verbessern. Die Homepage bietet neben Hintergrundinformationen über Ziele, Projekte und Struktur des Kompetenznetzes umfangreiche Informationen für Betroffene zum Thema Depression. Weiterhin werden ein Diskussionsforum, Materialien, Literatur und Arbeitshilfen sowie Adressen und Links zur Hilfe und Selbsthilfe bereitgestellt.

www.buendnis-depression.de

Das Deutsche Bündnis gegen Depression e. V. ist ein unabhängiger, gemeinnütziger Verein für Betroffene und Angehörige, Expertinnen, Experten und in der Versorgung tätige Personen. Als Transferprojekt des Kompetenznetzes Depression, Suizidalität hat es das Ziel, über Depressionen in der Öffentlichkeit aufzuklären und die Versorgung Betroffener zu verbessern. Dem Bündnis haben sich bundesweit über 30 Regionen und Städte angeschlossen, um sich auf lokaler Ebene zu engagieren. Innerhalb der einzelnen Bündnisse arbeiten unterschiedlichste Institutionen und Personen zusammen, die primär oder sekundär in die Versorgung depressiv erkrankter Menschen eingebunden sind. Die Homepage informiert über die regionalen Angebote und inhaltlichen Schwerpunkte des Bündnisses.

www.forschung-psychische-gesundheit.de

Das aus dem Kompetenznetz Depression/Suizidalität und den versorgungsorientierten, lokal agierenden Bündnissen gegen Depression hervorgegangene Forschungsnetz psychische Gesundheit (FpG) betreibt Versorgungsforschung im Bereich psychische Gesundheit. Ziel ist es, zu einer nachhaltigen Verbesse-

rung der Versorgung aller psychisch kranken Menschen und dem Erhalt der seelischen Gesundheit auf Public Health Ebene beizutragen. Gleichzeitig soll die grundlagenorientierte Versorgungsforschung im Bereich der psychischen Gesundheit in Deutschland gefördert und ausgebaut werden. Die Homepage informiert u.a. über die Hintergründe, Handlungsbereiche und Projekte des Forschungsnetzes.

www.dgbs.de

Die Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e. V. (DGBS) ist eine Fachgesellschaft für manisch-depressive Erkrankungen, die sich an Professionelle, Betroffene und Angehörige richtet. Ziele der DGBS sind die Förderung der Forschung und Lehre über Ursachen, Diagnose und Therapie bipolarer Störungen, die Unterstützung von Selbsthilfegruppen sowie das Schaffen von mehr Aufmerksamkeit für das Krankheitsbild in Fachkreisen und der Öffentlichkeit.

Die Homepage liefert umfangreiche Hintergrundinformationen, Literatur- und Veranstaltungshinweise sowie Adressen und Links von Fachgesellschaften, Anlaufstellen und Selbsthilfegruppen. Weiterhin wird ein virtuelles Selbsthilfeforum bereitgestellt.

www.gesundheitsziele.de

gesundheitsziele.de ist das Forum zur Entwicklung von Gesundheitszielen in Deutschland. Die Homepage stellt Informationen und Dokumente zum Kompetenzverbund und zu den Gesundheitszielen bereit, wie z. B. den Bericht und das Evaluationskonzept zum nationalen Gesundheitsziel »Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln«.

www.suizidprophylaxe.de

Die Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention – Hilfe in Lebenskrisen (DGS) ist ein Fachverband mit spezifischer Ausrichtung im Bereich der Suizidologie und Suizidprävention. Sie will mit ihrer Arbeit nachhaltig dazu beitragen, die Phänomene des suizidalen Verhaltens und des Suizid besser zu verstehen und realitätsgerechte Ansätze für wirksame Suizidprävention

und Krisenintervention zu finden. Die Homepage liefert Hintergrundinformationen über das Thema Suizidalität und informiert über die Ziele, Leitlinien und Aktivitäten der DGS. Weiterhin werden eine Übersicht über Hilfsangebote, eine umfangreiche Literaturliste, eine Fachzeitschrift und Links bereitgestellt.

www.angstportal.de

Diese private Homepage versteht sich als Selbsthilfeportal für Betroffene von Angst- und Panikstörungen sowie deren Angehörige. Sie liefert Informationen über Angststörungen und stellt Erfahrungsberichte, Fachbeiträge, Literaturhinweise, Links, Selbsthilfetipps sowie ein Diskussionsforum bereit.

www.mindmatters-schule.de

MindMatters ist ein Programm zur Förderung der psychischen Gesundheit für Schulen der Sekundarstufe I. Das Programm thematisiert Aspekte wie den Aufbau und Erhalt von Freundschaften, den Umgang mit Stress, Mobbing, Trauer sowie psychischen Beeinträchtigungen und Störungen. Die Homepage liefert Informationen zu Hintergründen und Zielen des Programms und stellt Materialien, Links, ein Glossar sowie einen Newsletter bereit.

www.gnmh.de

Das Deutsche Netzwerk für Psychische Gesundheit (German Network for Mental Health – GNMH) ist eine offene Organisation von Menschen aus Interessengruppen, aus Wohlfahrtsorganisationen und der Wissenschaft, die sich für die Prävention psychischer Störungen und die Förderung psychischer Gesundheit einsetzen. Auf der Homepage sind die Mitglieder sowie Links zur EU-Strategie zu Mental Health, zu Tagungsdokumentationen und thematischen Texten zu finden.



Veranstaltungen der LVG Niedersachsen e.V.

Mitmachen Mitgestalten Mitentscheiden. Strategien für eine lebendige Bürgerkommune

18./19. Januar 2008, Hannover

Die Kommunen stehen vor gravierenden Problemen, deren erfolgreiche Bewältigung heute mehr denn je eine aktive Mitwirkung der Bürgergesellschaft erfordert. Die Tagung will eine Bestandsaufnahme ermöglichen und neue Spielräume und Perspektiven für Bürgerengagement und Bürgerbeteiligung in der Kommune ausloten. Entlang der Devise ›Anerkennungskultur ist Beteiligungskultur‹ sollen Wege zu einer zukunftsfähigen Bürgerkommune aufgezeigt werden.

Patientensicherheit in Niedersachsen – Was tun bei Verdacht auf Behandlungsfehler

09. Februar 2008, Hannover

Der landesweite Arbeitskreis Patientinnen- und Patienteninformation bei der Landesvereinigung für Gesundheit und die Patientenuniversität der Medizinischen Hochschule Hannover laden Studentinnen und Studenten, Patientenvertreterinnen und -vertreter sowie Fachleute und Interessierte ein, sich über das Thema Patientensicherheit aus unterschiedlichen Perspektiven zu informieren und der Frage nachzugehen, was bei einem Verdacht auf Behandlungsfehler zu unternehmen ist.

Gesundheitszirkel richtig einsetzen und effektiv moderieren

22. Februar 2008, Köln

Das Seminar hat zum Ziel, das Instrument des Gesundheitszirkels vorzustellen und seine Anwendungsmöglichkeiten zu benennen. Anhand praktischer Übungen werden die Teilnehmenden in die Lage versetzt, einen Gesundheitszirkel als Moderator bzw. Moderatorin zu begleiten.

Workshop des Arbeitskreises Gesundheitsfördernde Hochschulen in Kooperation mit der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

Fachtagung: ›Früh übt sich ... Frühkindliche Entwicklung – Bildung und Gesundheit in der KiTa‹

27. Februar 2008, Hannover

Die Fachtagung richtet sich an verantwortliche Fachkräfte in Kindertagesstätten sowie andere Professionelle aus den Bereichen Erziehung, Gesundheit, Soziales und Bildung. Sie wird in Zusammenarbeit mit der Landesvereinigung für Gesundheit organisiert. In Foren, Vorträgen und Workshops werden folgende Themen diskutiert: Frühkindliche Entwicklung fördern – Kinder reden und gestalten mit, Gesunde Kita – Bewegte Familie, Körper – Geist – Seele?! Anmeldung: Bildungswerk ver.di in Niedersachsen e.V., Ansprechpartnerin: Gabriele Wien, Tel.: (05 11) 12 40 05 08, E-Mail: gabriele.wien@bw-verdi.de

Gesundheitsland Niedersachsen – Perspektiven der Krankenhausversorgung und Gesundheit älterer Menschen

13. Februar 2008, Hannover

Auf der Fachtagung sollen Veränderungen im Krankenhausbereich und der Pflege mit Entscheidungsträgern aus Gesundheitswesen und -politik diskutiert und Handlungsperspektiven aufgezeigt werden. In Kooperation mit der Techniker Krankenkasse, Landesvertretung Niedersachsen.

Kongress: Lernen braucht Energie ..., Aktuelle Perspektiven der Gesundheitsförderung im Setting Schule – Schwerpunkt Ernährung und Bewegung

04. März 2008, Hannover

Die Veranstaltung wird in Kooperation mit der DGE Sektion Niedersachsen, der Akademie des Sports des LandesSportbund Niedersachsen, der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V., dem Ministerium für den ländlichen Raum, Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz und der Verbraucher Zentrale Niedersachsen durchgeführt. Sie richtet sich an Lehrkräfte, Schulleitungen, kommunale Träger, Elternvertretungen, Ernährungsfachkräfte, Bewegungsfachkräfte, Krankenkassen sowie weiter Interessierte.

Gesundheitliche Rahmenbedingungen und Studienerfolg heute und morgen

28. März 2008, Lüneburg

Die Umstellung auf Bachelor- und Master-Studiengänge und die Einführung von Studiengebühren führen zu Unsicherheiten, Zeit- und Erfolgsdruck, aber auch zu neuen Chancen. Die Frage, was für Studierende wichtig ist, um gesund und erfolgreich studieren zu können, wird auf dem Thementag im Zentrum stehen. Dabei geht es auch um Modelle guter Praxis, wie z. B. beim Studieren mit Familie oder beim Studium mit Behinderungen.

Thementag des Arbeitskreises Gesundheitsfördernde Hochschulen in Kooperation mit der Leuphana Universität Lüneburg.

Vorschau:

Niedersachsen Forum Alter und Zukunft

›Alternsgerechte Kommune‹

April 2008

Treffen des Arbeitskreises Gesundheitsfördernde Hochschulen

11. April und 13. Juni 2008

Mit Charlotte und Serafin unterwegs ..., Spach- und Entwicklungsförderung (noch) einmal anders!

16.-17. Juni 2008

Neues aus der Akademie für Sozialmedizin Hannover e.V. afs

Impfungen als Schutz vor Krebserkrankungen?

06. Februar 2008, Hannover

Als wesentliches Ziel dieser Tagung sollen der gegenwärtige Stand und die künftigen Perspektiven der Entwicklung von Impfstoffen gegen Krebserkrankungen aufgezeigt werden. Darüber hinaus soll am Beispiel der HPV-Impfung verdeutlicht werden, welche Herausforderungen mit der Einführung eines derartigen Impfstoffes im Hinblick auf die Kosten-Nutzen-Relation, die Finanzierung durch die Kostenträger sowie die aktive Rolle des öffentlichen Gesundheitsdienstes verbunden sind.

Niedersachsen

Kongress, Im Mittelpunkt: Kinder, Die Bedeutung von Kinderrechten, Bildung und Erziehung – Impulse zur Vernetzung, 14.-15.01.2008, Hannover, Diakonisches Werk der Ev.-luth. Landeskirche Hannovers e.V., Kontakt: Ebhardtstr. 3 A, 30159 Hannover, Tel.: (05 11) 36 04-2 73/-2 66, Fax: (05 11) 36 04-1 03, E-Mail: kongressbuero@diakonie-hannovers.de

Professioneller Umgang mit Gewalt und Aggression in Pflege- und Betreuungsberufen, 24.01.2008, Osnabrück, Kontakt: VDRI-Bevollmächtigter für Osnabrück, Wilfried Dodt, BG BAU, Milchstr. 144, 32120 Hiddenhausen, Tel.: (0 52 21) 93 45-0, E-Mail: wilfried.dodt@bgbau.de

Erzählcafe, Einführung in Methode und Praxis, 27.01.2008, Hannover, Kontakt: Agentur für Erwachsenenbildung- und Weiterbildung, Bödekerstr. 18, 30161 Hannover, Tel.: (05 11) 30 03 30 10, Fax: (05 11) 30 03 30 40, E-Mail: info@aewb-nds.de

»Brain Gain« für alle?, Migration als Entwicklung, 28.01.-30.01.2008, Loccum, Kontakt: Lidwina Meyer, Münchehäger Strasse, 31547 Rehburg-Loccum, Tel.: (0 57 66) 8 11 03, ax: (0 57 66) 8 19 00, E-Mail: lidwina.meyer@evlka.de

Fachtagung, – fit und pffiffig – Kinder bewegen ihre Zukunft 2008, 16.02.2008, Hamburg, Kontakt: Verband für Turnen und Freizeit e.V., Schäferkampsallee 1, 20357 Hamburg, Tel.: (0 40) 4 19 08-2 73, Fax: (0 40) 4 19 08-2 02, E-Mail: fi-tundpffiffig@vtf-hamburg.de

Tagung, Schulung für chronisch kranke Kinder, Jugendliche und deren Familien. Neue Erfahrungen, neue Konzepte, 29.02.-01.03.2008, Osnabrück, Kontakt: DI-TEXT Frank Digel, Butjadinger Str. 19, 26969 Butjadingen-Ruhwarden, Tel.: (0 47 36) 10 25 34, Fax: (0 47 36) 10 25 36, E-Mail: digel.F@t-online.de

Bundesweit

Fachtagung, Das Soziale als politisches Anliegen – Soziale Arbeit im Spannungsfeld von Sparpolitik und Gemeinwesenorientierung, 17.-18.01.2008, Potsdam, Kontakt: DGSP-Bundesgeschäftsstelle, Zeltinger Str. 9, 50969 Köln, Tel.: (02 21) 51 10 02, Fax: (02 21) 52 99 03, E-Mail: dgsp@netcologne.de

Tagung, Tourette-Syndrom und Schule, 18.01.2008, Herne, Kontakt: Tourette-Gesellschaft Deutschland e.V., c/o Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Göttingen, Von-Siebold-Straße 5, 37075 Göttingen, Tel.: (05 51) 39 67 27, Fax: (05 51) 39 81 20, E-Mail: info@tourette-gesellschaft.de, shg-ruhrgebiet@tourette-gesellschaft.de

Kongress, Kinderschutz und Kindeswohl im Sorge- und Umgangsrecht, Entwicklungen – Probleme – Lösungsansätze, 18.-19.01.2008, Frankfurt am Main, Kontakt: Zentrale Informationsstelle Autonomer Frauenhäuser, Postfach 10 11 03, 34011 Kassel, Tel./Fax: (05 61) 820 30 30, E-Mail: info@autonome-frauenhaeuser-zif.de

Fachkongress Pflege 2008, 25.-26.01.2008, Berlin, Kontakt: Urban & Vogel GmbH, Kongressorganisation, Ehrenbergstraße 11-14, 10245 Berlin, Andrea Tauchert, Tel.: (0 30) 20 45 60-3/-42, E-Mail: tauchert@urban-vogel.de, Internet: www.heilberufe-kongresse.de

Tagung, Stadt für Kinder – Instrumente und Verfahren für eine kinderfreundliche Stadtentwicklung und Stadtplanung, 07.-08.02.2008, Frankfurt a. M., Kontakt: Deutsches Kinderhilfswerk e.V., V. i. S. d. P. Dr. Heide Rose Brückner, Leipziger Straße 116-118, 10117 Berlin, Tel.: (0 30) 30 86 93-0/-32, Fax: (0 30) 27 95 63 4

Mangelernährung im Alter, 08.02.2008, Bad Laer, Kontakt: Niedersächsische Akademie für Fachberufe im Gesundheitswesen e.V., Grüner Weg 1, 49196 Bad Laer, Tel.: (0 54 24) 8 01-1 61, Fax: (0 54 24) 8 01-1 63, E-Mail: niedersaechsische.akademie@sanicare.de

Symposium, Dunkle Nacht und Depression, 25.-28.02.2008, Münster, Kontakt: Institut für Spiritualität, Hohenzollernring 60, 48145 Münster, Tel.: (02 51) 4 82 56-0, Fax: (02 51) 4 82 56-19, E-Mail: pth@pth-muenster.de

Kita-Symposium, Fit bleiben in stürmischen Zeiten, 29.02.-01.03.2008, Dresden, Kontakt: Institut für Arbeit und Gesundheit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, René Dybek, Königsbrücker Landstr. 2, 01109 Dresden, Tel.: (03 51) 4 57-19 14, Fax: (03 51) 4 57-13 25, E-Mail: rene.dybek@dguv.de, Internet: www.dguv.de/bgag

Tagung, »Da stimmt doch was nicht ...«, Logik, Praxis und Folgen vorgeburtlicher Diagnostik, 29.02.-01.03.2008, Dresden, Kontakt: Dr. Harry Kunz, Kapellenstraße 16, 53925 Gobach/Eifel, Tel.: (0 24 41) 61 49, Fax: (0 24 41) 77 98 59, E-Mail: PND-Tagung2008@t-online.de, Internet: www.netzwerk-praenataldiagnostik.de

Jubiläumskongress, »Vernetzt(e) Psychotherapie!«, 40 Jahre DGVT, 29.02.-04.03.2008, Freie Universität Berlin, Kontakt: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V., Postfach 13 43, 72003 Tübingen, Tel.: (0 70 71) 94 34 94, Fax: (0 70 71) 94 34 35, E-Mail: kongress@dgvt.de

Qualitätsmanagement im Gesundheitsamt – Pflicht oder Kür?, 05.03.2008, Eschweiler, Kontakt: Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf, Kanzlerstr. 4, 40472 Düsseldorf, Tel.: (02 11) 3 10 96-10, Fax: (02 11) 3 10 96-69

Kongress, Health on Top – Betriebliches Gesundheitsmanagement im Zeichen der Zeit, 11.03.2008, Königswinter, Kontakt: SKO LA MED GmbH, Petersberg, 53639 Königswinter/Bonn, Tel.: (0 22 23) 29 83-0, Fax: (0 22 23) 29 83-20, E-Mail: skola@skolamed.de

3. Kongress für Gesundheitsnetzwerker, Die Praxis neuer Versorgungsformen, 05.-06.03.2008, Berlin, Kontakt: Wok GmbH, Bianca Kuras, Palisadenstr. 48, 10243 Berlin, Tel.: (0 30) 49 85-50 32, Fax: (0 30) 49 85-50 30, E-Mail: in-fo@gesundheitsnetzwerker.de

Rechte und Pflichten der Sicherheitsfachkräfte und der Beschäftigten im Arbeits- und Gesundheitsschutz, 14.03.2008, Nürnberg, Kontakt: VDRI, Dipl.-Ing. W. Kurth, BG Chemie, 90449 Nürnberg, Tel.: (09 11) 68 99-3 27, Fax: (09 11) 68 99-3 10, E-Mail: rbuettgenbach@bgchemie.de

Wie wollen wir wohnen – Leben mit psychischer Krankheit im ländlichen Raum, 15.03.2008, Hofgeismar, Kontakt: Dr. Georg Hofmeister, Evangelische Akademie Hofgeismar, Gesundbrunnen 11, 34369 Hofgeismar, Tel.: (0 56 71) 8 81-1 21/-1 22, Fax: (0 56 71) 8 81-1 54, E-Mail: Hofmeister.akademie.hofgeismar@ekkw.de

Fachtagung, QUO VADIS HOSPIZARBEIT?, 15.-16.03.2008, Dresden, Kontakt: Akademie für Palliativmedizin und Hospizarbeit gGmbH, Manuela Kielgast, Georg-Nerlich-Strasse 2, 01307 Dresden, Tel.: (03 51) 44 40 29 02, Fax: (03 51) 44 40 29 99, E-Mail: kielgast@palliativakademie-dresden.de

Dementengerechte Ernährung, 08.04.2008, Bad Laer, Kontakt: Niedersächsische Akademie für Fachberufe im Gesundheitswesen e.V., Grüner Weg 1, 49196 Bad Laer, Tel.: (0 54 24) 8 01-1 61, Fax: (0 54 24) 8 01-1 63, E-Mail: niedersaechsische.akademie@sanicare.de

14. Interdisziplinärer Pflegekongress und 3. Sächsischer Altenhilfe-Kongress, 08.-10.04.2008, Dresden, Kontakt: Urban & Vogel GmbH, Kongressorganisation, Ehrenbergstraße 11-14, 10245 Berlin, Andrea Tauchert, Tel.: (0 30) 20 45 60-3/-42, E-Mail: tauchert@urban-vogel.de, www.heilberufe-kongresse.de

Symposium, »Helfende Beziehungen als Ware?, Ästhetische Entwürfe jenseits des Ökonomisierungswahns, 18.-19.04.2008, Oldenburg (Nds.), Kontakt: Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Wilhelmshaven, Tel.: (0 44 21) 89 13 70, Fax: (0 44 21) 89 13 96, E-Mail: info@ausserderreihe.de, Internet: www.ausserderreihe.de

21. Stillkongress der Arbeitsgemeinschaft Freier Stillgruppen (AFS), 26.-27.04.2008, Köln, Kontakt: Anja Klimaschewski, Arbeitsgemeinschaft Freier Stillgruppen e.V., Bornheimer Str. 100, 53119 Bonn, Tel.: (02 28) 3 50 38 71, www.afs-stillen.de

International

2. Pflegekongress des Sozialhilfeverbandes, »Mensch bleiben, Gelebte Menschlichkeit in der Altenpflege, Bruck/Mur, Österreich, 24.01.2008, Kontakt: Geschäftsleitung, Sozialhilfeverband, Erzherzog-Johann-Gasse 1, Bruck/Mur Tel.: +43 (38 62) 89 10, Fax: +43 (38 62) 89 10-6 10, E-Mail: office@sozialhilfeverband.at

Kongress, Transformationen des Sozialen – wohin entwickelt sich die Soziale Arbeit?, Luzern, 06.-08.03.2008, Schweiz, Kontakt: Hochschule für Soziale Arbeit Luzern, Frau Jlanit Schumacher, Werftstr. 1, Postfach, CH-6002 Luzern, Tel.: +41 41 3 67 48 48, Fax: +41 41 3 67 48 49, E-Mail: jlanit.schumacher@hsa.fhz.ch

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