



Zentrum für Public Health
Universität Bremen · Fachbereich 11
Human- und Gesundheitswissenschaften

IM FOKUS

Patienten-orientierung

INHALT

Schwerpunktthema Patientenorientierung | Seite 2 – 10

Projekte aktuell | Seite 11

Promotionen | Seite 12

Personalien | Seite 13

Tagungsberichte | Seite 14

Publikationen | Seite 3, 4, 7, 9, 11, 15, 16

Veranstaltungen | Seite 16

PATIENTENORIENTIERUNG – ABER WIE?

Es gibt keine Reform des Gesundheitssystems, die nicht zugleich eine des Denkens, der professionellen Haltung und der Kultur ist. Die gegenwärtige Diskussion um eine verbesserte Patientenorientierung wird vorrangig von Fragen zur pauschalierten Versorgung von Krankheiten, ihrer ambulanten oder stationären Zuordnung, zur Berechnung medikamentöser Krankheitskosten sowie der Festlegung evidenzbasierter Qualität diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen beherrscht. Patientenorientierung als Wahrnehmung der spezifischen Interessen und Bedürfnisse des erkrankten Menschen und seines Einbezugs in das Geschehen rund um seine Krankheit ist aber mehr als die effektive und kostengünstige Organisation der Versorgung von Krankheiten.

Als Maßstab für ein wirkliches Umdenken ist die Gesundheitsreform in besonderem Ausmaß auf den intensiven Austausch und Dialog zwischen ÄrztInnen, Pflegepersonal und anderen Gesundheitsberufen, zwischen Krankenversicherungen und Verwaltungen, Wissenschaft und Praxis mit den PatientInnen als der dritten Säule des Gesundheitssystems angewiesen. Beide Seiten müssen lernen, was es heißt, angesichts einer Dia-

gnose die gesellschaftlich organisierte Rolle eines Patienten/ einer Patientin mit den entsprechenden Erwartungen anzunehmen.

Der Zugang zur individuellen und sozialen Wirklichkeit des erkrankten Menschen, seinen Lebensweisen und Lebensstilen und seinen bisherigen Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem erschließt sich nicht nach den Regeln technischer Datenverarbeitung, sondern entsteht in persönlichen Kontakten, durch professionelle Nachdenklichkeit, in dialogischen Gesprächen und durch spezifische Kooperations- und Kommunikationsformen, die sich für die Biographien und sozialen Kontexte der PatientInnen öffnen. Patientenorientierung bedeutet zu erkennen, dass ein Kind oder ein alter Mensch, ein chronischer oder sterbender Patient, eine Herz- oder Krebspatientin Unterschiedliches braucht.

Neben den Funktionen, die der qualitätssichernden Organisation, der Informationsgewinnung für anamnestiche Zielsetzungen und der Kontrolle von Behandlungseffekten zuzuordnen sind, besitzen die personen- und biographieorientierten Formen der Patientenorientierung wie die Ermutigung zu Mitbestimmung und Selbstver-

antwortung einen eigenen Behandlungswert. Die angemessene Berücksichtigung von Erwartungen, Bedürfnissen, Erfahrungen, spezifischen Barrieren und Hindernissen der PatientInnen wie der professionellen DienstleisterInnen schaffen auf allen Seiten Entlastung. Eine solche Orientierung und Behandlungsweise ist nicht nur menschenwürdiger, sondern auch kostengünstiger. Wer die Odyssee vieler PatientInnen durch verschiedene ambulante und klinische Stationen, durch die Welten der Über- und Fehlversorgung mit Diagnosen und Medikamenten sowie ihre oft auf mangelnder Kommunikation beruhenden Krankheitskarrieren kennt, wird kaum behaupten können, dass ein patientenorientierter und umfassenderer Zugang zum individuellen Krankheitsgeschehen weniger erfolgversprechend und kostengünstig ist als der Versuch, die PatientInnen weiter jenseits ihrer Bezugswelten und losgelöst von den dabei entstehenden Kosten zu behandeln.

Prof. Dr. Annelie Keil, Universität Bremen,
Grazer Str. 2, 28359 Bremen, Tel: 0421 / 218-3163,
Mail: keil@uni-bremen.de

Patientenorientierte Gesundheitssicherung im Krankenhaus



Im Rahmen einer Studie zu den Sozialdiensten im Krankenhaus sind neben ExpertInneninterviews mit den SozialpädagogInnen 17 biographische Interviews mit PatientInnen geführt worden. Ziel war es, aus der Analyse biographischer Selbstdarstellungen erkrankter Menschen Auskünfte über ihre Erfahrungen mit der Institution Krankenhaus sowie den unterschiedlichen Professionen zu erhalten. Der Präsentation zentraler Ergebnisse soll eine kurze Falldarstellung vorausgehen.

Frau Feldmann (Pseudonym) ist 1947 geboren. Sie besucht die Realschule und arbeitet in unterschiedlichen Arbeitsfeldern. Im Anschluss an einen langen Rechtsstreit mit dem Arbeitgeber erkrankt sie an Diabetes. Sie wird krank geschrieben und wird (ihren Worten folgend) von der Krankenkasse »gezwungen« eine Kur anzutreten. Während dieser Zeit fällt ihr Mann nachts ins Koma und stirbt. Sie unterbricht die Kur und versucht, sich um ihre Kinder zu kümmern. Von der Krankenkasse wird sie erneut zur Kur gedrängt. Während dieser Zeit stirbt ihr Vater. In der Schilderung einer Gesprächssituation mit einer Psychotherapeutin wird deutlich, dass sie die »Verordnung zur Kur« als Machtsituation betrachtet, in der sich die PatientInnen den Vorgaben der »Mächtigen« anzupassen haben. Durch den Tod ihres Mannes und ihre Verrentung verschlechtert sich die finanzielle Situation. Seit 1998 hat sie Verspannungen in der Schulter, taube Gefühle in den Händen und Schmerzen im rechten Arm. Als sich der Zustand verschlimmert, wird sie

ins Krankenhaus gebracht und ein Herzinfarkt diagnostiziert. Es folgt eine Anschlussheilbehandlung (AHB), die sie erneut als bedrohlich erlebt, da ihr weder Informationen noch genügende Aufklärung zu der ihr angetragenen Bypassoperation geboten werden, sie sich aber gleichzeitig zu Entscheidungen gedrängt fühlt. Bei der Entlassung weiß sie aus finanziellen Gründen nicht, wie sie nach Hause kommen soll und fühlt sich allein gelassen. Ihre gegenwärtige Situation erlebt sie als dramatisch, da sich die sozialen Probleme verschlimmert haben, die gesundheitlichen Probleme nicht wirklich gelöst sind, sie hinsichtlich anstehender medizinischer Interventionen verunsichert ist und sich in der Entscheidungsfindung durch die Professionellen im Stich gelassen fühlt.

Die Geschichte von Frau Feldmann ist als eine Erzählung scheiternder Erfahrungen mit dem Gesundheitswesen zu werten. Sie kann dabei als ein besonders schwerer Fall oder als eine Geschichte fehlender compliance abgetan werden. Doch diese Perspektiven würden die eigentliche Problematik, die die vorliegende Studie hat deutlich machen können, voreilig glätten. Die Analysen der Interviews heben hervor, dass Interaktionen und Unterstützungsleistungen im Gesundheitsbereich nicht einfach das Handeln in guter Absicht meint, sondern vielmehr als Konfrontationen zu beschreiben sind: als Konfrontation unterschiedlicher und disparater Wissensordnungen zwischen Professionellen/Institutionen einerseits und den NutzerInnen gesundheitlicher Dienstleistungen, den erkrankten Menschen andererseits.

Die Professionellen im Krankenhaus entwickeln Handlungsroutinen und Wissensordnungen, die sich entlang institutioneller Bedingungen und Aufgaben organisieren. So werden problem- und sachbezogene Diagnosen erstellt und entlang institutioneller Vorgaben Lösungsmöglichkeiten entwickelt. Das Problem in der Interaktion mit den NutzerInnen liegt nun darin, dass ihnen die gleiche Handlungsrationalität unterstellt wird. Es zeigt sich allerdings, dass der Zugang der PatientInnen zur Institution Krankenhaus durch ihre Wissens-

strukturen geprägt ist, diese wiederum sind bestimmt durch die biographischen und lebensweltlichen Erfahrungen und Sinnkonstruktionen. Die Analysen der biographischen Interviews zeigen deutlich, dass diese unterschiedlichen Wissensordnungen unvermittelt aufeinander treffen. Konsequenz ist, dass professionelle Hilfeleistung sich kontraproduktiv an den Sinnkonstruktionen der Erkrankten vorbei organisiert und verpufft. Schlimmer noch, die Unterstützungsleistungen werden nicht als Hilfe wahrgenommen und die Erkrankten verbleiben in dem Gefühl, sich überfordert und allein in einer schwierigen und für sie kaum lösba- ren Lebenssituation zu befinden. Es kommt zu Prozedierungen von ohnehin labilen Lebenssituationen, Prozesse weiterer Deautonomisierungen setzen sich fort und der gesundheitliche Zustand droht sich zu verschlimmern. Jene Erzählungen, in denen die Angebotsstrukturen des Gesundheitswesens positiver bewertet werden, machen ihrerseits deutlich, dass hier das Gelingen professioneller Dienstleistung nicht nur auf die Kompetenz der ExpertInnen zurückzuführen ist, sondern auf die Aneignungsleistungen der Erkrankten.

Die Ergebnisse der Studie machen deutlich, dass medizinische oder soziale personenbezogene Dienstleistung in ihrem »Gelingen« wesentlich von den biographischen Konstruktionen der PatientInnen abhängig ist. Unterstützungsangebote als Verabreichung von medizinischen Hilfsmitteln und sozialen Ressourcen sehen zu wollen übersehen, dass auf der Subjektseite Hilfepläne einer Anschlussfähigkeit an biographische Wissensbestände bedürfen, wenn sie sinnvoll in die Selbstkonzepte und Handlungsorientierungen der PatientInnen integriert werden sollen. Wenn PatientInnenorientierung in den aktuellen Diskursen über das »moderne Krankenhaus« bzw. Gesundheitswesen eine ernst gemeinte Perspektive sein soll, dann muss sie methodische Wege für eine Biographieorientierung eröffnen. Professionelle Praxis im Krankenhaus und Gesundheitsbereich bedarf einer methodischen Sensibilisierung für biographische Sinnhorizonte der Erkrankten, für die Bedeutung von »Interaktionsgeschichten« und der Gefahr subtiler institutioneller Prozedierungsprozesse.

Dr. Andreas Hanses, Institut für angewandte Biographie- und Lebensweltforschung (IBL), Grazer Str. 2, 28359 Bremen, Tel: 0421 / 218-4660, Mail: ahanses@uni-bremen.de

Ambulante Nachsorge in der psychosomatischen Rehabilitation von Frauen

Um einen sinnvollen Übergang zwischen stationärer Rehabilitation und der Entlassung in die jeweiligen Alltagswelten psychosomatisch erkrankter Frauen zu gewährleisten, und um die Frauen beim Transfer der in der stationären Rehabilitation

PUBLIKATION

BIOGRAPHIE UND SOZIALE ARBEIT

Andreas Hanses (Hrsg.)

Biographie ist »in«. Sie ist aber auch – so die These dieses Buches – eine Zentralkategorie personenbezogener Dienstleistungen. An diese Grundannahme will der vorliegende Band anknüpfen, ohne dabei den Anspruch zu formulieren, alle Fragen in ihrer gesamten Komplexität beantworten zu können. Vielmehr wählen die einzelnen Beiträge unterschiedliche Fragestellungen, verschiedene Bereiche sozialer Wirklichkeit und differente theoretische Ausgangslagen. Die berufliche Praxis sozialer Arbeit wird biographietheoretisch reflektiert, soziale und gesundheitliche Lebenslagen unter biographischer Perspektive analysiert, berufsbiographische Bezüge und Ausbildungsstrukturen vorgestellt und Biographie als professionelle Haltung und Methode erörtert. Gleichzeitig zeigt sich in allen Beiträgen, dass Biographie immer nur im Kontext von Institutionen vorzustellen ist. Insofern sind die vorliegenden Ausführungen immer gleichzeitig Verweise auf »institutionelle und biographische Konstruktionen von Wirklichkeit«. Die Beiträge sollen anregen, provozieren, nachdenklich stimmen und zum Weiterdenken einladen, wie das Verhältnis von Biographie als sozialisierter Subjektivität und institutionalisierter professioneller Dienstleistung mit »neuen« Perspektiven zu bestimmen ist.



Schneider Verlag
Hohengehren,
Grundlagen der
Sozialen Arbeit,
Band 9,
Baltmannsweiler
2004

gemachten Lernerfahrungen in ihre Lebens- und Arbeitskontexte zu unterstützen, ist in Zusammenarbeit des Frauengesundheitszentrums Bremen (FGZ) und der LVA Oldenburg/Bremen ein Modellprojekt zur ambulanten Nachsorge in der psychosomatischen Rehabilitation für Frauen konzipiert worden. Die Ziele des Modellprojekts sind die Wiedereingliederung in berufliche und soziale Kontexte und die Verminderung zukünftiger Pflegebedürftigkeit und Abhängigkeit von anderen. Die Nachsorge besteht aus einer frauenspezifischen, therapeutisch-pädagogischen Gruppenarbeit über neun Abende und drei Einzelgesprächen im FGZ.

Im Auftrag der LVA wurde nach 2,5 Jahren eine Evaluierung in Auftrag gegeben, die sowohl die Relevanz einer ambulanten Nachsorge im psychosomatischen Rehabilitationsprozess als auch insbesondere den frauenspezifischen Ansatz des FGZ analysieren sollte. Für diese Evaluierung wurde explizit ein qualitativer Forschungsansatz gewählt. Das Evaluationsvorhaben ist von Juli 2001 bis Juli 2002 durchgeführt worden. Dabei sind 21 fokussiert-narrative Interviews erhoben und biographieanalytisch ausgewertet worden.

Die Analysen der autobiographischen Stegreiferzählungen der interviewten Frauen zeigen sehr deutlich, dass die Erfahrungen mit den rehabilitativen Angeboten der stationären Rehabilitation sowie der ambulanten Nachsorge von den Frauen positiv evaluiert werden. Vor allem wird deutlich, dass die Frauen den rehabilitativen Prozess mit Gewinn nutzen. Die Art und Weise der Nutzung steht in einem engen Zusammenhang mit den jeweiligen biographischen Konstruktionen und Erfahrungszusammenhängen der Frauen. Ein zentraler Aspekt in den biographischen Erzählungen der Frauen ist, dass die Beschreibung der eigenen Lebenssituation und der psychosozialen und gesundheitlichen Problemlagen durch gesellschaftlich gesetzte und biographisch reproduzierte Geschlechterdifferenzen strukturiert ist. Biographisch weitreichende Erfahrungen (sexualisierter) Gewalt, der Gebundenheit in Beziehungs- und Familienkontexte und der fehlende Austausch mit anderen sind einige Charakteristika. Diese spezifische Dynamik bestimmt dann im entscheidenden Maße das Aufgreifen rehabilitativer Angebotsstrukturen.

Dabei wird die stationäre Rehabilitation von einem großen Teil der Frauen als sehr positiv beschrieben. Durch deren Funktion als Moratorium

und durch die Trennung von der Alltagswelt eröffnen sich z. T. neue Freiräume, soziale Erfahrungen und Lernprozesse. Bei ihrer Rückkehr stehen die Frauen vor der Aufgabe, die Erfahrungen in eigene Handlungsvollzüge und Orientierungen zu transformieren. Genau an diesem Punkt wird die Angebotsstruktur des FGZ als ambulante Maßnahme bedeutsam. Hier können unter der verdichteten biographischen Situation der Rückkehr und im Kontext einer frauenspezifischen Gruppe die Erfahrungen stärker integriert, erweitert und in kleine Lernschritte im Alltag umgesetzt werden.

Im Gegensatz zur stationären Rehabilitation wird der frauenspezifische Ansatz im ambulanten Gruppenangebot des FGZ zu einem wichtigen Ort für die Frauen, eben durch den Austausch mit anderen einen gemeinsamen Lernprozess zu erzeugen, eine Solidarisierung und Kollektivierung zu eröffnen, die ein sukzessives Heraustreten aus der Isoliertheit und des Nicht-Verstanden-Werdens möglich macht. Mit den Geschichten der anderen Frauen können die normativen Zuweisungen ein Stück aufgebrochen werden und Gegendiskurse eröffnet werden, die neue Orientierungs- und Handlungsoptionen ermöglichen. Vor allem der frauenspezifische Ansatz, der Rahmen einer personell konstanten und regelmäßigen, in den Alltag eingebundenen Gruppe, der »Nicht-medizinische-Ort« und die hier nicht notwendigen Auseinandersetzungen mit medizinischen Professionellen, der therapeutisch-pädagogische Ansatz und die Wohnortnähe bilden wichtige Rahmenbedingungen der ambulanten Nachsorge durch das FGZ.

Die Studie macht deutlich, dass die ambulante Nachsorge des FGZ als sinnvolle und notwendige Angebotsstruktur in der psychosomatischen Rehabilitation betrachtet werden kann. Sie trifft bei den Frauen nicht nur auf das Bedürfnis nach Absicherung im Kontext einer schwierigen Situation gesundheitlicher Versorgung, sondern ist durch die frauenspezifische Gruppenorientierung anschlussfähig an die Wissensbestände der Frauen und kann Möglichkeitsräume für weitere biographische Lern- und Aneignungsprozesse eröffnen. Die Studie macht darüber hinaus auch deutlich, dass eine patientInnenorientierte Versorgungsforschung einer biographieorientierten Perspektive bedarf, will sie die Nutzungsstrukturen der PatientInnen hinreichend verstehen.

Dr. Andreas Hanses, Institut für angewandte Biographie- und Lebensweltforschung (IBL), Grazer Str. 2, 28359 Bremen,
Tel: 0421 / 218-4660, Mail: ahanses@uni-bremen.de
Kirsten Hohn, IBL, Tel: 0421 / 218-3523,
Mail: khohn@uni-bremen.de

Biographische Konstruktionen von Brustkrebs



Im Mittelpunkt dieser Studie zur Relevanz einer patientinnenorientierten, psychosozialen Begleitung stehen biographische Analysen narrativer Interviews mit an Brustkrebs erkrankten Frauen. Neben der Analyse biographischer Konstruktionen von Krankheit werden Erfahrungen, die betroffene Frauen mit professionellen Unterstützungssystemen gemacht haben untersucht. Ausgehend von einem subjektorientierten Ansatz sollen Aussagen für eine gesundheitswissenschaftliche Versorgungsforschung getroffen werden, die Patientinnenpartizipation und -kompetenz in den Mittelpunkt stellt.

Das Forschungsprojekt hat sich vor dem Hintergrund aktueller Diskussionen entfaltet: Seit mehreren Jahren wird in Deutschland die Einführung eines bundesweiten Programms zur Brustkrebs-Früherkennung diskutiert. Mittlerweile wurde in drei Regionen (Weser-Ems, Wiesbaden, Bremen) das Mammographie-Screening als Pilot-Projekt aufgenommen. In Bremen hat das Screening im Juni 2001 begonnen. Im Vorfeld wurde in der Bremer Öffentlichkeit sehr kontrovers zu diesem Thema diskutiert. In den Diskussionen um das Mammographie-Screening-Projekt wurde auch die Frage einer Sicherstellung psychosozialer Begleitung von Frauen mit Verdacht auf Brustkrebs bzw. diagnostiziertem Brustkrebs debattiert. Die Ethikkommission der Bremer Ärztekammer betont ebenfalls die Bedeutsamkeit einer (unabhängigen) psychosozialen Begleitforschung. Dieses Vorhaben ist bislang nicht in die Praxis umgesetzt worden.

Auch die aktuelle Implementierung von Disease-Management-Programmen zum Brustkrebs in das Gesundheitswesen droht diese Defizite nicht aufzuheben, denn eine psychosoziale Betreuungsbzw. Behandlungsbedürftigkeit krebserkrankter Menschen wird auch bei der Formulierung von Disease-Management-Konzepten systematisch

ausgeblendet. Die Erfordernis psychosozialer Begleitkonzepte, welche die individuellen Bedürfnisse und Ressourcen an Brustkrebs erkrankter Frauen berücksichtigen, werden weiterhin nicht thematisiert.

FORSCHUNGSSCHWERPUNKTE UND -ZIELE

Zentraler Forschungsschwerpunkt der Studie ist die subjektorientierte Krankheitsbewältigung und -verarbeitung, wobei die Verarbeitung von Krankheit als Aneignungsleistung des Subjekts angesehen wird. Bei der Auswertung autobiographischer narrativer Interviews sollen lebensgeschichtliche Ressourcen im Umgang mit der Krankheit 'Brustkrebs' entdeckt werden. Dadurch können Elemente individueller Bewältigungsprozesse in Erfahrung gebracht sowie langfristige Entwicklungs- und Veränderungsprozesse erkannt werden, welche in die Lebensgeschichte eingebettet sind. Einen weiteren Fokus legt die Studie auf Interaktionsgeschichten zwischen erkrankten Frauen und Professionellen im Gesundheits- und Sozialbereich. Ausgehend von der Grundannahme, dass biographische Vorerfahrungen, welche die betroffenen Frauen mit medizinischer und/oder psychosozialer Versorgung gemacht haben, bedeutsam sind, wird der Zugriff auf professionelle Strukturen durch biographische und soziale Erfahrungen als Aneignungsleistung des Subjekts angesehen.

Die Ziele der Studie sind sowohl anwendungsorientiert wie biographietheoretisch ausgerichtet. Die Analysen autobiographischer Stegreiferzählungen sollen Auskunft darüber erteilen, vor welchem biographischen Hintergrund das Bekanntwerden der Erkrankung im diagnostischen Prozess sowie später in der Integration in das biographische Selbstkonzept gesehen, bewertet und handlungsorientiert umgesetzt wird. Dabei stehen die subjektiven Konstruktionsleistungen der betroffenen

Frauen, mit dieser (potentiell) krisenhaften Situation umzugehen sowie die dahinter liegenden Konstruktionsbedingungen im Zentrum des Interesses. Neben der Beschreibung der Verarbeitung der Erkrankung »Brustkrebs« als Aneignungsleistung des Subjekts gerät auch der Zugriff auf professionelle Strukturen als ebenso biographisch moderiert in den Blick. Die Frage ist, wie biographische und professionelle Wissens- und Sinnkontexte zusammentreffen und in der erzählerischen Rekonstruktion der Begegnung zwischen Angehörigen medizinischer oder psychosozialer Professionen und den erkrankten Frauen als Unterstützung oder defizitäre Situation aufgegriffen werden. Dabei sind nicht nur die Defiziterfahrungen von Betroffenen festzuhalten, sondern grundlegend die Aushandlungen zwischen erkrankten Frauen und Professionellen in der biographischen Erzählung als Interaktionsgeschichten zu erfassen und einer Analyse zu unterziehen. Im Erkrankungsverlauf stellen professionelle Begegnungen in der Regel keine Einzelereignisse dar, sondern sie »machen Geschichte«. Ausgehend von diesen Ergebnissen können Anknüpfungspunkte für patientinnenorientierte psychosoziale Begleit- und Beratungskonzepte entwickelt werden.

Petra Richter, Dr. Andreas Hanes, Prof. Dr. Annelie Keil, Institut für angewandte Biographie- und Lebensweltforschung (IBL), Grazer Straße 2, 28359 Bremen, Tel: 0421 / 218-3145, Mail: richter@uni-bremen.de

PUBLIKATION

BRUSTKREBS – DER DIAGNOSEPROZESS UND DIE LAUTE SPRACHLOSIGKEIT DER MEDIZIN

Silke Kirschning

Die Diagnose Brustkrebs zu stellen, ist für ÄrztInnen nicht nur aus medizinischer Sicht schwierig. Doch wie gehen ÄrztInnen um mit ihrer eigenen Betroffenheit? Inwieweit ist im Krankenhaus Raum dafür, auf die Seelenlage der Betroffenen einzugehen? Wie gehen betroffene Frauen damit um, wenn bei ihnen ein Verdacht auf Brustkrebs entsteht? Die Interviews mit ÄrztInnen zeigen die Schwierigkeiten in der Auseinandersetzung mit an Brustkrebs erkrankten Patientinnen. Das Buch bleibt nicht stehen bei der Darstellung des Ist-Zustandes, sondern zeigt Ansätze auf, wie die Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen zu einem für beide Seiten positiveren Verständnis geführt werden kann.

Verlag Leske und Budrich, 2001

Neues Selbsthilfeprojekt für an Brustkrebs erkrankte Frauen in Bremen

Seit Sommer 2003 bietet der Bremer Arbeitskreis Brustkrebs unter dem Dach der Bremer Krebsgesellschaft e.V. in zwei Bremer Krankenhäusern den Service einer Unterstützung für neu an Brustkrebs erkrankte Frauen an. Durchgeführt wird dieses Angebot von Frauen, die selbst an Brustkrebs erkrankt sind und sich jetzt im Rahmen von Freiwilligenarbeit für Gleichbetroffene engagieren. Die Idee für dieses Projekt »lieferten« neu erkrankte Frauen, die sich mit dem Wunsch nach Austausch mit Gleichbetroffenen an die Krebsberatungsstelle der Bremer Krebsgesellschaft wandten. Finanziert wird das Projekt »Begleiterinnen unterstützen Brustkrebspatientinnen« aus den Start- und Kilometergeldern der Solidaritätsläufe »Auf zur Venus 2002 und 2003«.

UNTERSTÜTZUNG STÄRKT DIE PATIENTINNEN-KOMPETENZ

Die Diagnose Brustkrebs bedeutet für die betroffene Frau eine große individuelle Belastung und stellt für viele das Leben schlagartig auf den Kopf. Hilfreich sind in dieser belastenden Situation interdisziplinäre Angebote, die bei der Diagnose, Therapie und Nachsorge auf die individuelle Situation abgestimmt sind. Seit einigen Jahren gewinnen Maßnahmen zur Förderung der Patientinnen-Kompetenz an Bedeutung. Die Frauen werden zu Expertinnen in eigener Sache (Empowerment). Betroffene Frauen nehmen Kontakt zu den einzelnen Akteuren im Gesundheitswesen auf, um sich zu informieren bzw. um entscheidende Dinge für sich selber zu regeln. Die Qualität der Beratung und auch das Durchsetzen von Ansprüchen werden dabei von der Kraft der Patientin einerseits und dem Engagement der Akteure im Gesundheitswesen andererseits bestimmt. In diesem Zusammenhang kann das Begleiterinnen-Projekt wichtige

Vernetzungs- und Unterstützungsarbeit leisten. Ansatzpunkt für das Engagement und das Tätigwerden der Begleiterinnen ist die Gemeinsamkeit im Lebensereignis Krebs: Die Begleiterinnen waren in einer ähnlichen Situation, haben ähnliche Gefühle durchlebt, waren mit ähnlichen Fragen konfrontiert usw.

SCHULUNG BEREITET BEGLEITERINNEN AUF IHRE AUFGABE VOR

Nicht zuletzt wegen der eigenen Betroffenheit und natürlich, um die Begleiterinnen auf ihre Unterstützungsaufgabe vorzubereiten, ist die Teilnahme der interessierten Frauen an einem Schulungsprogramm und an der begleitenden monatlichen Supervision notwendig. Nachfolgend wird über den ersten »Schulungs-Durchlauf« berichtet:

Die an dem Projekt interessierten 10 Frauen nahmen nach einem Informationsabend an vier Wochenendseminaren teil. Die medizinischen Inhalte wurden von Oberärztinnen und Ärzten der 5 Bremer Frauenkliniken vermittelt. Den psychosozialen Themenkomplex übernahmen die Mitarbeiterinnen der Bremer Krebsgesellschaft e.V. Hierbei standen besonders die eigene Krankheitsbewältigung, der Umgang mit Krisen und Ängsten sowie der Bereich der Kommunikation im Vordergrund. Anhand von Rollenspielen wurden die Frauen auf ihre zukünftige Arbeit vorbereitet. Alle Frauen erhielten Teilnahmebescheinigungen über die einzelnen Schulungseinheiten.

GEGENWÄRTIGER STAND DES BEGLEITERINNEN-PROJEKTES

Zur Zeit betreuen drei Frauen regelmäßig zwei Bremer Krankenhäuser. In einem Krankenhaus steht der Begleiterin ein separater Raum für ihre »Sprechstunde« (2x wöchentlich) zur Verfügung.

Die neu erkrankten Frauen werden durch Informationsmaterial sowie durch persönliche Ansprache des Pflegepersonals auf diesen »Service« aufmerksam gemacht. Regelmäßige Sitzungen der Begleiterinnen mit dem Pflegepersonal, den zuständigen ÄrztInnen und dem Sozial- und Psychologischen Dienst der Krankenhäuser sind mittlerweile fester Bestandteil und tragen zur Integration des Selbsthilfe-Projektes im Krankenhausbetrieb bei. Sie dienen gleichzeitig der Vernetzung der Akteure im Gesundheitswesen. Im Vordergrund der gemeinsamen Sitzungen stehen die Absprachen bezüglich der Aufgabenbereiche der unterschiedlichen Professionalitäten. Die Aufgaben der Begleiterinnen sind vielfältig und individuell unterschiedlich – sie reichen von der Begleitung zum Arztgespräch über die Mitnahme zum Angebot »Sport in der Krebsnachsorge« bis hin zum Austausch über Rehabilitationsmaßnahmen.

Noch nicht realisiert ist die Kontaktaufnahme der Begleiterinnen zu neu erkrankten Frauen bereits vor dem Krankenhausaufenthalt. Das halten die Initiatorinnen für sehr wichtig, denn bereits der Verdacht auf eine Brustkrebskrankung löst vielfältige Ängste und Probleme aus: Das Warten auf die Untersuchungsergebnisse, die Entscheidung über die Behandlungsstelle etc. Hier könnten die Begleiterinnen eine wichtige Brückenfunktion (ambulant-stationär) übernehmen, weil sie die Patientinnen ins Krankenhaus begleiten und auch nach dem Krankenhausaufenthalt weiter Kontakt halten können.

STÄRKEN DES PROJEKTES

- Selbst an Brustkrebs erkrankte Frauen stehen als Expertinnen und als lebendiges Beispiel für das Leben mit der Erkrankung zur Verfügung.
- Selbst an Brustkrebs erkrankte Frauen können neu Erkrankte darin stärken, eine mündige Patientin zu werden.
- Selbst an Brustkrebs erkrankte Frauen bieten Hilfe zur Selbsthilfe und stärken den Austausch von betroffenen Frauen untereinander.
- Selbst an Brustkrebs erkrankte Frauen sind ein »Baustein« bei der Vernetzung der Akteure im Gesundheitswesen (Betroffene, ÄrztInnen, psychosoziale Dienste, Selbsthilfegruppen etc.).

*Dipl. Psych. Marlies Lange, Bremer Krebsgesellschaft e.V.
Am Schwarzen Meer 101 – 105, 28205 Bremen,
Tel: 0421 / 491 92 22, Mail: bremerkrebsgesellschaft@t-online.de, <http://www.bremerkrebsgesellschaft.de>
Dr. Cornelia Heitmann, ZPH, Universität Bremen,
Grazer Str. 2a, 28359 Bremen, Tel: 0421 / 218-3735,
Mail: heitmanc@uni-bremen.de*



Individuelle und kollektive Patientenrechte

Das Thema »Patientenrechte« hat in den letzten Jahren erheblich an Konjunktur gewonnen und ist aus der gesundheitspolitischen und -rechtlichen Diskussion nicht mehr wegzudenken. Dass zukünftig die PatientInnen eine Rolle als eigenständige »dritte Kraft« im Gesundheitswesen übernehmen werden, ist unbestritten. Ferner gilt, dass Wirtschaftlichkeit, Qualität und Bedarfsgerechtigkeit im Gesundheitswesen keinesfalls ohne oder gar gegen die betroffenen PatientInnen, Versicherten und BürgerInnen produziert werden können.

Damit korrespondiert die Formulierung von Patientenrechten, weil nämlich zwischen Patientenkompetenz, Partizipation und Patientenrechten ein «wechselseitiger Zusammenhang (besteht): Einerseits kann davon ausgegangen werden, dass kompetente Patienten ihre Rechte nutzen, andererseits stärkt die konkrete Formulierung, Veröffentlichung und Umsetzung von Patientenrechten die Position des Patienten gegenüber den Professionellen des Systems.» (Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen – Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit). Diesen Aussagen des Sachverständigenrates zufolge umfasst der Begriff der Patientenrechte neben den individuellen auch kollektive Patientenrechte, die für die Beteiligung von PatientInnen, BürgerInnen und Versicherten im Gesundheits- und Medizinsystem stehen.

Die individuellen Patientenrechte sind in Deutschland hoch entwickelt. Das Schattendasein der kollektiven Rechte hat durch das Gesundheits-Modernisierungs-Gesetz (GMG) erstmals einen Anschlag erfahren. Im Folgenden werden nur einige grundsätzliche Überlegungen zu den individuellen Patientenrechten angesprochen. Etwas detaillierter werden die neuen Beteiligungsrechte nach dem GMG nachgezeichnet.

INDIVIDUELLE PATIENTENRECHTE

In Deutschland bestehen hinsichtlich individueller Patientenrechte, die insbesondere durch die Rechtsprechung entwickelt wurden, sehr weitgehende ärztliche und berufsrechtliche Verpflichtungen. Als Regelungsmodell einer Umsetzung individueller Patientenrechte ist neben speziellen Patientenschutzgesetzen die Charta der Patientenrechte zu nennen. Auf Initiative des Bundesministeriums der Justiz und des Bundesministeriums für Gesundheit wurde am 28. Oktober 2002 das Dokument »Patientenrechte in Deutschland« vorgelegt, auf das sich die an der Bearbeitung beteiligten Akteure im Gesundheitswesen einschließlich Patienten-

und Verbraucherververtretungen geeinigt haben.

Die dort formulierten Patientenrechte fordern keine neuen (weitergehenden) Rechte, sondern schreiben nur den Status quo fest. Nicht nur bei uns Deutschland, sondern auch in Ländern mit Patientenschutzgesetzen besteht eine erhebliche Diskrepanz zwischen Normativität und der Normalität der Praxis der medizinischen Versorgung. Die Ursachen dafür liegen sicherlich in der mangelnden Kommunikation und den dadurch bedingten Informationsdefiziten als auch im Festhalten an paternalistischen Sichtweisen durch die ärztliche Profession. Die Charta der Patientenrechte soll dazu beitragen, »den Patienten durch eigene Informationsrechte und ärztliche Informationspflichten gesprächs- und entscheidungsfähig zu machen.« (Hart 2001).

KOLLEKTIVE PATIENTENRECHTE

»Bürgerbeteiligung meint die kollektive Einbeziehung von Bürger-, Versicherten- und Patienteninteressen durch individuelle oder gruppenbezogene Repräsentanz in Verfahren kollegialer Kommunikation und Entscheidung im Gesundheitswesen« (Hart/Francke 2002). Nun gibt es viele Möglichkeiten der Beteiligung von PatientInnen im Gesundheitssystem. Nach Art und Intensität der Einbeziehung unterscheiden Hart/Francke vier Kategorien:

MODELLE	FUNKTIONEN	BEREICHE
Umfragebeteiligung	Erkenntnisgewinn über Präferenzen und Einstellungen von Nutzern	Gesundheitsziele, Bürgerkonferenzen
Verfahrensbeteiligung	Anhörungs-, Stellungnahmerechte zur Erweiterung der Informationsbasis der Entscheider	Institutionen der GKV; Zulassungsverfahren
Beratungsbeteiligung	Recht auf Diskussionsbeteiligung und Verfahrensbeteiligung	Institutionen der GKV; Fachgesellschaften
Entscheidungsbeteiligung	Recht auf Mitentscheidung	Ethikkommissionen

Im GMG hat der Gesetzgeber wesentliche Elemente der Beteiligungsmöglichkeiten übernommen und versucht durch folgende Maßnahmen die Patientensouveränität zu stärken:

1. Bestellung einer/s Patientenbeauftragten auf Bundesebene (§ 140h SGB V)

Zu den Aufgaben zählen die Berücksichtigung der Patientenrechte auf umfassende, unabhängige Beratung und objektive Information durch Leistungserbringer, Kostenträger und Behörden im Gesundheitswesen; die Beteiligung bei Fragen der Sicherstellung der medizinischen Versorgung sowie die Beachtung des Gender-Mainstreaming-Prinzips in der Versorgung und Forschung. Ferner ist der/die Patientenbeauftragte von den Bundesministerien bei allen Gesetzes-, Verwaltungs- und

sonstigen Vorhaben einzubeziehen, soweit sie Fragen der Rechte und des Schutzes von PatientInnen behandeln oder berühren (§ 140 h Abs. 3 GMG).

2. Beteiligung von Interessenvertretungen der PatientInnen

Von erheblich praktischer Bedeutung ist die Einbeziehung von Patienten-, Selbsthilfe- und Behindertenverbänden in das System der GKV. Hier hat der Gesetzgeber den Interessenvertretungen Mitberatungs- und Antragsrechte eingeräumt: Für Fragen, die die Versorgung betreffen, besteht ein Mitberatungsrecht in den Steuerungs- und Entscheidungsgremien, insbesondere im Gemeinsamen Bundesausschuss (§§ 140f, 140g SGB V).

ANTRAGSTELLUNGSRECHTE

Bei versorgungsrelevanten Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses sind die Interessenvertretungen antragsberechtigt. Diese Beteiligungsrechte gelten sowohl auf Landes- wie auf Bundesebene. Ein weitergehendes Mitberatungsrecht der Interessenvertretungen besteht bei Entscheidungen der Spitzenverbände der Krankenkassen. Wenn dem Anliegen der Interessenvertretungen nicht gefolgt wird, muss eine schriftliche Begründung erfolgen.

ZUSAMMENFASSUNG

Im sonst so umstrittenen GMG ist positiv zu vermerken, dass der Gesetzgeber erstmals kollektive

Beteiligungsrechte gesetzlich festgeschrieben und damit einen Prozess in Gang gesetzt hat, in dem alle Akteure aufgefordert werden, diesen neuen Gestaltungsprozess positiv zu gestalten. Hinsichtlich der individuellen Patientenrechte bleibt abzuwarten, inwieweit durch das Manifest »Patientenrechte in Deutschland« die Diskrepanz zwischen Normativität und Normalität verringert wird, oder doch der Weg eines Patientenrechtgesetzes zu beschreiten wäre.

Dr. Kathrin Becker-Schwarze, Institut für Gesundheits- und Medizinrecht, Fachbereich Rechtswissenschaft, Universität Bremen, Tel: 0421/ 218-4073, Mail: kabecker@uni-bremen.de, www.igmr.uni-bremen.de Literatur bei der Verfasserin

Patientensouveränität in alten Systemen? Von der Notwendigkeit veränderter Strukturen in der Gesundheitsversorgung

Das Problem ist seit langem bekannt: Bürgerinnen und Bürger, die zu PatientInnen werden, verlieren ein Gutteil ihrer sonst vorhandenen Rationalität und Autonomie, sie sind vielmehr beseelt von dem Wunsch, dass ihnen Ärztinnen und Ärzte oder auch selbsternannte Heilkundige helfen, ihre Schmerzen zu lindern und ihre Krankheit zu bewältigen. Die ansonsten sichtbare soziale Kompetenz und Selbstbestimmung schwindet, wenn Krankheit zu einem drohenden Risiko wird, selbst Scharlatanerie und Humbug finden ihre PatientInnen. Die Medizin lebt mit dieser Art Behandlung von PatientInnen schon seit langer Zeit sehr »komfortabel« – Macht lässt sich gut erhalten, wenn die Abhängigkeit von Expertenwissen in individuellen Notlagen wie Krankheit gefördert wird.

Wenn es nicht zu mehr Transparenz und Qualitätssicherungsmaßnahmen kommt, die auch Konsequenzen für den Abschluss und die Honorierung von Behandlungsverträgen mit ÄrztInnen, Krankenhäusern oder anderen Anbietern haben, wenn es nicht zu obligatorischen Aufklärungsgesprächen und einem dokumentierten »informed consent« kommt, wenn sich also die Machtkonstellationen im Gesundheitswesen nicht verändern, kann sich eine Patientensouveränität überhaupt nicht entwickeln. Hinzu kommt, dass bei der bisher ausgeübten traditionellen Patienten-Mitbestimmung die Laien auf Experten-Bewertungen angewiesen waren. Entscheidungen wurden getroffen unter dem Aspekt der Glaubwürdigkeit der jeweiligen ExpertInnen und der eigenen Präferenzen – wodurch die auch immer entstanden sein mögen. Globalurteile wie »das ist bewiesen«, »es ist besser, zu behandeln«, »Früherkennungsmaßnahmen retten Menschenleben« oder verzerrte Darstellungen wissenschaftlicher Daten wie »Medikamente zur Cholesterinsenkung vermindern die Herzinfarktrate um 40%« machen keine evidenz-basierte und souveräne Entscheidung von PatientInnen möglich. Notwendig sind daher innovative Informationssysteme, die den Patientinnen und Patienten medizinische Erkenntnisse in geprüfter Form zugänglich und verständlich machen können – Gegenöffentlichkeit gegen eine allgegenwärtige Vermarktung der immer wieder neuen Erfolge und Möglichkeiten in der Medizin.

Es darf nicht dazu kommen, dass Patientensouveränität unter noch unveränderten Rahmenbedingungen des Versorgungssystems missbraucht

wird als Chiffre für eine angeblich bereits vorhandene Mitbestimmung der PatientInnen. Dann tragen nämlich auch Patientinnen und Patienten Verantwortung für unnötige Leistungen, für überflüssige Therapien und diagnostische Maßnahmen – schließlich haben sie auf der Basis der angebotenen Informationen zugestimmt. Die Chiffre Patientensouveränität entlastet die Anbieter von ihrer Verantwortung, sie gibt vor, Macht in einem Bereich zu teilen und Mitbeteiligung anzubieten, in dem weder Anforderungen an die Qualität noch Strategien zur Transparenzförderung bisher Realität geworden sind. Was ist unverfänglicher für die Anbieter von Gesundheitsleistungen, als angeblich souveräne PatientInnen an Therapieentscheidungen mitzubeteiligen, die allein aus eigenen ökonomischen Interessen vorgeschlagen werden? Solange derartige Beeinflussungsstrategien möglich sind und unsanktioniert von den Vertragspartnern Krankenkassen bleiben, solange Leistungsanbieter nicht auf Grund von Defiziten in Qualitätsvergleichen und Auffälligkeiten in der Verlaufsdokumentation von der medizinischen Versorgung ausgeschlossen werden können, wird die Patientensouveränität zu einem Potemkinschen Dorf, zu einer Leerformel, die alleine den Interessen der Anbieter dient.

Eine Stärkung der Bürgerorientierung bzw. der Patientensouveränität im Gesundheitswesen und eine stärkere Beachtung der Anforderungen an eine verständliche Bürgerinformation mit dem Ziel der Partizipation können daher ein wirksames Präventionsangebot zur Vermeidung von Patientenbelastung und Ineffizienzen in der medizinischen Versorgung darstellen. Patientensouveränität kann sich nur dort entwickeln, wo der Wettbewerb um die Qualität der Versorgung transparent ausgetragen wird und wo informierte Patientinnen und Patienten als Gewinn für die Behandlung und das zu erreichende Therapieziel gesehen werden – so schwierig dies für viele ÄrztInnen auch sein mag. Denn in einem derartigen qualitätsorientierten Leistungswettbewerb werden die Anbieter für die PatientInnen unterscheidbar – das ist schlecht für die wenig Guten und gut für die Besseren! Patientensouveränität hat erst dann einen wichtigen Stellenwert erreicht, wenn sie tatsächlich steuernde Wirkungen auf Anbieter und Angebote entwickelt und akzeptiert ist als mitbeteiligte Instanz in der Organisation der medizinischen Versorgung,

sowohl im individuellen Bereich wie auch global im Gesundheitssystem. Es geht um die Besetzung einer »dritten Bank« neben der Bank für die ÄrztInnen und die Krankenkassen – und diese dritte Bank sollte kein Zugeständnis, sondern eine Selbstverständlichkeit sein, schließlich geht es um die Behandlung von Patientinnen und Patienten durch die »Dienstleister« ÄrztInnen und die »Vermittler« Krankenkassen. Die Patientenbeteiligung im geplanten Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (siehe § 35 b des 5. Sozialgesetzbuches) wird der erste Prüfstein für die notwendigen neuen Strukturen sein.

Prof. Dr. rer.nat. Gerd Glaeske, Professor für Arzneimittelversorgungsforschung am Zentrum für Sozialpolitik (ZeS), Universität Bremen, Parkallee 39, 28209 Bremen, Mail: gglaeske@zes.uni-bremen.de Literatur beim Verfasser

PUBLIKATION

PATIENTENTIPPS FÜR DEN ARZTBESUCH. SERVICE UND RECHT



Petra Kolip & Thomas Altgeld

Der Ratgeber informiert über die Rechte von Patientinnen und Patienten und über die finanziellen Seiten eines Praxisbesuches (inkl. der neuen Zuzahlungsregeln und Krankenkassentarife). Er geht auf neue Versorgungsmodelle ein und gibt Hinweise, wie sich ein guter Arzt oder eine gute Ärztin finden lässt.

Ratgeber der Verbraucherzentrale NRW 2004, EUR 7,80 zzgl. Versandkosten Bestelladresse: publikationen@vz-nrw.de

Patientenorientierung und evidenz-basierte Medizin: Zwei Seiten derselben Medaille?

Patientenorientierung gehört zu den viel zitierten Begriffen innerhalb der Public Health Debatte. Da die Gesundheitspolitik – nicht nur in Deutschland – Patientenorientierung zu einem Leitthema gemacht hat, bekommt die wissenschaftliche Debatte eine andere Einbindung und Verbindlichkeit. Letzter Ausdruck dieser Entwicklung ist einer der gesetzlich festgeschriebenen Aufträge an das neue Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, der da lautet: »Bereitstellung von für alle Bürgerinnen und Bürger verständlichen allgemeinen Informationen zu Qualität und Effizienz in der Gesundheitsversorgung«. Dies korrespondiert unmittelbar mit einer der anderen Aufgaben des Instituts: »Bewertung evidenzbasierter Leitlinien für die epidemiologisch wichtigsten Krankheiten«

Meine These lautet: Da der Gesetzestext vorgibt »verständliche« allgemeine Informationen zu erarbeiten, werden jetzt für Public Health ersichtlich zwei Forschungsstränge zusammen geführt: die Bewertung, welche Studien welchen Typs und welcher Qualität für die Weiterentwicklung der Patientenversorgung nach den Kriterien der Evidenz-basierten Medizin (EbM) relevant sind und die Frage, wie Patientensichten und -präferenzen in die Entscheidungen über medizinische Behandlung wirksam eingebunden werden können.

Daran schließt sich meine zweite These an: Mit dieser ausdrücklichen Erweiterung der Perspektiven innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung wird ein gelegentlich noch zu beobachtendes Lagerdenken innerhalb der Public Health Forschung endgültig anachronistisch. Ich meine den Schulenstreit um prioritäre Forschungsmethoden innerhalb der Gesundheitswissenschaften, vor allem um die Frage »quantitativ oder qualitativ«. Gelegentlich konnte ja auch im Rahmen der EbM-Debatte der Eindruck aufkommen, außerhalb von randomisierten kontrollierten Studien sei jede Forschungsanstrengung liebenswert – aber sinnlos. Das hatten zwar schon die Pioniere der EbM als unsinnig bezeichnet, wie u.a. in dem beachtlichen Editorial von David Sackett und John Wennberg (British Medical Journal 1997) nachzulesen ist. In einem anderen Kontext, nämlich der Transformation des klassischen klinischen Denkens sprechen die HerausgeberInnen von Stewart et al 2002 davon, dass EbM und eine patientenzentrierte Medizin den Zusammenfluss zweier Weltansichten darstellen. Dieses stellt eine gewaltige Herausforderung an interdisziplinär zu organisierende Forschungsansätze dar. In welchem Verhältnis stehen Patientensicht und professionelle Identität der Ärzteschaft? Es wird keine einfachen Antworten

geben, aber Stewart et al weisen noch auf einen weiteren wichtigen Aspekt hin: die Patientenorientierung im Alltag der Medizin ist in sich selbst ein Thema der evidenzbasierten Medizin: »Wenn das Krankheits-Erleben in Betracht genommen wird, die Persönlichkeit und ihr Umfeld, und wenn es gelingt, auf einem gemeinsamen Fundament anzukommen, dann hat sich zeigen lassen, dass diesen Behandlungserfolg und die Zufriedenheit bei ÄrztInnen wie PatientInnen verbessert« (Stewart et al 2002, Übersetzung N. Schmacke).

Es ist zu hoffen, dass damit die hermeneutischen Verfahren innerhalb von Public Health in den Aufwind kommen. Dabei sollten die Repräsentanten der unterschiedlichen Forschungsmethoden und -traditionen vielleicht einmal über eines gemeinsam nachdenken: Kann der Impact von Forschung vielleicht auch dadurch gesteigert werden, dass beim Kommunizieren zentraler Ergebnisse die Übersetzungsleistung für die interessierte Öffentlichkeit nicht so stiefmütterlich behandelt wird wie leider oft noch üblich? Wenn jetzt das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit aufgerufen ist, verständliche allgemeine Informationen zu erarbeiten, dann ist zu hoffen, dass hiervon ein kräftiger Impuls ausgeht, den Wissenstransfer noch stärker als bisher zu einem Thema von Public Health zu erklären.

Prof. Dr. Norbert Schmacke, Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung, Bibliothekstrasse 1, 28359 Bremen, Tel. 0421 / 218-8131, Mail: Schmacke@uni-bremen.de, Literatur beim Verfasser

Nutzerbeteiligung in der Psychiatrie – von PatientInnen zu ExpertInnen

Empowerment, Patienten- und Nutzerorientierung sind Begriffe, die in den letzten Jahren vermehrt Einzug in die Diskussion um die psychiatrische Versorgung gehalten haben. Sie könnten für die traditionelle Psychiatrie zu einer großen Herausforderung werden, denn die Erforschung und Behandlung psychischer Störungen, in der die Betroffenen lediglich als Objekt der Wissenschaft betrachtet wurden hat eine lange Tradition. Die Ansätze zum Verständnis psychischer Erkrankungen waren bislang überwiegend defizitorientiert, die Behandlung entsprechend an der Symptomatik ausgerichtet. Auf Grund der angenommenen Beeinträchtigung des rationalen Denkens wurde den Erkenntnissen und Forderungen psychisch kranker Menschen kaum eine Bedeutung beigemessen und hatte wenig Einfluss auf das Verständnis psychiatrischer

Phänomene oder deren Behandlung.

Inzwischen erlangt in der Forschung und der psychiatrischen Praxis die Sichtweise von psychiatrierfahrenen Menschen zunehmend an Bedeutung. Dabei wird die Erfahrung Betroffener zu einer wertvollen Wissensquelle im Verständnis psychischer Erkrankungen. Im Blickpunkt stehen dabei die Belastungen, die Menschen im Zusammenhang mit psychischer Erkrankung und deren Behandlung erfahren haben sowie ihre subjektive Definition von Genesung und dessen, was zu einer Genesung beitragen kann. In England werden beispielsweise auf Grundlage des National Health Service-Plans in den Jahren 2003/2004

in allen Mental Health Trusts PatientInnenbefragungen durchgeführt, die die Erfahrungen der PatientInnen mit den angebotenen psychiatrischen Diensten erheben. (www.nhssurveys.org oder www.pickereurope.org). Bei der Entwicklung der entsprechenden Untersuchungsinstrumente ist die Einbeziehung von Psychiatrieerfahrenen von grundlegender Bedeutung: Nur so kann der Fokus



auf die Fragestellungen gerichtet werden, die aus der Sicht der PatientInnen für ihre Genesung von Bedeutung sind.

Die Einbeziehung von Psychiatrieerfahrenen in den Bereich Lehre und Ausbildung ist dagegen die Zielsetzung des Projektes Expertenpartnerschaft in Bremen. Die Inspiration kam wiederum aus England: Im Februar 2000 startete in Birmingham das Projekt SUSPS (Service User Support Pilot Scheme) mit dem Ziel, die Bedürfnisse und Wünsche von NutzerInnen psychiatrischer Dienste zu erheben. Als Konsequenz aus den Untersuchungsergebnissen wurde das Projekt von der client-partnership, einem Institut für Qualitätsmanagement und Fortbildung, das Psychiatrieerfahrene als MitarbeiterInnen beschäftigt, übernommen.

Grundlage der Expertenpartnerschaft in Bremen ist, das Wissen von professionellen ExpertInnen mit dem Wissen von ExpertInnen durch gelebte Erfahrung zusammenzubringen und diesen Austausch auf gleicher Augenhöhe zu gestalten. Ziel der Expertenpartnerschaft ist die Entwicklung von Bildungsangeboten für psychiatrische Fachkräfte und NutzerInnen sowie die Formulierung von Qualitätsanforderungen für psychiatrische Dienste. Ausgangspunkt ist die Reflektion von Erlebnissen psychischer Krisen (psychotische Erfahrungen) und deren Bewältigung sowie die Fokussierung der daraus gewonnenen Erkenntnisse. Dabei verstehen sich die Beiträge der Expertenpartnerschaft nicht als Erlebnisberichte, sondern als fundierte Expertenbeiträge.

Die Expertenpartnerschaft in Bremen konnte im letzten Jahr die ersten Module in der Ausbildung von SozialpädagogInnen und in der Fort- und Weiterbildung für psychiatrische Fachkrankenpflege anbieten. Der Gewinn ist für beide Seiten sehr groß. Für die Professionellen schafft häufig schon allein die Tatsache, dass Psychiatrieerfahrene als ExpertInnen für Psychiatrie auftreten, eine Veränderung der Wahrnehmung sowie einen neuen Zugang zum Verständnis von psychischen Krisen und hilfreichen Interventionen. Für die Psychiatrieerfahrenen führt der Rollenwechsel von PatientInnen, von psychisch Kranken zu ExpertInnen zu einer neuen Selbstwahrnehmung, denn der Makel der psychischen Krankheit wendet sich in wertgeschätztes Erfahrungswissen. Nicht zuletzt ist hierbei auch die Bezahlung als Experte von Bedeutung. Die client-partnership in Birmingham hat 2001 den nationalen Preis für Innovation in der Bildungsarbeit gewonnen. Die Expertenpartnerschaft in Bremen ist davon sicherlich noch etwas entfernt – ihre Arbeit ist jedoch ein wichtiger Schritt auf dem Weg, Psychiatrieerfahrenen endlich eine angemessene Rolle in der Weiterentwicklung der Psychiatrie zu geben.

Jörg Utschakowski, Initiative zur sozialen Rehabilitation e.V.,
Veegesackerstr. 174, 28219 Bremen, Tel: 0421 / 3801950,
Mail: fokus@initiative-zur-sozialen-rehabilitation.de
Heike Mertesacker, Zentrum für Public Health, Grazer Str. 2a.,
28359 Bremen, Mail: hmertesa@uni-bremen.de

Leben mit Multipler Sklerose Lebensgestaltung aus biographischer Sicht

Im Mittelpunkt der empirischen Studie zum Thema »Leben mit Multipler Sklerose. Lebensgestaltung aus biographischer Sicht« steht das Interesse, chronische Erkrankung unter Berücksichtigung zur Verfügung stehender biographischer Ressourcen zu betrachten.

Obwohl Multiple Sklerose (MS) als die häufigste chronische Erkrankung des Zentralen Nervensystems gilt, liegt bisher kaum gesichertes Wissen darüber vor, wie die Aufgabe »Leben mit Multipler Sklerose« von den einzelnen Betroffenen biographisch ver- und bearbeitet wird. Geleitet durch mein Interesse an der Rekonstruktion subjektiver Umgangsweisen mit Krankheit entwickelte ich ein Forschungsdesign, welches auf der Annahme basiert, dass Krankheit immer auf einen Menschen mit (Lebens-) Geschichte stößt.

Die Untersuchung basierte also auf der Prämisse, dass Bedeutung und Qualität des Lebenser-

eignisses »Multiple Sklerose« erst durch individuelle, biographische Be- und Verarbeitung, durch biographische Erfahrung bzw. Erfahrungsaufschichtung generiert wird. Dieser Ansatz verlangt grundsätzlich nach einem methodischen Zugang, der die Sinnkonstruktionen und Deutungsmuster Betroffener in lebenszeitlicher Perspektive selbst zum Gegenstand wissenschaftlicher Analyse werden lässt. Ziel der empirischen Studie war es einerseits, subjektive Verarbeitungsmodi chronischer Erkrankung im biographischen Kontext zu untersuchen. Andererseits ging es um die Entwicklung einer allgemeinen Theorie biographischer Krankheitsaneignung und Lebensgestaltung mit MS. Ferner war mir an einer praxisnahen Reflexion der Untersuchungsergebnisse gelegen.

Es stellte sich heraus, dass dem lebensgeschichtlichen Hintergrund in weitaus höherem Maße eine zentrale Bedeutung bei der Aneignung

PUBLIKATION

LEBEN MIT MULTIPLER SKLEROSE

Hedwig Rosa Griesehop

Multiple Sklerose (MS) gilt als die häufigste chronische Erkrankung des Zentralen Nervensystems. Die Betroffenen sind zeitlebens mit einem unvorhersagbaren phasischen/ progredienten Verlauf konfrontiert. In der vorliegenden als Dissertation an der Universität Bremen verfassten Studie ließ sich die Autorin von innovativen Forschungsfragen leiten: Wie wird die Aufgabe »Leben mit chronischer Erkrankung« biographisch realisiert? Wie verarbeiten Betroffene chronische Erkrankung? Welche biographischen Handlungsspielräume und -muster stehen ihnen zur Verfügung und wie gestalten sie ihr Leben?

Die Ergebnisse der Untersuchung nehmen abschließend mit Blick auf professionelle Hilfe- und Unterstützungssysteme Bezug auf die Praxis.



VAS (Verlag für
Akademische Schriften),
Reihe: »Psychosoziale
Aspekte in der Medizin«,
Frankfurt/Main 2003

chronischer Erkrankung zukommt als in der bisherigen Krankheitsbewältigungsforschung zu MS angenommen. Die Ergebnisse der Auswertung biographisch-narrativer Interviews ließen den Schluss zu, dass Lebenserfahrungen und daraus gewonnenes biographisches Wissen Handlungsressourcen darstellen, die konstitutiv für die Art und Weise der Krankheitsverarbeitung sind. Nicht die Krankheit als solche, sondern die subjektiven Wirklichkeitskonstruktionen und biographischen Handlungsspielräume der Betroffenen beeinflussen die Lebensführung mit MS entscheidend. Die Rekonstruktion der Modi biographischer Lebensgestaltung, jene zur Verfügung stehenden biographisch verankerten Handlungsoptionen des oder der Einzelnen, tragen zu einem angemessenen Verständnis individueller und subjektiver Krankheitsverarbeitungsprozesse bei.

Die Befunde der empirischen Studie zeigen, dass professionelle Begleitung, Beratung oder Unterstützung von MS-Betroffenen in ihrem Gelingen wesentlich vom Wissen und Verstehen biographischer Verarbeitungsformen und Handlungs-

spielräume der PatientInnen bzw. KlientInnen abhängig ist. Folglich war und ist eine »biographische PatientInnenorientierung« zu fordern respektive zu fördern. Den von mir in der Konsequenz entwickelten »narrativen Fragebogen« habe ich als professionelles »Handlungswerkzeug« und »Handlungskonzept« vielfach erfolgreich in der

Praxis eingesetzt. Auf Grundlage des »narrativen Fragebogens« können Professionelle mit MS-Betroffenen und deren Angehörigen Gespräche über vergangene, gegenwärtige und zukünftige Lebenssituationen und die Form der Krankheitsanpassung und Lebensgestaltung mit MS sinnvoll führen, gesundheitsfördernde Ressourcen lokali-

sieren und aktivieren sowie gegebenenfalls den Weg in die Hilfe zur Selbsthilfe begleiten.

*Prof. Dr. phil. Hedwig Rosa Griesehop, Alice Salomon
Fachhochschule Berlin, Alice Salomon Platz 5,
12627 Berlin, Tel: 030 / 99245423
Mail: griesehop@asfh-berlin.de*

Patientenorientierung – eine geeignete pflegerische Norm?

Der Begriff »Patientenorientierung« wird in der Pflegewissenschaft vor allem deskriptiv gebraucht. Er bezeichnet eine Pflege, die sich an den Bedürfnissen der PatientInnen bzw. an den unterschiedlichen Dimensionen des Patientseins orientiert. Der Begriff lässt sich aber auch normativ verstehen. In der normativen Bedeutung ist die Anforderung gemeint, pflegerische Entscheidungen an den Wertpräferenzen der PatientInnen auszurichten. Aber ist das immer »richtig«?

Zunächst hat jeder Mensch das Recht auf freie Entfaltung seiner Persönlichkeit und auf körperliche Unversehrtheit. Das heißt, dass jeder Mensch frei ist, Entscheidungen bezüglich seiner gesundheits- und (selbst-) pflegebezogenen Lebensgestaltung zu treffen. Wie ein Mensch sich ernährt, wie er oder sie sich bewegt oder sich sexuell betätigt, dies sind Fragen des »guten Lebens« bzw. der Selbstverwirklichung und somit keine moralischen Fragen. Menschen, die Pflege empfangen, sind bei der Durchsetzung ihrer Vorstellungen des guten Lebens aber auf die Hilfe anderer und die Ressourcen des Solidarsystems angewiesen. Indem unterschiedliche Interessen und Werte aufeinanderstoßen, entstehen Konfliktpotenziale. Kollisionen zwischen unterschiedlichen Werten kommen etwa zustande, wenn PatientInnen sich aus medizinischer oder pflegerischer Perspektive gesundheitsabträglich (»unkooperativ«) verhalten bzw. von den Pflegenden Unterstützung bei diesem Verhalten erwarten. Aus Sicht der Professionellen konfliktiert in diesen Fällen die vollkommene Pflicht, nicht gegen den Willen einer Person in ihre körperliche und geistige Integrität einzugreifen, mit dem moralischen Ideal, der Person nicht zu schaden bzw. ihr Gutes zu tun. Ein echtes Dilemma entsteht für die Professionellen dann, wenn durch die Befolgung des Gebots, die Selbstbestimmung der PatientInnen zu achten, größerer Schaden verursacht wird, als durch seine Übertretung.

In der Pflege gibt es eine Vielzahl von alltäglichen pflegerischen Entscheidungen, die in diesem Spannungsfeld getroffen werden, etwa wenn

PatientInnen, die zur Dekubitusprophylaxe regelmäßig umgelagert werden müssten, nur in einer Position liegen möchten, wenn PatientInnen nach einer Operation die Mobilisation verweigern oder trotz Bronchitis in den Raucherraum geschoben werden möchten. An Brisanz gewinnen diese Dilemmasituationen dadurch, dass die beruflich Pflegenden sich persönlich mit den beruflichen Handlungsstandards identifizieren und sich durch den von den PflegeempfängerInnen erwarteten Verstoß gekränkt, belastet oder beeinträchtigt fühlen. Diesbezügliche Entscheidungen erfordern einen Aushandlungs- und Abstimmungsprozess zwischen den EmpfängerInnen und den AnbieterInnen der Pflege. In diesem Gespräch erörtern die Beteiligten mögliche Folgen und Nebenfolgen von Handlungen und bewerten die Folgen aus ihrer Perspektive. Idealerweise legen beide Beteiligten ihre Perspektive offen und sind bereit, sich durch das »bessere« Argument umstimmen zu lassen. Da PatientInnen und Pflegenden wahrscheinlich bei ihrer Folgenkalkulation von unterschiedlichem Wissen ausgehen und bei der Bewertung nicht unbedingt die gleichen Werte zugrunde legen, ist aber nicht immer zu erwarten, dass in einem solchen Gespräch ein Konsens gefunden wird. Was ist also zu tun?

Grundsätzlich ist anzuerkennen, dass das Selbstbestimmungsrecht der PatientInnen ein höheres Prinzip ist als das, den PatientInnen nicht zu schaden oder ihm Gutes zu tun. Das Zuwiderhandeln kann nur in Ausnahmefällen legitim sein, nämlich dann, wenn in einem Einzelfall dadurch größeres Übel verhindert werden kann oder wenn die unhintergehbaren Rechte anderer Personen in Mitleidenschaft gezogen werden. Dabei ist das Prinzip der Verhältnismäßigkeit zu berücksichtigen, d. h. bei dem Übel muss es sich entweder um ein verhältnismäßig großes Übel handeln, das ohne die Intervention der Pflegenden mit hoher Wahrscheinlichkeit eintreten würde, oder die Einschränkung der Selbstbestimmung ist nur minimal, etwa wenn eine Pflegenden eine/n Patientin/en zu über-



reden versucht. Solch legitime Einzelfälle dürfen aber nicht als Freifahrtschein für die PatientInnen zwingende Handlungen aufgefasst werden. Vielmehr sollten die Folgen mit Bedacht, unter kritischer Reflexion der eigenen Motivation und mit besonderem Gewicht auf die Patientenperspektive abgewogen werden.

Wie sich anhand der Überlegungen zum fall-spezifischen Urteil zeigt, können für Entscheidungen in konkreten Situationen keine allgemeinen Maßstäbe angegeben werden. Vielmehr sind echte moralische Dilemmata nicht rational entscheidbar, sondern enthalten stets einen nicht vermeidbaren Rest an Dezisionismus. Mit dieser rationalen Unentscheidbarkeit moralischer Konfliktsituationen in der Gesundheits- bzw. pflegerischen Versorgung müssen wir leben und versuchen, unter Berücksichtigung der Perspektiven aller Beteiligten Kompromisse zu finden. Aus moralisch-ethischer Perspektive suggeriert der Begriff der Patientenorientierung eine Eindeutigkeit, die angesichts der Realität der Perspektivität moralischer Urteile und somit auch pflegerischer Entscheidungen nicht haltbar ist. Ich empfehle daher in Anlehnung an Nunner-Winklers Begriff des »eingeschränkten Universalismus« den Begriff der »eingeschränkten Patientenorientierung«.

*Prof. Dr. Ingrid Darmann, Studiengang Lehramt
Pflegerwissenschaft, Universität Bremen,
Fachbereich Human- und Gesundheitswissenschaften,
Grazer Str. 6, 28359, Bremen, Tel: 0421 / 218-2016,
Mail: darmann@uni-bremen.de*

Hormontherapie im Internet – Zweifelhafte Qualität!

Im Auftrag des wissenschaftlichen Institutes der Ortskrankenkassen (WidO) haben Prof. Dr. Petra Kolip, Bernhilde Deitermann und Jens Bucksch aus dem Zentrum für Public Health, Forschungsfeld »Geschlecht und Gesundheit«, eine Qualitätsbeurteilung von Webseiten niedergelassener GynäkologInnen vorgenommen. (Eine ausführliche Beschreibung des Projektes kann unter www.asfg.uni-bremen.de/projekte herunter geladen werden). In die Studie wurden alle deutschen niedergelassenen FrauenärztInnen eingeschlossen, die über die postmenopausale Hormontherapie berichteten. Hintergrund für die Untersuchung ist die Tatsache, dass die gesundheitlichen Risiken einer Hormontherapie den Nutzen übersteigen. Eine eigene informierte Entscheidung treffen zu können, muss deshalb ein zentrales Interesse von Frauen in den Wechseljahren sein. Das Internet ist mittlerweile zu einer wichtigen Quelle von Gesundheitsinformationen geworden und stellt somit ein potenzielles Medium der Informationsgewinnung dar.

Die Suchstrategie über die Suchmaschine »google.de« mit einer Kombination aus 9 x 13 Schlüsselwörtern ermittelte 97 auswertbare Seiten. Die Daten wurden u.a. daraufhin analysiert, inwieweit einerseits Basiskriterien für die Qualität medizinischer Webseiten (z.B. Angabe der Finanzierung oder des Aktualisierungsdatums) erfüllt wurden und andererseits die Ergebnisse der Womens Health Initiative (WHI) berücksichtigt wurden. Zudem interessierte, welche Empfehlungen in Bezug auf die Hormontherapie in und nach den Wechseljahren auf den Seiten getroffen wurden (inhaltliche Qualität).

Die Basiskriterien konnten von einem Großteil der

Internetseiten nicht erfüllt werden. Beispielsweise wurde das Aktualisierungsdatum nur von 23 (23.7%) Webseiten angegeben. Die Informationen zur Hormontherapie waren in weiten Teilen fehlerhaft und unvollständig. 66 (68%) der GynäkologInnen empfahlen die Hormontherapie ohne Einschränkungen, 9 (9.3%) hatten eine ausgewogene Position, in 22 Fällen war die Empfehlung nicht zu beurteilen und keine Seite lehnte die Hormontherapie als Behandlungsoption ab. Lediglich 24 der 97 Seiten nahmen Bezug auf die WHI, hiervon stellten nur 7 die Ergebnisse der Studie umfassend dar im Sinne einer korrekten Gegenüberstellung der Risiken und des Nutzens.

Schlussfolgernd muss geurteilt werden, dass evidenzbasierte Informationen resultierend aus der WHI-Studie in unzureichender Form auf den Internetseiten niedergelassener GynäkologInnen zu finden sind. Aus diesem Grund erscheinen Webseiten niedergelassener GynäkologInnen nicht empfehlenswert, um sich einen Überblick über den aktuellen evidenzbasierten Stand zur Hormontherapie zu verschaffen. Mit der zunehmenden Bedeutung des Internets und der wachsenden Anzahl von KonsumentInnen, die sich dort über gesundheitliche Themen informieren, muss die Gefahr minimiert werden, schädliche Informationen zu erhalten.

*Jens Bucksch, Dipl.-Sportlehrer, MPH, Universität Bremen,
FB 11, Human- und Gesundheitswissenschaften,
Grazer Str. 2a, 28359 Bremen,
Tel: 0421 / 218-3735, Mail: jbucksch@uni-bremen.de,
<http://www.asfg.uni-bremen.de>*

PUBLIKATION



WECHSELJAHRE MULTIDISZIPLINÄR: WAS WOLLEN FRAUEN – WAS BRAUCHEN FRAUEN

Ingeborg Jahn (Hrsg.)

Dieses Buch enthält Vorträge eines im Frühjahr 2003 in Bremen veranstalteten Kongresses. Die Autorinnen und Autoren haben bis Ende 2003 ihre Beiträge auf den neuesten wissenschaftlichen Stand gebracht. Vorgelegt wird somit ein aktuelles Handbuch für alle, die das Thema Wechseljahre interessiert oder beruflich angeht. Zu den Themen gehören:

- Hormon-Therapie in den Wechseljahren. Wissenschaftliche Evidenz und aktuelle Empfehlungen, auch zu sogenannten Phyto-Östrogenen
- Wechseljahre und Sexualität
- Die professionelle Begleitung von Frauen in den Wechseljahren
- Historische und kulturelle Perspektiven auf die Wechseljahre
- Wechseljahre und Naturheilkunde

Die Programmatik zu einem frauen- und situationsgerechten Umgang mit den Wechseljahren liefert die auf dem Kongress verabschiedete **Bremer Erklärung wechseljahre multidisziplinär**, in der es heißt: »Wechseljahre sind eine natürliche Phase im Leben von Frauen und keine Krankheit.«

Das Buch ist sowohl im Buchhandel als auch in den GEK-Betreuungsstellen erhältlich bzw. kann über die Homepage der GEK (www.gek.de) als PDF herunter geladen werden.

Asgard Verlag, GEK-Edition, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 28, St. Augustin 2004



PROMOTIONEN

Pflegende Angehörige in der technikintensiven häuslichen Schwerstkrankenpflege

NutzerInnen und LeistungserbringerInnen im Gesundheitssystem

Mit der Einführung der Pflegeversicherung (SGB XI) in Deutschland fand die Informalisierung der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung erstmals eine gesetzliche Grundlage: Die politische Prämisse »ambulant vor stationär« geht mit der ausdrücklichen Forderung nach Unterstützung und Verstärkung der häuslichen Kranken- und Altenpflege einher, die in erster Linie durch Laien, also pflegende Angehörige geleistet werden soll. Damit erhielten die bis dahin nahezu »unsichtbar« pflegenden Angehörigen – die bereits vor Etablierung der Pflegeversicherung die häusliche Pflege sichergestellt haben – erstmals eine gewisse gesellschaftliche Anerkennung. Sie spielen in der gesundheitlichen Versorgung Pflegebedürftiger eine tragende Rolle, über die aber bislang wenig systematisch nachgedacht wird.

Häusliche Pflege muss vor folgendem Hintergrund diskutiert werden: Von den rund 2 Millionen Pflegebedürftigen (gemäß SGB XI) in Deutschland wird die Hälfte ausschließlich von Angehörigen zu Hause versorgt, etwa 400.000 von ambulanten Pflegediensten (auch zusammen mit Angehörigen) und ca. 600.000 in Pflegeheimen (Statistisches Bundesamt 2003). Die Hauptpflegepersonen sind zu 80% Frauen: Die Hälfte aller pflegenden Angehörigen wird von Töchtern, Ehe- oder Lebenspartnerinnen und Schwiegertöchtern im Alter zwischen 40 und 64 Jahren gestellt; Mütter, die kranke oder

behinderte pflegebedürftige Kinder betreuen, machen mit 11% ebenfalls einen beachtlichen Anteil aus. Wenn Männer pflegen, sind es in erster Linie Ehemänner bzw. Lebenspartner – sie stellen 12% der pflegenden Angehörigen; Söhne und Väter sind lediglich mit 5% bzw. 2% vertreten. Die oft formulierte Feststellung, die Familie sei der größte Pflegedienst der Nation, lautet daher angemessener: Die Frauen innerhalb der Familie stellen den größten Pflegedienst der Nation.

PFLEGENDE ANGEHÖRIGE: LEISTUNGSEBRINGERINNEN UND NUTZERINNEN

Zur Beantwortung der Frage, wie pflegende Angehörige sich selbst im Versorgungssystem positionieren, wurde im Rahmen eines Promotionsvorhabens an der Universität Bremen eine Studie durchgeführt. Erste Ergebnisse zeigen, dass sich die Befragten gegenüber dem Versorgungssystem als LeistungserbringerInnen und NutzerInnen präsentieren. Dies lässt gezielte Rückschlüsse auf ihren Unterstützungsbedarf zu und kann damit zu einer nutzerInnenorientierten und damit auch bürgerInnenorientierten Entwicklung des Gesundheitssystems beitragen.

TECHNIKINTENSIVE HÄUSLICHE SCHWERSTKRANKENPFLEGE

Bei der technikintensiven häuslichen Schwerst-

krankenpflege handelt es sich um PatientInnen, die schwer chronisch erkrankt sind, PatientInnen im Wachkoma, Sterbende, Neugeborene, die als besonders versorgungsbedürftige Frühgeburten oder schwer- und mehrfachbehindert zur Welt kommen sowie schwer kranke Kinder. Diese PatientInnen bedürfen einer intensivpflegerischen und -medizinischen Versorgung, z.B. im Rahmen einer künstlichen Beatmung oder Ernährung, einer kontinuierlichen Überwachung der Herzkreislauf-funktionen (Monitoring) oder einer Hemodialyse. Noch bis vor ca. 10 Jahren konnte eine solche Versorgung ausschließlich in Krankenhäusern sicher gestellt werden. Heute werden Betroffene zunehmend zu Hause versorgt und es gibt gewichtige Gründe anzunehmen, dass der Bedarf nach einer häuslichen Versorgung weiter steigen wird: Der medizinisch-technische und pharmakologische Fortschritt verbessert die Überlebenschancen der Betroffenen, die politische Prämisse »ambulant vor stationär« fördert auch die häusliche Versorgung der Schwerstpflegebedürftigen und nicht zuletzt sprechen soziale Gründe für die Schaffung häuslicher Versorgungsoptionen, da hierdurch Lebensqualität und Selbstbestimmung der PatientInnen und ihrer Familien erhöht werden können.

GESCHLECHTERANGEMESSENE UNTERSTÜTZUNG PFLEGENDER ANGEHÖRIGER

Mithilfe leitfadengestützter Interviews wurde die Perspektive pflegender Angehöriger in der technikintensiven häuslichen Schwerstkrankenpflege erhoben, wobei deren Blick auf das Versorgungssystem und wie sie sich selbst darin positionieren, im Vordergrund stand. Auch in der Schwerstkrankenpflege sind in erster Linie Frauen die Pflegenden, wobei vor allem Mütter schwerstpflegebedürftiger Kinder von Bedeutung sind. Die Formulierung von Unterstützungsmaßnahmen für pflegende Angehörige richtet sich daher vor allem an Frauen, was im Sinne einer zielgruppenspezifischen und geschlechterangemessenen Versorgung den stark geschlechtsspezifisch geprägten Gegebenheiten in der häuslichen Pflege entspricht. Damit kann zum einen diesem Ungleichgewicht bezüglich der Verteilung der informellen pflegerischen Arbeit innerhalb unserer Gesellschaft begegnet werden; zum anderen kann durch das Sichtbarmachen sowie einer gezielten Unterstützung und Förderung von Pflegearbeit und einer damit einhergehenden Aufwertung ein erhöhtes Engagement seitens der Männer forciert werden.

INFO

ANGEHÖRIGENBERATUNG IM KLINIKUM BREMEN-MITTE



Beratung pflegender Angehöriger erstmals bereits im Krankenhaus

Pflegebedürftigkeit bzw. deren Zunahme beginnt häufig im Krankenhaus. Daher gibt es für pflegende Angehörige und diejenigen, die vor der Entscheidung zur Übernahme der Pflege stehen seit Februar 2004 ein spezielles Beratungsangebot im Klinikum Bremen-Mitte (St.-Jürgen-Strasse). Dieses von der Stadt Bremen unterstützte Modellprojekt wurde in Zusammenarbeit verschiedener

Einrichtungen für pflegerische Versorgung und Beratung sowie dem Zentrum für Public Health konzipiert. Das Angebot soll Angehörige zum einen darin unterstützen, eine tragfähige Entscheidung für oder gegen die Übernahme häuslicher Pflege zu finden; zum anderen werden notwendige Informationen über die praktische Umsetzung und konkrete Unterstützungsmöglichkeiten der häuslichen Pflege vermittelt.

Ansprechpartnerinnen sind Margitta Steuer und Stephanie Kruth, die als Krankenschwester und Psychologin über umfangreiche Erfahrungen in der Beratung bei Pflegebedürftigkeit verfügen.

*Persönliche Sprechzeiten: Di, Mi, Do von 15.00-18.00 Uhr
Klinikum Bremen-Mitte, Haus 31 (Inst. f. Chin. Medizin),
1. Stock, Zimmer 2.9 u. 2.10, Tel: 0421 / 497 2670
Die Beraterinnen sind außerdem Mo-Fr von
9.00-15.00 Uhr erreichbar unter Tel: 0421 / 32 13 23*

*Julia Lademann, Universität Bremen, Fachbereich 11,
Grazer Str. 2a, 28359 Bremen, Tel: 0421 / 218-9796,
Mail: lademann@uni-bremen.de, Literatur bei der Verfasserin*

PERSONALIA

Cornelia Heitmann

Dr. Cornelia Heitmann ist seit dem 01.01.2004 mit der Hälfte der regelmäßigen Arbeitszeit wissenschaftliche Mitarbeiterin im Zentrum für Public Health (ZPH) der Universität Bremen.

Nach einer Ausbildung zur staatlich geprüften Hauswirtschaftsleiterin studierte sie in Hamburg und Kiel Oecotrophologie. Neben dem Studium in Kiel war sie zunächst als Dozentin für Ernährung und Hauswirtschaft in den neuen Bundesländern tätig und später als Ernährungsberaterin bei einer großen deutschen Krankenkasse. Im Jahr 2000 schloss sie ihre Promotion zum Thema: »Die Brustkrebsmortalität von Frauen in Schleswig-Holstein unterhalb der Kreisebene – Eine Studie zu Ursachen und Tendenzen« am Institut für experimentelle Toxikologie der Universität Kiel ab. Neben der Promotion begann sie 1998 das Studium der Gesundheitswissenschaften an der Bremer Universität und beendete dieses erfolgreich in 2001. Seit 2001 ist sie auch Mitarbeiterin im Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS) und seit Beginn des Jahres 2004 arbeitet sie je zur Hälfte dort und im ZPH.

Ihre Arbeitsschwerpunkte sind Themen im Bereich Public Health Nutrition sowie im Bereich Epidemiologie und Prävention.

Dr. Cornelia Heitmann, Zentrum für Public Health, Universität Bremen, Grazer Str. 2a, 28359 Bremen, Tel: 0421 / 218-3735, Mail: heitmanc@uni-bremen.de



Heike Pich

Heike Pich übernahm zum 15.10.2003 die Koordination und Evaluation des Pilotprojekts »Essen-Bewegen-Wohlfühlen – Prävention von gestörtem Essverhalten in der Grundschule« am Zentrum für Public Health (ZPH) der Universität Bremen.



Sie studierte Sozialwissenschaften in Hannover und Oldenburg mit dem Schwerpunkt Bildungsforschung und -planung. Nach dem Studium initiierte sie zusammen mit anderen Frauen eine Anlauf- und Beratungsstelle gegen sexuelle Gewalt an Mädchen und Frauen und war dort lange in der Geschäftsführung tätig. Seit 2000 ist sie darüber hinaus als freischaffende Künstlerin tätig mit Ausstellungen u.a. in Bremen, Kiel, Hamburg und Köln.

Das Projekt »Essen-Bewegen-Wohlfühlen« konzentriert sich auf die Region Niedersachsen und umfasst insgesamt zehn Grundschulen. Hauptziel des Projektes ist es, eine positive Veränderung des Ess- und Bewegungsverhaltens von Grundschulkindern zu erreichen und das Thema »Gesundheit« nachhaltig in den Schulalltag zu integrieren. Die Umsetzung erfolgt durch die Unterstützung von speziell für die Projektaufgaben qualifizierten VHS-Gesundheitsberaterinnen. Im Zentrum der wissenschaftlichen Begleitung steht die Frage, inwieweit es gelungen ist, gemeinsam mit den Schulen maßgeschneiderte Präventionsangebote zu entwickeln, welche Hindernisse und Hürden bei einer solchen Umsetzung zu meistern und welche positiven Erfahrungen auf andere Projekte übertragbar sind.

Heike Pich, Universität Bremen, Zentrum für Public Health, Grazer Str. 2a, 28359 Bremen, Tel: 0421 / 218-3735, Mail: hpich@uni-bremen.de

Berufungen

PETRA KOLIP

Prof. Dr. Petra Kolip, geschäftsführende Direktorin des Zentrums für Public Health, wurde im April 2004 in den **Wissenschaftlichen Beirat der Stiftung »Gesundheitsförderung Schweiz«** gewählt. Die gesetzlich verankerte Stiftung hat das Ziel, Maßnahmen zur Gesundheitsförderung anzuregen, zu koordinieren und zu evaluieren. Ihr steht ein jährliches Budget von knapp 20 Mio. Schweizer Franken für die Arbeit zur Verfügung, das sowohl in Kampagnen und in die Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik als auch in Projekte in drei Schwerpunktprogrammen investiert wird: »Jugendliche und junge Erwachsene«, »Ernährung/Bewegung/Entspannung« sowie »Arbeit und Gesundheit«.

(www.gesundheitsfoerderung.ch)



GERD GLAESKE / PETRA KOLIP

Prof. Dr. Gerd Glaeske und Prof. Dr. Petra Kolip wurden für vier Jahre in den **Wissenschaftlichen Beirat der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)** berufen. Der wissenschaftliche Beirat unterstützt die Arbeit der BZgA durch Beratung zu den wissenschaftlichen Grundlagen und zur Qualitätssicherung in der gesundheitlichen Aufklärung. Insbesondere berät er die BZgA bei der Bewertung wissenschaftlicher Daten, der Entwicklung von Strategien und Konzepten sowie bei der Sicherung von Effektivität und Effizienz der durchgeführten Projekte.

Prof. Dr. Gerd Glaeske, Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik, Parkallee 39, 28209 Bremen, Tel: 0421 / 218-4401, Mail: gglaeske@zes.uni-bremen.de

Prof. Dr. Petra Kolip, Universität Bremen, ZPH, Grazer Str. 2a, 28359 Bremen, Tel: 0421 / 218-9726 oder 0421 / 5959640, Mail: kolip@bips.uni-bremen.de

TAGUNGSBERICHTE

MYTHOS KREBSVORSORGE – MACHT UNS DIE FRÜHERKENNUNG GESÜNDER?

Krebsfrüherkennung gilt als vernünftig und ungefährlich. Schließlich, so die einhellige Botschaft von ÄrztInnen, ist Krebs größtenteils heilbar, wenn er früh genug erkannt wird. Der bekannte Wissenschaftsjournalist und Buchautor Klaus Koch zweifelt dies an: Auf Einladung des Zentrums für Public Health stellte er am 26. November 2003 seine provozierenden Thesen in einem Vortrag zur Diskussion. Die von Ulrike Hauße (Bremische Zentrale für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau, ZGF) moderierte Veranstaltung stieß mit ca. 100 TeilnehmerInnen auf ein großes Interesse in der Bremer Öffentlichkeit.

Klaus Koch kritisierte, dass einerseits die Rolle der Krebsfrüherkennung für die Gesundheit von den ÄrztInnen stark überschätzt wird und andererseits wichtige Informationen über Fehler, Schäden und Probleme der Untersuchungen den PatientInnen verheimlicht werden. Aus seiner Sicht lassen sich drei zentrale Probleme der Früherkennung ausmachen: »Erstens ist der Krebs aus Sicht des Einzelnen selten, zweitens machen alle Tests Fehler und drittens ist jeder Krebs anders«. Kritisch sieht er auch Krebs-Kampagnen: Sie werben zwar für Gesundheit, schüren gleichzeitig aber eine diffuse Angst vor Krebs, die das Vertrauen in die eigene Gesundheit untergräbt. »Ärzte und PatientInnen gehen in der Regel davon aus, dass jeder gefundene Tumor ohne Früherkennung tödlich wäre, mit Früherkennung aber geheilt werden kann: Beides stimmt oft nicht« so Klaus Koch. Seine Alternative: Wer Schaden und Nutzen der Krebsfrüherkennung ehrlich gegeneinander abwägt, kann sich – ohne äußeren Druck – selbst für das entscheiden, was das Beste für die eigene Gesundheit ist. Und das kann unter Umständen auch heißen, nicht zur Krebsvorsorge zu gehen.

Die sich an den Vortrag anschließende lebhafteste Diskussion, an der sich Fachleute und Betroffene gleichermaßen beteiligten, machte das Interesse an einem regelmäßigen Austausch zwischen Wissenschaft und Praxis deutlich. Hervorgehoben wurde daneben der Bedarf an verständlich aufbereiteten wissenschaftlichen Informationen. Das Zentrum für Public Health wird auch zukünftig mit Veranstaltungen diesen Transfer unterstützen und sich mit Vorträgen und Diskussionen in aktuelle Debatten der Gesundheitspolitik einmischen.

*Maike Weerts, Zentrum für Public Health,
Universität Bremen, Grazer Str. 2a, 28359 Bremen,
Tel: 0421 / 218-3059, Mail: mweerts@uni-bremen.de*

SURVEYS IM GESUNDHEITS- WESEN – ENTWICKLUNGEN UND PERSPEKTIVEN IN VERSORGUNGSFORSCHUNG UND POLITIKBERATUNG

Nahezu tagtäglich wird in der Gesundheitspolitik mit der »öffentlichen Meinung« in Form von Ergebnissen qualitativ zweifelhafter Befragungen argumentiert. Vor diesem Hintergrund sollte bei der Tagung am 18. und 19. März 2004 im Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) ein Überblick über die seriösen, bevölkerungsbezogenen Surveys im Bereich der Versorgungsforschung gegeben werden. Veranstalter war die Abteilung »Gesundheitspolitik, Arbeits- und Sozialmedizin« des ZeS, die seit 2001 den Gesundheitsmonitor der Bertelsmannstiftung auswertet.

Am ersten Tag wurden Surveys aus Deutschland und dem Ausland vorgestellt. Klaus Zok vom Wissenschaftlichen Institut der AOK (WiAO) verglich Ergebnisse des WiAO-»GKV-Monitors« mit anderen Repräsentativerhebungen in Deutschland; Prof. Dr. Hanfried H. Andersen von der TU Berlin präsentierte den »VdAK-Versichertenreport« bei dem die Präferenzen und die Akzeptanz der Versicherten gegenüber neuen, integrierten Formen der Versorgung im Mittelpunkt stehen und Dr. Bernard Braun vom ZeS stellte Ergebnisse des Bertelsmann-Gesundheitsmonitors zur Arzt-Patienten-Kommunikation vor.

Am zweiten Tag kamen neben Methoden-aspekten Beiträge aus der Perspektive der Gesundheitspolitik und des Journalismus zur Sprache. Hartmut Reiners, Fachreferent für Gesundheitspolitik im Brandenburger Gesundheitsministerium, beschrieb in seinem Referat die schwierige Aufgabe seines Berufsstandes: Fachreferenten in den politischen Apparaten müssen nicht nur die täglich auf sie einprasselnden Informationen verarbeiten, sie müssen auch immer überlegen, wo sie die politische Klasse jeweils »abholen« müssen. Die Sicht

der Praktiker auf Surveyergebnisse vertrat Prof. Dr. Klaus-Dieter Kossov von der Universität Bremen, Allgemeinmediziner und ehemaliger Vorsitzender des Verbandes der Hausärzte. Er stellte in seinem Vortrag anhand der Ergebnisse des Bertelsmann-Gesundheitsmonitors die Bedeutung der Schnittstelle Hausarzt-Patienten-Beziehung im Versorgungssystem heraus: Patienten sind nur beschränkt urteilsfähig, wenn es um die medizinisch fachliche Qualität ihrer Behandlung geht; umso kompetenter sind sie in der Beurteilung der Qualität kommunikativer Aspekte des Arzt-Patienten-Verhältnisses, hier haben sie ein Kompetenz-Monopol.

Den Abschluss lieferte der freie Journalist Klaus Koch mit einer Medienrecherche zur »Umfrageflut«: Pressemitteilungen zu sogenannten »quick and dirty«-Umfragen tauchen im Schnitt zweimal pro Woche auf, die Rezeption von Ergebnissen großer Bevölkerungssurveys in den Printmedien ist jedoch äußerst selten.

Fazit: Wissenschaftlich solide und aussagefähige Analysen sind möglich, werden aber in Deutschland trotz der nahezu permanenten gesetzlichen Veränderungen zu selten und überwiegend querschnittsorientiert durchgeführt. Ein regelmäßiges Monitoring über die gesundheitspolitischen Einstellungen der Bevölkerung oder die konkreten Versorgungserfahrungen von PatientInnen ist aber praktisch möglich und nützlich. Die Qualitätssicherung von Surveys und die öffentliche Transparenz darüber, was ihre Qualität ausmacht, gehören zwingend zu ihrer Weiterentwicklung.

Die Referate der Tagung sind unter www.zes.uni-bremen.de unter Veranstaltungen/Tagungen als pdf-Datei abrufbar und werden im Herbst 2004 in Buchform veröffentlicht.

*Martin Buitkamp, Universität Bremen,
Zentrum für Sozialpolitik, Parkallee 39, 28209 Bremen,
Mail: m.buitkamp@agis.uni-hannover.de*



PUBLIKATIONEN

KONTROLLIERTES RAUCHEN – TABAKKONSUM ZWISCHEN VERBOT UND VERGNÜGEN

Henner Hess, Birgitta Kolte, Henning
Schmidt-Semisch



Das Buch behandelt zwei Aspekte der gegenwärtigen Diskussion ums Rauchen: Einerseits wird der Tabak immer deutlicher als eine unerwünschte, vor allem aber auch gefährliche und süchtig machende Droge behandelt, die immer restriktiveren Kontrollen unterworfen wird. Andererseits steht »Kontrolliertes Rauchen« für einen kritischen Ansatz in der Tabakforschung, der das vermeintlich immense Suchtpotential des Nikotins skeptisch beurteilt und für ein verhaltenstherapeutisches Konzept zur Ermöglichung des reduzierten Rauchens steht. Die AutorInnen verbinden wissenschaftliche Informationen mit einer streitbaren Position im Kontext der Diskussionen ums Rauchen und geben überdies Ratschläge und Tipps, wie man den Tabakkonsum reduzieren kann, ohne vollständig auf den Genuss des Rauchens verzichten zu müssen.

Lambertus Verlag, Freiburg i.B. 2004

ALT WERDEN IM BETRIEB? BESCHÄFTIGTE IM ÖFFENTLICHEN DIENST ZWISCHEN INTEGRATION UND EXTERNALISIERUNG

Gerd Marstedt, Okka Alberts, Frauke
Koppelin, Rainer Müller, Andreas Wegener

Die erkannten Probleme der Rentenfinanzierung und der zukünftigen Deckung des Arbeitskräftepotentials, die Widersprüche zwischen soziodemographischem Strukturwandel und den praktizierten Strategien zur Verjüngung der Belegschaften sowie die Nutzung des Humankapitals gerade älterer Beschäftigter sind offenbar nur wenig überzeugende Argumente, wenn es vor allem in der Privatwirtschaft um personalpolitische Weichenstellungen und Planungen der Entscheidungsträger geht. Höhere Kosten durch das Senioritätsprinzip der Entlohnung, höhere Krankenstandsquoten, vermeintlich unzureichende Lernfähigkeit und wenig Flexibilität werden immer noch als Gegenargumente für eine langfristige Beschäftigung bis zum normalen Renteneintritt ins Feld geführt.

Im Öffentlichen Dienst sind deutlich mehr Ältere und gesundheitseingeschränkte Erwerbstätige beschäftigt – vorausschauende Personalpolitik oder beruhend auf tradierten, aber effizienz-abträglichen Praktiken? Diese Studie führt über Hintergründe, Maßnahmen und Rahmenbedingungen im Öffentlichen Dienst zu einer Forschungsbilanz.

Wirtschaftsverlag NW, Verlag für neue Wissenschaft
GmbH, Bd. 31 der Schriftenreihe

»Gesundheit – Arbeit – Medizin«, Bremerhaven 2003



IMPRESSUM

Herausgeber: Direktorium des Zentrums für Public Health

Redaktion: Annelie Keil, Heike Mertesacker, Maike Weerts

Kontakt: Maike Weerts, Zentrum für Public Health, Universität Bremen, Fachbereich 11,
Human- und Gesundheitswissenschaften, Grazer Straße 2a, 28359 Bremen

Tel: 0421 / 218-3059, Fax: 0421 / 218-8150, Mail: mweerts@uni-bremen.de, www.public-health.uni-bremen.de

Gestaltung: Patel Grafik Design, Bremen, Druck: Girzig+Gottschalk, Bremen

Bildnachweis: S. 1, 11: Photodisc, S. 2, 8: Krankenhaus-Museum ZKH Bremen-Ost, S. 4: Silke Kirschning, S. 5: Bremer Krebsgesellschaft, S. 10: Pressestelle Universität Bremen, S. 13: Cornelia Heitmann, Heike Pich, S. 14: Maike Weerts

Erscheinungsweise: 2x jährlich, Redaktionsschluss: 15.03.2004

KRANKENVERSICHERUNG ODER GESUNDHEITSVERSORGUNG? GESUNDHEITSSYSTEME IM VERGLEICH

Claus Wendt

Gesundheitssysteme sind einem fortlaufenden Wandel unterworfen. Während bei einer Evaluation des eigenen Systems häufig die Kostenproblematik den Blick auf innovative Reformideen verstellt, kann die vergleichende Beobachtung anderer Länder wichtige Anregungen für Strukturreformen geben.

In diesem Buch werden die Gesundheitssysteme von Deutschland, Österreich, Großbritannien und Dänemark anhand der Dimensionen »Deckungsgrad«, »Finanzierung«, »Ausgaben«, »Leistungen« und »Organisation und Steuerung der Gesundheitsversorgung« verglichen.

Ein Ergebnis der Analyse ist, dass nicht Leistungsausgrenzungen oder Kostenbeteiligungen zu einer wirksamen Kostenkontrolle beitragen, sondern ein hoher Kooperationsgrad zwischen den Leistungserbringern sowie eine Steuerung der Gesundheitsversorgung mit Hilfe des Hausarztprinzips.

Darüber hinaus wird argumentiert, dass hohe Vertrauens- bzw. Zufriedenheitswerte im Bereich der Gesundheitsversorgung nicht primär mit überdurchschnittlichen Gesundheitsausgaben, einer hohen Leistungsdichte oder besonders liberalen Wahloptionen zusammen hängen, sondern vielmehr mit der Stärkung von Informationssystemen, der dadurch gewährleisteten Transparenz des Leistungsangebots und umfassenden Partizipationschancen für Patientinnen und Patienten.

Westdeutscher Verlag, Wiesbaden 2003

VERANSTALTUNGEN

KOPFPAUSCHALEN ODER BÜRGER-VERSICHERUNG? WEICHENSTELLUNG FÜR EINE ZUKÜNFTIGE FINANZIERUNG DER GKV

ExpertInnen aus Sozial- und Gesundheitspolitik nehmen im **Gesundheitspolitischen Kolloquium** im Sommersemester 2004 Stellung zu der Frage, wie die gesetzliche Krankenversicherung zukünftig zu finanzieren ist.

Den Auftakt der Reihe macht Prof. Dr. Dr. Bert Rürup am 28.4.04, es folgen Prof. Dr. Jürgen Wasem (26.05.04), Annette Widmann-Mauz (02.06.2004), Dr. Herbert Rebscher (23.06.2004), Prof. Dr. Eberhard Wille (30.06.2004) sowie Prof. Dr. Dr. Karl Lauterbach am 07.07.2004.

PUBLIKATION

GESUNDHEIT BEWEGT – WIE AUS EINEM KRANKHEITSWESEN EIN GESUNDHEITSWESEN ENTSTEHEN KANN



Eberhard Göpel (Hrsg.)

In diesem Buch entwickeln namhafte AutorInnen der Gesundheitsbewegung alternative Vorstellungen für eine nachhaltige Gesundheitsgesellschaft nach menschlichem Maß, wie sie in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung der WHO ihren programmatischen Ausdruck gefunden hat.

Gewidmet ist das Buch im Namen der GesundheitsAkademie Prof. Dr. Annelie Keil, einer Hochschullehrerin, deren Vorstellungen von einer solidarisch-verantwortlichen, kreativen und spirituell sensiblen Gesundheitsgesellschaft nicht nur an Hochschulen Verbreitung finden sollten.

Mabuse Verlag, Frankfurt/Main 2004

Die gemeinsam vom Zentrum für Public Health, dem FB 11 »Human- und Gesundheitswissenschaften« sowie dem Zentrum für Sozialpolitik organisierte Veranstaltung wird moderiert von Prof. Dr. Gerd Glaeske. Die Veranstaltung findet statt im: Zentrum für Sozialpolitik (ZeS), Parkallee 39, 28209 Bremen, Raum 1070 im Erdgeschoss; jeweils am Mittwoch um 20.00 Uhr; eine Anmeldung ist nicht erforderlich.

Weitere Informationen: Maïke Weerts,
Zentrum für Public Health, Grazer Str. 2a, 28359 Bremen,
Tel: 0421 / 218-3059, Mail: mweerts@uni-bremen.de

9. SUMMER SCHOOL OF PUBLIC HEALTH VOM 09. – 16.09.2004

Die neunte Summer School of Public Health steht unter dem Motto »Wandel der Patientenrolle im Gesundheitswesen« und findet vom 09. – 16.09.2004 in Delmenhorst statt. Sie wird vom Zentrum für Public Health der Universität Bremen (ZPH) und der Stadt Delmenhorst veranstaltet. Mittlerweile ist diese Fachtagung zu einem festen Bestandteil eines regionalen gesundheitspolitischen Diskurses zwischen Wissenschaft und Praxis geworden.

Folgende Fragestellungen sollen in diesem Jahr thematisiert werden: »Wie können Patientenrechte weiterentwickelt und gestärkt werden und welche Wirkung hat das auf das Gesundheitssystem?«; »Wie sieht die aktuelle Gesetzeslage aus?«; »Gibt es Auswirkungen auf die Arzt-Patienten-Beziehung?«

Weitere Informationen:
PD Dr. Uwe Helmert, Hildegard Jansen-Bitter,
Tel. 0421 / 218-4378/-4400, Fax 0421 / 218-7540,
Mail: suschool@uni-bremen.de,
www.summerschool-del.uni-bremen.de

BREMER GESUNDHEITSDIALOG STARTET

In diesem Frühjahr startet der BREMER GESUNDHEITSDIALOG, eine neue gemeinsame Veranstaltungsreihe des Senators für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales, der Ärztekammer Bremen und des Zentrums für Public Health. Regelmäßig (etwa 1x pro Monat) mittwochs von 19.30-21.00 Uhr sind alle interessierten Frauen und Männer, BürgerInnen und ExpertInnen ins Gästehaus der Universität Bremen (Teerhof) zum

Dialog über Gesundheitsthemen eingeladen.

Der BREMER GESUNDHEITSDIALOG möchte Bürgerinnen und Bürger bei ihrer Suche nach Rat und Information unterstützen und ein Forum bieten, auf dem sie sich mit ausgewiesenen Expertinnen und Experten austauschen können. Im ersten Jahr beginnt die Veranstaltungsreihe mit Frauengesundheitsthemen, u.a. zu folgenden Fragen: »Wechseljahre ohne Hormontherapie – sind Phytoöstrogene eine Alternative?« am 28.4.2004; »Depressionen – eine typische Frauenkrankheit?« am 26.05.04, »Brustkrebsfrüherkennung – will ich, soll ich, muss ich hingehen?« am 23.06.04 und »Jung und schön – die Medizin macht's möglich? Pro und contra Schönheitsoperationen« am 25.08.04.

Die Veranstaltung ist offen für andere Schwerpunkte und für Interessen und Vorschläge der TeilnehmerInnen oder auch von Organisationen wie z.B. Selbsthilfegruppen. Ein Programm-Flyer ist bei den Veranstalterinnen erhältlich. Wer über die Veranstaltungen des BREMER GESUNDHEITSDIALOGS per Mail informiert werden möchte, schicke bitte eine Nachricht an: dialog@gesundheit.bremen.de. Vorschläge für Themen werden persönlich bei den Veranstaltungen, per Mail oder telefonisch entgegen genommen.

Dr. Ingeborg Jahn, Bremer Institut für Prävention, Sozialmedizin und Epidemiologie, Universität Bremen, Linzer Str. 8-10, 28359 Bremen, Tel: 0421 / 5959-652, Mail: jahn@bips.uni-bremen.de

4. BREMER ERNÄHRUNGS-MEDIZINISCHES FORUM

Zeitbombe Adipositas – Aktuelles aus Wissenschaft und Beratungspraxis

Am 15. September 2004 findet von 15.00 – 18.30 Uhr das 4. Bremer Ernährungsmedizinische Forum statt. Veranstalter: BIPS, Ärztekammer Bremen und das Zentrum für Public Health. Diskutiert werden aktuelle Fragestellungen wie: »Macht Fett wirklich fett?«, »Was ist aus Sicht der Epidemiologie gesichert?« sowie Strategien zur Prävention und Therapie der Adipositas; außerdem werden Programme aus der Praxis vorgestellt. Moderation: Prof. Dr. med. Gerald Klose, Klinikum Links der Weser, Bremen.

Programm und Anmeldung: Friederike Backhaus
Tel: 0421 / 3404-261, Mail: fb@aekeh.de
Weitere Informationen: Helga Strube, Tel: 0421 / 5959637,
Mail: strube@bips.uni-bremen.de