

Blickpunkt öffentliche Gesundheit

Herausgeber: Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf

**Qualitätspreis
der Akademie für „ALFI“**

Seite 3

**Palliativversorgung – Ein Erfahrungsbericht
aus der Region Nordrhein**

Seite 4/5

**Ein gesunder Start
von Anfang an?**

Seite 8

Gesundheitsaufsicht 2009:

Netzwerk-Moderator im Infektionsschutz

Die Reaktion sieht zumeist so aus: Achtung, das Gesundheitsamt kommt! Schnell wird aufgeräumt, werden Hygienepläne aktualisiert oder erst erstellt, Statistiken zusammengefügt und seit Monaten bestehende Baumängel, Feuchtigkeitsschäden, offen liegende Leitungen oder Ähnliches zur Beseitigung bei der Haustechnik angemahnt. Handelt es sich um angemeldete Routinebegehungen, bleibt Zeit für kurzfristige Verbesserungen, die möglicherweise bei der stichprobenartigen Besichtigung durch das Gesundheitsamt nicht auffallen. Bei höchstens einer Begehung pro Risikobereich oder Krankenhaus im Jahr, meist in noch längeren Abständen, bleibt der Eindruck eine Momentaufnahme. Das klingt bekannt, aber stimmt dieses Image des „nur“ kontrollierenden Gesundheitsamtes eigentlich noch?

Sicher ist die anlassbezogene und routinemäßige Hygienebegehung durch das Gesundheitsamt Bestandteil der Pflichtaufgaben nach dem Infektionsschutzgesetz. So verpflichtet der Paragraph 23 des Infektionsschutzgesetzes das Krankenhaus und ambulant operierende Praxen zur Dokumentation und Bewertung ihrer Infektionsstatistik, das Gesundheitsamt wiederum soll Einsicht in die Dokumentation der Krankenhausinfektionen nehmen und die Bewertung und deren Konsequenzen erfragen. Welche Schwierigkeiten sich bei der Einschätzung der Ergebnisqualität zeigen, wurde bereits in der Blickpunkt-Ausgabe 3/2008 ausführlich beschrieben.

Abgesehen von dieser grundsätzlichen Problematik stellt sich aber auch die Frage, ob die bisherigen Methoden und Werkzeuge des öffentlichen Gesundheitsdienstes zur „Teilnahme“ an der Reduktion nosokomialer Infektionen im öffentlichen Gesundheitswesen noch zeitgemäß und ausreichend wirksam sind oder welche neuen Wege begangen werden könnten beziehungsweise bereits begangen werden.

Bisher wurden Einrichtungen des Gesundheitswesens vom Gesundheitsamt überwiegend einzeln infektionshygienisch überwacht und beraten. Die Abstimmung und Koordinierung von Präventionsmaßnahmen, öffentlichkeitswirksamen Materialien und Informationen über Keimträger zwischen den einzelnen Einrichtungen stand

dabei nicht im Vordergrund. Als typisches Beispiel ist hier der in der Klinik in Isolierpflege befindliche MRSA-besiedelte Patient zu nennen, der von komplett verummten Krankentransportfahrern in seine Einrichtung, ein Alten- und Pflegeheim, gefahren wird. Dort erfolgen aber keine weiteren Maßnahmen zur Infektionsprävention. Es fehlt die Kommunikation und Aufklärung entlang des Patientenweges.

Twente/Münsterland: Gemeinsam gegen MRSA

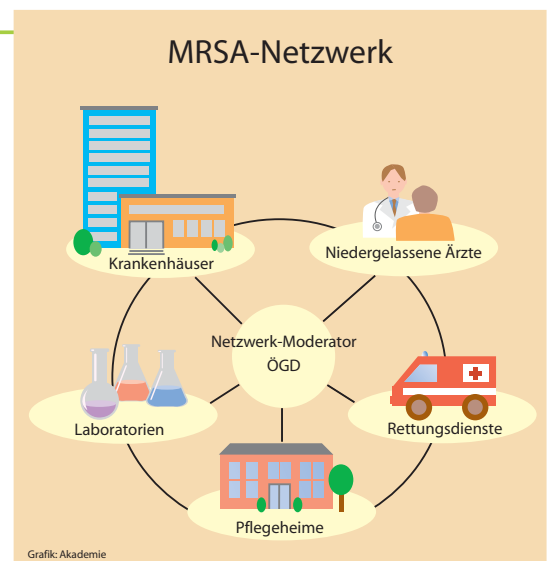
Genau hier setzt nun ein neues und in einem Pilotprojekt in der Region Twente/Münsterland bereits erprobtes Konzept zur Bildung eines regionalen MRSA-Netzwerkes an. Beteiligt sind das Institut für Hygiene der Universitätsklinik Münster, das Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst (ehemals Iögd, jetzt LIGA), mehr als 40 Krankenhäuser, Laboratorien, niedergelassene Ärzte, die Ärztekammer, die Kassenärztliche Vereinigung, die AOK, die Krankentransport- und Rettungsdienste, die Alten- und Pflegeheime sowie fünf Gesundheitsämter. Zusammen mit Partnern in den Niederlanden haben sie ein regionales deutsch-niederländisches Netzwerk geschaffen – ein interessantes Modell auch für andere Regionen beziehungsweise andere Gesundheitsämter.

Das anfangs geschilderte Image des kontrollierenden und an der erfolgreich vollzogenen Meldung einer Infektionskrankheit interes-

sierten „Amtsarztes“ hat nicht nur eine formale Wandlung zum „Facharzt für öffentliches Gesundheitswesen“ erfahren, Aufgaben wie die des Schutzes der Bevölkerung vor der europaweit besorgniserregenden Zunahme antibiotikaresistenter und damit nur noch schwer behandelbarer Krankenhausinfektionen erfordern neue Kommunikationsstrukturen und Managementansätze. Was heißt das konkret für die Arbeit im Infektionsschutz? Wie kann sektorübergreifend ein Netzwerk – mit dem Ziel, die Weiterverbreitung multiresistenter Erreger zu verhindern – gebildet werden? Folgende Vorgehensweise bietet sich an:

Der Netzwerkmoderator des Gesundheitsamtes erstellt eine Ist-Analyse und benennt alle regional beteiligten Akteure des Gesundheitswesens. Diese werden vom Gesundheitsamt zu einem runden Tisch geladen und über das geplante Projekt zur Reduktion multiresistenter Erreger informiert. Dabei sind Erfahrungen in der Projektarbeit, Moderationskompetenz und Konfliktmanagement sowie Ressourcenanalysen gefragt. Kostenträger und Leistungserbringer müssen sich auf bezahlbare Qualitätsziele in unterschiedlichen Versorgungsbereichen einigen. Folgende Ziele sollten erreicht werden:

- Reduktion der Zahl MRSA-bedingter Infektionen in einer Region,
- Unterbrechung der MRSA-Zirkulation zwischen verschiede-



Grafik Akademie

nen Einrichtungen des Gesundheitswesens,

- Überwindung von Kommunikations- und Organisationsbrüchen an Schnittstellen der Patientenversorgung (Verlegung/Entlassung, Aufnahme in Gemeinschaftseinrichtungen),
 - Wissenstransfer durch zielgruppenorientierten Informationsaustausch, Fortbildungen und Öffentlichkeitsarbeit,
 - Fortbildung von geeigneten Multiplikatoren,
 - Verbesserung der fallbezogenen Betreuung („Case-Management“), insbesondere bei der Behandlung von Patienten mit Diabetes, dialysepflichtigen Patienten, Versorgung von Patienten mit chronischen Ulcera und Kathetrträgern,
 - Schaffung von Problemlösungsangeboten für schwierige Einzelfälle (zum Beispiel „Help-desk“, Experten-Sprechstunde),
 - Festlegung und Anwendung von Qualitätsindikatoren.
- (Quelle: Konzeptpapier MRSA-Netzwerk Koordinatorin Inka Daniels-Haardt)

Gefragt sind neue Kommunikationsstrukturen und Managementansätze

Im offenen Austausch erfolgt die Analyse der Versorgungskette des infizierten oder mit multiresisten-

ten Erregern besiedelten Patienten vom stationären zum ambulanten Bereich und der dabei vorhandenen Schnittstellen.

In der Regel gelingt eine schriftliche Vereinbarung über die Zusammenarbeit zur Erreichung der gemeinsam definierten Projektziele. Im Gegensatz zum Verfahren der Hygienekontrolle durch das Gesundheitsamt handelt es sich hier aber um eine freiwillige Entscheidung der Netzwerkpartner, weshalb Überzeugungsarbeit und die Kenntnis der Interessenskonflikte einzelner Partner gefragt sind.

Das abgestimmte Vorgehen bei MRSA in der Versorgungskette des Patienten wird durch gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen für unterschiedliche Berufsgruppen und übereinstimmende Handlungsanweisungen und Prozessbeschreibungen unterstützt.

In Münster wurden zum Beispiel für den Umgang mit MRSA Hygienepläne, Überleitbögen aus dem stationären Bereich, Übergabebögen für den Krankentransport, Patienteninformationsblätter, etc. erarbeitet und auf einer gemeinsamen Plattform elektronisch zur Verfügung gestellt.

Zur Einschätzung des regionalen Risikos und der Ergebnisqualität

Fortsetzung auf Seite 2

Arzneimittelversorgung von Menschen mit Pflegebedarf

(est) Wie sieht es mit der Arzneimittelversorgung von pflegebedürftigen Menschen aus? Erhalten sie die richtigen Arzneimittel? Welche Qualitätssicherungsmaßnahmen führen zu Verbesserungen? Mit diesen Fragen beschäftigten sich die pharmazeutischen Überwachungsbeamten auf ihrer bundesweiten Jahrestagung im September 2008 in Saarbrücken. Neue Ergebnisse gab es aus der Stadt Hamm, wo 2005 und 2006 in einem Projekt die Qualität des so genannten Stellens von Arzneimitteln in

Heimen und über die ambulanten Pflegedienste untersucht wurde. Die Auswertung der Stichproben zeigte, dass immerhin jeder siebte Heimbewohner und jeder fünfte durch ambulante Pflegedienste betreute Patient nicht die ärztlich angeordnete Medikation, sondern eine fehlerhafte Medikation erhielt. So wurden Arzneimittel in einer falschen Dosierung gestellt, die Patienten erhielten nicht die ärztlich verschriebenen Arzneimittel oder sie erhielten andere als die ärztlich angeordneten Arzneimittel wur-

den zum falschen Einnahmezeitpunkt, zum Beispiel morgens statt abends, gestellt; nicht teilbare Arzneimittel, wie Retardtabletten, wurden geteilt. Solche Fehler sind bei multimorbiden, geschwächten Patienten – und dies sind in der Regel die Patienten, die in Heimen oder über ambulante Pflegedienste betreut werden – mit erheblichen Gesundheitsrisiken verbunden. Die Ergebnisse aus Hamm decken sich, wie der nordrhein-westfälische Arbeitskreis Sozialpharmazie berichtete, mit Erfahrungen aus Regelinpektionen von Heimen in anderen Kreisen und kreisfreien Städten Nordrhein-Westfalens. Und deshalb bestätigten sie zum einen die Notwendigkeit der behördlichen Überwachung der dortigen Arzneimittelversorgung – die bislang aber offensichtlich nur in NRW flächendeckend stattfindet – und zum anderen machten sie deutlich, wie wichtig Maßnahmen zur Qualitätssicherung seien. Träger von Heimen und ambulanten Pflegediensten bei ihrem Bemühen um die Implementierung von Qualitätssicherungssystemen zu unterstützen, sei daher ein vorrangiges Anliegen der Amtsapotheke. Diesem Anliegen diene die schriftliche und mündliche Information der Verantwortlichen über die ermittelten Problemfelder, aber auch zusätzlich erstellte Arbeitshilfen. Außerdem eröffneten Diskussionen in den kommunalen Gesundheits- und Pflegekonferenzen die Möglichkeit, die Ergebnisse breiter zu streuen und vermehrt Bewusstsein für die Problematik der Arzneimittelversorgung hilfsbedürftiger Menschen zu wecken.

Ansprechpartnerin für die Untersuchung in der Stadt Hamm ist die Amtsapotheke Dr. Ute Stapel
E-Mail: stapel@stadt.hamm.de

Fortsetzung von Seite 1

kann ein Prävalenzscreening bei Aufnahme in den Krankenhäusern durchgeführt werden. So können bei Aufnahme bestehende und erst im Krankenhaus erworbene nosokomiale MRSA-Infektionen unterschieden werden. Eine Bestimmung einzelner Stämme kann zusätzlich bei der Aufdeckung von MRSA-Infektketten, zum Beispiel zwischen Altenheim und Krankenhaus, bei der Wiederaufnahme von Patienten behilflich sein. Die Paragraphen 23 und 36 des Infektionsschutzgesetzes können dann als Instrumente zur Qualitätsüberprüfung genutzt werden.

Nicht zuletzt tragen Aufklärung der Bevölkerung, Herausgabe von Presseerklärungen und Darstellung der Aktivitäten durch den Netzwerkkoordinator zu einer veränderten Wahrnehmung und einem veränderten Image der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der traditionellen Gesundheitsaufsicht bei.

Netzwerke, die sich in dieser oder ähnlicher Form etablieren, können die erarbeitete Kommunikationsstruktur zukünftig auch für

Jahrestagung des Akademie-Fördervereins

Am 23. März findet in Köln die diesjährige Jahrestagung des Fördervereins der Freunde und Absolventen der Akademie statt. Ihr Thema: „Gesundheit – die kommunalpolitische Aufgabe“. Am Vormittag liegt der Schwerpunkt des Programms auf der Frage: Wer verantwortet Gesundheit in der Kommune? Was sind Ziele, Möglichkeiten und Grenzen kommunaler Gesundheitsleistungen? Am Nachmittag geht es um die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen und ihren spezifischen Förderungsbedarf. Im Fokus stehen dann Ansätze zur Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt der Stadt Köln stattfindet, ist unter www.akademie-oegw.de zu finden. Anmeldungen sind per Fax (0211/31096-34) oder per E-Mail (exner@akademie-oegw.de) möglich.

Online-Gesundheitsdatenbank

(cr) Das Gesundheitsamt des Rhein-Kreises Neuss unterhält seit kurzem auf seiner Website www.rhein-kreis-neuss.de/gesundheitsdatenbank eine Online-Gesundheitsdatenbank. In ihr sind bereits etwa 600 Einträge von Anbietern aus dem Sozial- und

Gesundheitswesen zu finden. Die Datenbank ermöglicht Bürgerinnen und Bürgern einen besseren Überblick über das Versorgungssystem. Gleichzeitig kann sie auch von professionellen Institutionen als Unterstützung im täglichen Beratungsgeschäft genutzt werden.

Preis für Bremer „Afrika-Projekt“

(est) Beim Bundeswettbewerb Aidsprävention 2008 ging der dritte Preis in Höhe von 5.000 EUR an das Gesundheitsamt Bremen für sein Afrika-Projekt. Zielgruppe dieses Projektes sind afrikanische Migranten aus der Subsahara-Region, die als besonders gefährdet im Hinblick auf Aids und HIV gelten. Das Besondere des Bremer Afrika-Projektes: Hier klären Angehörige der Zielgruppe selber ihre Landleute über HIV und Aids auf, gleichzeitig begleiten sie HIV-Infizierte und an Aids erkrankte Menschen aus der Subsahara-Region. Die Projektmitarbeiter gehen direkt zu den Menschen. Sie besuchen ihre Feste und Gottesdienste. Darüber hinaus sind Integrationskurse, African Soccer Turniere, Afrikamärkte, Diskotheken, Afro-Shops und Asylbe-

werberheime Anlaufstellen, um in Kontakt zu kommen. Die Honorarkräfte werden für ihre Arbeit als Multiplikatoren intensiv geschult, wobei der eigene Migrationshintergrund des Projektverantwortlichen für eine – so die Jury – hohe kulturspezifische Sensibilität Sorge. Die Jury überzeugte insbesondere die einfallreiche Art des Zugangs über Feste, Gottesdienste, Afro-Märkte etc., die dem Motto des Bundeswettbewerbs 2008 „Neue Wege sehen – neue Wege gehen“ in besonderer Weise entsprechen.

Der neue Bundeswettbewerb Aidsprävention ist eine Gemeinschaftsinitiative der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, des Verbandes der privaten Krankenkassen e.V. und des Bundesministeriums für Gesundheit.

Warnhinweise auf Alkoholflaschen

Die Bundesregierung plant Warnhinweise auf Alkoholflaschen. Piktogramme mit der durchgestrichenen Silhouette einer schwangeren Frau sollen vor Alkoholkonsum in der Schwangerschaft warnen. In Frankreich sind sie bereits Vorschritt.

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Sabine Bätzing, sagte Ende November letzten Jahres in einem Interview mit der Rhein-

ischen Post, dass Schwangere durch das Trinken von Alkohol ihren Kindern erhebliche Schäden zufügen könnten. Jedes Jahr würden Tausende Babys mit dem so genannten Fetalen Alkoholsyndrom geboren, einer vor der Geburt entstandenen Schädigung des Kindes durch Alkoholkonsum in der Schwangerschaft. Bis zur Bundestagswahl 2009 sollen die Warnetiketten zur Pflicht werden.

Masern: unzureichender Impfschutz

Das Ziel der WHO ist es, bis zum Jahr 2010 die Masern in Europa auszurotten. Dieses Ziel sei aber wahrscheinlich nicht zu erreichen, stellen Epidemiologen aus Dänemark im britischen Medizinjournal THE LANCET am 7. Januar 2009 (early online publication) fest. Dazu sei der Impfschutz unzureichend. Für die Studie werteten die Wissenschaftler Daten aus 27 EU-Staaten sowie aus Kroatien, Island, Norwegen, der Schweiz und der Türkei aus. Danach traten 2006 und 2007 europaweit 12.132 Masernfälle auf. Zu den fünf europäischen Ländern mit der höchsten Zahl an Erkrankungen gehörte neben Rumänien, Großbritannien, die Schweiz und Italien auch Deutsch-

land. 85 Prozent aller Masernfälle wurden in diesen Ländern verzeichnet. Am häufigsten waren ungeimpfte oder nicht vollständig geimpfte Kinder betroffen. Jeder fünfte Infizierte sei aber 20 Jahre oder älter gewesen, was noch einmal deutlich mache, dass Masern keine reine Kinderkrankheit sei. Um die Masern auszurotten, müssten mehr als 95 Prozent der Bevölkerung geimpft sein. Eine entsprechende Durchimpfungsrate kann Finnland aufweisen, wo es – so die Autoren – 2006 und 2007 keinen einzigen Masernfall gab.

Mehr Informationen zu „Measles in Europe: an epidemiological assessment“ unter www.thelancet.com

Impressum

Herausgeber und Vertrieb:
Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf, Kanzlerstraße 4, 40472 Düsseldorf
Tel. (0211) 31096-0, Fax (0211) 31096-69
Internet: www.akademie-oegw.de

Die Akademie für öffentliches Gesundheitswesen ist eine öffentlich-rechtliche Anstalt der Länder Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein.

Redaktion:
Ellen Steinbach (v.i.S.d.P.),
E-Mail: steinbach@akademie-oegw.de
Petra Münstedt
E-Mail: muenstedt@akademie-oegw.de
Carsten Rumpeltin
E-Mail: carsten.rumpeltin@web.de

Grafik-Design:
Franziska Müller
E-Mail: franziska.mueller@akademie-oegw.de

Anzeigen:
Ellen Steinbach
Druck: WAZ Druck, Duisburg
Auflage: 4300, Ausgabe: Februar 2009
Erscheinungsweise: vierteljährlich

Blickpunkt öffentliche Gesundheit ist ein Forum der freien Meinung. Deshalb stellt nicht jeder Beitrag auch die Meinung der Redaktion oder des Herausgebers dar.

Redaktionsschluss für die Ausgabe 2/2009 ist der 20. März 2009
Beiträge für den Blickpunkt bitte als unformatiertes Word-Dokument per E-Mail an die Redaktion schicken. Die Blickpunkt-Redaktion behält sich vor, eingehende Beiträge zu kürzen und/oder redaktionell zu überarbeiten.
Nachdruck, auch auszugsweise, nur unter Angabe der Quelle.
ISSN 0177-7165

Qualitätspreis der Akademie für „ALFI“

Die Freude bei beiden war offensichtlich. Der Psychiater Hans-Joachim Kirschenbauer und der Psychologe Bernhard Gerhards vom Stadtgesundheitsamt Frankfurt am Main konnten am 4. November 2008 den mit 5.000 EUR dotierten Qualitätspreis der Akademie in Düsseldorf entgegennehmen. Mit dem Preis ausgezeichnet wurde ihr Projekt „ALFI“ – ein Name, der für den etwas sperrigen Titel „Ablauf-Logistik für Institutionen“ steht. Erstmals hatten sich die Juroren mit dieser Entscheidung auf einen einzelnen Preisträger verständigt, und das, obwohl die Wahl bei der Vielzahl der eingereichten interessanten Projekte schwer fiel.

Worum geht es in dem ausgezeichneten Projekt ALFI? Ein Fallbeispiel kann dies am besten veranschaulichen:

Jürgen L. ist 17 Jahre alt und lebt bei seiner allein erziehenden Mutter. Seit einiger Zeit geht er nicht mehr zur Schule, zieht sich völlig zurück. Immer wieder kommt es zu aggressiven Ausbrüchen, auch gegenüber seiner Mutter, wobei er, wie er sagt, auf eine innere Stimme reagiert. In einer Klinik stellt man schließlich die Diagnose einer paranoid-halluzinatorischen Psychose. Nach einem mehrwöchigen Klinikaufenthalt wird in Zusammenarbeit mit dem Jugendamt ein Platz in einem Jugendwohnheim gesucht, denn in den Haushalt seiner Mutter kann und soll Jürgen nicht zurückkehren.

Der hier kurz skizzierte Fall ist einer von vier konstruierten, so genannten prototypischen Fällen, anhand derer im Projekt ALFI untersucht wurde, welche Versorgungs- und Kommunikationsabläufe vor-

handen sein müssen, um psychisch erkrankten jungen Menschen möglichst schnell wohnortnahe und individuelle Hilfen bieten zu können.

Im Fall des 17-jährigen Jürgen zum Beispiel wird es schwierig sein, einen Platz in einer entsprechenden Spezialeinrichtung für psychisch kranke Jugendliche zu finden. Diese Plätze sind begrenzt und selten wohnortnah. Bei einer Unterbringung in einer Regeleinrichtung der stationären Jugendhilfe wiederum stellt sich die Frage, ob dort die notwendige Anschlussbetreuung sichergestellt werden kann.

Viele psychisch auffällige Kinder in Heimen

Das Problem einer adäquaten kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung betrifft aber auch viele der Kinder und Jugendlichen, die bereits in Heimen oder Jugend-

Wohngruppen (Regeleinrichtungen) leben. Sie stellen, wie epidemiologische Studien gezeigt haben, eine Hochrisiko-Gruppe für die Entwicklung psychischer Störungen dar. Oft genug würden solche Störungen jedoch nicht als behandlungsbedürftig erkannt und als Konsequenz auch keine fachlich geeigneten Hilfen genutzt. So beschreiben Hans-Joachim Kirschenbauer und Bernhard Gerhards von der Abteilung Psychiatrie des Gesundheitsamtes Frankfurt die schwierige Ausgangssituation, die sie zu ihrem Projekt ALFI bewegt hat. Das Projekt, das 2004 startete, hat es sich vor diesem Hintergrund zum Ziel gesetzt,

- Regeleinrichtungen der Jugendhilfe besser für die Betreuung psychisch auffälliger Heimbewohner zu qualifizieren,
- praxisnahe Wege und Abläufe zu einer individuellen und bedarfsgerechten kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung zu definieren und
- neue Möglichkeiten der Anschlussbetreuung nach einem stationären Klinikaufenthalt zu erschließen.

Es versteht sich von selbst, dass eine derartige Initiative nur als Kooperationsprojekt Erfolg haben kann. Von Anfang an beteiligt waren daher Träger der stationären Jugendhilfe, das Jugend- und Sozialamt, niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater sowie die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Frankfurt.

ALFI setzt auf Kooperation und klar geregelte Abläufe

Ausgehend von den erwähnten vier prototypischen Fällen erarbeitete die Projektgruppe ein Konzept, mit dem die Zusammenarbeit bei der Behandlung und Betreuung psychisch kranker junger Menschen verbessert werden kann. Das Konzept besteht aus insgesamt sieben Modulen beziehungsweise Projektbausteinen (siehe Kasten).

Die sieben Module wurden in der Projektplanungsphase vom 1. 1. 2004 bis 31. 7. 2005 festgelegt. Im Herbst 2005 begann dann die eigentliche Umsetzung – verbunden mit einer projektbegleitenden Evaluation. Nach dem Ende der Projektlaufzeit (Dezember 2008) sind die Initiatoren mehr als zufrieden, denn:

- der Einschätzungsbogen zur funktionalen Diagnostik ist im Einsatz,
- die kinderpsychiatrischen Fallgespräche laufen seit Herbst 2005 und finden eine überaus positive Akzeptanz,
- die kinderpsychiatrische Diagnostik vor Ort wird von niedergelassenen Fachärzten bei Bedarf umgesetzt, die Finanzierung ist geregelt,



Stolze Preisträger: Bernhard Gerhards (links) und Dr. Hans-Joachim Kirschenbauer

- die für die Mitarbeiter der Jugendhilfeeinrichtungen konzipierte Fortbildungsreihe wurde sehr gut bewertet - ein Manual ist für 2009 vorgesehen,
 - sowohl für die Kriseninterventions- als auch für die psychiatrische Notfallsituation gibt es klar definierte Abläufe.
- ALFI ist ein fester Bestandteil der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in Frankfurt am Main geworden. Das Projekt hat, wie die Beteiligten betonen, die Zusammenarbeit zwischen den Systemen „Jugendhilfe“ und „Kinder- und Jugendpsychiatrie“ verbessert. Es fällt den Kinder- und Jugendheimen heute leichter, sich an das System „Kinder- und Jugendpsychiatrie“ zu wenden und bestehende Versorgungsstrukturen jenseits von Zufallskontakten zu nutzen, was –

und das ist letztendlich entscheidend – sich wiederum positiv auf die Betreuungsqualität auswirkt.

Ist die Projektidee auch auf andere Regionen übertragbar? Ja, meinen Hans-Joachim Kirschenbauer und Bernhard Gerhards, zumal es nur vergleichsweise geringer finanzieller Mittel bedürfe. Wichtig sei aber die Bereitschaft der Beteiligten, in einen konstruktiven Dialog zu treten und „auf Augenhöhe“ miteinander zu kooperieren. Bewährt habe sich in diesem Zusammenhang, dass der kommunale psychiatrische Dienst als vermittelnde Instanz die Moderation der Projektgruppe übernommen hat.

Grund genug für die Jury, das Projekt ALFI als innovativ und beispielhaft auszuzeichnen. Wir gratulieren!

Ellen Steinbach

Sieben Projektbausteine für eine bessere Betreuung

Modul 1: Einschätzungsbogen zur funktionalen Diagnostik

Der entwickelte Einschätzungsbogen zur funktionalen Diagnostik ist ein Fragebogen, der auf die funktionalen Aspekte der Alltags- und Lebensbewältigung fokussiert. Zum Beispiel: Kann eine öffentliche Schule besucht werden? Ist die Fähigkeit zur Selbstkontrolle des eigenen Verhaltens vorhanden, zur Integration in eine Gruppe? Der von der Klinik ausgefüllte Bogen soll dem Jugendamt sowie der eventuell aufnehmenden Jugendhilfeeinrichtung Auskunft darüber geben, wie groß der zu erwartende Betreuungsumfang bei einem psychisch kranken Kind oder Jugendlichen nach einem Klinikaufenthalt sein wird. Eine Einrichtung kann dann leichter – und vor allem begründet – darüber entscheiden, ob dieser Betreuungsumfang leistbar ist oder sie überfordern würde.

Modul 2: Kinderpsychiatrisches Fortbildungskurriculum

Zielgruppe der kinderpsychiatrischen Fortbildung sind die Mitarbeiter der Jugendhilfeeinrichtungen. Die für sie konzipierte Fortbildungsreihe greift Themen auf wie Angststörungen, Suizidversuche, Störung des Sozialverhaltens oder die Borderline-Persönlichkeitsstörung.

Modul 3: Kinderpsychiatrisches Fallgespräch

Großes Interesse bekundeten die Jugendhilfeeinrichtungen an kinderpsychiatrischen Fallgesprächen vor Ort. Deshalb sind diese Gespräche ein weiterer Baustein im Projekt ALFI. Circa drei bis vier Fallgespräche mit einem niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater pro Jahr und Einrichtung (finanziert aus Mitteln des Stadtgesundheitsamtes) wurden vereinbart.

Modul 4: Vorgezogenes kinderpsychiatrisches Fallgespräch

Ein vorgezogenes kinderpsychiatrisches Fallgespräch ist im Ausnahmefall innerhalb von drei bis fünf Tagen möglich, und zwar dann, wenn es um schnelle Klärung der Situation und der weiteren Vorgehensweise geht. Mitarbeiter des kinder- und jugendpsychiatrischen Dienstes des Gesundheitsamtes stehen hierfür kurzfristig zur Verfügung.

Modul 5: Fachärztliche Diagnostik und Einschätzung vor Ort

Nicht immer sind Kinder und Jugendliche, die in Heimen leben, bereit, sich in einer Praxis oder Ambulanz untersuchen zu lassen. Deshalb war es auch ein Wunsch der Einrichtungen, dies bei Bedarf vor Ort arrangieren zu können. Entsprechende Vereinbarungen wurden mit interessierten niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern getroffen. Ihre Leistungen werden über die Krankenkasse und über Stiftungsmittel des Jugendamtes vergütet.

Modul 6: Krisenintervention (ohne Selbst- und Fremdgefährdung)

Im Krisenfall ist geregelt, dass eine zeitnahe kinderpsychiatrische Untersuchung innerhalb von drei Tagen – entweder durch einen niedergelassenen Facharzt oder durch den kinder- und jugendpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes – möglich ist.

Modul 7: Notfallsituation (Selbst- und/oder Fremdgefährdung)

Was geschieht in einer psychiatrischen Notfallsituation, zum Beispiel bei einem Suizidversuch oder akuten fremdgefährdenden Handlungen? Hier ist unverzüglich eine kinderpsychiatrische Abklärung einschließlich des stationären Behandlungsbedarfs erforderlich. In der Regel muss dies über die Klinik, ersatzweise über einen niedergelassenen Facharzt erfolgen.



Rotarix[®], der 1. orale Rotavirus-Impfstoff in Europa, verleiht Ihren Patienten frühzeitig einen hohen Schutz vor schwerer Rotavirus-Gastroenteritis – mit nur 2x impfen.

Schutz vor Rotaviren – so früh wie möglich. **Rotarix[®]**

Rotarix[®], Pulver und Lösungsmittel zum Herstellen einer Suspension zum Einnehmen Rotavirus-Lebendimpfstoff. **Zusammensetzung:** Humanes Rotavirus R144A1-Stamm, lebend, attenuiert (mind. 10⁷ ZKID₅₀/Dose). **Bestandteile:** Pulver: Saccharose, Dextran, Sorbitol, Aminosäuren, Dulbecco's medium (DMEM); **Lösungsmittel:** Calciumcarbonat, Xanthan-Gummi, steriles Wasser. **Anwendungsgebiete:** aktive Immunisierung von Säuglingen ab 6 Lebenswochen gegen Rotavirus (RV)-Gastroenteritis; ausschließlich zur oralen Anwendung! **Wirksamkeit gegen RV-Gastroenteritis** durch die Serotypen G1P[8], G2P[4], G3P[8], G4P[8], G9P[8]. Die Impfserie muss auf jeden Fall vor dem Alter von 24 Wochen abgeschlossen sein. Rotarix[®] kann gleichzeitig mit jedem der folgenden monovalenten oder Kombinationsimpfstoffe verabreicht werden: DTPw, DTPa, Hib, IPV, HBV, DTPa-IPV-HB/Hib, Pneumokokken- und Meningokokken-C-Konjugatimpfstoff, ohne das Sicherheitsprofil der oder die Immunantwort auf die verabreichten Impfstoffe zu verändern. Die gleichzeitige Verabreichung von Rotarix[®] mit OPV beeinflusst die Immunantwort auf die Polio-Antigene nicht. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile des Impfstoffes; Überempfindlichkeit nach vorheriger Gabe eines RV-Impfstoffes, Inavagination in der Anamnese, Pat. mit angeborenen Fehlbildungen des GI-Traktes mit Prädispos. zur Inavagination, bekannter vermuteter Immunschwäche, akute Gastroenteritis (Verschiebung der Impfung auf einen späteren Zeitpunkt); Hinweis: Zurückstellung bei akuten, behandlungsbedürftigen, schweren, mit Fieber einhergehenden Erkrankungen, banale Infekte stellen keine Kontraindikation dar. Bei FG < 28. SSW sollte i.R. der Grundimmunisierung eine Überwachung der Atmung erwogen werden. (weitere Hinweise: s. Fach- und Gebrauchsinfos) **Nebenwirkungen:** In placebo-kontrollierten klin. Studien wurde das Auftreten von NW bei ca. 40.200 Säuglingen aktiv bis 14 Tage nach der Impfung überwacht und über folgende NW mit abnehmender Häufigkeit berichtet: Sehr häufig (>1/10): Reizbarkeit, Appetitverlust, häufig (≥1/10, <1/10): Durchfall, Erbrechen, Blähungen, Bauchschmerzen, Aufstoßen, Fieber, Müdigkeit; gelegentlich (≥1/100, <1/10): Schreien, Schlafstörungen, Somnolenz, Verstopfung; selten (≥1/10.000, <1/1.000): Infektionen der oberen Atemwege, Heiserkeit, Schnupfen, Dermatitis, Hautausschlag, Muskelkrämpfe. Das Nebenwirkungsprofil war sowohl bei alleiniger Gabe von Rotarix[®] als auch bei der gleichzeitigen Verabreichung mit anderen Kinderimpfstoffen demjenigen von Kindern, die Placebo bzw. dieselben Kinderimpfstoffe und Placebo erhielten, vergleichbar. Das Inavaginationrisiko wurde in einer Sicherheitsstudie mit >63.000 Probanden untersucht; es ergab sich kein Hinweis auf ein erhöhtes Risiko der Rotarix[®]-im Vergleich zur Placebo-Gruppe. Fälle von Übertragung des ausgeschiedenen Impfvirus auf seronegative Personen wurden beobachtet, jedoch ohne Symptome auszulösen. Symptome, die in der Postmarketing surveillance beobachtet wurden: Apnoe bei FG < 28. SSW. Rotarix[®] ist ausschließlich zur oralen Anwendung bestimmt und darf nicht injiziert werden! Keine Mischung mit anderen Arzneimitteln in der Spritze! **Verschreibungs-pflichtig!** GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG, 80700 München Stand September 2008

Unser MED INFO & SERVICE CENTER erreichen Sie montags bis freitags von 8 bis 20 Uhr (gebührenfrei), Tel. 0800 1 22 33 55, Fax 0800 1 22 33 66, service.info@gsk.com, medzin.info@gsk.com

Palliativversorgung – Ein Erfahrungsbericht

Die Weltgesundheitsorganisation definiert Palliativmedizin als einen „Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert sind. Dies geschieht durch Vorbeugung und Linderung des Leidens mittels frühzeitiger Erkennung und korrekter Beurteilung sowie der Behandlung von Schmerzen und anderen Beschwerden körperlicher, psychologischer und spiritueller Art“.

Landesweites Rahmenprogramm 2005 verabschiedet

Im Mai 2005 wurde von der Landesgesundheitskonferenz in Nordrhein-Westfalen das Rahmenprogramm zur Umsetzung einer flächendeckenden ambulanten Palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung verabschiedet. Ziel des Programms ist es, Patienten mit einer nicht heilbaren und fortschreitenden Erkrankung zu ermöglichen, die letzte Lebensphase zu Hause zu verbringen, sofern sie dies wünschen. Internationale Studien belegen, dass etwa 70 Prozent der Schwerstkranken ihre letzte Lebensphase zu Hause verbringen möchten und dies auch können, wenn sie von entsprechend

Heftige Diskussionen sind in den letzten Jahren immer wieder um das Thema Sterbehilfe entbrannt. Ist aktive Sterbehilfe im Einzelfall und unter bestimmten Umständen zu vertreten oder muss sie aus ethischen Gründen grundsätzlich abgelehnt werden? Eine bessere Palliativversorgung könnte dazu beitragen, medienwirksame Diskussionen um illegale Sterbehilfe künftig im Keim ersticken zu lassen. Der Grundgedanke der Palliativversorgung ist es, alles dafür zu tun, dass schwerkranke Menschen die letzte Phase ihres Lebens möglichst schmerzfrei in der gewohnten häuslichen Umgebung verbringen können. Seit der Gesundheitsreform 2007 hat jeder gesetzlich Krankenversicherte einen Anspruch auf die so genannte „spezialisierte ambulante Palliativversorgung“. Ihre Berücksichtigung im Sozialgesetzbuch V muss als ein Meilenstein auf dem Weg zur Etablierung der Palliativversorgung in Deutschland gesehen werden.

qualifizierten Palliativärzten und -pflegediensten zu Hause versorgt werden. De facto versterben in Deutschland jedoch gut zwei Drittel aller Menschen im Krankenhaus.

Regionale Palliativnetzwerke, in denen vor allem behandelnde Haus- und Fachärzte mit qualifizierten Palliativärzten, ambulanten Palliativpflegediensten und Hospizdiensten kooperieren – aber auch eine ganze Reihe weiterer Professionen – sollen dazu beitragen, diese Quote deutlich zu senken. Schwerstkranken Patienten werden von ihrem Haus- oder Facharzt primär versorgt. Bei schwer zu kon-

trollierenden Symptomen, komplexen psychosozialen Situationen etc. können die behandelnden Ärzte auf Kollegen mit palliativmedizinischer

„...nicht dem Leben mehr Tage geben, sondern den Tagen mehr Leben“ (Cicely Saunders)

Expertise aus dem ambulanten oder stationären Bereich zurückgreifen. Diese werden unterstützend tätig, in Form einer Beratung oder auch zur Mitbehandlung. Gleichmaßen beziehen sie ambulante Palliativpflege- und Hospizdienste ein.

Die zentrale Frage ist, ob für jeden einzelnen Patienten die Pflege und die medizinische Versorgung zu Hause gut verwirklicht werden

kann. Im Sinne des Programms geht es nicht um ein Besser oder Schlechter von ambulanter oder stationärer Versorgung, sondern darum, was für den Patienten und seine Angehörigen das Richtige ist. Cicely Saunders, Begründerin des ersten Hospizes in England 1967, sagt über das Ziel der Palliativversorgung und Hospizbewegung: „Wir wollen nicht dem Leben mehr Tage geben, sondern den Tagen mehr Leben.“

Auf- und Ausbau der Infrastruktur in Nordrhein

Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein hat gemeinsam mit einigen Krankenkassen zu Beginn des Jahres 2006 einen ersten Pilotvertrag geschlossen, der zunächst modellhaft die Umsetzung des oben genannten Rahmenprogramms in Köln zum Ziel hatte. Schon im Spätsommer 2006 gab es eine so große Nachfrage, dass die Vertragspartner eine Ausweitung auf weitere Palliativnetzwerke beschlossen. Bis Ende 2008 waren es bereits über 30. Nur wenige Gebiete in Nordrhein sind bisher noch nicht erschlossen (siehe Karte).

Seit Mitte 2007 liegt auch ein Vertrag mit den Ersatzkassen vor und die Betriebskrankenkassen ziehen ebenfalls mit Verträgen zur Integrierten Versorgung nach.

In der Region Nordrhein ist demnach eine positive Entwicklung zum Ausbau der Palliativversorgung zu konstatieren: Mittlerweile nehmen gut 800 Ärzte an den Verträgen zur Palliativversorgung teil, davon über 200 als qualifizierte Palliativärzte. In Westfalen sind andere Verträge geschlossen worden, wobei die Zahl der teilnehmenden Ärzte ähnlich ausfällt. In anderen Bundesländern findet sich ein buntes Potpourri an Verträgen und Konzepten, die von einzelnen Krankenkassen abgeschlossen wor-

den sind. Flächendeckend ist allerdings kaum einer dieser Verträge angelegt.

Vom Rahmenprogramm zur Gesundheitsreform

Das Rahmenprogramm des Landes NRW hat bundesweite Beachtung gefunden. Gleichzeitig differenzierte sich die Palliativmedizin auch in sprachlicher Hinsicht, so dass Mitte 2006 in Deutschland erstmals die Rede von einer spezialisierten ambulanten Palliativversorgung war. Viele gesellschaftliche Gruppen und insbesondere die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin und der Deutsche Hospiz- und Palliativverband (damals noch die Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz) setzten sich dafür ein, dass die spezialisierte ambulante Palliativversorgung gesetzlich verankert wird und somit jeder gesetzlich Krankenversicherte einen Anspruch darauf hat. Dieses Bemühen war letztlich erfolgreich. Im Rahmen der letzten Gesundheitsreform wurde die spezialisierte ambulante Palliativversorgung in das Sozialgesetzbuch V aufgenommen, was als echter Meilenstein in der medizinischen Versorgung in Deutschland bezeichnet werden kann (siehe Kasten). Bedauerlicherweise wurde jedoch die allgemeine Palliativversorgung in das Sozialgesetzbuch V aufgenommen, was als echter Meilenstein in der medizinischen Versorgung in Deutschland bezeichnet werden kann (siehe Kasten). Bedauerlicherweise wurde jedoch die allgemeine Palliativversorgung in das Sozialgesetzbuch V aufgenommen, was als echter Meilenstein in der medizinischen Versorgung in Deutschland bezeichnet werden kann (siehe Kasten).

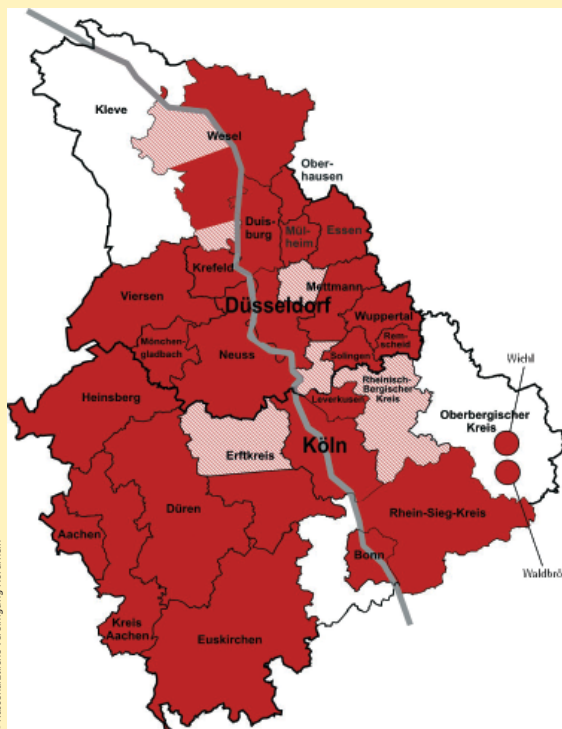
In Folge der Gesetzesänderung wurde der Gemeinsame Bundesausschuss, bestehend aus Vertretern der gesetzlichen Krankenversicherung, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft, beauftragt, qua Richtlinie Vorgaben für die Verordnung zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung zu machen. Diese wurde im März 2008 im Bundesanzeiger veröffentlicht. Inhaltlich entspricht die Richtlinie in vielen Punkten dem Rahmenprogramm NRW. Bei der Umsetzung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung ist nun darauf zu achten, diese in die bereits aufgebaute Infrastruktur gut zu integrieren.

Palliativversorgung und öffentliche Gesundheit

Mit Blick auf die öffentliche Gesundheit und die kommunale Ebene sind die folgenden Punkte zu nennen:

- Die Angebote zur allgemeinen und spezialisierten ambulanten Palliativversorgung müssen gut mit der kommunalen Ebene vernetzt sein. Dies kann zum Beispiel über kommunale Gesundheits- und Pflegekonferenzen erfolgen.
- Beratungsstellen für Demenzerkrankte und Beauftragte für die Belange behinderter Menschen sind zentrale Ansprechpartner in der Kommune und können

Die Karte zeigt, in welchen Gebieten es bereits Netzwerke, basierend auf den vorliegenden Verträgen, gibt (rot), und wo Netzwerke im Aufbau sind (schraffiert). In anderen Regionen ist die Infrastruktur durchaus vorhanden, jedoch aus verschiedenen Gründen noch nicht vertraglich erschlossen (weiß).



aus der Region Nordrhein

Palliativversorgung in der Praxis

Voraussetzungen zur Teilnahme am NRW-Rahmenprogramm

Haus- oder Fachärzte müssen eine 40-stündige Kursweiterbildung Palliativmedizin nach dem Curriculum der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin und der Bundesärztekammer absolvieren. Sie können Patienten jedoch bereits vorher behandeln, sofern sie relevante Erfahrungen nachweisen und am Kurs Palliativmedizin innerhalb von zwei Jahren nach Vertragsbeitritt teilnehmen. Qualifizierte Palliativärzte (QPA) müssen neben dem oben genannten Basiskurs innerhalb von zwei Jahren nach Beitritt 120 Stunden Fallseminare einschließlich Supervision nachweisen und eine Abschlussprüfung bestehen.

Pflegedienste müssen belegen, dass ihre hauptamtlichen examinierten Pflegekräfte neben ihrer Basisausbildung einen Palliative-Care-Kurs über 160 Stunden absolviert haben. Sofern bereits ein Netzwerk vorhanden ist, können interessierte Ärztinnen und Ärzte den Verträgen beitreten, indem sie die Teilnahmeerklärungen an die zuständige Bezirksstelle senden. Falls noch kein Netzwerk vorhanden ist, müssen sich mindestens fünf Ärzte (davon zwei qualifizierte Palliativärzte) zusammenschließen, um ein Netzwerk zu gründen. Erst dann können sie den Versorgungsverträgen beitreten.

Schnittstellen zu den Angeboten der Hospizbewegung und Palliativversorgung darstellen.

- Darüber hinaus ist im Rahmen der Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen eine Verzahnung mit psychosozialen Angeboten der Kommune von zentraler Bedeutung.
- Neben direkten Betreuungsangeboten für Kinder mit lebenslimitierenden Erkrankungen ist auch vorstellbar, dass sich die Kommune bei Angeboten für Geschwisterkinder und Eltern engagiert.

Fazit

Eine gute allgemeine und spezialisierte ambulante Palliativversorgung sollte den Wunsch des Patienten und seiner Angehörigen in den Mittelpunkt stellen und sich damit dem Hospizgedanken verschreiben. Somit unterstützt sie ihn darin, die letzte Lebensphase bei relativ hoher Lebensqualität im Kreise seiner Familie zu verbringen und Abschied zu nehmen. Gleichermaßen erfahren die Angehörigen eine Begleitung und Stärkung auf diesem Weg. Die Aussage des Essayisten Octavio Paz „Der Tod, den ich will, trägt mein Gesicht“ verdeutlicht diesen Gedanken einmal mehr.

Wenn die Versorgung in der letzten Lebensphase individuell gestaltet werden kann, trägt dies dazu bei, dass auch die Gesundheit der Angehörigen dabei im weitesten Sinne erhalten bleibt. Die ambulante Palliativversorgung hat somit auch einen präventiven Charakter.

Dagmar Starke
Dagmar.Starke@kvno.de

Dr. phil. Dagmar Starke ist Referentin für gesundheitspolitische Grundsatfragen bei der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein.

Fragen an Dr. med. Udo Kratel, Hausärztlicher Internist und Palliativmediziner in Dormagen:

Herr Kratel, welche Erfahrungen haben Sie beim Aufbau der Palliativnetzes Dormagen gemacht?

U. Kratel: Der Aufbau des Palliativnetzes in Dormagen war von heftigen Geburtswehen begleitet. Dennoch haben wir bereits im Mai 2007 das Dormagener Palliativ-Netzwerk gründen können. Die im vorausgegangenen Kölner Modellprojekt gewonnenen Erfahrungen haben in beträchtlichem Maße dazu beigetragen, die Dormagener Ärzteschaft zu einem verstärkten Engagement zu motivieren. Hilfreich waren in der Pionierphase sicherlich mehrere Faktoren: zum einen die sachkundige Unterstützung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, die Palliativverträge in Abstimmung mit dem NRW-Rahmenprogramm entwickelt hat; zum anderen ein bereits vorhandenes lokales Ärztenetz mit einer gut funktionierenden Infrastruktur und Kommunikationsbasis.

Wichtig war auch ein „kollegialer Nucleus“, also eine Kerntruppe von haus- und fachärztlichen Kollegen, die bereits die zukünftige Bedeutung der Palliativmedizin erkannt und sich zum Teil selbst in diesem Fach weitergebildet hatte. Dazu kommen – so paradox dies klingen mag – die sich verschlechternden ökonomischen Praxisbedingungen, die bei einzelnen Akteuren zu verstärktem Interesse und Engagement in extrabudgetären Betätigungsfeldern führten.

Natürlich gab es auch zahlreiche Hürden, die überwunden werden mussten, so zum Beispiel eine generelle Skepsis vieler Ärzte gegenüber Versorgungsverträgen, die seitens der Kassenärztlichen Vereinigung entwickelt wurden, eine unzureichende Gesprächs- und Konsultationskultur der Ärzte untereinander, die Folge einer immer noch spürbaren, aber meiner Einschätzung nach obsoleten „Einzelkämpfer-Mentalität“ der Praxisinhaber sein könnte.

Auch spürte man einen gewissen Argwohn gegenüber einer neuen Versorgungsgebene, dem qualifizierten Palliativarzt, sowie die Sorge vor Inanspruchnahme der Kollegen seitens der Palliativpatienten zu Nachtzeiten oder am Wochenende.

Dennoch gelang es innerhalb von etwa zwei Jahren, die angesprochenen Hürden Schritt für Schritt zu nehmen und auf lokaler Ebene anfangs 18, aktuell 32 Ärzte in das Palliativnetzwerk einzubinden und die Palliativverträge „mit Leben zu füllen“.

Sie haben kürzlich ein ambulantes Palliativzentrum (APZ) in Dormagen eröffnet. Wie arbeitet es und welche Resonanz gab es in der Öffentlichkeit darauf?

U. Kratel: Das APZ wurde an ein neu gebautes Seniorenzentrum angegliedert. Unter der fachkundigen Leitung der Koordinatorin, die zugleich Hospizkoordinatorin und Palliative-Care-Krankenschwester ist, wird dort im Verbund mit vier qualifizierten Palliativärzten das gesamte Spektrum der Palliativbetreuung zentral organisiert. Fragen an das APZ kommen vor allem aus Bereichen, in denen auf Hausarzt-Ebene noch keine engagierte Palliativversorgung angeboten wird. Von entscheidender Bedeutung war es sicherlich, die Öffentlichkeit im Rahmen einer Pressekonferenz über die gute Kooperation und Vernetzung aller relevanten Akteure umfassend zu informieren. Die Resonanz in der Bevölkerung war durchweg positiv.

Wie hat die kommunale Ebene auf die Gründung des APZ reagiert und wie könnte generell eine Verzahnung von Palliativversorgung und kommunaler Ebene aussehen?

U. Kratel: Eine Reaktion der Kommune oder des Kreises steht noch aus, mit Ausnahme der Kreisgesundheitskonferenz, die sich im November des Themas annahm. Durch regelmäßige Informationsarbeit des Palliativnetzes soll künftig die Kooperation mit der Stadt Dormagen und dem Rhein-Kreis Neuss gestärkt und eine bessere Verankerung im lokalen und regionalen Versorgungssystem erwirkt werden.

Im Kern und auf den einzelnen Palliativpatienten und ihre Angehörigen bezogen, bleiben Palliativmedizin und -pflege jedoch primäre Aufgabe der Haus- und Fachärzte, der ambulanten Pflegedienste, der Hospizbewegung u.v.m. Die hier gewachsenen vertrauensvollen Beziehungen zwischen Patienten und Ärzten sowie Pflegekräften stellen für mich das Fundament einer guten Palliativbetreuung dar, das den Schwerkranken ein „Leben und

Sterben in Würde“ ermöglichen kann. Durch die Gründung des ambulanten Palliativzentrums ist es auf kommunaler Ebene erstmalig gelungen, alle Fäden der Palliativbetreuung zentral zusammenlaufen zu lassen, um eine optimale und koordinierte Patienten-Betreuung durch alle Akteure sicherzustellen. Das APZ benötigt aber in jedem Fall gesundheitspolitische und ökonomische Unterstützung, die auch von der kommunalen Ebene geleistet werden sollte. Hierzu ist eine gute Öffentlichkeitsarbeit notwendig. Den Gesundheitsreferenzen könnte eine Vorreiter-Rolle zur Koordination dieser Maßnahmen an zentraler Stelle zufallen.

Was wünschen Sie sich zur Weiterentwicklung der Palliativversorgung in Deutschland und speziell hier in Nordrhein-Westfalen?

U. Kratel: Für den weiteren Ausbau der Palliativbetreuung wird es wichtig sein, die allgemeine und spezialisierte ambulante Palliativversorgung sinnvoll zu verzahnen. Leider existieren gerade für diesen Vernetzungsprozess selbst auf Bundesebene bislang nur wenige tragfähige Konzepte. Die existierenden Palliativverträge in Nordrhein stellen meiner Ansicht nach eine sehr gute Basis dar, um die allgemeine Palliativversorgung auf der Hausarzt-Ebene in Kooperation mit den qualifizierten Palliativärzten sowie allen anderen Akteuren umfassend und patientenzentriert zu organisieren. Eine dergestalt fundierte allgemeine Palliativversorgung könn-

te – unter Berücksichtigung der lokal gewachsenen Strukturen – um die Elemente der spezialisierten Versorgung erweitert und ausgebaut werden, damit auch in komplexen Palliativsituationen eine kompetente Betreuung vor Ort gesichert ist.

Individuell aufgestellte Palliative-Care-Teams unter Einbeziehung der Haus-, Fach- und Palliativärzte, Palliativpflegedienste, Hospizbewegung, Seelsorger sowie weitere spezialisierter Versorger sollten nach meiner Überzeugung ein integratives Versorgungs- und Betreuungsangebot für jeden einzelnen Patienten und seine Angehörigen entwickeln, das alle Aspekte der ambulanten Palliativversorgung umfasst und nicht zu einer künstlichen Separation neuer Versorgungsebenen führt, in der Partikular- oder Gruppeninteressen dominieren.

Dieser integrative Ansatz ist im Ambulanten Palliativ-Zentrum Dormagen verfolgt worden, und mein Wunsch ist es, möglichst alle Haus- und Fachärzte sowie Pflegedienste der Stadt und der Region in diese neue Institution der Palliativbetreuung einbinden zu können. So könnte es gelingen, der originären Hospizidee und den Zielen der Palliativbetreuung näher zu kommen, den Schwerkranken und Sterbenden ein Leben und Sterben in Würde im vertrauten häuslichen Umfeld zu ermöglichen.

Interview: Dagmar Starke

§ 37b SGB V

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung:

Das SGB V wurde im Zuge der letzten Gesundheitsreform (2007) um den Paragraphen 37b ergänzt. Die spezialisierte Palliativversorgung umfasst neben ärztlichen auch pflegerische Leistungen. Sie ist überwiegend für Patienten vorgesehen, die an einer weit fortgeschrittenen und nicht heilbaren Erkrankung leiden. Im Wesentlichen geht es dabei um eine optimierte Schmerzbehandlung und Symptomkontrolle. Versicherte sollen nach Möglichkeit in der ihnen vertrauten häuslichen Umgebung verbleiben können.

Kinder in Armutsverhältnissen



Der Anteil der Kinder, die in Deutschland unter Armutsverhältnissen aufwachsen, steigt von Jahr zu Jahr. Sie laufen Gefahr, von klein auf in einen Teufelskreis aus schlechter Gesundheit, mangelhafter Bildung und allenfalls geringfügigen Arbeitsmarktchancen zu geraten. Oftmals landen sie dann selbst in einer Elternschaft, die ihren Kindern kein so förderliches Umfeld bieten kann, um diesen Teufelskreis nachhaltig zu durchbrechen.

Das Buch von Raimund Geene und Carola Gold zeigt die Defizite der bisherigen Interventionsstrategien auf, beschreibt aber auch viel versprechende Alternativen.

In vier überschaubaren und gut lesbaren Kapiteln ermöglicht das Buch einen umfassenden und dennoch übersichtlichen Überblick über den aktuellen Stand von Theorie und Praxis. Das erste Kapitel beleuchtet Hintergrundwissen zu den Zusammenhängen von Armut und Gesundheit sowie zur Resili-

enzforschung. Der zweite Teil thematisiert fortan die Vorteile des Setting-Ansatzes zur Gesundheitsförderung und beschreibt übergeordnete Aktivitäten und Kooperationen auf Bundesebene, um diesem Ansatz stärker als bisher Geltung zu verschaffen. Das dritte Kapitel widmet sich schwerpunktmäßig dem Thema Frühförderung und Frühe Hilfen. Hier wird deutlich aufgezeigt, dass viele Maßnahmen bisher zu sehr mittelschichtorientiert ausgelegt sind. Sie setzen in den meisten Fällen viel zu spät ein und den beteiligten Hilfestrukturen fehlt es oftmals an gegenseitiger Abstimmung und Ergänzung. Abschließend wird im vierten Abschnitt dargestellt, welche Ansätze im Bereich von Gesundheitsförderung und frühen Hilfen tatsächlich Menschen in schwierigen Lebenssituationen erreichen und deren Selbsthilfekräfte fördern. Dies gelingt am ehesten, wenn man ihnen auf Augenhöhe begegnet und Wertschätzung entgegenbringt.

Das Buch bietet verantwortlichen Akteuren Orientierungshilfen bei der (Neu-) Ausrichtung ihrer Interventionsstrategien. Ferner gibt es einen weiteren Impuls für den scheinbar überfälligen Paradigmenwechsel in Richtung einer stärker präventiv ausgerichteten Jugend- und Gesundheitshilfe.

Carsten Rumpelstin

Kinderarmut und Kindergesundheit

Hrsg. von Raimund Geene und Carola Gold.
Bern: Verlag Hans Huber 2009. 172 S., 24,95 EUR
ISBN 978-3-456-84635-4

So spannend wie eine gute Reportage: Gesundheitsberichte „in Form“ gebracht



Lange Zeit galten Gesundheitsberichte als staubtrocken, langweilig und bürokratisch. In den letzten Jahren sind sie jedoch zu einem wichtigen Instrument des gesundheitspolitischen Agierens geworden. Ein guter Gesundheitsbericht ist verständlich und ein abgestimmtes „Gesamtkunstwerk“ aus eindeutigen Texten, übersichtlichen Tabellen und anschaulichen Infografiken. Vor allem soll er gern und mit Interesse gelesen werden und die Politiker sowie die Bevölkerung gleichermaßen erreichen. Nur so kann der Gesundheitsbericht die geeignete sachliche Grundlage für gesundheitspolitische Entscheidungen sein; nur so kann er diese auch für die Bevölkerung transparent und nachvollziehbar machen. „In einer Welt, in der die Menschen über Informationsüberflutung klagen, kann man nicht mehr voraussetzen, dass gute Gesundheitsberichte von allein bekannt werden“, heißt es im Vorwort des Bandes. Über ein ansprechendes Layout, die passende Gestaltung und die Verteilung an die richtige Zielgrup-

pe kann der Leser in diesem Werk viel lernen. Diese Handlungshilfe ist uneingeschränkt allen Mitarbeitern der Kommunalverwaltungen zu empfehlen, zu deren Aufgaben das Schreiben von Gesundheitsberichten zählt.

Hinweisen möchte ich noch darauf, dass inzwischen drei solcher Handlungshilfen vom Bayerischen Landesamt für Gesundheit und

Lebensmittelsicherheit vorliegen: eine allgemeine Einführung, eine Darstellung epidemiologischer Verfahren und eine Erläuterung von kommunal verfügbaren Datenquellen. Alle Handlungshilfen stehen auf den Internetseiten des Landesamtes zum Download zur Verfügung. Unbedingt reinschauen!

Petra Münstedt

Mediale Aspekte der Gesundheitsberichterstattung.

Handlungshilfe.
Von Joseph Kuhn, Susanne Hassen, Manfred Wildner.
Hrsg. vom Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit.
Erlangen 2008, 46 S.
(Schriftenreihe GBE-Praxis, Band 4)
ISBN 978-3-939652-64-9 (Print)
ISBN 978-3-939652-65-6 (Online)

Sämtliche Bände dieser Schriftenreihe sind zum Download auf der Internetseite des Bayerischen Landesamtes für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit verfügbar: www.lgl.bayern.de

Alarmplanung im Krankenhaus



Das nicht einfache Gebiet der Krankenhausalarmplanung wird in dem hier vorliegenden Werk mustergültig bearbeitet. Um den Herausgeber Detlef Cwojdzinski, der als Katastrophenschutzreferent in der Berliner Senatsverwaltung wirkt, haben sich zahlreiche fachlich sehr gut ausgewiesene Autorinnen und Autoren zusammengesetzt, um das Thema in einem Guss zu bewältigen. Insbesondere Dr. Ulrich Schneppenheim vom DRK-Klinikum Westend in Berlin oder auch die Referentin für Infektionsschutz des Landes Berlin, Dr. Marlen Suckau, sollen hier genannt werden. In den beiden Bänden werden in Form von äußerst lesenswerten Artikeln sowie in übersichtlich gehaltenen Checklisten die wichtigsten Einzelthemen bearbeitet. Dazu gehört zum Beispiel eine Einführung in interne und externe Schadenslagen im Krankenhaus oder auch das Vorgehen bei Kontaminationsverdacht bei entsprechenden Lagen. Das Erstellen von Musteralarmplänen wird ausgiebig erörtert. Auch ein Kapitel über die Vorbereitung auf die Influenza-

Pandemie darf nicht fehlen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Öffentlichen Gesundheitsdienstes dürften von diesen beiden Bänden profitieren, da sie häufig in den Kliniken zu eben diesen Themen konsultiert werden. Im Falle einer Katastrophe sind darüber hinaus Krankenhäuser sehr rasch mitzubeteiligt. Insofern wecken die Bände bei den Vertreterinnen und Vertretern des ÖGD Verständnis für die Vorbereitungen und Strukturen der Kliniken.

Für jeden Leser der Bände, egal in welchem Gebiet er im Gesundheitswesen beschäftigt ist, wird allerdings nach der zu empfehlenden gründlichen Lektüre eines völlig deutlich: Nur die vor einer Gefahrenlage absolvierten Übungen und deren kritische Auswertung helfen weiter; das reine Besitzen solcher Bücher – ohne sich mit den Details auseinander zu setzen – dagegen überhaupt nicht. Den beiden Bänden ist insofern eine Leser-

schaft zu wünschen, die versucht, die Hinweise in der Praxis umzusetzen.

Martin Dirksen-Fischer

Dirksen-Fischer@eimsbuettel.hamburg.de

Cwojdzinski, Detlef (Hrsg.)
Krankenhausalarmplanung.
Cwojdzinski/Kammel/Schneppenheim/Suckau/Ulbrich
Teil 1: Grundlagen Krankenhausalarmplanung.
Teil 2: Praxis
Berlin 2008, 2 Ringordner DIN A4 und CD-ROM.
Beide Bände zus. 98,80 EUR
ISBN 978-3-940286-04-8

Gesundheitsämter können beide Bände kostenfrei erhalten!
Bestelladresse:
Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe
Bestellservice, Frau Schäfer
Provinzialstraße 93
53127 Bonn/Lengsdorf

Internet-Tipp

www.kompetenznetze.nrw.de

Wer Fach- und Erfahrungswissen zu den Themengebieten Arbeitsschutz, Gefahrstoffe, Arbeitssicherheit, Strahlenschutz oder Arbeitsgestaltung u. ä. sucht, sollte einmal auf die Seiten *KomNet – Kompetenznetze NRW* schauen. Dieses Beratungsangebot ist vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen herausgegeben und bietet Wissensdatenbanken mit Fakten und Praxislösungen zu allen Fragen rund um den Arbeitsschutz. Die Anfragen werden von Experten bearbeitet und entsprechen somit einem gesicherten Qualitätsstandard. Der Besucher dieser Webseite kann entweder Stichworte eingeben oder über eine Thementauswahl suchen. Die Datenbanken werden ständig aktualisiert und um neue Beratungsdialo-ge ergänzt. Um selbst eine Frage an die Fachleute zu stellen oder den Beratungsservice nutzen zu können, ist eine Anmeldung nötig, die aber schnell und problemlos geschieht. Aus eigener guter Erfahrung möchte ich diese Seiten sehr empfehlen.

mün

Neue Bücher

Gesundheitszustand der Erde: bedenklich!



Fest steht: Der Planet Erde verändert sich. Dieser Bildband zeigt auf sehr packende Weise, wie sehr der Mensch schon in ein komplexes und sensibel ineinander verflochtenes ökologisches System eingegriffen hat. Schnell wird dem Betrachter bei Durchsicht des Buches klar, dass die Natur an vielen Stellen dieser Erde schon aus dem Gleichgewicht geraten ist. Wie die Erde einmal ausgehen hat und was aus ihr gemacht worden ist... Dem Leser kommt schnell die Vermutung, dass der technische und wirtschaftliche Fortschritt, die ausgedehnte Landwirtschaft, sowie der gesteigerte Wohlstand, Konsum und der vermehrte Massentourismus die Lebensqualität der Menschen letztendlich mehr beeinträchtigt als verbessert hat. Fast 300 Fotos zeigen in diesem Bildband sehr eindrücklich die Natur- und Umweltzerstörung. Jeweils zwei Auf-

nahmen, die im Abstand von mehreren Jahren denselben Ort abbilden, aber immer wieder aus dem gleichen Blickwinkel gemacht wurden, enthüllen eindringlich, wie die gefährlichen Veränderungen fortschreiten. Zu sehen bekommen wir Bilder von ausgetrockneten Seen, abgeholzten Wäldern, von Flutkatastrophen, aber auch von Bautätigkeiten gigantischen Ausmaßes in Megastädten wie z. B. Hongkong, Mexiko, Dubai oder São Paulo. Mit den aufschlussreichen Begleittexten von Fred Pearce, einem Geographen und Umweltjournalisten, liegt mit dieser Neuerscheinung ein äußerst bewegendes Buch vor, das zur Auseinandersetzung mit der Thematik anregt und jeden politisch und ökologisch Interessierten ansprechen wird.

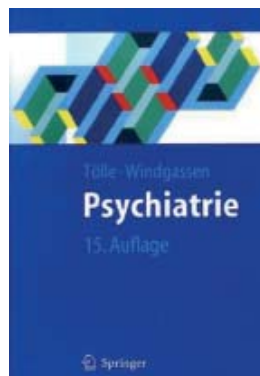
Hingewiesen sei an dieser Stelle auf die 10. Jahrestagung der Akademie, am 15. Oktober 2009, die unter dem Thema steht: *Die Auswirkungen des Klimawandels auf die öffentliche Gesundheit*, und die sich speziell mit den Gesundheitsfolgen der Wetterveränderungen beschäftigt wird.

Petra Münstedt

Pearce, Fred
Die Erde früher und heute.
Bilder eines dramatischen Wandels. Text: Fred Pearce. Mit einem Vorwort von Zac Goldsmith.
2. Auflage.
Köln: Fackelträger Verlag 2008, 288 S., 290 Abb., 39,95 EUR
ISBN 978-3-7716-4349-2

Grundlagen der Psychiatrie

„Der Töle“ ist unter den Psychiatrie-Lehrbüchern ein Klassiker. Nun liegt er in der 15., aktualisierten Auflage vor. Das Kapitel über die Kinder- und Jugendpsychiatrie und das Grundlagenwissen über die Psychotherapie hat in der Neuauflage eine besondere Beachtung erfahren. Neu hinzugekommen sind außerdem die authentischen Berichte von Patienten, die im Anschluss daran erörtert und analysiert werden. So kann der Leser auch unmittelbar an dem Erleben des Patienten teilhaben und bekommt einen nahen Einblick in dessen Gefühlswelt. Anhand der unähnlichen Patientenschicksale wird dem Leser schnell deutlich, dass jede Erkrankung seine eigenständige Entstehungsgeschichte hat. Das Buch stellt die wichtigsten psychiatrischen Erkrankungen vor, erläutert die Untersuchung, Diagnostik und Klassifikation und beschreibt die erwägbareren Therapien. Durch eine Vielzahl an Repetitorien wird dem Leser die Möglichkeit geboten, das eigene Wissen selbstständig zu überprüfen. Für Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst, die beabsichtigen, sich mit den grundlegenden Erkenntnissen der Psychiatrie und Psychotherapie vertraut zu machen sowie für Teilnehmende am Weiterbildungskurs ÖGW, die sich auf das Modul „Medizinische Begutachtung, Gerichts-



medizin, Gerichtliche Psychiatrie“ vorbereiten wollen, ist dieses zuverlässige sowie anschauliche Lehrbuch und Nachschlagewerk sehr geeignet.

mün

Töle, Rainer und Windgassen, Klaus
Psychiatrie. Einschließlich Psychotherapie. Kinder- und Jugendpsychiatrische Bearb. von Reinhart Lempp u. a. 15., überarb. u. erw. Auflage.
Berlin: Springer Verlag 2009, 442 S., 39,95 EUR
ISBN 978-3-540-79211-6
(Springer-Lehrbuch)

Raucher müssen draußen qualmen?

Bei der Umsetzung des Nichtraucherschutzes kommt es in der Praxis immer wieder zu Besonderheiten und Ausnahmeregelungen. Hinzu kommt, dass es eine Vielzahl von landesrechtlichen Unterschieden gibt, weil die Zuständigkeit für den Gaststättenbereich und den Gesundheitsschutz bei den einzelnen Bundesländern liegt. Eine Vielzahl von Fragen sind zu klären: Kollidiert z. B. das Rauchverbot mit dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht (Art. 2 Abs. 1 Grundgesetz) oder der Berufsfreiheit (Art. 12 Abs. 1 GG)? Welche Sonderregelungen bestehen in den einzelnen Bundesländern? Führen die Rauchverbote in Einraum-Kneipen nicht zu einem Wettbewerbsnachteil? Gibt es in einigen Bundesländern Ausnahmeregelungen für „Brauchtumsveranstaltungen“? Die Antwort ist hier: Weil die Bier-, Wein- und Festzelte im Rahmen von Volksfesten z. B. nur für wenige Tage oder Wochen im Jahr aufgestellt werden, wurde vom Gesetzgeber entschieden, dass für die Gäste und das Bedienungspersonal keine so starken Gesundheitsgefährdungen durch das Passivrauchen bestehen wie bei ortsfesten Gastronomiebetrieben. Das Rauchverbot kommt also bei Schützenfesten und Volksfesten nicht zur Anwendung. In allen Ländern sind stationäre Gesundheitseinrichtungen – wie vor allem die Krankenhäuser – dem gesetzlichen Nichtraucherschutz unterworfen. Jedoch sehen einige Landesgesetze in „medizinisch indizierten Ausnahmetatbeständen“ individuelle Ausnahmemöglichkeiten zu. So stellt sich die Rechtslage für Nordrhein-Westfalen (und für die meisten anderen Bundesländer) so dar: Ausnahmen vom grundsätzlichen Rauchverbot können z. B. für Personen zugelassen werden, die sich in palliativmedizinischer oder psychiatrischer Behandlung befinden oder bei denen die Untersagung des Rauchens dem Therapieziel entgegensteht. Die Entscheidung, ob im Einzelfall das Rauchen erlaubt werden kann, trifft die Leitung der Einrichtung in Abstimmung mit den behandelnden Ärzten oder – je nach Landes-



recht – allein die behandelnden Ärzte. Diesen und anderen Regelungen rund um das Nichtraucherschutzgesetz geht die vorliegende Neuerscheinung nach. Im Mittelpunkt steht die Darstellung der Systematik und der Inhalte der bundes- und landesrechtlichen Gesetzgebung. Mit eingehenden Kommentierungen und zahlreichen Auszügen aus Gerichtsurteilen zum Nichtraucherschutzrecht wird in diesem Buch nicht nur über die aktuelle Gesetzeslage informiert, sondern auch eine gute Hilfestellung bei der Umsetzung der rechtlichen Vorgaben gegeben. Die Autoren sind Experten: Martin Breitkopf ist Referatsleiter im Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen und Frank Stollmann ist dort Leiter der Gruppe „Öffentliches Gesundheitswesen“. Mit einem ausführlichen Literaturverzeichnis sowie einem Abdruck sämtlicher bundes- und landesrechtlicher Bestimmungen stellt diese Veröffentlichung eine verlässliche und umfassende Informationsquelle dar.

mün

Breitkopf, Helmut und Stollmann, Frank
Nichtraucherschutzrecht.
Darstellung
Wiesbaden: Kommunal- und Schulverlag 2008, 122 S., 25,00 EUR
ISBN 978-3-8293-0847-2
(Praxis der Kommunalverwaltung)

Fünfgeld, Liv
Legionellenprävention in Trinkwasser-Erwärmungsanlagen.
Literaturanalyse und Entwicklung eines technisch-wirtschaftlichen Konzepts für das Carl-Thiem-Klinikum in Cottbus.
Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller 2008, 92 S., 49,00 EUR
ISBN 978-3-639-07699-8

Müller, Hans E. u. a.
Legionellen, ein aktuelles Problem der Sanitärhygiene.
Infektion und Bekämpfung.
Renningen: Expert Verlag 2008, 198 S., 45,00 EUR
ISBN 978-3-8169-2725-9

Bertling, Lutz
Erlaubt – Verboten in Gastronomie und Gemeinschaftsverpflegung 2008/2009.
Lebensmittelrechtliche Bestimmungen praktisch angewandt. Hospitality Management. 11., überarb. u. erw. Auflage
Frankfurt am Main: Deutscher Fachverlag 2008, 449 S., 78,00 EUR
ISBN 978-3-86641-149-4

Mattejat, Fritz und Lisofsky, Beate (Hrsg.)
Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker.
Bonn: Balance Buch und Medien Verlag 2008, 224 S., 14,95 EUR
ISBN 978-3-86739-025-5

Bauer, Annemarie und Gröning, Katharina (Hrsg.)
Gerechtigkeit, Geschlecht und demografischer Wandel.
Frankfurt am Main: Mabuse Verlag 2008, 277 S., 25,90 EUR
ISBN 978-3-938304-84-6

Lenzen, Jochen
Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern.
Möglichkeiten und Nutzen von Netzwerken.
Bremen: CT Salzwasser Verlag 2008, 112 S., 38,00 EUR
ISBN 978-3-8366-6146-1

Kater, Horst
Das ärztliche Gutachten im sozialgerichtlichen Verfahren.
Die schwierige Kommunikation zwischen Juristen und Medizinern.
Berlin: Erich Schmidt Verlag 2008, 215 S., 34,80 EUR
ISBN 978-3-503-10601-1

Ein gesunder Start von Anfang an?

Das Ziel ist unstrittig: Ein gesunder Start von Anfang an für alle Kinder. So weist die aktuelle Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit (2008) auf die Bedeutung der bereits in der Schwangerschaft beginnenden Gesundheitsvorsorge und der Prävention in der frühen Kindheit hin. Die Verringerung von frühkindlichen Behinderungen sowie der Säuglingssterblichkeit ist auch ein ausdrückliches Anliegen des Neonatologischen Versorgungskonzepts des Gemeinsamen Bundesausschusses. Erstmals seit 1969 konnte jedoch 2007 das Vorjahresergebnis zur Säuglingssterblichkeit in Deutschland weder gehalten noch verbessert werden. Die aktuellen Daten bestätigen, dass es in Deutschland im Bereich der reproduktiven Gesundheit weiterhin vulnerable Bevölkerungsgruppen gibt. Die Chancen auf einen gesunden Start von Anfang an sind nicht für alle Kinder gleich.

Die Säuglingssterblichkeit im zeitlichen und internationalen Vergleich ist ein Indikator für die allgemeine Qualität der Lebensverhältnisse und der medizinischen Betreuung. Ihr Anstieg in Deutschland von 3,8 auf 3,9 Sterbefälle je 1000 Lebendgeborene (%) im Jahr 2007 ist ein wichtiges Signal, das beachtet werden sollte – auch wenn Deutschland, wie das ZEIT-Magazin in seiner Ausgabe vom 17. Dezember 2008 feststellt, immer noch „einer der besten Plätze ist, um geboren zu werden“. Doch, so heißt es in der ZEIT weiter mit Bezug auf die aktuellen Daten des Statistischen Bundesamtes, gibt es „auch hierzulande Gegenden, in denen mehr Säuglinge sterben als in anderen“. In der Tat verläuft die Entwicklung in den Bundesländern uneinheitlich – siehe Abbildung 1. Im letzten Jahr lagen die Ergebnisse u. a. in Bayern, Bremen, Hessen und NRW höher als 2006.

Anstieg der Säuglingssterblichkeit ist ein wichtiges Signal

Offenbar besteht aber auch ein deutliches Potenzial zur Reduktion der Säuglingssterblichkeit: Eine Senkung auf oder unter 2,9% wurde nicht nur in anderen europäischen Staaten wie zum Beispiel in Schweden erreicht, sondern auch auf Länderebene – siehe Sachsen. In absoluten Zahlen ausgedrückt, heißt das: Lagen die Gesamtergebnisse in Deutschland bei 2,9% statt 3,9%, entspräche dies einer Verminderung der Todesfälle im Säuglingsalter um über 600 pro Jahr. Die entscheidende Frage ist daher, inwieweit und wie dieses Ziel erreicht werden könnte.

Public-Health-Aspekte liegen hier nahe. So spiegeln die Daten der

Qualitätssicherung „Geburtshilfe“ auf Länder- und Bundesebene auch gesellschaftliche Entwicklungen wider, die im Hinblick auf die reproduktive Gesundheit nicht unproblematisch sind:

- 24 Prozent der Schwangeren sind mindestens 35 Jahre alt.
- Nur 71,4 Prozent haben nach Bekanntwerden der Schwangerschaft nicht geraucht.
- Über 11 Prozent haben einen Body Mass Index (BMI) über 30; bei 2,7 Prozent wurde ein Schwangerschaftsdiabetes festgestellt.
- 8,8 Prozent nehmen Vorsorgeuntersuchungen erst nach der 13. Schwangerschaftswoche wahr, bei 8 Prozent sind die Angaben nicht verwertbar.

Mit steigender Prävalenz einzelner Risikofaktoren ist zu erwarten, dass auch die Schwangerschaften mit mehreren Risiken ansteigen. Diese Entwicklung ist in die Beurteilung zunehmender Anteile von Frühgeburten und Kaiserschnittentbindungen mit einzubeziehen.

Säuglingssterblichkeit in NRW

Ein Blick nach Nordrhein-Westfalen: Die Säuglingssterblichkeit in NRW ist von besonderer Bedeutung, als hier 22 Prozent aller Säuglinge in Deutschland geboren werden. Seit 1999 stagnieren die Ergebnisse zur Säuglingssterblichkeit bei 4,8 % (4,6 bis 5,1 %), wofür es eine Vielzahl von Erklärungsansätzen gibt.

Regionale soziodemographische Faktoren. Kreise und kreisfreie Städte des Ruhrgebiets mit hoher Bevölkerungsdichte und ausgeprägten benachteiligten sozialen und demografischen Lagen wurden in einer Clusteranalyse 2002 als

„Armutspol“ zusammengefasst (Duisburg, Oberhausen, Gelsenkirchen, Dortmund, Herne; LIGA 2008). Dieses Cluster wies 2007 mit 5,7% die höchste Säuglingssterblichkeit auf. Die Spannweite der Ergebnisse der Kreise und kreisfreien Städte reichte in den Jahren 2005 bis 2007 von 2,4 bis 7,4%.

Fortlaufende Entwicklungen der Zuwanderung. In NRW hatten 2007 29 Prozent der Neugeborenen einen Vater und oder eine Mutter nichtdeutscher Nationalität, jedoch nur 5,7 Prozent der Kinder waren selbst nichtdeutsch. Seit der Novelisierung des Staatsbürgerschaftsrechts 2000 erhalten vor allem jene Kinder keine deutsche Nationalität, deren Eltern eine relativ kurz zurückliegende Zuwanderungsgeschichte oder Besonderheiten im

Beispiel NRW: Einige interessante Zahlen

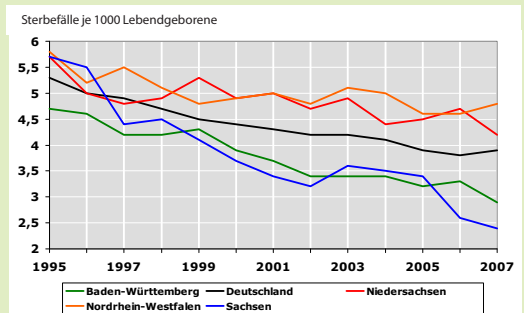
- 22 % aller Säuglinge in Deutschland werden in NRW geboren.
- 25 % der Schwangeren, die in NRW im Krankenhaus entbinden, kommen aus anderen Herkunftsländern.
- Die Säuglingssterblichkeit liegt seit 1999 unverändert bei ca. 4,8 ‰ (4,6 bis 5,1 ‰).
- Die regionale Spannweite reichte 2005-2007 von weniger als 3,0 ‰ (Wuppertal, Bottrop) bis 7,0 ‰ und mehr (Gelsenkirchen, Mönchengladbach, Mülheim a.d. Ruhr).

Aufenthaltsstatus haben. Die Totgeburtenrate, die Frühsterblichkeit (0 bis 6 Tage) und die sich daraus ergebende perinatale Sterblichkeit nichtdeutscher Säuglinge sind deutlich erhöht (siehe Abb. 2). Der Anteil der Schwangeren, die im Krankenhaus entbinden und aus anderen Herkunftsländern stammen, liegt in NRW bei 25 Prozent, auf Bundesebene bei 18,6 Prozent. Gleichzeitig ist der Anteil der Mütter, die aus dem Mittleren Osten und Nordafrika, insbesondere auch der Türkei, stammen, höher.

Frühgeborene und Mehrlinge weisen eine erhöhte Mortalität auf. Kurze Schwangerschaftsdauer und niedriges Geburtsgewicht stehen an der Spitze der Todesursachen im Säuglingsalter. Nach der Qualitätssicherung „Geburtshilfe“ war 2007 in NRW nicht nur der Anteil der Frühgeburten an den im Krankenhaus geborenen Kindern etwas höher als im Bundesgebiet (9,6 bzw. 9 Prozent), sondern auch die Frühsterblichkeit der Neugeborenen unter 2500 g Geburtsgewicht (23,0% vs. 18,2%). Gleichzeitig war dort die Zahl der Drillinge und der Kinder aus höhergradigen Mehrlingsschwangerschaften in NRW überdurchschnittlich und fiel mit einer Frühsterblichkeit der

Abbildung 1

Säuglingssterblichkeit in Deutschland 1995 bis 2007
Verlauf in ausgewählten Bundesländern im Vergleich zum Ergebnis auf Bundesebene.



Quelle: Statistisches Bundesland, Grafik: LIGA NRW, modifiziert

Mehrlinge von 13,8% (NRW) zusammen (Deutschland: 9,9%).

Unklare Todesursachen. In der Todesursachenstatistik liegen „sonstige“, ungenau oder nicht näher bezeichnete Todesursachen in NRW an dritter Stelle. Der „Plötzliche Säuglingsstod“ ist eine Ausschlussdiagnose. Die Ursachen des in NRW vergleichsweise hohen Anteils an Lungenfehlbildungen als Todesursache sind bisher nicht geklärt. Dies zeigt die Notwendigkeit der genauen Dokumentation

ermöglicht die Früherkennung von Risiken und entsprechende Beratung und Interventionen, zum Beispiel bei Mehrlingsschwangerschaften.

■ Zuwandernde Familien können die Möglichkeiten des deutschen Gesundheitssystems nur wahrnehmen, wenn sie ihnen auch bekannt sind. In der Schwangerschaft sollte der Zugang zu kulturell und sprachlich angepassten zielgruppenspezifischen Angeboten der Regelversorgung bestehen. Und: Es kann bei der Konzeption von Informationsmaterialien nicht immer vorausgesetzt werden, dass adäquate Sprachkenntnisse oder eine Alphabetisierung vorliegen.

■ Bundesweit haben sich geburts-hilfliche Abteilungen durch rückläufige Geburtenzahlen und strukturelle Maßnahmen im Gesundheitswesen verändert. Der Trend zum kürzeren stationären Aufenthalt nach der Geburt wurde verstärkt. Nach der Entlassung ist der effektive Zugang zu ambulanten Angeboten für Familien mit besonderem Unterstützungsbedarf häufig problematisch. Umso wichtiger ist für sie die aufsuchende Betreuung durch Hebammen und Familienhebammen.

■ Aufgrund der Informationsflut um den Zeitpunkt der Geburt herum ist der Transfer von wichtigen Informationen in diese Zeit sorgsam zu überlegen und kann erst nachhaltig werden, wenn er in weitere Maßnahmen eingebettet ist. Einheitliche und abgestimmte Angebote der fachlichen Akteure erleichtern das Verständnis der Eltern.

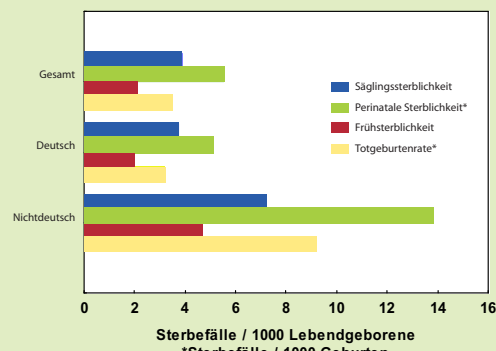
Fazit

Im Sinne gleicher Chancen auf einen gesunden Start von Anfang an sollte in allen Bereichen, in denen der Indikator Säuglingssterblichkeit kontinuierlich über dem Bundesdurchschnitt (3,9 Sterbefälle je 1 000 Lebendgeborene) liegt, geprüft werden, welche Interventionsmöglichkeiten bestehen. Bereits vor und in der Schwangerschaft ansetzende Prävention und die Bereitstellung vernetzter Hilfen für Familien in besonderen Belastungssituationen werden hierbei von besonderer Bedeutung sein.

Erika Sievers
sievers@akademie-oe-gw.de

Abbildung 2

Deutsche und nichtdeutsche Säuglinge in Deutschland 2007
Säuglingssterblichkeit in Altersphasen



Quelle: Statistisches Bundesland, eigene Analysen