

NutzerInnenorientierung im Fokus der Versorgungsforschung

INHALT

Schwerpunktthema | Seite 02

Projekte | Seite 10

Qualifikationsarbeiten | Seite 12

Promotionskolleg | Seite 14

Tagungsberichte | Seite 15

Aktuelles | Seite 16

Veranstaltungen | Seite 16

Impressum | Seite 16

Editorial

Versorgungsforschung ist in Mode gekommen. Noch ist ungewiss, ob die Ausrichtung auf die »letzte Meile« der Versorgung tatsächlich unter der neuen Überschrift eine stabile Perspektive bietet. Man muss befürchten, dass viele das Label Versorgungsforschung benutzen, um ihre gewohnten Forschungspfade zu finanzieren. Der Blick in die medizinischen Fakultäten zeigt mit wenigen Ausnahmen einen rapiden Rückbau der psychosozialen Grundlagenfächer, auf deren methodische Kompetenz Versorgungsforschung zwingend angewiesen ist. Das vorliegende IPP-Info zeigt, dass die Bremer Universität Versorgungsforschung mit langem Atem verfolgt. Nicht allein das Doktorandenkolleg der Hans-Böckler-Stiftung, sondern Forschungsschwerpunkte in mehreren Fachbereichen zeigen, dass »NutzerInnenorientierung« mehr als ein Schlagwort ist. Die ausgewählten Texte lassen erkennen, wie sich dieser wichtige Pfeiler der Bremer Gesundheitsforschung entwickelt hat:

- Die Genderorientierung wird als integraler Bestandteil und nicht als »add on« der Mainstream-Forschung weiter entwickelt: Petra Kolip stellt in ihrem Beitrag die Zusammenhänge her.
- Qualitative Studien gewinnen ein neues Gewicht für das Verständnis gelingender wie misslingender

Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen: Maren Stamer zeigt, wie wichtig der Blick hinter das Konstrukt »Leitlinienkonformität« ärztlichen Handelns ist.

- Stereotypen in der Wahrnehmung von Versorgungsproblemen müssen infrage gestellt werden, wenn die empirische Basis unzureichend ist: Gabriele Meyer belegt, dass Kurzschlüsse in der Bewertung der Pflegequalität in Heimen vermieden werden müssen.
- Qualitätsunterschiede werden auch in der ambulanten Pflege beklagt. Heinz Rothgang beschreibt ein Forschungsprojekt, das eine Erfolg versprechende Intervention zur Förderung der Pflegequalität in einem hochwertigen, gesundheitsökonomische Indikatoren einschließenden Studiendesign testet.
- Förderung von Patientensicherheit durch eine Fehlerkultur hat ein wissenschaftliches Fundament: Kathrin Becker-Schwarze und Dieter Hart stellen das überregionale Forschungsprojekt »Critical Incident Reporting« vor.
- Das Monitoring von Bürgermeinungen zu Kernfragen der Versorgung rückt in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit: Bernard Braun, Uwe Helmert und Melanie Rosenwirth berichten über einen Schwerpunkt des Bertelsmann-Monitors, die

Einschätzungen in der Ärzteschaft und in der Bevölkerung zum Shared Decision Making.

- High-Tech und Versorgungsforschung sind keine dogmatischen Gegensätze. Fortschritte in den bildgebenden Verfahren müssen an der Relevanz für die PatientInnen gemessen werden: Volker Dicken und Horst Hahn stellen Ergebnisse einer langjährigen Grundlagenforschung vor, die ein neues Kapitel in der Behandlungssicherheit für Krebskranke einläuten können.

Das Heft gibt weitere Einblicke in die Bremer Versorgungsforschung. Längst nicht alle laufenden Projekte konnten aufgenommen werden. Wichtige Institute dieses Forschungsnetzes wie das Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin, das Kompetenzzentrum für Klinische Studien oder das Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation decken weitere relevante Felder der Versorgungsforschung ab. Weitere IPP-Infos zum Thema stehen an.

Prof. Dr. med. Norbert Schmacke

Universität Bremen, Arbeits- und Koordinierungsstelle

Gesundheitsversorgungsforschung,

Mail: Schmacke@uni-bremen.de, www.agg.uni-bremen.de

SCHWERPUNKTTHEMA

Frauengerechte Gesundheitsversorgung

Projekte am IPP

Das Geschlecht ist eine Variable, die Gesundheit und Krankheit, gesundheitsrelevantes Verhalten und die Nutzung des gesundheitlichen Versorgungssystems maßgeblich beeinflusst. Diese Aussage gehört mittlerweile zum Allgemeinwissen der Gesundheitswissenschaften und niemand würde abstreiten, dass Frauen und Männer im Gesundheitssystem unterschiedliche Bedürfnisse haben und von den Angeboten im Gesundheitswesen in unterschiedlichem Maße erreicht werden – das Geschlechterverhältnis der Inanspruchnahme von Präventionsleistungen und Gesundheitsförderungsangeboten der gesetzlichen Krankenkassen ist hierfür vielleicht der deutlichste Beleg. Die WHO empfiehlt allen Mitgliedsländern die Strategie des Gender Mainstreamings, um die ungleichen Gesundheitschancen auszugleichen. Gender Mainstreaming verfolgt das Ziel der Durchsetzung gesundheitlicher Chancengleichheit zwischen den Geschlechtern. Angestrebt wird sowohl eine horizontale Gleichheit: Dort, wo Frauen und Männer die gleichen Gesundheitsbedürfnisse haben, sollen sie auch die gleichen Gesundheitsleistungen erhalten – aus zahlreichen Studien, z.B. zur Medikamentenversorgung nach einem Herzinfarkt, wissen wir, dass dies längst nicht immer der Fall ist. Ziel ist aber auch vertikale Gleichheit: Dort, wo Frauen und

Männer unterschiedliche Gesundheitsbedürfnisse haben, sollen sie auch unterschiedliche Gesundheitsleistungen erhalten.

Gender Mainstreaming ist darüber hinaus eng verwoben mit der Qualitätsdiskussion im Gesundheitswesen. Durch die Berücksichtigung der Kategorie Geschlecht (wie auch weiterer Kategorien sozialer Differenzierung) kann die Passgenauigkeit gesundheitsbezogener Interventionen erhöht und damit die Qualität verbessert werden. Gender Mainstreaming trägt so zur adäquaten Verwendung finanzieller und personeller Ressourcen bei, weil die Zielgruppen für Interventionen genauer definiert werden.

Das IPP unterstützt mit unterschiedlichen Projekten die Durchsetzung des Gender Mainstreaming-Gedankens. Zum einen werden im Auftrag verschiedener Institutionen (Robert Koch-Institut Berlin, Bundesamt für Gesundheit Bern) geschlechtersensible Gesundheitsberichte erstellt, die als Planungsgrundlage für gesundheitsbezogene Interventionen genutzt werden können. So zeigt der Bericht »Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter« (RKI, 2005) auf, dass die vorzeitige Sterblichkeit von Männern

auf verhaltens(mit)bedingte Ursachen zurück geht und die Präventionspotenziale in der männlichen Bevölkerung in der Verhinderung von Unfällen und in der Reduktion riskanten Alkoholkonsums liegen. In der weiblichen Bevölkerung fällt auf, dass sich der steigende Tabakkonsum von Frauen inzwischen auch in einem Anstieg der Lungenkrebssterblichkeit ablesen lässt, so dass der Schluss gezogen werden muss, dass junge Frauen von Tabakpräventionsprogrammen bislang nicht erreicht wurden.

Zum anderen befassen sich die Projekte mit der Frage, wie eine frauengerechte Gesundheitsversorgung aussehen kann. Im Zentrum der Projekte stehen Umbruchphasen im Leben von Frauen: Geburt und Wechseljahre. So wird im Rahmen des Hebammenforschungsverbundes gemeinsam mit Prof. Dr. Friederike Wittgenstein von der Fachhochschule Osnabrück und Prof. Dr. Beate Schücking von der Universität Osnabrück der Hebammenkreißaal im Klinikum Reinkenheide (Bremerhaven) wissenschaftlich begleitet. In der Klinik wurde der erste Hebammenkreißaal Deutschlands eingerichtet, der sich als neuartiges Versorgungsmodell an Schwangere wendet, die keine Risikogeburt erwarten lassen und unter ausschließlicher Betreuung von Hebammen ihr Kind im klinischen Setting zur Welt bringen wollen. Dieses innovative Versorgungsmodell wird mit vier Projekten begleitet. Das Projekt von Oda von Rahden widmet sich der Frage, welche Kriterien Frauen zur Entscheidung zwischen dem herkömmlichen und dem Hebammenkreißaal heran ziehen, wie bedeutsam der Aspekt der Sicherheit und der Kontinuität ist und wie zufrieden sie in der Rückschau mit der Entscheidung sind. Weitere Projekte befassen sich mit dem Kaiserschnitt und der Frage, welche Faktoren einen Kaiserschnitt begünstigen, welche Motive hinter einem so genannten Wunschkaiserschnitt, also einem Kaiserschnitt ohne medizinische Indikation, liegen und welche Rolle niedergelassene Gynäkologinnen in der Begleitung schwangerer Frauen auch in Bezug auf den Kaiserschnitt einnehmen. Ziel der Projekte ist es, Ansatzpunkte für eine frauengerechte Gesundheitsversorgung zu identifizieren, um Frauen in körperbezogenen Lebensphasen angemessener begleiten zu können.

Prof. Dr. Petra Kolip

Universität Bremen, Geschäftsführende Direktorin
des Instituts für Public Health und Pflegeforschung (IPP),
Abteilung Prävention und Gesundheitsförderung,
Mail: kolip@uni-bremen.de,
www.public-health.uni-bremen.de,
www.praevention.uni-bremen.de

PUBLIKATION



IPP-Schriften: Neue Reihe des IPP

Unter dem Titel: »Pflegeforschung in Deutschland – Jahrestagung der Pflegeforschungsverbände 2005 in Bremen« ist die erste Ausgabe der IPP-Schriftenreihe erschienen. In dem vorliegenden Band finden sich die Beiträge der Tagung, die unterschiedliche Themen wie Evidenz-basierte Pflege, die Optimierung von Pflegeprozessen, Patientenorientierte Pflegeprojekte sowie als Beitrag des Verbundes Hebammenforschung die Implementierung eines Modellprojektes Hebammenkreißaal zum Inhalt haben.

Einzel Exemplare können gegen einen frankierten DIN-A4 Rückumschlag in der IPP Geschäftsstelle angefordert werden. Kontaktadresse siehe Impressum.

Institut für Public Health und Pflegeforschung,
Abt. 3, Universität Bremen,
Prof. Dr. Stefan Görres, Karl Reif (Hrsg.) (2007),
Pflegeforschung in Deutschland – Jahrestagung der
Pflegeforschungsverbände 2005 in Bremen,
IPP-Schriften Ausgabe 01, ISSN 1864-4546

Partizipative Entscheidungsfindung

aus der Perspektive niedergelassener Hausärzte und Hausärztinnen

Welche Vorstellungen haben Hausärzte und Hausärztinnen zur Gestaltung von Prozessen der Entscheidungsfindung in der Interaktion mit Patienten und Patientinnen? Fokussiert auf den Bereich der hausärztlichen Versorgung von Menschen mit Bluthochdruck bzw. kardiovaskulärem Gesamtrisiko, wird diese Frage im Rahmen eines bei der Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung unter der Leitung von Prof. Dr. Norbert Schmacke angesiedelten qualitativen Forschungsprojektes¹ untersucht.

Hintergrund des Projektes ist der folgende Wandel: Individuelle kardiovaskuläre Therapieempfehlungen und Behandlungsentscheidungen werden leitlinienorientiert nicht mehr an Grenzwerten einzelner Risikofaktoren – z.B. dem Bluthochdruck –, sondern zunehmend am sog. Gesamtrisiko ausgerichtet. So verliert das Erreichen einzelner Zielwerte gegenüber der Senkung des Gesamtrisikos an Bedeutung. Das kardiovaskuläre Gesamtrisiko zur Abschätzung des Risikos einer schweren Herz-Kreislauf Erkrankung innerhalb der nächsten zehn Jahre ergibt sich aus einer Kombination verschiedener Faktoren: Dies sind u. a. die Höhe des Blutdrucks und des Cholesterins, das Geschlecht, das Alter und der Rauchstatus. Die verschiedenen Faktoren werden in Form von Risiko Scores zusammengefasst und sie bedürfen einer Verknüpfung mit ggf. vorliegenden weiteren Risikofaktoren wie z.B. Diabetes mellitus oder chronischer Stress. Bei einer Orientierung am Konzept des Gesamtrisikos können sich aus den Scores – im Sinne einer Entscheidungshilfe – unterschiedliche Anknüpfungspunkte für Prozesse zur Entscheidungsfindung ergeben. Vor diesem Hintergrund wird nach Möglichkeiten und Grenzen partizipativer Entscheidungsfindung aus der Perspektive von Hausärzten und -ärztinnen gefragt.

Vorstellungen zur Gestaltung von Prozessen der Entscheidungsfindung

Basis der Untersuchung sind 30 leitfadengestützte Experteninterviews nach Meuser & Nagel (2005) mit Ärzten und Ärztinnen aus dem hausärztlichen Versorgungsbereich (Allgemeinmedizin und Innere Medizin), die in Orientierung an der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2003) ausgewertet

werden. Der Interviewauswertung folgend, scheinen drei unterschiedliche Haltungen zur Gestaltung von Prozessen der Entscheidungsfindung auf: Eine in der Tendenz unkonkrete Haltung, eine partiell partizipative und eine informierende Haltung.

- Die in der Tendenz unkonkrete Haltung zeigt sich in der Vorstellung, dass partizipative Entscheidungsprozesse ihren Ausdruck im Sinne des klassischen Compliance-Konzeptes im Einverständnis der Patienten und Patientinnen mit ärztlichen Entscheidungen finden.

- Die in der Tendenz partizipative Haltung beinhaltet die Auffassung, dass Patienten und Patientinnen in einem bestimmten Umfang, z.B. bei Änderungen des Lebensstils oder bei ambivalenten therapeutischen Empfehlungen seitens der ärztlichen Profession, eigene Entscheidungen treffen können oder sogar sollten. Nicht zuletzt ist in diesem Zusammenhang die Rede vom Wunsch nach ärztlicher Verantwortungsentlastung. Gleichwohl ist von einer nur partiell partizipativen Haltung zu sprechen, insoweit bestimmte Entscheidungsbereiche, wie die pharmakotherapeutische Behandlung, als eine allein ärztliche Domäne verstanden werden.

- Der informierenden Haltung ist die Idee der Transparenz durch evidenzbasierte Information inhärent, wobei davon ausgegangen wird, dass – dem Prinzip von Rationalität folgend – die Informationen das Handeln der Patienten und Patientinnen quasi vorab bestimmen, da es keine Handlungsalternativen zu evidenzbasierten Empfehlungen gebe.

Deutlich wird, dass in allen drei Haltungen mehr oder weniger ausgeprägte paternalistische Anteile enthalten sind. Ein weiterer Schwerpunkt der Auswertung wird die Frage behandeln, welche Haltungen es zum Bereich des ärztlichen Wissensmanagements – im Spannungsfeld von erfahrungsorientiert bis evidenzbasiert – gibt und auf welche Art und Weise sich diese Haltungen mit der Ebene des Entscheidungsmanagements verbinden. Ferner wird analysiert, welche Bedeutung Risiko Scores – gemessen an den Aussagen in den Interviews – im Kontext von Prozessen der Entscheidungsfindung haben.

Zusammenfassend zeigt die Studie unter dem Gesichtspunkt der partizipativen Entscheidungsfindung folgende Problembereiche:

- Die nach wie vor gegenwärtige ärztliche Orientierung an einzelnen Ziel- und Grenzwerten erschwert eine gemeinsame Risikoabschätzung von Arzt/Ärztin und Patient/Patientin.

- Motive für eine Risikoabschätzung können sehr unterschiedlich sein: Häufig erfolgt diese gerade nicht im Sinne von partizipativer Entscheidungsfindung, sondern im Sinne einer nachhaltigen Risikobenennung. Patienten und Patientinnen sollen in herkömmlicher Weise davon überzeugt werden, ärztliche Anordnungen zu befolgen.

- Vorstellungen oder Auffassungen von ›indeutigen‹ oder ›richtigen‹ ärztlichen Empfehlungen prägen Möglichkeiten wie auch Grenzen einer partizipativen Entscheidungsfindung. Eine der noch unbeantworteten Fragen in diesem Zusammenhang ist, ob oder inwieweit eine auf Evidenzbasierung fußende Grundhaltung mit partizipativen Entscheidungsprozessen verbunden wird.

Ausblick

Ziel des Projektes ist es, mittels qualitativer Forschung über die vorliegende Compliance-Forschung hinaus Einblicke in ärztliche Praxis zu gewinnen und damit praxisseitige Barrieren für eine qualitativ hochwertige Versorgung besser zu verstehen. Die in der Studie gewonnenen Erkenntnisse können einfließen in Angebote ärztlicher Fort- und Weiterbildung und ärztlichen Qualitätsmanagements wie auch in Prozesse der Leitlinienentwicklung und -implementierung.

(Literatur bei der Verfasserin)

Maren Stamer

Universität Bremen, Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung (AKG),

Mail: mstamer@uni-bremen.de, www.akg.uni-bremen.de

¹ Die Untersuchung ist Teil des vom BMBF und den Spitzenverbänden der Krankenkassen geförderten quantitativen und qualitativen Verbundprojektes »Optimierung der hausärztlichen Behandlung von Patienten mit Bluthochdruck unter Berücksichtigung ihres kardiovaskulären Gesamtrisikos durch leitliniengestützte Interventionen«.

Freiheitseinschränkende Maßnahmen in Alten- und Pflegeheimen:

Ergebnisse einer epidemiologischen Studie

»Zero tolerance for physical restraints«, fordert Flaherty (2004) in einem Editorial. »A restraint-free environment should be held up as the standard of care, and anything less is substandard« heißt es dort. Ein solcher vermeintlicher Substandard wird mit teilweise drastischer Berichterstattung von den Medien hierzulande bemängelt. Vom »Elend alter Menschen im Heim«, die »festgebunden« und »ruhig gestellt« sich nicht ihres Schicksals erwehren können, ist dort die Rede. Dies sei der »quälende Alltag in deutschen Altenheimen« (Report Mainz, 29.3.2004). Mit Gurten würden die Pflegenden »auf Nummer sicher gehen und (...) Zeit sparen« (Report München, 18.9.2006).

Tatsächlich war bislang jedoch wenig über das wahre Ausmaß bekannt, in dem körperferne (z.B. Bettgitter) und körpernahe (z.B. Gurte) mechanische freiheitseinschränkende Maßnahmen in deutschen Alten- und Pflegeheimen angewendet werden. Mit einer kürzlich abgeschlossenen Erhebung in 30 Hamburger Einrichtungen liegen erstmals Daten zur Häufigkeit, Art und Legitimierung der Maßnahmen vor, die mittels direkter Beobachtung einer großen Population gewonnen wurden. An drei Zeitpunkten eines definierten Stichtags wurden insgesamt 2.367 Bewohner von trainierten Untersuchern gesehen und jede mechanische freiheitseinschränkende Maßnahme dokumentiert. Die Einnahme von psychotrop wirkenden Medikamenten wurde von den Pflegenden aus den Bewohnerakten erho-

ben. Eine 12-monatige Beobachtungszeit schloss sich an, in der die Pflegenden nach jeder Schicht ankreuzten, ob ein Bettgitter, ein Gurt oder ein Stecktisch eingesetzt wurde.

Der prozentuale Anteil der BewohnerInnen mit mindestens einer mechanischen Maßnahme am Stichtag variiert zwischen den Einrichtungen von 4,4% bis 58,9%. Die Cluster-adjustierte Prävalenz der BewohnerInnen mit mindestens einer mechanischen freiheitseinschränkenden Maßnahme beträgt 26,2%¹. Bettgitter stellen mit 24,5% die häufigste Maßnahme dar. Steckische (2,1%), Gurte im Stuhl und Bett (2,7%) sowie andere Maßnahmen (2,3%) sind vergleichsweise selten. Etwas mehr als die Hälfte der Maßnahmen sind entsprechend der juristischen Voraussetzungen legitimiert, d.h. durch richterliche Genehmigung (39,5%) oder durch schriftliche Erklärung des Bewohners (14,9%).

Insgesamt 51% der BewohnerInnen haben mindestens eine Verordnung für eine psychotrope Medikation, wobei Neuroleptika mit 34% am häufigsten sind. Auch bei den psychotrop wirkenden Medikamenten zeigen die Einrichtungen Schwankungen in der mittleren Häufigkeit von 30 bis 80%. Die Inzidenz von BewohnerInnen mit mindestens einer mechanischen Maßnahme beträgt 11%. Die relative Häufigkeit von Bewohnertagen mit mindestens einer Maßnahme variiert zwischen den Einrichtungen von 5 bis 65%. Zunehmende Pfl-

gestufe, Nichteinwilligungsfähigkeit (gesetzliche Betreuung oder Verfügung), zunehmende kognitive Beeinträchtigung und sturzbedingte Fraktur in den letzten 12 Monaten sind assoziiert mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für eine mechanische freiheitseinschränkende Maßnahme.

Offensichtlich gehören Bettgitter und andere freiheitseinschränkende Maßnahmen zur Regelversorgung in den Einrichtungen. Dennoch werden sie in deutlich geringerem Umfang angewendet als in den Medien behauptet. Bettgitter stellen die häufigste Maßnahme dar, körpernahe Maßnahmen sind eher selten. Eine hohe Medikalisierung mit psychotrop wirkenden Medikamenten liegt zweifelsohne vor. Kürzlich veröffentlichte Daten aus Münchener Altenheimen stimmen nahezu exakt mit den hier registrierten Verordnungszahlen überein (Molter-Bock et al., 2006). Aus internationalen Interventionsstudien ist bekannt, dass mechanische freiheitseinschränkende Maßnahmen ohne unerwünschte Wirkungen reduziert werden können (Evans et al., 2002). Die ausgeprägten Unterschiede in der Anwendung freiheitseinschränkender Maßnahmen in Hamburger Heimen legen nahe, dass es möglich ist, nahezu ohne mechanische freiheitseinschränkende Maßnahmen zu pflegen.

Die Minimierung dieser Unterschiede und die nachhaltige Reduktion der Maßnahmen sind daher geboten. Eine Evidenz-basierte Praxisleitlinie kann ein wirkungsvolles Instrument zur Überwindung von Praxisvariationen sein und die wissenschaftsbasierten Versorgungsprozesse nachhaltig fördern. Das Bundesministerium für Bildung und Forschung hat kürzlich im Rahmen der zweiten Förderungsphase des Pflegeforschungsverbundes Nord ein kooperatives Projekt der Universitäten Bremen (Prof. Dr. Gabriele Meyer) und Hamburg (Prof. Dr. Ingrid Mühlhauser, Dr. Sascha Köpke) zur Entwicklung und Evaluation einer Praxisleitlinie zu freiheitseinschränkenden Maßnahmen in Alten- und Pflegeheimen bewilligt. Die Evaluation der Wirksamkeit und Sicherheit der Praxisleitlinie ist im Rahmen einer Cluster-randomisierten, kontrollierten Studie mit 36 Hamburger und Bremer Alten- und Pflegeheimen geplant.

(Literatur bei der Verfasserin)

Prof. Dr. Gabriele Meyer

Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung, Abteilung 3: Interdisziplinäre Alters- und Pflegeforschung, Mail: GabrieleMeyer@uni-bremen.de, www.iap.uni-bremen.de

PUBLIKATION

Julia Lademann (2007)

Intensivstation zu Hause

Pflegende Angehörige in High-Tech Home Care

In ihrer diesem Buch zugrunde liegenden Studie hat Julia Lademann Interviews mit pflegenden Angehörigen durchgeführt und ausgewertet, die schwerst- und intensivpflegebedürftige Angehörige zu Hause pflegen. Die ambulante Versorgung dieser PatientInnengruppe und die Situation der pflegenden Angehörigen wurden hierzulande bislang kaum beachtet. Julia Lademann gibt einen differenzierten Überblick über die Situation der pflegenden Angehörigen. Sie bezieht dabei deren Perspektive als ErbringerInnen von Versorgungsleistungen als auch als NutzerInnen des Gesundheitssystems ein. Darüber hinaus zeigt sie anschaulich, in welcher Bandbreite ambulante Schwerstkrankenpflege stattfindet und formuliert Schlussfolgerungen, die sich auf das System professioneller pflegerischer Versorgung beziehen.

Studien zu Gesundheits- und Pflegewissenschaft.
Bern: Hans Huber Verlag, ISBN 978-3-456-84488-6



¹ (95% Konfidenzintervall 21,3%-31,1%)

Ökonomische Evaluation in der Versorgungsforschung

Das Beispiel »Implementation eines Assessmentinstruments in der Langzeitpflege«

In der letzten Dekade hat sich auch im deutschen Gesundheitswesen eine Revolution vollzogen: Die »Eminenzbasierung« des Systems wurde zunehmend abgelöst durch die Forderung nach einer Evidenzbasierung. Gesundheitliche Leistungen sollen nur noch erbracht und finanziert werden, wenn ihr Nutzen auf Basis wissenschaftlicher Studien gezeigt werden konnte. In jüngster Zeit wird die Forderung nach Effektivitätsnachweisen im Rahmen eines umfassenderen Health Technology Assessments durch die Forderung nach einem Nachweis der Kosteneffektivität der Maßnahmen, also einem angemessenem Verhältnis ihrer Kosten und Nutzen, ergänzt. So wurde im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz erstmals die obligatorische Kosten-Nutzenbewertung von Arzneimitteln eingeführt. Allerdings sind derartige ökonomische Evaluationen nicht nur für die Pharmakotherapie sinnvoll, sondern grundsätzlich für alle ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Interventionen zu fordern. In der Abteilung »Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung« des Zentrums für Sozialpolitik werden ökonomische Evaluationen daher auch auf andere Bereiche, wie etwa die Langzeitpflege ausgedehnt. Wie ökonomische Evaluation im Rahmen von Versorgungsforschung durchgeführt werden kann, soll dabei nachstehend am Beispiel eines vom BMBF im Rahmen des Pflegeforschungsverbundes Nord geförderten dreijährigen Projektes zur Implementation des Resident Assessment Instruments¹ (RAI - Home Care) in der ambulanten Pflege demonstriert werden, das im Mai 2007 seine Arbeit aufgenommen hat.

Ausgangspunkt dieses Projektes ist die Tatsache, dass nur die wenigsten in der Altenhilfe verwendeten Qualitätsmanagementmaßnahmen evidenzbasiert sind, und weiterhin – teilweise gravierende – Qualitätsprobleme bestehen. Trotz relativ ähnlicher Rahmenbedingungen gelingt es den Pflegeeinrichtungen offenbar in sehr unterschiedlichem Maße, qualitativ hochwertige Pflege zu leisten. Insofern erscheinen Maßnahmen zur Verbesserung der Prozessqualität der pflegerischen Versorgung vielversprechend. Die häusliche Pflege ist hierbei von besonderem Interesse, auch weil sie in Bezug auf die Analyse der Qualität und hinsichtlich von Rehabilitationspotentialen bislang vernachlässigt worden ist. In dem Projekt soll in einer Cluster-

randomisierten kontrollierten Studie die Effektivität von Maßnahmen der systematischen Messung, Bewertung, Planung und Kontrolle der Pflege mithilfe des Resident Assessment Instruments (RAI) untersucht werden. Dazu werden 50 Pflegedienste mit jeweils ca. 20 Pflegebedürftigen in die Studie einbezogen und per Zufallsauswahl einer »Interventionsgruppe« und einer Kontrollgruppe (»Wartegruppe«) zugeteilt. Die ausgewählten Pflegedienste der Interventionsgruppe werden von speziell geschulten MitarbeiterInnen des Forschungsteams besucht und in der Anwendung des RAI geschult. In den folgenden 12 Monaten erfolgt die Pflege in der Interventionsgruppe nach den Regeln des RAI, das umfangreiche Abklärungshilfen enthält, die in Abhängigkeit vom alle drei Monate vorgenommenen Assessment individuelle Veränderungen des Pflegeprozesses vorsehen. Es geht insbesondere darum, den MitarbeiterInnen aufzuzeigen, wie sich risikoreiche Situationen vermeiden lassen. Das Forschungsteam begleitet die teilnehmenden Pflegedienste für die Gesamtdauer der Intervention.

Neben die eingehende Untersuchung der Effektivität des RAI, dessen Implementation als Intervention wirkt, tritt die ökonomische Evaluation zur Ermittlung ihrer Effizienz. Dabei werden Kosten-Nutzen-, Kosten-Nutzwert- und Kosten-Effektivitäts-Analysen durchgeführt. Die Kosten-Nutzen-Analyse misst dabei auch den Erfolg der Intervention in monetären Einheiten – etwa durch Verringerung der Heimeinweisungsquote. Dabei wird in dieser Studie eine gesellschaftliche Perspektive eingenommen, bei der die Kosten und Nutzen aller Träger berücksichtigt werden. Übersteigt der ermittelte Nutzen die festgestellten Kosten, ist die Implementation des RAI ökonomisch betrachtet grundsätzlich gerechtfertigt, ungeachtet der tatsächlichen Aufteilung von Kosten und Nutzen auf die Institutionen. In der Kosten-Nutzwert-Analyse werden dagegen die erzielten Qualitätsverbesserungen den Kosten gegenübergestellt, während in der Kosten-Effektivitäts-Analyse erhoben wird, welche Kosten entstehen, um den Zustand der Pflegebedürftigen (gemessen anhand von ADL-Skalen) zu verbessern. Als Haupteffekt wird angenommen, dass die Schulung und die Durchführung eines Qualitätsmanagements mithilfe des RAI ein Lernen der Pflegekräfte und eine signifikante Verbesserung der Zustände

der betreuten Pflegebedürftigen bewirkt, und zwar als Verzögerung des Abbaus, der Stabilisierung oder Verbesserung der funktionalen und kognitiven Fähigkeiten und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Als weitere Zielvariable wird überprüft, ob die Institutionalierungsrate durch die Implementierung des RAI signifikant reduziert wird. Darüber hinaus stehen weitere Qualitätsindikatoren des RAI zur Auswertung zur Verfügung.

Auf der Ebene der Pflegedienste wird u.a. des Weiteren eine Verbesserung hinsichtlich der arbeitsbezogenen Lebensqualität, der Arbeitszufriedenheit und -belastung der Pflegekräfte erwartet. Diese methodisch hochwertige Studie versucht damit eine Verbesserung von Effektivität und Kosteneffektivität der Pflege durch Implementation des RAI unter Alltagsbedingungen nachzuweisen. Mit ersten Ergebnissen ist 2009 zu rechnen.

Prof. Dr. Heinz Rothgang

Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik,

Abteilung Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und

Versorgungsforschung, Mail: rothgang@zes.uni-bremen.de,

www.zes.uni-bremen.de

PUBLIKATION

Uwe Helmert, Bernard Braun, Dietrich Milles & Heinz Rothgang (2007)

Gesundheitspolitik, Arbeits- und Sozialmedizin

Festschrift für Prof. Dr. Rainer Müller zu seinem 65. Geburtstag

Das vorliegende Buch ist gelungen, wenn es ein wenig ist wie derjenige, den es ehren soll. Rainer Müller verfolgt ein thematisch breites und interdisziplinär angelegtes Interesse, und er verfolgt es mit gesellschaftlichem Engagement und reflexiver Verantwortung, mit reformerischem Elan, aber nicht mit missionarischem Eifer, sondern mit Überzeugung. Von seinen Fähigkeiten ist diejenige sympathisch auffällig, die Menschen einbezieht. Rainer Müller tut dies kollegial, er praktiziert den diskursiven Stil und baut auf selbständig verantwortliches Handeln. Er hat eine Vorstellung von den schwierigen Zusammenhängen und den unzureichenden Konzeptionen, die vielleicht gerade deshalb so spannend sind. In der Festschrift für Rainer Müller sind Texte zusammengetragen, die wissenschaftliche Diskurse in verschiedener Sicht und Absicht enthalten. Mehr oder weniger direkt werden dabei Aktivitäten und Positionen von Rainer Müller angesprochen. Zugleich werden wissenschaftliche Entwicklungen und Aufgaben beleuchtet, die für die Universität Bremen wichtig sind.

Schriftenreihe »Gesundheit – Arbeit – Medizin«. Bremerhaven: Verlag für neue Wissenschaft. ISBN 978-3-86509-643-2

¹ Das RAI ist ein Instrument zur Erfassung des individuellen Bedarfs in der pflegerischen Versorgung, und enthält auch Abklärungshilfen, die anzeigen, welche Maßnahmen bei einer Verschlechterung des Zustands des Pflegebedürftigen einzuleiten sind.

Critical Incident Reporting

in norddeutschen Kinderkliniken

Das Projekt »Risiken verringern – Sicherheit steigern. Kinderkliniken für Patientensicherheit«, das die beiden AutorInnen als Projekt des Instituts für Gesundheits- und Medizinrecht (IGMR) der Universität Bremen initiiert haben, beschäftigt sich mit Risikomanagement im Bereich der Pädiatrie. In einem Pilotprojekt mit drei ehemals kommunalen Bremer Krankenhäusern wurde ein Critical Incident Reporting System (CIRS) eingeführt, bei dem der Fokus auf dem Erfassen von Risikosituationen im Vorfeld von Fehlern liegt. Dieses Pilotprojekt wurde auf norddeutsche Kinderkliniken¹ ausgeweitet und wird vom AOK-Bundesverband gefördert. Das Projekt läuft bis Ende 2007. Erste Ergebnisse und Voraussetzungen für die Etablierung eines solchen CIRS sollen hier vorgestellt werden.

Begriff und Struktur von Risikomanagementsystemen

Nach im Ausland durchgeführten Studien erleiden 5 bis 10% der PatientInnen im Krankenhaus unerwünschte Ereignisse, von denen zwischen 30 und 50% als vermeidbar eingeschätzt werden müssen. Die Entwicklung von prospektiven Fehlervermeidungsstrategien kann einen wertvollen Beitrag zur Patientensicherheit leisten². Wenn in diesem Zusammenhang von Risikomanagement gesprochen wird, geht es immer um Fehlererkennung (Information über Risiken) als Voraussetzung für Fehlerabschätzung (Risikoabschätzung), Fehlerbewertung (Risikobewertung) und Fehlervermeidung (Risikoprävention).³ Ein effektives und effizientes Risikomanagement im Bereich medizinischer Fehlermöglichkeiten hat alle diese Elemente so zu organisieren, dass die wünschenswerte Sicherheit medizinischer Behandlungen individuell und systemisch gewährleistet wird und entsprechende Verfahren ihrer Implementation institutionalisiert werden. Critical Incident Reporting (CIR) ist ein Instrument der Risikerkennung. Beim CIRS geht es weniger um die Erfassung bereits entstandener Fehler oder Schäden als vielmehr darum, aus Beinahe-Fehlern oder Risikoquellen Informationen zu gewinnen, die genutzt werden können, um Fehler und Schäden zu vermeiden. Im Vordergrund steht

nicht die rückschauende Betrachtung von bereits entstandenen Fehlern, sondern der Fokus liegt auf dem Informationsgehalt durch das Erfassen von Risikosituationen.

Das norddeutsche Projekt

Die Ausweitung dieses CIR-Systems auf norddeutsche Kinderkliniken ist nach einer Vorbereitungsphase, in der der Berichtsbogen erneut überarbeitet wurde und in der das Projekt den einzelnen beteiligten Kliniken/Abteilungen vorgestellt wurde, im Mai 2004 gestartet. Der Erhebungs- und Auswertungszeitraum erstreckt sich bis Mitte dieses Jahres.

1. Kommunikationsmodell

Im Gegensatz zum Bremer Pilotprojekt ist das Projekt mit den norddeutschen Kinderkliniken durch einen mehrfachen intensiven Austausch zwischen dem IGMR und den Kliniken gekennzeichnet. In dem norddeutschen Projekt wurden Instrumente eingesetzt, die zum einen die interne Kommunikationsstruktur verbessern und zum anderen die Ressourcen nutzen, die sich durch die externe Auswertung und Begleitung des Projektes ergeben, wobei es hier auf das Wechselspiel zwischen interner und externer Kommunikation ankommt. Erst die Kommunikation zwischen Innen und Außen bildet die Voraussetzungen für ein funktionsfähiges Risikomanagement, das tatsächlich dauerhaft

gelebt wird und nicht nach kurzer Zeit erlahmt. Konkret wurde Folgendes umgesetzt:

- Jede Klinik bzw. jede größere Abteilung einer Klinik hat Verantwortliche aus dem ärztlichen und pflegerischen Bereich benannt; diese sind Ansprechpartner vor Ort und halten den Kontakt zum IGMR.
- Die Ansprechpartner erhalten vom IGMR monatlich einen Überblick über die eingegangenen Berichtsbögen ihrer Abteilung, einen Überblick über die eingegangenen Berichtsbögen insgesamt und eine statistische Aufbereitung, sowie den »Fall des Monats«: auf der Grundlage der eingegangenen Berichtsbögen wird von den Autoren ein Fall des Monats gebildet, der unter Hinzuziehung medizinischen Sachverständes medizinisch und juristisch beurteilt wird. Dieser Fall wird in den Kliniken intern kommuniziert.
- Die Ansprechpartner stehen in der Verantwortung, für das CIR-System in ihrer Abteilung zu werben und das Projekt »am Laufen« zu halten. Sie sollen rückmelden, wie die Fälle des Monats und die monatlichen Ergebnisse intern kommuniziert werden.
- In mehreren Tagungen mit den Ansprechpartnern werden die Zwischenergebnisse und der Stand der Entwicklungen diskutiert und aufbereitet.

Gerade die regelmäßige und in kurzen Zeitabständen stattfindende Rückspiegelung der Ergebnisse und der Fall des Monats führen dazu, dass dem CIR-System intern die notwendige Aufmerksamkeit zukommt und die Berichtsbereitschaft nicht erlahmt. Die Kontinuität der Innen-Außen-Kommunikation und die Rückkopplung von externer Auswertung, ihren Ergebnissen und Vorschlägen nach innen befördern die Effektivität und Effizienz eines Risikomanagements.

TABELLE 1: ANGEZEIGTE RISIKOKONSTELLATIONEN, STAND FEBRUAR 2007

1.	Medikationsfehler (Verschreibung: 251, Ausgabe: 19, Zubereitung: 274)	544	34,9%
2.	Verfehlung von Standards	356	22,8%
3.	Kommunikation zwischen Ärzten und Pflege	46	3,0%
4.	Kommunikation in Ärzteschaft und Pflege	35	2,2%
5.	Kommunikation zwischen Disziplinen	46	4,1%
6.	Risikokonstellation durch Schichtwechsel	29	2,5%
7.	Risikokonstellation durch Dokumentation	245	15,7%
8.	Risikokonstellation durch Geräte / Material	63	4,0%
9.	Risikokonstellation durch Organisation	139	8,9%
10.	Sonstige Risikokonstellation	27	1,7%
	Summe	1558	100%

IGMR
Institut für Gesundheits- und Medizinrecht

1 An dem norddeutschen Risikomanagementprojekt sind Kinderkliniken aus Bremen, Hamburg, Hannover, Kiel und Berlin beteiligt. Nähere Informationen bei den AutorInnen des Beitrags.

2 Vgl. dazu Aktionsbündnis Patientensicherheit: Mission Statement, www.aktionsbueundnis-patientensicherheit.de.

3 Vgl. zum Arzneimittelbereich: Hart; zum Management von Arzneimittelrisiken durch Ärzte und Unternehmen: Rechtsverfassung, Sozio-Psychologie, Empirie, in: V. Preuß (Hrsg.), Risikoanalysen 2, 1998, S. 165-203.

2. Erste Ergebnisse

Bis heute sind über 1.200 Meldungen eingegangen. Die Häufigkeit des Auftretens einzelner Risikokonstellationen ist in Tabelle 1 dargestellt. Die Berichte wurden in etwa der Hälfte der Fälle doppelt zugeordnet, wenn sie gleichzeitig im Schwerpunkt mehrere Risikokonstellationen betrafen. Medikations- und Standardrisiken, also die Konstellationen der Ziffern 1 und 2 wurden allerdings nicht doppelt gezählt. Dokumentationsmängel haben verhältnismäßig häufig eine Verbindung nicht nur zu den Medikationsrisiken, sondern auch zu Kommunikationsmängeln.

3. Beispiele risikovermindernder Maßnahmen

Folgende beispielhaft genannte Risikomanagementmaßnahmen wurden aufgrund der Berichte und ihrer Auswertung in den jeweiligen Kliniken eingeleitet.

- Standards zur Vermeidung einer Überdosierung bei risikoreichen Arzneimitteln werden beschlossen;
- Dokumentationsstandards werden überarbeitet bzw. eingeführt;
- Reanimationsprotokolle für Kinder werden geschaffen;
- die Beschriftung von Arzneimitteln wird verwechslungssicher gestaltet;
- Arzneimittellagerung und -anordnung erfolgen zukünftig nach Generikanamen und rechnergestützt;
- es wird ein einheitlicher Notfallplan mit Ablaufschema für alle Abteilungen erstellt;
- es wird eine einheitliche Notfallapotheke in allen Abteilungen eingerichtet;
- Zwillinge werden zukünftig mit Namensschildern gekennzeichnet.

Ausblick

Das Projekt wird Ende des Jahres auslaufen. Mit einigen Kliniken wird das Projekt mit dem IGMR fortgesetzt. Die Ergebnisse werden auf einer Tagung präsentiert und als Buch herausgegeben.

Weitere Informationen:

Dr. Kathrin Becker-Schwarze

Prof. Dr. Dieter Hart

Universität Bremen, FB Rechtswissenschaft,

Institut für Gesundheits- und Medizinrecht,

Postfach 33 04 40, 28334 Bremen,

Tel: 0421 218-4073/2059, Fax: -4391,

Mail: igmr@uni-bremen.de, www.igmr.uni-bremen.de

Patientenorientierung: Patient, Kunde, Partner oder nur Versicherter?

Potenziale des Bertelsmann-Gesundheitsmonitors

An den Patienten und die Patientin von heute werden hohe Anforderungen gestellt. Er bzw. sie soll nicht mehr nur wie früher informiert und mündig sein, sondern souverän. Der »Patient als Souverän« – ist das ein zu hoher und womöglich auch fehlgeleiteter Anspruch? In Zeiten der zunehmenden Ökonomisierungstendenzen im deutschen Gesundheitssystem bzw. Gesundheitsmarkt wird den PatientInnen auch abverlangt, die ökonomischen Konsequenzen ihres Gesundheits-, Krankheits- und Inanspruchnahmeverhaltens rational zu reflektieren. In wieweit diese neuen Anforderungen an die PatientInnen und darüber hinaus auch an die ÄrztInnen tatsächlich eingelöst werden, ist bisher noch unklar. Empirische Resultate zu dieser Fragestellung liegen nur sehr vereinzelt vor.

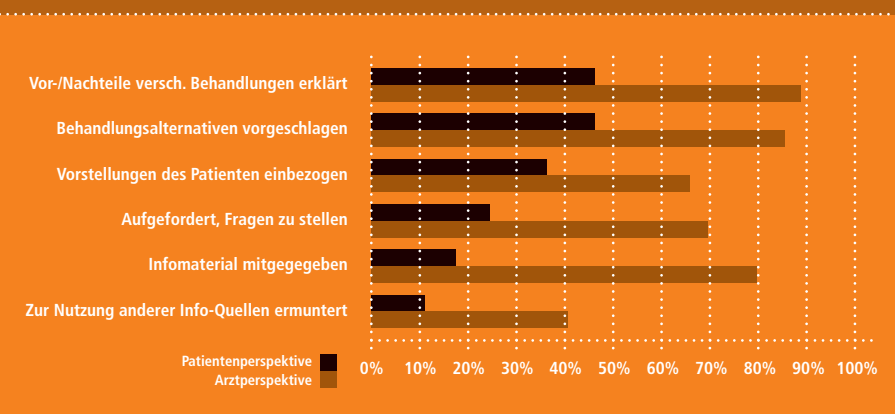
In diesem Zusammenhang könnte der Bertelsmann-Gesundheitsmonitor (GeMo) von Nutzen sein. Beim GeMo handelt es sich um ein Befragungsinstrumentarium, mit dem seit 2001 halbjährlich eine repräsentative Stichprobe von 1.500 Personen untersucht wird. Im Zentrum der Befragungen stehen die Qualität und die Inanspruchnahme der ambulanten medizinischen Versorgung in Deutschland. Dabei spielt die Patient-Arzt-Beziehung eine besondere Rolle. Ergänzt wird die Befragung der Allgemeinbevölkerung um eine jährliche Befragung von 500 ÄrztInnen. Dadurch können die Meinungen und Ansichten der PatientInnen/Versicherten mit

denen der ÄrztInnen gespiegelt werden. Dass dieses Vorgehen von großem Nutzen sein kann, soll an einem Beispiel verdeutlicht werden.

Im GeMo 2003 wurden PatientInnen und ÄrztInnen hinsichtlich der Wahrnehmung ausgewählter Aspekte der Patient-Arzt-Beziehung befragt (siehe Abbildung 1). Dabei wurde deutlich, dass zu dieser Fragestellung eklatante Unterschiede zwischen der Patientensicht und der Arztperspektive existieren. So gaben 89% der ÄrztInnen, aber nur 46% der PatientInnen an, im ambulanten Setting seien Vorteile und Nachteile verschiedener Behandlungsmethoden erklärt worden. Auch im Hinblick auf das Konzept des »Shared Decision Making« (SDM) lie-

fert der GeMo diskussionswürdige Ergebnisse. SDM kann als das derzeit am weitesten entwickelte und am besten operationalisierte Konzept der Patientenbeteiligung angesehen werden. Es ist ein Modell der partnerschaftlichen Patient-Arzt-Beziehung, das gekennzeichnet ist durch einen gemeinschaftlichen und gleichberechtigten Entscheidungsfindungsprozess. Von großer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang allerdings, dass dieses Konzept die Bedürfnisse vieler, aber bei weitem nicht aller PatientInnen anspricht. PatientInnen unterscheiden sich in ihren Bedürfnissen nach Kommunikation und Information sehr stark. Teilweise wollen sie gar nicht umfassend informiert werden, teilweise verlangen sie nach umfassender Information und starker individueller Beteiligung am Entscheidungsprozess über medizinische Therapieformen. Der Kommunikationsprozess zwischen PatientIn und ÄrztIn kann im Rahmen des SDM-Konzepts immer dann als gelungen bewertet werden, wenn er den vielfältigen Bedürfnissen des Patienten und der Patientin Rechnung trägt, zu guten Entscheidungen

ABB. 1: UNTERSCHIEDE DER WAHRNEHMUNG AUSGEWÄHLTER ASPEKTE DER PATIENT-ARZT-BEZIEHUNG BEI PATIENTEN UND ÄRZTEN



PUBLIKATION

Jan Böcken, Bernard Braun, Robert Amhof & Melanie Schnee (Hrsg.) (2006)

Gesundheitsmonitor 2006

Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten.



Jan Böcken, Bernard Braun, Robert Amhof,
Melanie Schnee (Hrsg.)

Gesundheitsmonitor 2006

Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen
aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten

Verlag BertelsmannStiftung

Gütersloh: Verlag Bertelsmann-Stiftung,
www.bertelsmann-stiftung.de/verlag

führt und zu den bestmöglichen Behandlungsergebnissen beiträgt.

Das Entscheidungsrecht der PatientInnen ist in Deutschland inzwischen auch in der Patientencharta fest verankert. Es stößt jedoch in der ärztlichen Praxis auf große Schwierigkeiten, denn die Realisierung dieses Rechts stellt eine deutliche Abkehr von den noch immer stark verbreiteten paternalistischen und direktiven Formen der Arzt-Patient-Kommunikation dar.

Bis vor 25 Jahren bevorzugte die Mehrheit der PatientInnen in Deutschland eindeutig eine eher passive Rolle im medizinischen Behandlungsprozess. Heute möchten dagegen viele PatientInnen an medizinischen Entscheidungsprozessen beteiligt werden. Dies wird durch die Befragungen des GeMo eindeutig belegt: Von 9.146 Befragten gaben 58% den Wunsch an, stärker an medizinischen Entscheidungsprozessen beteiligt zu werden. Dabei möchten aber nur 14% der Befragten derartige Entscheidungen allein treffen. Mit steigendem Alter nimmt darüber hinaus das Bedürfnis nach stärkerer (Mit-)Entscheidung deutlich ab. Die Befragungsergebnisse des GeMo wie auch andere internationale Studien verweisen nachdrücklich darauf, wie notwendig die gezielte Förderung der Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen ist.

Die Ärztebefragungen im Rahmen des GeMo zeigten, dass sich ÄrztInnen allgemein zu 67% für das Konzept des SDM aussprechen. Die erforderlichen Kompetenzen der ÄrztInnen, das SDM-Konzept in der täglichen Praxis auch tatsächlich umzusetzen, sind allerdings weitgehend nicht vorhanden oder werden durch strukturelle Bedingungen verhindert. Dies liegt in hohem Maße auch daran, dass SDM in der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung nur rudimentär vermittelt wird.

Im Rahmen der bisher durchgeführten elf Befragungswellen des GeMo mit mehr als 15.000 Personen wurden insgesamt etwa 150 gesundheitspolitisch relevante Themen angesprochen. Die überwiegende Anzahl der Fragen im GeMo sind in jeder Befragungswelle identisch. Von daher besitzt der GeMo das Potenzial, zeitnahe Veränderungen zu erkennen. Die restlichen Fragen beziehen sich auf spezifische Themenstellungen (z.B. Vertrauen

in die Institutionen und Akteure des Gesundheitssystems, das Konzept des Shared Decision Making, Alternativmedizin).

Seit 2002 erscheint jährlich ein von der Bertelsmann-Stiftung in Kooperation mit dem Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen herausgegebener Sammelband, in dem Beiträge zu einer Vielfalt von gesundheitspolitischen und gesundheitswissenschaftlichen Fragestellungen zusammengestellt sind. Dabei werden die im Rahmen des GeMo erhobenen Daten verwendet, um aktuelle empirische Befunde und Trends zu diesen Fragestellungen zu dokumentieren.

Damit ist das Potenzial des GeMo aber noch bei Weitem nicht ausgeschöpft. Deshalb möchten wir interessierte WissenschaftlerInnen und Studierende auf diesem Weg ermuntern, mit uns in Kontakt zu treten, wenn Sie eigenständige Analysen mit dem in dieser Form einmaligen Datenpool des GeMo durchführen möchten.

(Literatur bei den VerfasserInnen)

PD Dr. Uwe Helmert

Mail: uhelmert@zes.uni-bremen.de

Dr. Bernard Braun

Mail: bbraun@zes.uni-bremen.de

Melanie Rosenwirth

Mail: m.rosenwirth@zes.uni-bremen.de

Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik (ZeS),
Abteilung Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik
und Versorgungsforschung, www.zes.uni-bremen.de

Volumetrische Verlaufskontrolle von Tumoren

Krebsversorgung in Deutschland

In Deutschland erkranken jährlich mehr als 400.000 Menschen neu an Krebs. Trotz erheblicher Verbesserungen bei der Krebsbehandlung ist eine Heilung nur in etwa der Hälfte der Fälle möglich. Falls die Erkrankung früh erkannt wird, gelingt dies oft durch chirurgische oder strahlentherapeutische Maßnahmen. In vielen Fällen haben sich zum Zeitpunkt der Diagnose jedoch bereits Metastasen gebildet. Die Behandlung erfolgt dann i.d.R. durch Gabe starker Chemotherapeutika, welche

das Wachstum der Metastasen stoppen sollen. In bestimmten Fällen kann die Chemotherapie sogar heilend wirken, z.B. bei Hodenkrebs oder Leukämie. Zunehmend sichern Chemotherapien den langfristigen Behandlungserfolg im Rahmen multimodaler Therapien ab oder ermöglichen lokale kurative Therapien in fortgeschrittenen Stadien. Die derzeit verfügbaren Chemotherapeutika haben starke Nebenwirkungen, was sich etwa durch Haarausfall und schweren Störungen der Verdauung und des Blutbildes äußern kann bis hin zu einer hohen

Anfälligkeit für gefährliche Infektionen. Zudem sind viele dieser Medikamente sehr teuer – die Kosten für eine moderne Chemotherapie können 100.000 Euro pro PatientIn übersteigen. Die Chemotherapie ist für viele PatientInnen jedoch die einzige Chance auf Heilung oder zumindest Verzögerung des Krankheitsfortschritts. Problematisch ist, dass die Wirkung der verschiedenen Chemotherapeutika abhängig vom Krebstyp und von der genetischen Veranlagung des Patienten bzw. der Patientin ist, viele Chemotherapien sind bei weniger als 1/3 der PatientInnen erfolgreich.

Unsicherheiten der Therapieverlaufskontrolle

Vor diesem Hintergrund ist die relativ geringe Zuverlässigkeit derjenigen Methoden überraschend, die bislang klinisch eingesetzt werden, um das

Ansprechen einer Chemotherapie zu erfassen. Von besonderer Bedeutung ist dies auch für klinische Studien, in denen die bessere Wirksamkeit neuer Therapien nachgewiesen werden soll.

Wesentlich in der Beurteilung des Ansprechens sind von RadiologInnen aufgenommene Schnittbilder der PatientInnen. Zumeist kommt die Computertomographie (CT) zum Einsatz, welche flächendeckend verfügbar ist und einige hundert Schnittbilder pro Untersuchung liefern kann. Diese Menge von Bildern muss der Radiologe oder die Radiologin mit ebenso großen Bildserien aus Voruntersuchungen vergleichen. Dazu wurde bislang, falls die Beurteilung des Therapieerfolgs nicht offenkundig ist, der augenscheinlich größte Durchmesser der Tumore in den Bildern per Lineal gemessen. Bei der manuellen Vermessung bedingen Unschärfe, Bildrauschen und irreguläre Tumorformen Unsicherheiten. Daraus resultiert eine typische Messstreuung von einigen Millimetern. Systematische Untersuchungen ergaben, dass diese bei unabhängigen Messungen in ca. 1/3 der Fälle mehr als 70% Abweichung bezogen auf das Tumorumfang entspricht. Die enorme Größe dieser Unsicherheit wird plausibel, wenn man bedenkt, dass eine Volumenverdopplung einer Durchmesservergrößerung um lediglich 2–3 Bildpunkte im CT bei einem typischen Durchmesser der Herde von 10–15 mm entspricht.

Ein Ansprechen oder Nichtansprechen der Therapie wird als Folge der geringen Messgenauigkeit oft nur nach längeren Behandlungszeiten und mit beschränkter Zuverlässigkeit festgestellt. Dies kann für PatientInnen zur Folge haben, dass unwirksame, aber sehr belastende und zudem teure Behandlungen über Wochen oder Monate durchgehalten werden und ein unter Umständen möglicher Wechsel auf eine wirksamere Therapie erst spät erfolgt. Onkologische Studien müssen unter anderem aufgrund der beschränkten Genauigkeit der Beurteilung des Therapieerfolgs groß angelegt werden und sind entsprechend aufwändig, langwierig und teuer.

Verbesserung durch präzise volumetrische Vermessung

Mit Hilfe der bei MeVis Research in den letzten vier Jahren im Rahmen des Forschungsverbundes VICORA¹ entwickelten Software OncoTREAT ist es nun möglich, die Unsicherheit der Beurteilung von Größenänderungen in Metastasen um einen Faktor 3–7 zu reduzieren. Damit kann im Mittel bereits ab einer Ausdehnung oder Verkleinerung von einer halben CT-Bildpunktweite eine verlässliche Aussage zum Therapieerfolg gemacht werden. Die

Volumetrie ist verfügbar für Herde in Lunge, Leber und Gehirn, wo sich ein Großteil der Metastasen ansiedelt, sowie für die sehr häufigen Metastasen in Lymphknoten.

Eine klare Überlegenheit der neuen Methodik ist aufgrund der durchgeführten Vorstudien zu erwarten. Eine klinische Etablierung sowie die Anerkennung der Volumetrie durch Zulassungsbehörden und Krankenversicherer sind jedoch nur durch den Nachweis der Überlegenheit in Studien möglich. Im Rahmen eines von der Bremer Investitions-Gesellschaft (big Bremen) geförderten Projekts werden derzeit gemeinsam mit dem

Kompetenzzentrum für Klinische Studien Bremen² entsprechende Studien zum Nachweis des Patientenbenefits durch eine genauere Therapiesteuerung aufgrund präziserer Tumorumfangberechnung vorbereitet, etwa hinsichtlich einer frühzeitigen Anpassung der Therapie bei absehbarem Therapieversagen.

Dr. Volker Dicken

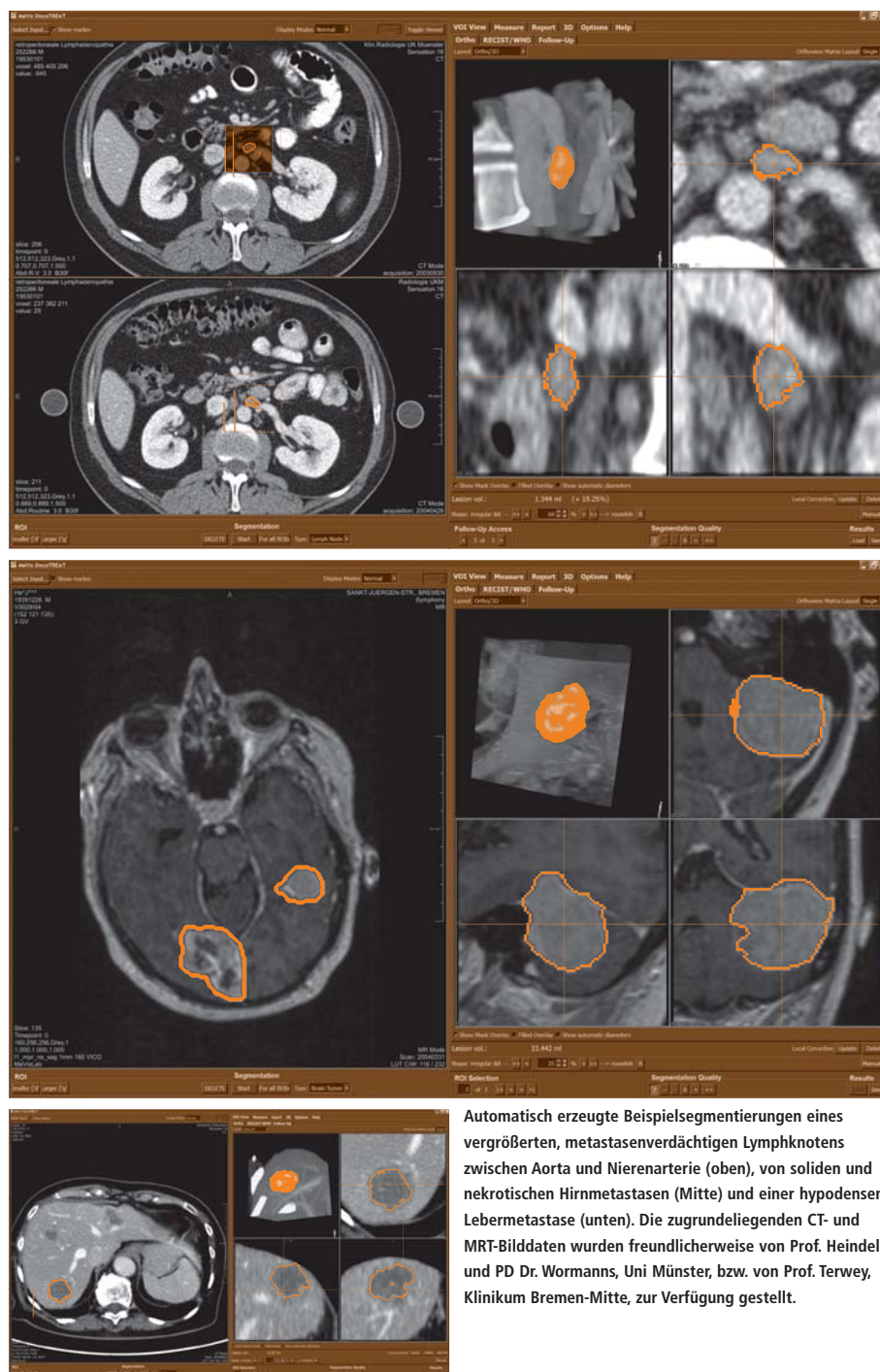
Mail: dicken@mevis.de

Dr. Horst K. Hahn,

Mail: hahn@mevis.de

MeVis Research, Universitätsallee 29, 28359 Bremen,

Tel: 0421 218-2439, www.mevis.de



Automatisch erzeugte Beispielsegmentierungen eines vergrößerten, metastasenverdächtigen Lymphknoten zwischen Aorta und Nierenarterie (oben), von soliden und nekrotischen Hirnmetastasen (Mitte) und einer hypodensen Lebermetastase (unten). Die zugrundeliegenden CT- und MRT-Bilddaten wurden freundlicherweise von Prof. Heindel und PD Dr. Wormanns, Uni Münster, bzw. von Prof. Terwey, Klinikum Bremen-Mitte, zur Verfügung gestellt.

1 www.vicora.de

2 www.kksweb.uni-bremen.de

PROJEKTE

Pflegeforschungsverbund Nord:

Optimierung des Pflegeprozesses durch neue Steuerungsinstrumente

Der seit 2004 durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderte Pflegeforschungsverbund Nord wird unter dem Thema »Optimierung des Pflegeprozesses durch neue Steuerungsinstrumente« im Anschluss an die Anfang 2007 auslaufende erste Förderperiode für weitere drei Jahre bis 2010 mit 700.000 Euro gefördert.

Intention des Verbunds ist, unter Einbezug von Universitäten und Fachhochschulen, Versorgungseinrichtungen und anderen einschlägigen Institutionen, pflegewissenschaftliche Forschungsstrukturen im norddeutschen Raum auszubauen und zu vernetzen.

Die erste Förderperiode des Pflegeforschungsverbunds Nord hatte zum Ziel, defizitäre Themen aus dem pflegerischen Handeln zu untersuchen und geeignete Steuerungsinstrumente zu generieren. Die zweite Förderperiode ist von der Entwicklung und Wirksamkeitsprüfung pflegerischer Steuerungsinstrumente geprägt. Der Verbund will zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit pflegerischer Versorgung beitragen, indem bedarfsgerechte, effektive und effiziente Interventionen entwickelt und implementiert werden.

In der ersten Förderperiode (2004-2007) wurden im Pflegeforschungsverbund Nord folgende Projekte abgeschlossen:

- Individuelle Pflegeverläufe älterer Menschen und ihre Determinanten (Prof. Dr. Heinz Rothgang, Lars Borchert, Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik)

- Mobilitätsrestriktionen in Alten- und Pflegeheimen: eine multizentrische Beobachtungsstudie (Prof. Dr. Gabriele Meyer, Sascha Köpke, PD Dr. Ralf Bender, Prof. Dr. med. Ingrid Mühlhauser, Universität Hamburg, IGW-Gesundheit) (siehe den Beitrag auf Seite 4 dieses IPP-Infos)
- Die Pflegevisite als Instrument der Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege (Prof. Dr. Monika Habermann, Heidrun Biedermann, Hochschule Bremen, Zentrum für Pflegeforschung und Beratung ZePB)
- Effektivität pflegerischer Einschätzung im Vergleich zu empfohlenen Testinstrumenten zur Vorhersage des Sturzrisikos in Alten- und Pflegeheimen (Sascha Köpke, Prof. Dr. Gabriele Meyer, PD Dr. Ralf Bender, Prof. Dr. med. Ingrid Mühlhauser, Universität Hamburg, IGW-Gesundheit).

Die Ergebnisse aus der ersten Förderperiode werden in einem gemeinsamen Buch aller Pflegeforschungsverbände veröffentlicht, das voraussichtlich 2008 erscheinen wird.

In der zweiten Förderperiode (2007-2010) werden folgende Forschungsvorhaben durchgeführt:

- Verbesserung der Effektivität und Effizienz der ambulanten häuslichen Pflege durch das Resident Assessment Instrument, RAI-Home Care 2.0 (Prof. Dr. Heinz Rothgang, Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik; Prof. Dr. Günter Roth, Fachhochschule im Deutschen Roten Kreuz, Göttingen)
- Pflegefehler, Fehlerkultur und Fehlermanagement in stationären Versorgungseinrichtungen

(Prof. Dr. Monika Habermann, Hochschule Bremen, Zentrum für Pflegeforschung und Beratung ZePB)

- Entwicklung und Evaluation einer Patientenschulung bei tumorbedingter Fatigue (Prof. Dr. Stefan Görres, Karl Reif, Nina Egger, Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung IPP, Abt. 3 Interdisziplinäre Alterns- und Pflegeforschung; Prof. Dr. Franz Petermann, Dr. Ulrike de Vries, Universität Bremen, Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation)
- Entwicklung und Evaluation einer Praxisleitlinie zu freiheitseinschränkenden Maßnahmen in Alten- und Pflegeheimen (Prof. Dr. Gabriele Meyer, Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung IPP, Abt. 3 Interdisziplinäre Alterns- und Pflegeforschung; Sascha Köpke, Prof. Dr. med. Ingrid Mühlhauser, Universität Hamburg, MIN-Fakultät, Fachwissenschaft Gesundheit).

Die methodische Beratung des Pflegeforschungsverbunds Nord wird durch das Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS) geleistet.

Die Koordination des Pflegeforschungsverbunds Nord wird, wie bereits in der ersten Förderphase, durch die Geschäftsstelle wahrgenommen, die an der Abteilung 3 Interdisziplinäre Alterns- und Pflegeforschung des Instituts für Public Health und Pflegeforschung angesiedelt ist. Verbundsprecher ist Prof. Dr. Stefan Görres, Leiter der Geschäftsstelle ist Karl Reif.

Weitere Informationen

Universität Bremen, Pflegeforschungsverbund Nord,

Institut für Public Health und Pflegeforschung IPP,

Abt. 3 Interdisziplinäre Alterns- und Pflegeforschung (iap),

Prof. Dr. Stefan Görres (Verbundsprecher),

Karl Reif (Leiter der Geschäftsstelle),

Tel: 0421 218-90 55, Mail: pfvn@uni-bremen.de,

www.pfv-nord.uni-bremen.de, www.iap.uni-bremen.de

Warum nehmen Frauen in den Wechseljahren Hormonpräparate ein?

Die Diskussion um Nutzen und Risiken der Einnahme von Hormonen in den Wechseljahren hat bislang kaum berücksichtigt, warum Frauen diese Präparate einnehmen. Diese Perspektive war Gegenstand der vom AOK-Bundesverband finanzierten Studie »Interviews mit Frauen unter lang dauernder Einnahme weiblicher Hormone in und

nach den Wechseljahren«, welche 2005/2006 unter der Leitung von Prof. Dr. Norbert Schmacke (Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung) und Prof. Dr. Petra Kolip (IPP) stand und von Nicole Höfling-Engels (IPP) bearbeitet wurde.

Es ging bei diesem Projekt um die Frage, wel-

che Informationen und Botschaften Frauen aus ärztlichen Gesprächen und aufgrund weiterer Informationsquellen erhalten haben und welche Bedeutung diese für ihre Entscheidung für eine Hormontherapie (HT) hatten. Zu diesem Zweck wurden 35 teilstrukturierte narrative Interviews mit Frauen im Alter von 46-75 Jahren durchgeführt, die über einen Zeitraum von mindestens einem Jahr Hormonpräparate eingenommen haben. Einige Ergebnisse sollen nachfolgend skizziert werden.

Gründe für eine Hormoneinnahme

Klassische Wechseljahrsbeschwerden (Hitze-

wallungen, Schweißausbrüche, atrophische Veränderungen an den Genitalien, Schlafstörungen, Reizbarkeit) und deren Eskalation waren für viele Frauen Gründe für eine Erstverschreibung einer HT. Jedoch zeigte sich auch die Haltung der behandelnden GynäkologInnen zur Hormoneinnahme als wegweisend für oder gegen eine Entscheidung einer solchen Medikation. Während nur wenige Befragte die Prophylaxe von Wechseljahrsbeschwerden aufgrund von vorangegangenen Hysterektomien oder Hormonspiegelmessungen als Einnahmegründe nannten, schilderten einige Frauen einen hohen Leidensdruck aufgrund lang anhaltender, unregelmäßiger und nicht selten sehr starker Blutungen, die ihr Gesamtbefinden wesentlich beeinflussten. Auch die Verheißung einer Anti-Aging-Wirkung der HT wurde noch immer als Motiv angeführt. Auffällig war, dass auch vorausgegangene, teils langwierige und vielfältige Versuche einer homöopathischen Behandlung letztlich in einer allopathischen Behandlung endeten. So liegt die Vermutung nahe, dass bereits an dieser Stelle die Medikalisierung der Wechseljahre beginnt.

Unterschiedliche Haltungen der Frauen zur Hormontherapie als Beweggründe

Im Rahmen der Bearbeitung des umfangreichen Interviewmaterials war es möglich, verschiedene Haltungen der Frauen zur HT zu ermitteln, die die Gründe für die Einnahme von Hormonpräparaten differenziert betrachten lassen. Die ausgearbeiteten Haltungen werden im Folgenden anhand von Beispielen kurz dargestellt.

Eine **integritätswahrende Haltung** zur HT beruht auf den in der Lebensmitte wahrgenommen Veränderungen des Selbstbildes und des eigenen Auftretens der Frauen. Diese stellen eine Bedrohung der psychischen und physischen Integrität der Frauen da, wie auch im Speziellen ihrer Weiblichkeit.

Frau V, 54J.: »Ja, ja, also dieses Gefühl, wirklich neben sich zu stehen und so, so hilflos zu sein, also so, ich fühlte mich, ja ich fühlte mich so ausgeliefert. Wusste gar nicht, wie ich mir helfen sollte. (...) Meinen fehlenden Hormonen oder so was, ich weiß nicht, wie ich das sagen, ich hab ja, es war so was, ich fühlte mich so hilflos einfach. So 'ne Art meinem Körper ausgeliefert sein, und ich konnte ihn, ich konnte ihn nicht beeinflussen.« (Interview 22, Z. 279-287)

Eine **funktionsorientierte Haltung** zur HT resultiert aus dem Anspruch und der empfundenen Notwendigkeit des unverminderten Erhalts der eigenen Leistungsfähigkeit im Berufs- und Privatleben.

Frau Z, 57J.: »Ja, weil man kann gar nicht mehr durchschlafen. Und wenn man voll berufstätig ist, also das geht nicht auf die Dauer. Denn waren meine Kinder dann auch noch zu Hause, ich war ja allein erziehend, und dann mit meinen Kindern noch, also das war die Hölle war das.« (Interview 26, Z. 283-287)

Eine **suchende Haltung** zur HT erfolgt bei den Befragten aufgrund der Angst vor einer falschen Entscheidung im Zusammenhang mit den Wechseljahren und ihrem Umgang damit. Sie ist vor allem mit den divergenten Berichten über eine HT und der empfundenen fehlenden Aufklärung, Beratung und Unterstützung seitens der ÄrztInnen begründet. Ratlosigkeit, Selbstzweifel und innere Zerrissenheit führen zu einem ständigen Behandlungswechsel.

Frau H, 56J.: »Ist es richtig, dass ich das jetzt so mache. Und dann hinterher die Folgen in, in Kauf nehme. Oder äh, äh müsste ich da jetzt durch, und ich weiß ja nicht wie lange das dauert. Und schaff ich, würde ich das irgendwie schaffen, oder, da äh darauf bezieht sich das.« (Interview 8, Z. 347-351)

Eine **medizinvertrauende Haltung** zur HT ist geprägt von der klassisch-traditionellen Sicht auf die Medizin, von der die Frauen, beinahe unhinterfragt, Hilfe erwarten um sich einer 'eigenen' Entscheidung zu entziehen. Aufgrund der vielfachen Verunsicherung wird so versucht, Verantwortung abzugeben und eventuellen Konfrontationen auszuweichen.

Frau I, 64J.: »Er hat mich nur immer gründlichst untersucht und äh wie geht es Ihnen mit den Hormonen, und da hab ich gesagt prima, und er sagt nur ich bin sehr zufrieden mit Ihnen (lacht kurz), und denn war ich auch zufrieden, weil er zufrieden mit mir war sozusagen (lacht kurz).« (Interview 9, Z. 445-449)

Eine **nutzengeneralisierende Haltung** zur HT hängt ebenfalls mit der vorherigen Haltung zusammen. Jedoch ist hier eine Indikationsausweitung der HT als Anti-Aging- oder Aufputzmittel bzw. zur Prophylaxe von Knochenbeschwerden und Rheuma erkennbar.

Frau R, 61J.: »Ich habe fast zwanzig Jahre Hormone genommen, regelmäßig, die gehörten nachher schon bei mir dazu wie Frühsport, jeden Morgen. Ich hab ein ganz tolles Leben geführt, in jeder Beziehung, alles, alle Probleme waren weg. (...) Also ich habe keinerlei Nebenwirkungen gehabt« (Interview 18, Z. 49-56).

Die Studie ist im Netz unter www.praevention.uni-bremen.de/projekte/motivhor.php abrufbar. Einzelne Druckexemplare

können auch direkt bei Nicole Höfling-Engels angefordert werden.

Nicole Höfling-Engels

Dipl.-Soz.päd./Sozialarbeitswissenschaftlerin,
Universität Bremen, Institut für Public Health und
Pflegeforschung, Abteilung Prävention und
Gesundheitsförderung,

Mail: hoeffling-engels@uni-bremen.de,

www.praevention.uni-bremen.de

PUBLIKATION

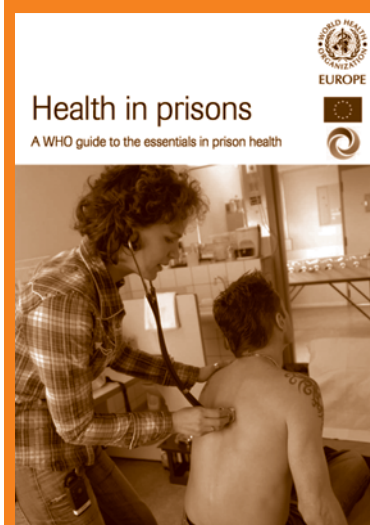
Edited by: Lars Möller, Heino Stöver, Ralf Jürgens,
Alex Gatherer and Haik Nikogosian

Health in prisons –

A WHO guide to the essentials in prison health

Basierend auf der Erfahrung in vielen Ländern Europas und den Erkenntnissen vieler ExpertInnen auf dem Sektor gibt dieser Leitfaden praktische Hilfestellungen, Gesundheitsförderung für Menschen in Haft zu entwickeln und damit einen wesentlichen Anstoß für die Verbesserung der Öffentlichen Gesundheit insgesamt zu geben. Folgende Ebenen werden behandelt:

Gefangene sind eine sehr vulnerable Gruppe mit vielen gesundheitlichen Belastungen. Systematisch werden für die gesundheitlichen Kernprobleme Strategien der Prävention, Behandlung, Betreuung und Unterstützung präsentiert. Aber auch die Zielgruppe der Bediensteten ist in vielen Fällen erhöhten Gesundheitsrisiken ausgesetzt. Auch für diese Gruppe werden Gesundheitsförderungsstrategien im Setting Gefängnis entwickelt. Schließlich geht es um die Verhältnisse in den Gefängnissen (z.B. Zellengröße, Licht, Ventilation etc.), die verbessert werden müssen zu weniger gesundheits-abträglichen Umgebungen. Außerdem werden Mindeststandards, internationale Richtlinien, Ethik, Menschenrechte und Vernetzung mit Gesundheitsdiensten in der Gemeinde/Region thematisiert.



Die Publikation steht in Englisch und Russisch zur Verfügung. Download der englischen Version unter: [http://www.public-health.uni-bremen.de/doc/Aktuell07/Health_in_Prison_Guide\(WHO\).pdf](http://www.public-health.uni-bremen.de/doc/Aktuell07/Health_in_Prison_Guide(WHO).pdf)

QUALIFIKATIONSARBEITEN

Magisterarbeit

Kaiserschnitt auf Wunsch – Positionierung der niedergelassenen FrauenärztInnen in der Entscheidungsfindung im Land Bremen

Die Diskussion um steigende Kaiserschnittraten erhält seit einem Jahrzehnt weitere Dynamik durch die Debatte um die Schnittentbindung ohne medizinische Indikation. Auch wenn die Steigerung der Sectioraten nicht auf den Kaiserschnitt auf Wunsch zurückzuführen ist, sind diese beiden Phänomene eng miteinander verknüpft. Der Einzug präventiven Denkens bei den relativen Indikationen und sinkende Mortalitätsraten für Schnittentbindungen werden als Gründe für erhöhte Kaiserschnittraten diskutiert. Nach heutiger Rechtsauffassung ist der medizinisch nicht indizierte Kaiserschnitt auf Wunsch der schwangeren Frau Ausdruck freier Selbstbestimmung und verstößt weder gegen die guten Sitten noch gegen Zivil-, Straf- und Berufsrecht. Jedoch lässt der Kaiserschnitt auf Wunsch als Ergebnis einer »Informed Consent«-Entscheidung die Frage offen, ob die Befähigung der Schwangeren, individuelle Vor- und Nachteile des bevorzugten Geburtsmodus gegenüber anderen Methoden abzuschätzen, durch ärztliche Aufklärungsgespräche erreicht werden kann.

Ungeklärt war bislang das Selbstverständnis von niedergelassenen ÄrztInnen in der Rolle als geburtshilfliche ExpertInnen bei der Entscheidungsfindung für einen »Wunschkaiserschnitt«. Die subjektive Sichtweise der FrauenärztInnen und das Erleben und Gestalten ihrer Einflussmöglichkeiten in diesem Entscheidungsprozess wurden im Rahmen einer von Prof. Dr. Petra Kolip betreuten Magisterarbeit im Aufbaustudiengang Gesundheitswissenschaften mit einer explorativ-qualitativen Methode untersucht. In 15 ExpertInneninterviews wurden ebenfalls die persönliche Geburtsmoduspräferenz und die Einschätzung von möglichen Ursachen für die steigenden Kaiserschnittraten erfragt.

Ergebnisse der Untersuchung

Es ergibt sich eine große Spannweite bei der Positionierung in dem Prozess der Entscheidungsfindung für den Kaiserschnitt auf Wunsch. Bei vielen der Befragten finden sich Elemente der verschiedenen Konzepte der ÄrztInnen-PatientInnen-Interaktion wieder, in diese fließen bei den FrauenärztInnen mehrheitlich die persönliche Geburtsmoduspräferenz bzw. die eigene Geburtserfahrung mit ein. Das breite Spektrum der Gestaltung dieses Prozesses und das Beschreiben von oft zum Scheitern verurteilten Aufklärungsgesprächen mit den Schwangeren scheinen auch von einer Verunsicherung der Interviewten geprägt zu sein, die letztlich die kontroverse Debatte um die Sectio auf Wunsch verdeutlicht. So zeigt sich ebenfalls Verantwortungsabgabe an die Frauenklinik als eine Option der Interaktionsgestaltung mit Schwangeren, die den Wunsch nach Kaiserschnitt äußern. Die Risikoaufklärung eines Kaiserschnittes wird als schwer vermittelbar erlebt. Ein mangelndes gesellschaftliches Risikobewusstsein gegenüber operativen Eingriffen sowie eine angstgeprägte Gesprächsvermeidung seitens der Schwangeren werden von den Befragten hauptsächlich dafür verantwortlich gemacht. Auf Grund der Diskrepanz zwischen der Präventivdiskussion und Selbstbestimmungsargumentation in der (Fach-) Presse und dem Praxisalltag, besteht bei den Interviewten der Wunsch nach einem Dialog zwischen niedergelassenen und klinisch tätigen FrauenärztInnen, um sich mit deren Positionierung zu der Sectio auf Wunsch auseinanderzusetzen. Paramedizinische Faktoren, insbesondere der forensische Einfluss, scheinen sowohl die zunehmende Akzeptanz von Sectiones

auf Wunsch als auch insgesamt die steigenden Kaiserschnittraten deutlich mitzuprägen.

Schlussfolgerungen

Die Verantwortung der geburtshilflichen Profession am Bild der medizinischen Machbarkeit und der Darstellung der elektiven Sectio als Geburtsmodus mit der höchstmöglichen Kontrollierbarkeit ist unbestritten. Eine positivere und weniger risikobehaftete Darstellung von Schwangerschaft und Geburt müssen die geburtshilfliche Profession und öffentlichen Medien gleichermaßen vorantreiben. Die Notwendigkeit hierfür ergibt sich, da die Ergebnisse dieser Arbeit erneut Angst als Motivation der Schwangeren zum Kaiserschnitt auf Wunsch als entscheidenden Faktor bestätigen. Auch mögliche Konsequenzen der Sectio für das weitere reproduktive Leben einer Frau sowie die damit verbundene Gefahr der Zunahme von früher seltenen geburtshilflichen Notfallsituationen sind immer noch zu wenig in der Öffentlichkeit bekannt. Gerade der angstbestimmte Wunsch nach Kaiserschnitt stellt ÄrztInnen vor besondere Beratungsherausforderungen. Studien, die zur Verbesserung von Aufklärung und Vermittlung der Auswirkungen von Kaiserschnittentbindung auf Folgeschwangerschaften, hierfür Bedarfe und Defizite sowohl von Schwangeren als FrauenärztInnen analysieren, sind – auch im Hinblick auf die Verhinderung einer Zunahme von Kaiserschnitten – notwendig.

Eine angstbestimmte Entscheidung der Schwangeren für eine Sectio darf nicht mit dem Ausdruck von Selbstbestimmung verwechselt oder verschleiert werden. Dadurch wird der weiteren Medikalisierung von Frauengesundheit Vorschub geleistet und die Verantwortung für die geburtshilfliche Versorgung mit einem Kaiserschnitt als Über- oder Fehlversorgung wird damit zunehmend den Nutzerinnen des Gesundheitssystems zugeschrieben.

Die Magisterarbeit steht unter folgendem Link zum Download bereit: http://www.praevention.uni-bremen.de/doc/Wunschkaiserschnitt_Schach.pdf

Corinna Schach, MPH

Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung, Abteilung Prävention und Gesundheitsförderung, Mail: cschach@uni-bremen.de, www.praevention.uni-bremen.de

PUBLIKATION

S. Stroth, A. Post, J. Pfuhl & Dr. G. Marstedt (2007)

Ratlose Patienten?

Aktuelle Buchpublikation zu den Ergebnissen der Bremer Bevölkerungsumfrage GESUNDHEIT!

PatientInnen sind heutzutage kritisch und informieren sich – auch außerhalb der klassischen Versorgungseinrichtungen – über Gesundheit und Krankheit. Ebenso setzt die Gesundheitspolitik auf den »informierten Patienten«.

Doch es ist genauer zu fragen:

- Welches sind die drängenden gesundheitlichen Probleme der Bürgerinnen und Bürger?
- Wie orientieren sich die Nutzerinnen und Nutzer in der Masse der Gesundheitsinformation?
- Welchen Anbietern vertrauen sie?
- Welche Erwartungen haben die PatientInnen und welche Erfahrungen machen sie mit ‚ihrer‘ Arztpraxis, dem behandelnden Krankenhaus, der aufgesuchten Beratungsstelle?
- Wie reagieren ÄrztInnen auf »informierte Patienten«?

Dieses empirisch bisher wenig untersuchte Themenfeld hat die Bremer Bevölkerungsumfrage GESUNDHEIT! – ein Kooperationsprojekt zwischen dem Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales, dem Zentrum für Sozialpolitik, Abt. Gesundheitspolitik, Arbeits- und Sozialmedizin und dem Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS) – zum Schwerpunkt ihrer 2004 durchgeführten schriftlichen Befragung gemacht.

Hrsg.: Der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales der Freien Hansestadt Bremen & Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen.
Bremen: Edition Temmen, ISBN 978-3-86108-588-1

Promotion

Evaluation eines Nachsorgeangebotes bei Essstörungen auf Grundlage einer Analyse stationärer Versorgungsstrukturen

Hintergrund

Bei Essstörungen (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und Binge-Eating Störung) handelt es sich um psychische Erkrankungen, von der in erster Linie junge Frauen betroffen sind. Bei Anorexia nervosa liegt die Prävalenz in dieser Risikogruppe bei ca. 0,5-1%, bei Bulimia nervosa sogar bei 1-3%. Obwohl Essstörungen relativ selten auftreten, haben sie sowohl für die Betroffenen als auch für die öffentliche Gesundheit eine große Bedeutung, da eine sehr junge Bevölkerungsgruppe betroffen ist. Zudem weisen Essstörungen die höchste Mortalitätsrate unter den psychischen Störungen und eine ausgeprägte psychiatrische Komorbidität auf, insbesondere zu affektiven Störungen. Neben den hohen direkten Kosten für die Behandlung, entstehen darüber hinaus beachtliche indirekte Kosten, z.B. durch Arbeitsunfähigkeit. Die Schwere der Erkrankung erfordert in vielen Fällen einen stationären Aufenthalt in einer Akut- oder Rehabilitationsklinik. Erste Studien im Rahmen der psychosomatischen Nachsorge belegen eine Erhöhung der Effektivität von Rehabilitationsleistungen durch ein Nachsorgeangebot im Langzeitverlauf. Eine Weiterentwicklung von Nachsorgeangeboten auch für die Indikationsgruppe Essstörungen erscheint erstrebenswert.

Ziel

In der am IPP in der Abteilung Prävention und Gesundheitsförderung entstandenen und von Prof. Dr. Petra Kolip betreuten Promotionsarbeit wurden in einer Vorstudie das stationäre Versorgungssegment und Ansätze für bereits bestehende Nachsorgestrukturen untersucht. Darauf aufbauend erfolgte eine Konzipierung, Implementierung und wissenschaftliche Begleitung eines spezifischen poststationären Nachsorgeangebotes für PatientInnen mit Essstörungen in Bremen.

Fragestellung / Methode

Folgende Fragestellungen wurden abgeleitet: Wie wird der Bedarf zur Nachsorge bei Essstörungen aus der Sicht der in den stationären Einrichtungen tätigen ExpertInnen eingeschätzt? Wie lässt sich das Nachsorgeangebot implementieren und prozessbegleitend optimieren? Wie beurteilen die TeilnehmerInnen die Wirksamkeit des Nachsorgeangebotes? Mittels der Methoden der formativen und summativen Evaluation wurde die Implemen-

tionierung des Angebotes prozessbegleitend evaluiert und optimiert, wobei die Befragung der ExpertInnen (Beschäftigte in den Kliniken) anhand von Leitfadeninterviews erfolgte und die NutzerInnen mit Hilfe von Leitfadeninterviews und Fragebögen zu mehreren Zeitpunkten befragt wurden.

Ergebnisse

Aus der Sicht der zwölf befragten ExpertInnen besteht ein differenzierter Nachsorgebedarf, der allerdings auf struktureller Ebene auf Hindernisse stößt. Hier werden Vorschläge für eine Verbesserung der Versorgungssituation genannt. Für die auf das Krankheitsbild der Essstörungen ausgerichtete Nachsorgebehandlung werden Therapiebausteine analog dem multimodalen rehabilitationsspezifischen Spektrum in der Klinik, wenn möglich in einer indikationshomogenen Gruppenbehandlung, als wichtig eingeschätzt. Es ist gelungen, ein spezifisches, an den Problemen dieser Personengruppe orientiertes Nachsorgeprogramm bei Essstörungen zu entwickeln und zu implementieren. Aus der Perspektive der 22 befragten NutzerInnen werden Aussagen über das Inanspruchnahmeverhalten, sowie die Bedürfnisse und die Zufriedenheit der NutzerInnen beschrieben. Eine Wirksamkeit hinsichtlich essstörungsrelevanter Parameter konnte aus der subjektiven Einschätzung von 11 TeilnehmerInnen nach Abschluss der sechsmonatigen Maßnahme bestätigt werden.

Diskussion / Schlussfolgerungen

Vor dem Hintergrund der Evaluationsergebnisse werden in der Arbeit zentrale Fragen des neuen Versorgungsangebotes (u.a. poststationärer Unterstützungsbedarf der PatientInnen) diskutiert und Schlussfolgerungen für eine bedarfs- und bedürfnisorientierte Nachsorge bei Essstörungen sowie eine Optimierung der Schnittstellen in der Versorgung benannt. Die Beobachtung, dass Jugendliche eher dazu neigen, das Programm abzubrechen, erfordert zukünftigen Forschungsbedarf hinsichtlich zu modifizierender Inhalte des Programms oder der Anpassung der Rahmenbedingungen. Die begleitende Evaluation hat sich als nützlich erwiesen, um das Programm während seiner Entstehungsphase flexibel an die Bedürfnisse der TeilnehmerInnen anzupassen und auf im Vorfeld möglicherweise nicht berücksichtigte Kontextbedingungen einzugehen.

Dr. Monika Schwarze, Dipl. Psychologin

Medizinische Hochschule Hannover,

Mail: schwarze.monika@mh-hannover.de,

www.mh-hannover.de

PUBLIKATION

Bernd Dollinger & Henning Schmidt-Semisch (Hrsg.) (2007)

Sozialwissenschaftliche Suchtforschung

Im internationalen – vor allem im englischsprachigen – Raum ist die sozialwissenschaftliche Suchtforschung sehr viel breiter ausgebaut als im deutschsprachigen Bereich. Hier dominieren medizinische und biologische Annäherungen an das Thema.

Andere essentielle Forschungstraditionen im Suchtbereich sind außerhalb des engen Fachexperten-Kreises vergleichsweise unbekannt. Dieser Befund ist Ausgangspunkt der Darstellung von Perspektiven der sozialwissenschaftlichen Suchtforschung. Ziel ist es, Thematik und Stand gegenwärtiger Forschungsarbeiten einem breiten Publikum im deutschen Sprachraum zugänglich zu machen.

Wiesbaden: VS-Verlag, ISBN 978-3-531-15337-7



PROMOTIONSKOLLEG NUTZERINNENORIENTIERTE GESUNDHEITSSICHERUNG

Promotionsprojekt

Nachhaltiges, nutzerorientiertes Schnittstellenmanagement im Rahmen der Pflegeversorgung

Das deutsche Gesundheitswesen ist sowohl innerhalb eines Versorgungssektors als auch sektorenübergreifend durch einen hohen Grad an Fragmentierung und Spezialisierung von Angeboten gekennzeichnet. Für reibungslose Versorgungsübergänge ist die Vernetzung der beteiligten Institutionen, Dienste und Berufsgruppen notwendig. In besonderem Maße sind Personen mit länger andauerndem Pflegebedarf auf eine funktionierende, auf die Bedürfnisse der Betroffenen ausgerichtete Kooperation angewiesen. Die meisten Modelle vernetzter und koo-

perativer Versorgung sind jedoch aus der professionellen Akteursperspektive konzipiert. NutzerInnenorientierung wird dabei kaum berücksichtigt, und auf Nachhaltigkeit angelegte und aufeinander abgestimmte und flexible Hilfen sind immer noch unzureichend umgesetzt.

Im Rahmen des Dissertationsprojektes ist das Entlassungsmanagement von zentraler Bedeutung, da es als entscheidender »Wegbereiter« für die anschließende Weiterversorgung angesehen werden kann. Zu fragen ist nach den unterschiedlichen Konzepten von Entlassungs-



management und danach, wie im Rahmen dieser Konzepte NutzerInnenorientierung und Nachhaltigkeit einbezogen und realisiert werden. Dabei sollen Rahmenempfehlungen entwickelt werden, unter welchen Bedingungen ein nachhaltiges, nutzerorientiertes Schnittstellenmanagement optimiert und die Pflegequalität für die Betroffenen verbessert werden kann.

Daniel Lüdecke

Mail: mail@danielluedecke.de

Promotionsprojekt

Die Schwangerschaft als Statuspassage im Kontext einer nutzerInnenorientierten Gesundheitssicherung

Mit der ersten Schwangerschaft ist für Frauen die Notwendigkeit verbunden, sowohl den eigenen Körper, ihr Frau-Sein als auch ihre Stellung im sozialen Umfeld neu zu definieren.

Zum einen stellt die körperliche Veränderung Schwangere vor die Aufgabe, das lebenslang gewonnene Verhältnis zum eigenen Körper in Frage zu stellen und mit dem sich verändernden Körper umgehen zu lernen. Zum anderen werden von außen soziale Erwartungen an das Verhalten von Schwangeren gestellt, die zum Teil eine Anpassung und die Aufgabe persönlicher Vorlieben verlangen und

Frauen mit einem bisher ungekannten Grad an sozialer Kontrolle konfrontieren.

Dieser Prozess des Übergangs (Statuspassage) hin zur Mutterschaft betrifft neben derjenigen, die ihn durchläuft auch diejenigen, die ihn anleiten und begleiten. Was also der Lehrer für den Schüler ist die Begleitung durch ÄrztInnen und/oder Hebammen für schwangere Frauen. Sie liefern ihnen Deutungsschemata, um im Umgang mit dem sich verändernden Körper und der neuen Situation Sicherheit zu erlangen.

Beide Aspekte werden in der Studie mittels einer qua-



litativen Befragung (problemzentriertes Interview) von erstgebärenden schwangeren Frauen untersucht. Die Auswertung erfolgt nach der Grounded Theory. Aus Vorstellungen der NutzerInnen sollen Anregungen für individuelle und selbstbestimmte Dienstleistungsangebote im Bereich der Schwangerenbetreuung resultieren, die neben psychosozialen auch infrastrukturelle und ökonomische Dimensionen beinhalten.

Kati Mozygemba

Mail: kati.mozygemba@uni-bremen.de

Promotionsprojekt

Analyse der gesundheitlichen Situation von Frauen in »prekären« Beschäftigungsverhältnissen – Ansatzpunkte für die Gesundheitsförderung

Die Bedingungen auf dem Arbeitsmarkt haben sich in den letzten Jahren u.a. durch steigende Flexibilisierungsanforderungen für viele spürbar verändert. Beschäftigungsverhältnisse werden zunehmend heterogener und weichen häufig vom so genannten »Normalarbeitsverhältnis« ab, weswegen sie auch als »atypisch« oder unter bestimmten Bedingungen sogar als »prekär« bezeichnet werden. Frauen sind in diesen Beschäftigungsverhältnissen, insbesondere im Niedriglohnbereich, deutlich überrepräsentiert.

Während sich Studien zum Thema »Arbeit und Gesundheit« lange Zeit lediglich auf Untersuchungen mit männlichen deutschen Normalarbeitnehmern konzentrierten, blieben bzw. bleiben Frauen und die Arbeit jenseits dieser Normalarbeitsverhältnisse – besonders an den Rändern des Arbeitsmarktes – häufig außerhalb des Betrachtungshorizonts. An dieser Stelle soll das Promotionsprojekt ansetzen.

Mit Unterstützung der Hans-Böckler-Stiftung und der Gmünder ErsatzKasse (GEK) wurden 1.500 weibliche Rei-



nigungskräfte angeschrieben. Die Frauen werden gebeten, mittels Fragebogen Angaben zu ihrer Arbeits- und Lebenssituation sowie zu ihrer gesundheitlichen Verfassung zu machen. Im Anschluss werden vor dem Hintergrund der erhobenen Daten zusätzlich leitfadengestützte Interviews mit einigen dieser Frauen geführt.

Sarah Mümken

Mail: smuemken@uni-bremen.de

Das Promotionskolleg wird gefördert durch die Hans-Böckler-Stiftung und hat im Januar 2006 seine Arbeit aufgenommen. Das Kolleg ist ein Kooperationsprojekt des Instituts für Public Health und Pflegeforschung (IPP) am Fachbereich 11 der Universität Bremen, des Zentrums für Sozialpolitik der Universität Bremen, des Instituts für Psychologie der Arbeit, Arbeitslosigkeit und Gesundheit (IPG) am Fachbereich 11 der Universität Bremen, des Instituts für Biografie- und Lebensweltforschung am Fachbereich 11 der Universität Bremen, der Fachhochschule Oldenburg Ostfriesland Wilhelmshaven (Fachbereich Sozialwesen) sowie der Technischen Universität Dresden (Fakultät Erziehungswissenschaften). Das Promotionskolleg ist an der Universität Bremen angesiedelt, Sprecherin ist Prof. Dr. Petra Kolip (IPP). Das IPP-Info berichtet regelmäßig über die Promotionsarbeiten und die weiteren Aktivitäten des Kollegs.

Weitere Informationen unter: www.promotionskolleg-fb11.uni-bremen.de

TAGUNGSBERICHTE

Interdisziplinäre Fachtagung

»Rekonstruktive Fallarbeit und Fallverstehen in den Berufsfeldern Gesundheit und Pflege«

Vor dem Hintergrund ökonomisch motivierter subsumtionslogischer (Pflege-)Diagnostik und standardisierter (Pflege-)Interventionen gerät das Verstehen in der Sprache des Falls häufig aus dem Blick. Insbesondere bei der Pflege von Menschen mit chronischen Erkrankungen ist die Integration lebensgeschichtlicher Bezüge unterdessen unabdingbar, weil nur darüber biografische Ressourcen gestärkt und überflüssige Abhängigkeiten von professionellen Unterstützungssystemen vermieden werden können. Das professionelle Handeln ist somit angewiesen auf die doppelte Handlungslogik von Erklären anhand von wissenschaftlichem Regelwissen einerseits und Verstehen des Einzelfalls andererseits. Regelwissen kann auch theoretisch erworben werden, Fallverstehen bzw. hermeneutische Kompetenz aber in erster Linie in der Berufspraxis selbst. Angesichts der häufig routinisierten und regelhaften Abläufe im (pflege-rischen) Berufsalltag sind aber für die Erweiterung der Deutungskompetenz außerdem Freiräume erforderlich, in denen die bisherigen Deutungen überprüft, aus dem Blickwinkel der KlientInnen wie der professionellen Akteure rekonstruiert und Handlungsalternativen entwickelt werden können. Eben dieses gelingt mit den Methoden der rekonstruktiven Fallarbeit, die in Bezug auf die Ausbildung von SozialpädagogInnen und LehrerInnen in den letzten Jahren verstärkt diskutiert und praktiziert wird. Der systematische Einsatz der rekonstruktiven Fallarbeit in Bildungsprozessen der Berufsfelder Gesundheit und Pflege steht dagegen noch ganz am Anfang. Zu diesem Thema wurde die Tagung »Rekonstruktive

Fallarbeit und Fallverstehen in den Berufsfeldern Gesundheit und Pflege« am 20. und 21. April 2007 von der Abt. Qualifikations- und Curriculumforschung am IPP veranstaltet.

Nach einem einführenden Vortrag zum Zusammenhang von professionellem Handeln, Fallverstehen und rekonstruktiver Fallarbeit (Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck) wurden am ersten Tag drei Methoden der rekonstruktiven Sozialforschung von jeweils in den Methoden ausgewiesenen ExpertInnen vorgestellt, nämlich die objektive Hermeneutik von Dr. Rolf-Torsten Kramer (Uni Halle), die Biografieanalyse von Prof. Dr. Andreas Hanses (TU Dresden) und die Systematische Metaphernanalyse von Prof. Dr. Rudolf Schmitt (Hochschule Zittau/Görlitz (FH)). Petra Richter und Ulrike Böhnke (beide Uni Bremen) präsentierten Anwendungsbeispiele zur Biografie- bzw. Systematischen Metaphernanalyse aus ihren Qualifikationsarbeiten. Am Tag darauf fanden zu den drei Forschungsmethoden und außerdem zur Grounded Theory Workshops statt, in denen die TeilnehmerInnen anhand von Datenmaterial aus unterschiedlichen Handlungsfeldern rekonstruktive Fallarbeit selbst erfahren konnten. Die Workshops wurden von Dr. Julia Lademann (Grounded Theory), Nicole Duveneck, Pascal Lubin, Daniela Ottner (Biografieanalyse), Ulrike Böhnke, Prof. Dr. Rudolf Schmitt (Systematische Metaphernanalyse) sowie Katharina Straß und Dr. Rolf-Torsten Kramer (Objektive Hermeneutik) geleitet.

In der abschließenden Diskussion kamen die TeilnehmerInnen auf der Grundlage der gemachten

Erfahrungen zu dem Ergebnis, dass die rekonstruktive Fallarbeit geeignet ist, um das kritisch-reflexive Fallverstehen und damit die Professionalisierung in den Berufsfeldern Pflege und Gesundheit nachhaltig zu befördern. Chancen wurden etwa darin gesehen, dass implizite Deutungs- und Handlungsmuster aufgedeckt, Antinomien professionellen Handelns bewusst gemacht, Multiperspektivität angebahnt und biografische Selbstreflexion angestoßen werden können. Schwierigkeiten bestehen beim Einsatz der Methode nach Einschätzung der TagungsteilnehmerInnen z.B. in der Verunsicherung, die Lernende erfahren, wenn sich das zuvor scheinbar sichere Wissen als ungewiss herausstellt, und in der fehlenden Nachfrage der erworbenen Kompetenzen durch die gegenwärtige Pflegepraxis bzw. Praxis der Gesundheitsversorgung überhaupt. Des Weiteren wurden curriculare Hindernisse und mangelnde Kompetenzen der Lehrenden genannt. Eine Tagungsdokumentation in Form eines Tagungsbandes befindet sich in Vorbereitung.

Zum Abschluss der Tagung wurde das Netzwerk »Rekonstruktive Fallarbeit« gegründet, das sich die Implementierung, Erprobung und Weiterentwicklung der Methoden in der Ausbildung von Pflege- und Gesundheitsfachberufen zum Ziel gesetzt hat. Interessierte melden sich bitte bei Ulrike Böhnke oder Ingrid Darmann-Finck.

Ulrike Böhnke

Mail: ulrike.boehnke@uni-bremen.de

Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck

Mail: darmann@uni-bremen.de

Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung, Abt. Qualifikations- und Curriculumforschung, www.curriculumforschung.uni-bremen.de

Gesundheit und soziale Polarisierung –

Herausforderungen für die Zusammenarbeit vor dem Hintergrund knapper Kassen

Fachtagung des Gesundheitsamtes Bremen, des Instituts für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen und der Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e.V., Projekt Regionaler Knoten, am 16. März 2007

Auf der Tagung »Gesundheit und soziale Polarisierung – Herausforderungen für die Zusammenarbeit vor dem Hintergrund knapper Kassen« diskutierten mehr als 90 Fachleute im Gesundheitsamt Bremen, welche gesundheitsfördernden Angebote geeignet sind, speziell sozial Benachteiligte zu erreichen und was nötig ist, um ressortübergreifend zu kooperieren. Den Anstoß für diese Veranstaltung gab der

Bericht des Gesundheitsamtes »Die Auswirkungen sozialer Polarisierung« (2006), der die wachsenden Desintegrationstendenzen innerhalb der bremischen Bevölkerung aufzeigt. Das Ressort Bau hat auf diese Entwicklung mit dem Aufbau eines Stadtmonitorings, das eine sozial ausgleichende Stadtplanung ermöglicht, reagiert. Der Bereich Bildung ist ebenfalls mit gesundheitsrelevanten

Problemen konfrontiert. Eine ausreichende, gesunde Ernährung der SchülerInnen ist nicht immer selbstverständlich, oft kommen Kinder aus armen Familien hungrig in die Schule. Dies beeinträchtigt die Lernfähigkeit wie auch eine gesunde Entwicklung. Bisher sind die Schulen auf den Umgang mit solchen Verhältnissen nicht genügend vorbereitet. Diese und weitere Problemstellungen wurden auf der Tagung diskutiert und Lösungsansätze vorgestellt. Um die weitere Diskussion zu begleiten planen die LVG Bremen, das Gesundheitsamt Bremen und das IPP eine Folgeveranstaltung.

Elke Anna Eberhard, MPH

Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e.V.,

Mail: lv-gb@uni-bremen.de, www.lv-gesundheitbremen.de

AKTUELLES

Personalia: Dr. Angelika Voß

Angelika Voß ist seit Februar 2007 auf einer Stabsstelle als wissenschaftliche Mitarbeiterin im IPP für den Bereich Forschung zuständig.

Die Diplom-Pädagogin studierte zunächst in Dortmund Erwachsenenbildung mit dem didaktischen Fach Geschichte sowie Frauen- und Geschlechterforschung. Sie begann 1987 während ihres Studiums mit dem Aufbau eines wissenschaftlichen Vereins zur Förderung komplementärer Onkologie, für den sie zwei geschlechtervergleichende Studien durchführte. Nach einem Aufbaustudiengang als Referentin für Gesundheitsförderung (1998/99)

war sie u.a. als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Medizinischen Hochschule Hannover in einem von ihr eingeworbenen EU-Projekt zu Geschlechteraspekten in der medizinischen Ausbildung und an der Universität Essen im Bereich Soziomedizin tätig. Ihre Schwerpunkte: Gesundheitsförderung und Prävention sowie Theorien und Methoden der Geschlechterforschung in der (klinischen) Medizin. Angelika Voß verfügt über langjährige Erfahrung in der Drittmittelakquise, Projekt- und Tagungsleitung sowie Vortrags- und Lehrtätigkeit. Sie ist wissenschaftliche Koordinatorin und eine der Autorinnen des deutsch-österreichischen Buchprojekts »Gender Medizin – Geschlechtsspezifische Aspekte für die klinische Praxis«, das im Herbst 2007 in 2. erweiterter Auflage erscheint. An der Medizinischen



Hochschule Hannover promovierte sie 2005 an der Abteilung Geschichte, Ethik und Philosophie der Medizin zur Doktorin der Humanbiologie.

Kontakt

Dr. Angelika Voß, Universität Bremen,
Institut für Public Health und Pflegeforschung,
Mail: angelika.voss@uni-bremen.de,
www.public-health.uni-bremen.de

Ausschreibung

Die Helmut und Ruth Märtens Stiftung fördert nach dem Willen ihrer Stifter, einer Bremer Unternehmerfamilie, Projekte, Vorhaben und Maßnahmen im Bereich des Gesundheitswesens. Dem Stiftungszweck entsprechend müssen sie geeignet sein, für Krebs- und Schlaganfallpatienten sowie krebs- und herzkrank und sonstige schwerstkranke Kinder nachhaltig das Erkrankungsrisiko zu senken bzw. die gesundheitliche Versorgungssituation manifest Erkrankter zu verbessern. Förderungswürdig sind in diesem Zusammenhang auch Forschungsvorhaben von Institutionen mit entsprechender Zielrichtung, die Hinweise zur Entwicklung von Präventions- und

Interventionsmaßnahmen im Sinne von konkreter Politikberatung und Unterstützung beim gesundheitspolitischen Handeln liefern.

Der Stiftungsvorstand wird Förderungsvorhaben aus der Region Bremen besonderen Vorrang einräumen. Grundlagenforschung bleibt in Hinblick auf die finanziellen und zeitlichen Rahmenbedingungen von einer Förderung ausgeschlossen. Es ist beabsichtigt, eine Jury mit der Bewertung der eingegangenen Vorschläge zu beauftragen.

Vorschläge und Förderungsanträge sind zu richten an den Vorstand der Helmut und Ruth Märtens Stiftung c/o Könekamp & Partner, Theodor-Heuß-Allee 6, 28215 Bremen, Rückfragen per Mail an: gaertner-fichtner@gmx.de.

VERANSTALTUNGEN

Gesundheitssicherung im Spannungsfeld zwischen Subjekt und institutionellen Rahmenbedingungen

Fachtagung des Promotionskollegs der Hans-Böckler-Stiftung, Universität Bremen, am 9. und 10. November 2007 im Klinikum Bremen-Mitte.

Gesundheitssicherung befasst sich nicht nur mit der Vermeidung und Behandlung von Krankheit, sondern auch mit der Förderung von Gesundheit. Gesetzgebung und Gesundheitspolitik geben die strukturellen Rahmenbedingungen für das Handeln von Subjekten vor und wirken auf deren Lebenswelten ein. Gleichzeitig sollten auch die dadurch betroffenen BürgerInnen – insbesondere vor dem Hintergrund der Forderung nach mehr Eigenverantwortung – aktiver an der Sicherung

ihrer Gesundheit beteiligt sein. Dieser aktiven Rolle sind sich jedoch weder Betroffene noch professionelle Akteure immer bewusst bzw. nutzen sie nicht. Gesundheitssicherung im Spannungsfeld zwischen Subjekt und institutionellen Rahmenbedingungen heißt auch, die Reziprozität beider Akteurebenen genauer zu betrachten und deren Handlungsoptionen zu stärken. Diese Wechselwirkungen werden im Rahmen der Tagung in drei verschiedenen Themensektionen erörtert und mit VertreterInnen aus Wissenschaft, Politik und Praxis diskutiert.

Anmeldung und Informationen

www.promotionskolleg-fb11.uni-bremen.de

IMPRESSUM

Herausgeber: Prof. Dr. Stefan Görres, Prof. Dr. Petra Kolip, Direktorium des Instituts für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen

Gastherausgeber dieser Ausgabe: Prof. Dr. Norbert Schmacke, Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung, Universität Bremen, Tel: 0421 218-8131, Fax: 0421 218-8135, Mail: schmacke@uni-bremen.de, www.akg.uni-bremen.de

Kontakt: Heike Mertesacker, Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen, Fachbereich 11, Grazer Straße 2, 28359 Bremen, Tel: 0421 218-3059, Fax: 0421 218-8150, Mail: hmertesa@uni-bremen.de, www.public-health.uni-bremen.de

Redaktion: Prof. Dr. Norbert Schmacke, Prof. Dr. Petra Kolip, Heike Mertesacker

Beiträge: Dr. Kathrin Becker-Schwarze, Ulrike Böhnke, Dr. Bernard Braun, Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck, Dr. Volker Dicken, Elke Anna Eberhard, Irmgard Gärtner, Prof. Dr. Stefan Görres, Dr. Horst K. Hahn, Prof. Dr. Dieter Hart, PD Dr. Uwe Helmert, Nicole Höfling-Engels, Prof. Dr. Petra Kolip, Daniel Lüdecke, Prof. Dr. Gabriele Meyer, Kati Mozygamba, Sarah Mümken, Karl Reif, Melanie Rosenwirth, Prof. Dr. Heinz Rothgang, Corinna Schach, Prof. Dr. Norbert Schmacke, Dr. Monika Schwarze, Maren Stamer, Dr. Angelika Voß

Literatur: Die Literaturangaben zum IPP-Info No 5 stehen neben der Online-Ausgabe des Infos zum download bereit unter: www.public-health.uni-bremen.de

Sekretariat: Anke Stück

Gestaltung: Patel Design, Bremen

Druck: Druckerei Merlin, Bremen

Auflage: 2.500

Bildnachweis: Titelbild: [deborre, www.photocase.de](http://deborre.www.photocase.de),

Seite 08: Verlag Bertelsmann-Stiftung, Gütersloh,

Seite 09: MeVis Research, Bremen

Erscheinungsweise: 2x jährlich

Redaktionsschluss der vorliegenden Ausgabe: 30.04.2007

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

ISSN 1864-452X

IPP-Info, Ausgabe 05, 3. Jahrgang