



ipp info

Institut für Public Health
und Pflegeforschung
Universität Bremen
Fachbereich 11

01

IM FOKUS Pflege

INHALT

- Zur Gründung des IPP | Seite 2 – 3
- Schwerpunktthema Pflege | Seite 4 – 9
- Magisterarbeiten | Seite 10
- Projekte am IPP | Seite 11 – 12
- Aktuelles | Seite 13
- Personalien | Seite 14
- Publikationen | Seite 15
- Veranstaltungen | Seite 16

Gesundheits- und pflegewissenschaftliche Kompetenzen werden neu gebündelt!

Sie halten das erste IPP-Info in den Händen, und vielleicht haben Sie die Namensänderung gar nicht bemerkt: Institut für Public Health und Pflegeforschung – IPP. Als Ergebnis eines längeren Umstrukturierungsprozesses, der zur Schließung des Zentrums für Public Health (ZPH) führte, haben wir ein neues Institut gegründet, das die gesundheits- und pflegewissenschaftlichen Kompetenzen am Fachbereich 11 neu bündelt.

Das ZPH wurde 1998 als »Dach-Institut« gegründet, unter dem sich Institute mit gesundheitsrelevanten Arbeitsschwerpunkten des Fachbereichs 11 versammelten. Die Erwartungen waren hoch gesteckt: Es sollte nicht nur zu gemeinsamen Forschungsprojekten kommen, das ZPH sollte auch als eine Vermittlungsstelle zwischen Wissenschaft, Praxis und Politik etabliert werden. Letzteres hat gut geklappt: Das ZPH hat sich mit Tagungen, Kolloquien und anderen Veranstaltungen in die gesundheitspolitische Diskussion eingemischt und sich weit über die Grenzen Bremens hinaus einen Namen gemacht. Gemeinsame Forschungsprojekte, die letztlich ein Maßstab für das Funktionieren eines Universitätsinstituts sind, ließen sich aber aufgrund der Logik der Forschungsförderung nur schwer entwickeln. Wir haben deshalb nach einer Konstruktion gesucht, die einerseits die Rolle als Kontakt- und Vermittlungsstelle für gesundheits- und pflegewissenschaftliche Themen in der Region stärkt, andererseits aber auch die Entwicklung gemeinsamer Forschungsprojekte möglich macht. Mit dem IPP haben wir eine solche Konstruktion gefunden: Das IPP ist ein eigenständiges Institut mit vier Abteilungen, das mit universitären und außeruniversitären Partnern eng kooperieren will. Die Arbeitsschwerpunkte, die wir in diesem und den folgenden Heften ausführlicher vorstellen, liegen in der (Arzneimittel-) Versorgungs- und Präventionsforschung sowie in der Alterns- und Pflege- bzw. Qualifikations- und Curriculumforschung.

Das Institut wird sich – so hoffen wir – als eine wichtige Anlaufstelle in der gesundheits- und pflegewissenschaftlichen Landschaft im Land Bremen etablieren. Erste gemeinsame Projekte wurden bewilligt. Das IPP ist schon in Schwung gekommen – wir freuen uns auf die kommenden Diskussionen und Kooperationen!

Prof. Dr. Petra Kolip, Universität Bremen, IPP Bremen, Abteilung Prävention und Gesundheitsförderung,

Telefon: 0421 218-9726, Mail: kolip@uni-bremen.de

Pflege – ein Zukunftsthema

Die bedürfnisgerechte Pflege und die bedarfsgerechte pflegerische Versorgung – insbesondere von älteren Menschen – ist eine zentrale Herausforderung unserer Gesellschaft. Die Abteilungen Interdisziplinäre Alterns- und Pflegeforschung (Leitung Prof. Dr. Stefan Görres) und Qualifikations- und Curriculumforschung (Leitung Prof. Dr. Ingrid Darmann) wollen diese Zukunftsaufgabe im Verbund mit den anderen Abteilungen des Instituts für Public Health und Pflegeforschung (IPP) und externen Kooperationspartnern über problemloseorientierte, angewandte Forschung und den zielgerichteten Transfer der Ergebnisse entscheidend mitgestalten.

Die im Themenheft »Pflege« dargestellten Beiträge und Projektbeschreibungen zeigen die Vielfalt und Intensität eines Wissenschafts- und Forschungsschwerpunktes auf, der sich in den letzten Jahren erfolgreich an der Universität Bremen etablieren und im Rahmen einer Reihe von Kooperationen etwa zu Krankenhäusern, ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie Pflegeschulen eine hohe Transferleistung in der Region Bremen, aber auch bundesweit erbringen konnte: ►

ZUR GRÜNDUNG DES IPP

Fortsetzung von Seite 1

So etwa im Rahmen des Runden Tisches Pflege, der gemeinsam vom Gesundheits- und Familienministerium eingerichtet wurde, oder in beratender Weise gegenüber Bundes- und Landespolitik sowie in langjähriger Zusammenarbeit mit der Robert Bosch Stiftung.

Inzwischen haben Politik, Verbände, Kommunen und andere gesellschaftlich wichtige Institutionen erkannt, dass in das Thema Pflege sowohl die Forschung als auch die Ausbildung und Praxis betreffend deutlich mehr investiert werden muss, um den demografischen Herausforderungen der nächsten Jahre begegnen und zu einer Optimierung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgungsqualität beitragen zu können. In Sachen Pflegewissenschaft und -forschung ist Bremen neben anderen Standorten in der Bundesrepublik hier seit Jahren in einer Vorreiterrolle. Es ist zu wünschen, dass dies trotz angespannter Haushalte so bleibt. Denn: Das Thema Pflege ist nicht nur eine Frage des »Geldes«, sondern vielmehr eine Frage der Kultur einer Gesellschaft und die Investitionen in Pflege eine Antwort auf die Frage, was Menschen und deren Pflege unserer Gesellschaft wert sind.

Prof. Dr. Stefan Görres, Universität Bremen, IPP Bremen,
Abteilung Interdisziplinäre Alterns- und
Pflegeforschung (iap), Telefon: 0421 218-7443,
Mail: sgoerres@uni-bremen.de

Auf zu neuen Ufern!

Die Public Health-Landschaft hat sich bundesweit in den vergangenen Jahren gravierend verändert: Nach Auslaufen der sechsjährigen Förderung durch das Bundesgesundheits- und das Bundesforschungsministerium ist es nur wenigen Public Health-Standorten gelungen, sich dauerhaft mit einem breiten Forschungsprofil zu etablieren, das Lehrangebot ist breiter geworden und hat Konkurrenz durch Angebote an Fachhochschulen bekommen. Auch in Bremen gab es schwierige Diskussionen, wie es mit dem mit viel Hoffnung und Engagement, mit persönlichem Einsatz und institutioneller Unterstützung gegründeten Zentrum für Public Health (ZPH) im Fachbereich 11 weitergehen sollte. Im Jahr 2003 war absehbar, dass dem ZPH in der ursprünglichen Form weder von der Universität noch von der Wissenschaftsbehörde Chancen für die Zukunft eingeräumt wurden.

Ein Blick zurück

Die Skepsis bezog sich weniger auf die Inhalte als auf die Struktur des ZPH, die eine institutsübergreifende Kooperation erschwerte. Zur Erinnerung: Das ZPH war als Dachinstitut für unterschiedliche Institute des Fachbereichs gegründet worden. In den vergangenen Jahren hatten sich starke Forschungsgruppen entwickelt: Projekte zur Prävention, zur Gesundheit von Männern und Frauen, zur Versorgungsforschung, zu pflegewissenschaftlichen Themen und zur Evaluation der medizinischen Versorgung auf der Basis von Krankenkassendaten hatten sich in Bremen gut entwickelt

und damit z.B. gegenüber Public-Health-Standorten wie Ulm oder Berlin ein gutes Fundament geschaffen. Das Bremer Zentrum für Public Health hatte sich zudem durch Veranstaltungen und Forschungskolloquien, durch Publikationen und Beratungen in der Politik und in den Krankenkassen, durch die überlegte Wahl von Schwerpunktthemen wie »sozialschichtbedingte Unterschiede der medizinischen Versorgung« oder »Gesetzesfolgenforschung« einen guten Ruf und ein hohes Renommee erworben – das alle sechs Monate erscheinende ZPH-Info hat inzwischen weit über Bremen hinaus Bedeutung bekommen. Das Problem in Bremen war daher weniger in den externen Rahmenbedingungen zu sehen als vielmehr in der internen Struktur, die immer wieder zu Loyalitäts- und Identifikationsproblemen führte. Viele der beteiligten Personen waren sowohl in ihrem eigenen Institut wie im ZPH engagiert. Das eigene Institut blieb in der Drittmittelakquisition im Mittelpunkt, gemeinsame Projekte entstanden kaum, wie auch wenig Interesse am Aufbau einer gemeinsamen Infrastruktur bestand. Diese wäre aber erforderlich gewesen, um eine arbeitsfähige Zentrumsstruktur auch für die Drittmittelakquisition aufzubauen.

Neukonzeption als Weiterentwicklung

Seit Bestehen des ZPHs konnte daher das eigentlich vorhandene Potenzial des Zentrums vor allem aufgrund der Doppelmitgliedschaft vieler seiner »tragenden« Mitglieder nur in Ansätzen genutzt werden.

AUFBAU DES IPP-BREMEN INSTITUT FÜR PUBLIC HEALTH UND PFLEGEFORSCHUNG



Den meisten Beteiligten war es jedoch ein primäres Anliegen, das Fach Public Health auch im Rahmen von Forschung und Lehre weiter auszubauen und sich im Fachbereich 11 »Human- und Gesundheitswissenschaften« für eine »Forschungsheimat« einzusetzen. Daher wurde mit Unterstützung des Dekanats des Fachbereiches und des Rektorats der Universität Bremen ein Vorschlag für die Neukonzeption eines Instituts erarbeitet, in dem neben dem Schwerpunkt Public Health auch die Pflegewissenschaften vertreten sind, um auch weiterhin eine eigenständige Forschungsarbeit mit klar erkennbarem Profil vorantreiben zu können. Das Ziel war, die gesundheits- und pflegewissenschaftliche Forschung neu zu bündeln und in Bremen noch stärker zu profilieren, auch im Vergleich zu ähnlichen Einrichtungen an anderen Universitäten und Fachhochschulen. Daraus entstand schließlich die Konzeption des »Instituts für Public Health und Pflegeforschung (IPP)«, das nur noch von solchen Mitgliedern getragen wird, die eindeutig diesem neuen Institut zugeordnet sind, ohne in andere Institute eingebunden zu sein. Die akquirierten Projektmittel werden nun auch zu einem gewissen Teil für den Aufbau der Infrastruktur des neuen Institutes genutzt. Darüber hinaus sollen aber die schon bisher bestehenden Kooperationen mit den Personen und Instituten im Rahmen eines »Public-Health-Forums« bestehen bleiben, die auch bisher die ZPH-Aktivitäten mitgetragen haben.

Das IPP ist in der Zwischenzeit als wissenschaftliche Einrichtung am 15.12.2004 durch den einstimmigen Beschluss des akademischen Senats gegründet worden, eine unterstützende Finanzierung durch ISP-Folgemittel ist zunächst für drei Jahre sichergestellt.

Und die Schwerpunkte der Arbeit?

Das Forschungsprofil des IPP ist orientiert an den Problemen in unserem Gesundheitssystem, in dem Defizite der Qualität und Effizienz im Rahmen von Unter-, Über- und Fehlversorgung unübersehbar sind. Diese Probleme belasten vor allem die Patientinnen und Patienten, fehlleitende Anreize und Informationen betreffen aber auch Ärztinnen und Ärzte oder Institutionen in unserem Gesundheitswesen. Die im ZPH bereits begonnene und verstärkt weitergeführte Versorgungsforschung soll die Lücke in der Evidenz zwischen der efficacy und der effectiveness – also zwischen Wirksamkeit der Maßnahme und dem Nutzen für die Patientinnen und Patienten – schließen. Neben der Versorgungsforschung haben Prävention und Gesundheitsförderung, Altern und Pflege sowie Curriculumforschung ihren gleichrangigen Platz. Auch diese Schwerpunkte werden mit dem Blickwinkel auf den Patientennutzen bearbeitet werden. Die Mitgliedschaften einzelner Mitglieder des IPP in

wissenschaftlichen Beiräten und Kommissionen (z.B. im Wissenschaftlichen Beirat der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA], im Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen [SVR]) und am Runden Tisch Pflege der beiden Ministerien BMGS und BMFSFJ bilden wichtige Möglichkeiten, das Bremer Profil auch im gesundheitswissenschaftlichen und -politischen Umfeld noch bekannter zu machen und zu verankern. Die Themen des IPP sollen auch zu einer besseren regionalen Verankerung mit den entsprechenden Bremer Institutionen führen (z.B. Senatorische Behörden, Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen, Kammern der Ärzte und Apotheker, Patientstellen usw.).

Und die Struktur des IPP?

Das IPP gliedert sich in zwei Bereiche, die wiederum aus jeweils zwei Abteilungen bestehen, denen sich die Mitglieder zuordnen und die das Forschungsprofil des IPP ausmachen (siehe auch das Organigramm): Zum einen in den Bereich Gesundheitsforschung mit den Abteilungen Versorgungsforschung und Arzneimittelanwendungsforschung (Prof. Dr. Gerd Glaeske) sowie Prävention und Gesundheitsförderung (Prof. Dr. Petra Kolip). Zum anderen in den Bereich Pflegeforschung mit den Abteilungen interdisziplinäre Alters- und Pflegeforschung (Prof. Dr. Stefan Görres) sowie Qualifikations- und Curriculumforschung (Prof. Dr. Ingrid Darmann). Über die Arbeitsschwerpunkte der Abteilungen werden wir in dieser und den nächsten Ausgaben des IPP-Infos ausführlich berichten.

Die Abteilungen werden zukünftig durch weitere Professuren verstärkt: Prävention und Gesundheitsförderung (Ruf wurde erteilt), Gesundheitsökonomie sowie klinische Pflegeforschung (beide im Berufungsverfahren). Die Abteilungen werden durch übergreifende Funktionsbereiche ergänzt (»Querschnittsbereiche«). Hierzu gehören Gender Mainstreaming sowie Qualitätssicherung, Methodenberatung und Gesundheitsökonomie. Das IPP versteht sich auch als Kontaktstelle zur Praxis – ablesbar ist dies z. B. daran, dass das IPP die Geschäftsführung des Forum Frauengesundheit übernommen hat, ein Zusammenschluss zahlreicher Einrichtungen, die sich mit Fragen der Frauengesundheit befassen.

Beschlussfassendes Organ des IPP ist der Institutsrat, die Führung der laufenden Geschäfte wird von einem Direktorium übernommen, in das Frau Prof. Kolip als geschäftsführende Direktorin und die Professoren Glaeske und Görres als weitere Direktoren gewählt wurden. Das IPP (Direktorium, Institutsrat und Abteilungen) wird unterstützt durch eine Geschäftsstelle (Wiss. Geschäftsführung: Heike

Mertesacker, Sekretariat/Verwaltung: Anke Stück). Diese übernehmen die Administration einschließlich der Öffentlichkeitsarbeit, pflegen das Kommunikationsnetz und wirken beim Transfer von Forschung und Lehre in den pflege- und gesundheitswissenschaftlichen Studiengängen und Praxis mit. Zur Förderung der Kooperation mit Instituten und Einrichtungen innerhalb und außerhalb der Universität werden die bewährten Instrumente (Tagungen, Gesundheitspolitisches Kolloquium, Forschungskolloquium, Vortragsreihen, IPP-Info, Webseite, Flyer etc.) weiter gepflegt und dauerhaft im IPP verankert. Ein Wissenschaftlicher Beirat wird einmal im Jahr die Aktivitäten des IPP begutachten und Anregungen für neue Forschungsaktivitäten geben.

Alle Mitglieder des IPP sind auch für die Lehre und die Entwicklung der gesundheits- und pflegewissenschaftlichen Studiengänge verantwortlich. Nach der Etablierung der beiden Bachelor-Studiengänge in den Gesundheits- und Pflegewissenschaften wird das IPP die Federführung in der Entwicklung der darauf aufbauenden Masterstudiengänge übernehmen. Das IPP (bzw. ZPH) hat neben anderen Projekten bereits erfolgreich ein Graduiertenkolleg bei der Hans-Böckler-Stiftung akquirieren können, die Auswahl von acht Stipendiaten und Stipendiatinnen läuft derzeit.

Der Blick nach vorn

Das IPP wäre ohne die vorangegangene Zeit des ZPH nicht denkbar, seine Gründung bedeutete Anpassung und Weiterentwicklung einer vorhandenen Struktur von Kooperation und Kommunikation, die für Public Health und Pflegeforschung Erfolg verspricht. Insofern steht das IPP wie auch früher das ZPH für die Stärkung der Forschungs-, Lehr- und Kommunikationsaktivitäten in den Gesundheitswissenschaften, als patientenorientierte »Gegenöffentlichkeit« zum üblichen anbieterdominierten »Gesundheitsbetrieb« – dieses Mal aber in einer Konzeption, mit der hoffentlich eine solche Strategie erfolgreicher verfolgt werden kann. Auf zu neuen Ufern – an diesem Ziel will sich das IPP in Zukunft messen lassen!

Prof. Dr. Gerd Glaeske, Universität Bremen, IPP Bremen, Abteilung Versorgungsforschung und Arzneimittel-anwendungsforschung, Telefon: 0421 218-4401, Mail: gglaeske@zes.uni-bremen.de;

Prof. Dr. Petra Kolip, Universität Bremen, IPP Bremen, Abteilung Prävention und Gesundheitsförderung, Telefon: 0421 218-9726, Mail: kolip@uni-bremen.de

SCHWERPUNKTTHEMA PFLEGE

Bundesweite Erhebung der Ausbildungsstrukturen an Altenpflegeschulen (BEA)

Die Ausbildung zur Altenpflegerin / zum Altenpfleger erfolgte bis zum 1. August 2003 in allen 16 Bundesländern unterschiedlich, da jedes Land sie in einem eigenen Ausbildungsgesetz (Hamburg sogar 2) regelte. Nachdem die Gesetzgebungskompetenz für diese Ausbildung dem Bund zugesprochen wurde, ist am 1. August 2003 das bundeseinheitliche Gesetz in Kraft getreten. Zur Unterstützung dieser Entscheidung hat das Institut für angewandte Pflegeforschung der Universität Bremen mit einem Gutachten für das Bundesverfassungsgericht erheblich beigetragen. Dieses Altenpflegegesetz (AltPflG) und die neue Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers (AltPflAPrV) regeln seither erstmalig eine bundeseinheitliche Altenpflegeausbildung. Mittel- bis langfristig kann so die Attraktivität des Altenpflegeberufs und die Qualität der Pflegepraxis nachhaltig auf ein hohes Niveau angehoben werden, um dadurch die Versorgungsqualität unter pflegfachlichen Gesichtspunkten dauerhaft zu sichern.

Zur Nutzung der durch die neue Gesetzeslage gebotenen Chance ist es erforderlich, deren Umsetzung in die Praxis der Altenpflegeausbildung zu verfolgen. Darüber hinaus wird seit vielen Jahren beklagt, dass eine systematische und umfassende Bestandsaufnahme für die Ausbildungsstätten der Altenpflegeausbildung in der Bundesrepublik Deutschland fehlt. Es ist im Interesse von Bund, Ländern, Altenpflegeschulen und Praxislernorten, wenn – hinsichtlich der Strukturen der Altenpflegeschulen – verlässliche, bundesweite Daten zur Verfügung stehen. Im Jahr 2004 hat das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), in dessen Zuständigkeit die Altenpflege fällt, dem Institut für angewandte Pflegeforschung (iap) der Universität Bremen den Auftrag erteilt, den Stand der Umsetzung der neuen Gesetzeslage systematisch zu erfassen. Im Juli 2004 startete das Projekt »Bundesweite Erhebung der Ausbildungsstrukturen an Altenpflegeschulen« (BEA). Mit dieser Studie soll die Lücke im Sinne einer »Altenpflegeausbildungsberichterstattung« geschlossen werden. Sie liefert erstmalig beschreibende Informationen zu den für die Qualität der Altenpflegeausbildung relevanten Strukturmerkmalen und verfolgt darüber

hinaus das Ziel, den Stand der Umsetzung des neuen Altenpflegegesetzes und der neuen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung in den Altenpflegeschulen zu ermitteln. Die Ergebnisse sind auf allen für die Altenpflegeausbildung relevanten Ebenen nutzbar:

Bund:

Die Untersuchung liefert den Verantwortlichen des Bundes zum einen wichtige Informationen zu den bestehenden Ausbildungsstrukturen sowie zum gegenwärtigen Stand der Umsetzung der neuen Qualitätsstandards und zum anderen zu Entwicklungen und ggf. zukünftigen Handlungsbedarf in der Altenpflegeausbildung. Die Daten bilden eine wesentliche Basis, um über das einheitliche Ausbildungsniveau eine bundesweit gleiche Versorgungsqualität zu erreichen und damit der Verantwortung für die Leistungsempfänger gerecht zu werden.

Länder:

Eine bundeslandbezogene Auswertung der Daten kann den verantwortlichen Ministerien der Bundesländer dazu dienen, Strukturdaten zu den Ausbildungsstätten und Praxislernorten zu erhalten sowie den Grad der Umsetzung der neuen Gesetzgebung in ihrem Bundesland zu erkennen. Die Daten bilden eine Entscheidungsgrundlage, um die bisherigen Strukturen, Finanzierung und die Länderregelungen zur Altenpflegeausbildung gezielt an das bundeseinheitliche Gesetz anzupassen. Sie bilden darüber hinaus die Grundlage, um in den Altenpflegeschulen und Praxislernorten die notwendigen strukturellen Rahmenbedingungen zu schaffen, die sie zur Umsetzung der neuen Altenpflegeausbildung benötigen.

Altenpflegeschulen / Praxislernorte:

Die Neuerungen der Gesetzeslage erzeugen auf der Ebene der Altenpflegeschulen und Praxislernorte einen hohen Anspruch an Neugestaltung. Besonders in Bezug auf die Verantwortung der Altenpflegeschulen für die Ausbildung, die Finanzierung der Ausbildungsvergütung, die Umsetzung der Lernfeldorientierung und den fächerintegrativen Unterricht sowie die Gestaltung der Schule-Praxis-Kooperation entstehen bundesweit ähnliche Notwendigkeiten nach Neuorientierung. Auch hier können bundesweit erhobene Daten dazu beitragen, Synergien zu nutzen und sich an »Best-Practice-Beispielen« zu orientieren. Nicht zuletzt können mittels dieser Daten strukturell bedingte Schwierigkeiten aufgezeigt und auf deren Lösung hingewirkt werden.

In vielerlei Hinsicht stellt die Studie Pionierarbeit dar: Sie kann der Auftakt einer kontinuierlichen Dokumentation der Altenpflegeausbildung sein. Die Erhebung ist zudem eine wesentliche Voraussetzung für eine moderne Altenpflegeausbildungspolitik und knüpft unmittelbar an die Reformbemühungen an, die sich in der neuen Gesetzeslage der Altenpflegeausbildung ausdrücken. Verbunden damit ist schließlich ein quantitativer und qualitativer Sprung in Richtung einer zukünftigen Verbesserung der Altenpflegeausbildungsqualität und -attraktivität.

Im Erhebungszeitraum 16.10.04 – 01.03.05 sind von den 613 verschickten Schulfragebögen 303 zurückgesandt worden, was einer Rücklaufquote von rund 50% entspricht. Die erste Vorstellung von Ergebnissen erfolgte im Juni im Sozial- und Gesundheitsministerium Schleswig-Holstein vor den Mitgliedern einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe zum Thema.

Literatur bei den Verfassern.

Prof. Dr. Stefan Görres, Universität Bremen, IPP Bremen, Abteilung Interdisziplinäre Alters- und Pflegeforschung (iap), Telefon: 0421 218-7443, Mail: sgoerres@uni-bremen.de;
Rosl Panter, Universität Bremen, IPP Bremen, Abteilung Interdisziplinäre Alters- und Pflegeforschung, Telefon: 0421 218-9056, Mail: panter@uni-bremen.de

Wirkhintergründe des Problemorientierten Lehrens und Lernens (POL)

Das problemorientierte Lehren und Lernen ist eine Lehr-/Lernform, mit der sich Lernende in Kleingruppen anhand von Fällen, die komplexe (berufliche) Problemsituationen beinhalten, und einer vorgegebenen methodischen Struktur selbst gesteuert die zum Verständnis oder zur Lösung des Falls notwendigen Wissensbestände und Fähigkeiten aneignen. Problemorientiertes Lernen findet in drei Phasen statt: In der ersten Phase wird der Fall in der Kleingruppe auf der Basis des Vorwissens der Teilnehmer analysiert und es werden Lernziele aufgestellt, in der zweiten Phase recherchieren die Teilnehmer in Einzelarbeit nach Wissensbeständen zur Beantwortung der Lernziele und in der dritten Phase, die wieder in der Kleingruppe stattfindet, wird das gefundene Wissen zu den Lernzielen zusammengetragen, auf den Fall angewendet und so ein erweitertes Problemverständnis erreicht. Das problemorientierte Lernen stand im Mittelpunkt des Projekts »Neue Lehr-/Lernformen in der Fachweiterbildung (FWB) Anästhesie- und Intensivpflege«, das am Bildungszentrum des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf durchgeführt und von der Universität Bremen (Prof. Dr. Ingrid Darmann) evaluiert wurde. Das Hauptaugenmerk der Evaluation lag auf der Ermittlung von Ansatzpunkten zur Verbesserung der Qualität des Lehr-/Lernarrangements. Ein weiterer Schwerpunkt bestand in der Untersuchung der Wirkhintergründe des problemorientierten Lernens mit Methoden der interpretativen Unterrichtsforschung. Kenntnisse um die Wirkhintergründe sind u. a. deswegen von Bedeutung, weil die Überlegenheit des POL gegenüber anderen Lehr-/Lernformen anhand von feldexperimentellen Evaluationsstudien im Kontext der Medizinerausbildung bislang noch nicht

überzeugend nachgewiesen werden konnte. Dies gilt insbesondere für die Zielvariable des Wissenserwerbs. Gemessen wurden die darauf bezogenen Wirkungen i. d. R. anhand des Abschneidens bei Abschluss-examina. POL-Studierende hatten dabei meistens schlechtere Ergebnisse als konventionell ausgebildete Studierende. Warum das so ist, darüber können die hypothesentestenden Wirksamkeitsstudien aber keine Aussage machen. Um die Wirkhintergründe zu ermitteln, bedarf es qualitativer Studiendesigns. In dem o. g. Projekt wurden die Wirkhintergründe des POL anhand von qualitativen Interviews mit den Teilnehmern von insgesamt drei Fachweiterbildungskursen und anhand einer Analyse der sich während der POL-Sitzungen ereignenden Interaktionen der Teilnehmer untersucht. Letztere wurden auf Tonband aufgenommen und transkribiert.

Als ein Ergebnis der Interaktionsanalysen konnten zwei Typen der Gruppeninteraktion in den POL-Sitzungen identifiziert werden, nämlich reflexionsorientierte und aufgabenorientierte Gruppeninteraktionen. **Reflexionsorientierte Gruppeninteraktionen** sind dadurch gekennzeichnet, dass in den Sitzungen kontrovers diskutiert wird. Die Teilnehmer bringen die eigene Position ein, lernen unterschiedliche Sichtweisen kennen, hinterfragen die Positionen der anderen und gelangen dadurch zu neuen Erkenntnissen. In der ersten Sitzung artikulieren die Teilnehmer ihr Vorwissen, stellen Hypothesen auf, entwickeln Argumente, mit denen sie diese verifizieren oder falsifizieren können und identifizieren selbst Wissenslücken. In der zweiten Sitzung wird recherchiertes Wissen referiert, von den anderen Teilnehmern ergänzt, vertieft, mit

widersprüchlichen Ergebnissen konfrontiert und mit eigenen Praxiserfahrungen in Verbindung gebracht.

In der **aufgabenorientierten Gruppeninteraktion** arbeiten die Lernenden die vorgegebenen Schritte ab, ohne sich wirklich mit dem Fall und ihrem Wissen auseinander zu setzen. Eine Auseinandersetzung wird zwar durch Impulse der Moderatoren/Tutoren angeregt, sie erfolgt dann aber eher reaktiv, es fehlt der eigenständige Konstruktionsprozess. In der ersten Sitzung nennen die Teilnehmer Punkte zu den jeweiligen POL-Schritten und bemühen sich nicht, die Zusammenhänge zu durchdenken. In der zweiten Sitzung sind die Teilnehmer häufig schlecht vorbereitet, haben in der Regel zwar recherchiert, sich das Wissen jedoch nicht angeeignet und lesen es daher vor. Unterschiedliche Ergebnisse werden nicht diskutiert. Nur wenige Teilnehmer beteiligten sich überhaupt am Gespräch.

In den reflexionsorientierten Gruppen erwerben die Teilnehmer zwar aufgrund der zeitaufwändigen Diskussionen und Gruppenprozesse vom Umfang her im Vergleich zum Frontalunterricht weniger Wissen, sie eignen sich aber Einsichten und Fähigkeiten an, die als mindestens ebenso wichtig zu bewerten sind, z. B. die Einsicht in die Perspektivität wissenschaftlichen und individuellen Wissens (durch unterschiedliche Rechercheergebnisse) oder die Fähigkeit zur kritischen Reflexion von häufig routinierter Praxis (durch Verknüpfung der Praxiserfahrungen mit dem recherchierten Wissen). Diese Fähigkeiten sind deswegen so wichtig, weil den Teilnehmern der FWB die Routine- und Regelmäßigkeit ihres alltäglichen Handelns oft nicht bewusst ist und sie im Berufsalltag eher zu Standardlösungen greifen und nicht gezielt nach vielleicht angemesseneren Handlungsalternativen suchen. In den aufgabenorientierten Gruppen erwerben die Teilnehmer wenig Wissen und auch nur in begrenztem Umfang andere Fähigkeiten.

Die Ergebnisse belegen, dass die Stärken des POL weniger im Bereich des Wissenserwerbs liegen, sondern dass damit zumindest bei den Teilnehmern von reflexionsorientierten Kleingruppen vielmehr andere Fähigkeiten angebahnt werden können, wie Reflexions- und Deutungskompetenz, aber auch Selbstlern- und Argumentationskompetenz. Sie ermöglichen weitreichende Schlussfolgerungen für die Curriculumentwicklung, die Zusammensetzung der POL-Gruppen und zukünftige Wirksamkeitsstudien.

Prof. Dr. Ingrid Darmann, Universität Bremen, IPP Bremen, Abteilung Qualifikations- und Curriculumforschung, Telefon: 0421 218-2016, Mail: darmann@uni-bremen.de



Modernisierungsschub in der Pflege – Längst überfällige Reformen in der Ausbildung werden jetzt auf den Weg gebracht

Versorgungs- und bildungspolitische Ausgangssituation

In der Pflege arbeiteten laut statistischem Bundesamt 2003 bundesweit rund eine Million Menschen. Etwa 111.000 Personen befanden sich 2003/2004 in einer der traditionellen Pflegeausbildungen in den Bereichen Kranken-, Kinderkranken- und Altenpflege. Der



jüngste Wandel im Gesundheitswesen hat die Anforderungen an die Pflege stark verändert. Dies betrifft besonders die Handlungs- und Aufgabengebiete der Pflege. Prävention, Gesundheitsförderung, Rehabilitation, Anleitung und Beratung sind Kennzeichen einer durchgreifenden Modernisierung des Berufes und prägend für das zukünftige Anforderungsprofil der Pflegeberufe. Pflege wird sich nicht mehr auf die so genannte »hands on Pflege« reduzieren, sondern sich auch und verstärkt an beratenden, begleitenden, unterstützenden, koordinierenden sowie versorgungssteuernden Aufgaben ausrichten. Zudem hat die zunehmende Professionalisierung und Akademisierung der Pflege dazu geführt, dass Pflegenden eine eigene medizinunabhängige Expertise entwickeln. Hinzu kommt, dass vor allem der Grundsatz »ambulant vor stationär« zu einer sektoralen Verlagerung und weitest gehender Angleichung ehemals getrennter pflegeberuflicher Handlungsfelder führt. Bereits heute arbeiten z.B. im ambulanten und teilstationären

Bereich, der einen enormen Aufschwung erfahren hat, Pflegenden aller drei Pflegeberufe berufs- und altersgruppenübergreifend. Nicht der berufliche Abschluss ist entscheidend, sondern die Lösung zunehmend komplexerer Pflegeprozesse.

Für die längst überfälligen Reformen in der Pflegeausbildung bedeutet dies, auf der Grundlage sich zunehmend überschneidender Handlungsfelder, eine für die drei getrennten Pflegeberufe gemeinsame Entwicklungsperspektive zu fokussieren und ein integriert, integrativ bzw. generalistisch angelegtes, zukunftsweisendes Ausbildungskonzept zu verfolgen und damit die Attraktivität des Pflegeberufes sowohl für die Auszubildenden als auch für potentielle Arbeitgeber durch eine höhere Einsatzflexibilität deutlich zu steigern.

Innovationsschub durch bundesweite Reformmodelle – Modellklauseln in der jüngsten Gesetzgebung machen es möglich

Seit Mitte der 90er Jahre ist der Reformwille der pflegerischen Berufsverbände vor allem in der Pflegeausbildung unübersehbar. Obwohl die Diskussionen der unterschiedlichen Positionen – integriert, integrativ oder generalistisch – um die Frage, ob die Erstausbildung an Fachhochschulen und Universitäten durchgeführt werden soll, noch nicht abgeschlossen sind, besteht bei der Mehrzahl der Pflegeverbände in einer Hinsicht Konsens: Langfristig kann nur eine generalistische Ausbildung nachhaltige Lösungen für die zukünftigen Herausforderungen an die Pflege bieten.

Derzeit sind bundesweit rund 60 Reformmodelle mit durchaus unterschiedlicher Profilbildung dabei, neue Wege der Ausbildung von Pflegeberufen zu gehen. Eine Reihe dieser Modellprojekte wird evaluiert.

Evaluation bundesweiter Reformprojekte – Ausbildungsforschung als ein Schwerpunkt der Abteilung »Interdisziplinäre Alters- und Pflegeforschung« (iap) des Instituts für Public Health und Pflegeforschung (IPP) an der Universität Bremen

Das Ziel der Reformprojekte ist die Umsetzung modellhaft erprobter Erfahrungen in den Regel-

betrieb. Um Aussagen darüber treffen zu können, welche Modelle oder Modellelemente sich bewähren, wird ein Teil der Reformprojekte unter pflegewissenschaftlichen und pädagogischen, curricularen und methodisch-didaktischen, ausbildungsstrukturellen sowie bildungspolitischen Fragestellungen systematisch evaluiert. Einen hohen Anteil hat hier die Abteilung Interdisziplinäre Alters- und Pflegeforschung (iap) des Instituts für Public Health und Pflegeforschung (IPP). Das Erkenntnisinteresse einer systematischen Evaluation fokussiert insbesondere die Frage, welche Maßnahmen für einen Transfer in »die Fläche« bzw. die Übernahme in die Regelausbildung empfohlen werden können. Folgende Modellprojekte werden mit dieser Zielsetzung vom iap evaluiert:

- Integrierte Pflegeausbildung in Bremen (Bereits abgeschlossen: 06/2000 – 11/2003)
- Integrative Pflegeausbildung: Das Stuttgarter Modell (07/2002 – 12/2006)
- Berliner Modell – Generalistische Pflegeausbildung (05/2004 – 12/2008)
- Evaluation des 2. Modellkurses: Integrative Pflegeausbildung: Das Stuttgarter Modell (04/2005 – 09/2008)

Die zu erwartenden Ergebnisse aus der Evaluation dieser Reformprojekte werden von hohem Interesse sowohl für die Bundes- und Landesministerien als auch impulsgebend für die Fachöffentlichkeit sein. Dies gilt besonders im Hinblick auf Bewährung und Akzeptanz auf einem zukünftigen Arbeitsmarkt, der eine hohe Flexibilität und einen weiten Spielraum an Kompetenzen von den Pflegenden erwartet, um dem enormen demographischen und strukturellen Wandel im Gesundheitswesen gewachsen zu sein.

Literatur bei den Verfassern.

Prof. Dr. Stefan Görres, Universität Bremen, IPP Bremen, Abteilung Interdisziplinäre Alters- und Pflegeforschung (iap), Telefon: 0421 218-7443, Mail: sgoerres@uni-bremen.de;
Martina Stöver, Universität Bremen, IPP Bremen, Abteilung Interdisziplinäre Alters- und Pflegeforschung, Mail: stoever@uni-bremen.de

Kontinuierliche Prozessberatung an einer Pflegeschule

Seit Oktober 2003 wird die Bremer Krankenpflegeschule (BKS) bei der Curriculumentwicklung und der Entwicklung neuer Lehr-Lernformen wissenschaftlich begleitet durch die Abteilung Qualifikations- und Curriculumforschung am IPP, vertreten durch Prof. Dr. Ingrid Darmann und Sabine Muths (Lehrerin SII bF Pflegewissenschaft). Das Projekt hat eine Laufzeit von insgesamt 3 Jahren. Die Bremer Krankenpflegeschule ist 2002 aus einer Fusion von 3 Krankenpflegeschulen in freier Trägerschaft hervorgegangen. Diese Zusammenlegung, eher politisch und ökonomisch als pädagogisch motiviert, hat einen Prozess der Schulentwicklung angestoßen und rückte für das neu zusammengesetzte Team auch pädagogische Fragen in den Mittelpunkt einer kontrovers geführten Diskussion. Die Aufgaben des wissenschaftlichen Begleitprojektes bestehen in der Durchführung von regelmäßigen Fortbildungen und Arbeitsgruppen

1. zur Gestaltung des gesamten Curriculums
2. zur Konkretisierung und Feinplanung einzelner Lernfelder
3. zur Einführung des Problemorientierten Lernens
4. zur Weiterentwicklung des klinischen Unterrichts
5. zu relevanten pflegewissenschaftlichen und pflegedidaktischen Themen.

Die unterrichtliche Realisierung der entwickelten Elemente wird fortlaufend dokumentiert, evaluiert und in

einer einheitlichen Form verschriftlicht, um so für die weitere Unterrichtsgestaltung zur Verfügung zu stehen. Der Implementierungsprozess und die Wirkung des Problemorientierten Lernens sind Gegenstand einer Begleitforschung im Sinne formativer Evaluation und qualitativer Kompetenzanalyse, die durch die Robert Bosch Stiftung gefördert wird.

Die initiierten Prozesse wirken wiederum auf die Theoriebildungsprozesse auf unterschiedlichen Ebenen der Fachdidaktik Pflege zurück und haben somit unmittelbaren Einfluss auf Forschung und Lehre in diesem Bereich.

Ausgangspunkt für den Prozess der **Curriculumentwicklung** an der BKS bildeten die Erfahrungen mit dem so genannten Oelke Curriculum und die Analyse seiner Stärken und Schwächen. Damit verbunden wurde der Anspruch, Unterricht zukünftig noch stärker fächerintegrierend und situationsorientiert zu gestalten, und sich dabei auf exemplarische und bildungshaltige Situationen der Berufswirklichkeit zu beziehen. Favorisiert wurde daher ein lernfeldorientiertes Curriculum, also ein Curriculum, das anhand von beruflichen Aufgabenstellungen und Beziehungsprozessen strukturiert ist. Im Sinne eines emanzipativen Bildungsverständnisses (Klafki) zielt das Curriculum der BKS auf die Befähigung zur reflexiven, wis-

sensbasierten, situations- und personenadäquaten Urteilsbildung. Bei der Curriculumkonstruktion werden für die Auswahl von Inhalten, anhand derer diese angeeignet werden können, unterschiedliche fachdidaktische Referenzrahmen herangezogen. Die Zusammenstellung der Lernfelder basiert auf einer allgemeinen Berufsfeldanalyse gegenwärtiger und zukünftiger Handlungsfelder der Pflege, die nach dem Prinzip der Exemplarizität mit für diese Handlungsfelder typischen Situationsmerkmalen verknüpft werden. Die Aneignung der Bildungsziele erfolgt dann ausgehend von komplexen, problemhaltigen Situationen der Berufswirklichkeit.

Parallel zum Prozess der Curriculumentwicklung werden die ersten Lernfelder konkretisiert, unterrichtlich umgesetzt, evaluiert und entsprechend den Ergebnissen der Evaluation überarbeitet. In diesen Lernfeldern werden neben traditionell wissensbasierten Unterrichtseinheiten vor allem handlungs- und erfahrungsorientierte Unterrichtseinheiten und sog. Lerninseln realisiert. Lerninseln (vgl. Dubs 2000) basieren auf Fallsituationen, die aus Narrativen zu Schlüsselproblemen der Berufswirklichkeit gewonnen wurden.

Die Konkretisierung der Fallsituationen zu Lehr-/Lernsituationen erfolgt anhand einer pflegedidaktischen Heuristik, die von Prof. Darmann auf der Grundlage ihrer qualitativen Studie zur »Interaktion im Pflegeunterricht« entwickelt und im Verlauf des Projekts weiterentwickelt wurde. Mit Hilfe der Heuristik können die bildungsermöglichenden Inhalte einer Fallsituation aufgeschlüsselt und entsprechende Lernziele abgeleitet werden, die auf ein vertieftes interaktions- und reflexionsorientiertes Pflegeverständnis zielen.

Einen Schwerpunkt unter den neu eingeführten **Lehr-/Lernformen** an der BKS bildet das Konzept des Problemorientierten Lernens (POL) mit dem Ziel, die Deutungs- und Reflexionskompetenz der SchülerInnen zu fördern. In jedem Unterrichtsblock sollen die SchülerInnen eine Fallsituation mit Hilfe des problemorientierten Lernens selbständig erarbeiten. Die LehrerInnen übernehmen dabei die Rollen von TutorInnen oder LernbegleiterInnen. Damit wird auch die Reflexion der eigenen Rolle ein wichtiger Teil des Schulentwicklungsprozesses im Lehrteam.

Sabine Muths, Universität Bremen, IPP Bremen,
Abteilung Qualifikations- und Curriculumforschung,
Telefon: 0421 218-3523, Mail: smuths@uni-bremen.de;

Barbara Venhaus-Schreiber, Bremer Krankenpflegeschule,
St. Pauli Deich 25, 28199 Bremen, Telefon: 0421 55 99 440,
Mail: info@krankenpflegeschule-bremen.de



Kurzzeitpflege nach Krankenhausaufenthalt: Einflussfaktoren auf die Entlassung in die eigene Häuslichkeit

Die Kurzzeitpflege (KZP) hat sich seit 1989 als Bestandteil der gesundheitlichen Versorgung für die Patientinnen und Patienten etabliert. Seit 1996 haben sich mit der Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes die Rahmenbedingungen der KZP verändert, insbesondere wurde als Kostenträger die neue Pflegeversicherung zuständig. In dem vom Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales des Landes Bremen finanzierten Projekt stand die Frage im Vordergrund, welche PatientInnen unter welchen Bedingungen und mit welchen Diagnosegruppen nach einem Krankenhausaufenthalt in eine KZP vermittelt werden und welche Faktoren die Entlassung aus der KZP in die eigene Häuslichkeit oder die Überleitung in eine stationäre Dauerpflege beeinflussen. Im Hintergrund stand dabei die Frage, ob man seitens des Sozialressorts besondere Fördermittel aufbringen sollte, um die Leistungen der KZP (z.B. Verlängerung der Pflegedauer) mit dem Ziel zu erweitern, den Anteil der Überleitungen in die Häuslichkeit zu erhöhen. Analysiert wurden die Pflegedokumentationen einschließlich Arztbriefen und MDK-Kurzgutachten

(soweit vorhanden) von 325 KlientInnen aus fünf eigenständigen KZP-Einrichtungen der Stadt Bremen aus dem Jahr 2001 (etwa 50% aller poststationären KZP-Aufenthalte in Bremen).

Das Durchschnittsalter der PatientInnen betrug 82,9 Jahre, der Frauenanteil der Klientel lag bei 80,3%. Der vorausgehende Krankenhausaufenthalt dauerte durchschnittlich drei Wochen (Frauen: 20,1 Tage, Männer: 27,6 Tage). Nervenerkrankungen (insbesondere Apoplex) und Herzerkrankungen prägten das Krankheitsbild.

39,1% der PatientInnen wurden anschließend in ein Alten- bzw. Pflegeheim überwiesen, 36,0% der PatientInnen kehrten nach Hause zurück. Einflussfaktoren auf die Übersiedelung in die stationäre Dauerpflege waren nach den Analysen ein vergleichsweise langer Krankenhausaufenthalt, das Vorliegen einer Nervenerkrankung sowie die Einschätzung des Klinikpersonals, dass die KZP dem »Warten auf einen Heimplatz« dient.

Diejenigen KZP-Einrichtungen waren besonders erfolgreich bei der Wiedererlangung der (relativen) Selbständigkeit der KlientInnen, die sich als sog. Solitäreinrichtung ausschließlich auf die Kurzzeitpflege konzentrieren und keine Dauerpflege anbieten. Außerdem konnte nachgewiesen werden, dass – bezogen auf den Parameter »Anteil der Rückkehrer in die Häuslichkeit« die KZP hoch effektiv ist und damit einen wichtigen Part in der poststationären Versorgung für bestimmte KrankenhauspatientInnen spielt.

Publikation: Kolip, P. & Güse, H.-G. (2004).

Kurzzeitpflege nach Krankenhausaufenthalt: Einflussfaktoren auf die Entlassung in die eigene Häuslichkeit. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 37, 231–239

Prof. Dr. Petra Kolip, Universität Bremen, IPP Bremen, Abteilung Prävention und Gesundheitsförderung,

Telefon: 0421 218-9726, Mail: kolip@uni-bremen.de;

Dr. med. Hans-Georg Güse, Güse mediConsult GmbH, Telefon: 0421 344238, Mail: info@guese-mediconsult.de

Zukunft der häuslichen Pflege – eine kritische Betrachtung aus der Geschlechterperspektive

Die Entwicklung und Zukunft der ambulanten Versorgung Pflegebedürftiger befindet sich in einer prekären Situation: Vor dem Hintergrund des gesellschaftlichen Wandels, der durch die einschneidenden demografischen, epidemiologischen und strukturellen Veränderungen unserer Gesellschaft gekennzeichnet ist, vollziehen sich pflegerische Leistungen im Spagat professioneller und informeller Pflege. Die Fortführung der geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung erfolgt nicht nur in der informellen sondern auch in der beruflichen Pflege – und dies trotz der seit den 1990er Jahren beginnenden Akademisierung der Pflegeberufe. Diese Entwicklung ist insbesondere vor dem Hintergrund der restriktiven ökonomischen Bedingungen im Gesundheitswesen und der angespannten Arbeitsmarktsituation kritisch zu sehen. Soll Geschlechtergerechtigkeit nicht nur ein politisches Lippenbekenntnis bleiben, müssen zukünftige Versorgungsstrukturen hinsichtlich geschlechtlich ungleich verteilter Arbeitsbelastungen diskutiert werden. Im Rahmen dieses Beitrages werden einige zentrale Eckpunkte skizziert, die zukünftig einer weiteren systematischen Betrachtung und Bearbeitung bedürfen.

Die politische Prämisse »ambulant vor stationär« führt nicht nur zur Verlagerung der Pflege in den häuslichen Bereich, sondern auch zunehmend zur Informalisierung der Pflege: Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen – so im Wortlaut – vorrangig die »häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn unterstützen«. Daher wird die häusliche Pflege überwiegend durch informelle Hilfen sichergestellt, wobei einer repräsentativen Studie zufolge Frauen zu mehr als 80% aller pflegenden Angehörigen ausmachen. Die zunehmende Informalisierung der pflegerischen Versorgung unterstützt demnach die traditionelle geschlechtsspezifische Arbeitsteilung innerhalb der Gesellschaft. Diese Entwicklung ist insbesondere vor der angespannten Arbeitsmarktsituation kritisch zu sehen. Erfahrungen ambulanter Pflegedienste zeigen, dass Frauen häusliche Pflege nicht selten deshalb übernehmen, um über das Pflegegeld den Lebensunterhalt eines Haushaltes am Existenzminimum zu sichern. Damit ist nicht nur die Qualität der häuslichen Pflege gefährdet, sondern es kann auch den dort auftretenden und vielfach dokumentierten Überforderungen aufgrund unzurei-

chender finanzieller Ressourcen der Betroffenen nicht durch entsprechende professionelle Unterstützung entgegen gewirkt werden.

Demgegenüber kompensiert die professionelle Pflege im ambulanten Sektor ein Spektrum pflegerischer Leistungen, das weder in der Pflege- noch Krankenversicherung ausreichend verankert ist. Professionell Pflegende erbringen aufgrund ihres umfassenden Pflegeverständnisses und den der Pflegesituation zugrunde liegenden notwendigen Versorgungsbedarfe der Pflegebedürftigen oftmals ungenügend bezahlte oder gänzlich unbezahlte Leistungen. Aufgrund des stark geschlechtsspezifisch geprägten Berufsfeldes Pflege führt dies zu einer Ausbeutung des weiblichen Arbeitsvermögens: So wurden im Jahre 2003 bei ambulanten Pflegediensten etwa 8 Mio. Überstunden erbracht, was ca. 4.500 Vollzeitstellen entspricht. In diesem Zusammenhang ist zu konstatieren, dass eine systematische Untersuchung zur Personalsituation und Qualifizierung in ambulanten Pflegediensten als typisch »weibliches« Berufsfeld gänzlich fehlt. Die Konkurrenzsituation zwischen Berufsgruppen um

den Zentralwert »Gesundheit« wird sich verschärfen. Doch zeichnen sich im Kontext dieser Entwicklungen für die professionelle Pflege als »traditionellem Frauenberuf« auch deutliche Chancen ab. Professionell Pflegenden können aufgrund ihrer großen Nähe zu kontextbezogenen Pflegeprozessen die noch überwiegend auf medizinische Leistungen reduzierten Case-Management-Modelle um pflegerische Vernetzungs- und Beratungsleistungen erweitern. Im Kontext eines interaktionsorientierten Pflegeverständnisses und hermeneutischer Kompetenz für das Fallverstehen kann professionelles Pflegehandeln auf der Grundlage eigenständig systematisierten Wissens die reduktionistische Sicht des medizinischen Paradigmas überschreiten. Dies könnte zu der in

Fachkreisen lange angemahnten Profilbildung und Professionalisierung von Pflegeberufen beitragen, um deren Bedeutung und Stellenwert innerhalb der Gesundheitsversorgung zu stärken. Vermutlich wird die berufliche Pflege auch künftig überwiegend von Frauen ausgeübt – daher ist eine deutliche Stärkung der Position der Pflegeberufe nicht nur aus der Perspektive der Qualitätsverbesserung in der pflegerischen Versorgung, sondern auch aus berufs- und frauenpolitischer Perspektive ein Gewinn.

Angesichts der skizzierten Problemlagen wird deutlich, dass die Geschlechterperspektive eine wesentliche Grundlage für zukünftige Konzeptentwicklungen in der Gesundheitsversorgungslandschaft darstellen

und sowohl bezüglich formeller als auch informeller Versorgungstätigkeit entsprechend berücksichtigt werden muss. Nicht zuletzt bedarf es einer Pflegeausbildung, die gesellschafts- und gesundheitspolitische Entwicklungen hinsichtlich der Geschlechtergerechtigkeit kritisch reflektiert und Geschlecht als zentrale Kategorie zugrunde legt.

Ulrike Böhnke, Universität Bremen, IPP Bremen, Abteilung Qualifikations- und Curriculumforschung,
Mail: ulrike.boehnke@uni-bremen.de;

Julia Lademann, Universität Bremen, IPP Bremen, Abteilung Prävention und Gesundheitsförderung,
Mail: lademann@uni-bremen.de

Zur Finanzreform der Pflegesicherung

Seit 1999 reichen die laufenden Einnahmen der gesetzlichen Pflegeversicherung nicht mehr aus, um ihre laufenden Ausgaben zu decken, und bereits für 2007 lässt sich nach aktuellen Vorausberechnungen ein Unterschreiten der Mindestreserve in der sozialen Pflegeversicherung nicht mehr ausschließen. Deshalb wird derzeit eine Finanzreform der Pflegesicherung diskutiert. Hierbei können drei alternative Grundoptionen unterschieden werden: die Umstellung auf ein steuerfinanziertes Leistungsgesetz, der Umstieg auf eine kapitalfundierte Pflegeversicherung und die Reform innerhalb des bestehenden Systems.

Eine **Umstellung auf ein steuerfinanziertes Leistungsgesetz**, das Leistungen nur für finanziell Bedürftige gewährt, weist zwei Hauptnachteile bzw. -risiken auf: Erstens wird so ein Zwei-Klassen-System geschaffen, das einen umfassenden und über das bisherige Maß hinausgehenden Leistungsanspruch für finanziell Bedürftige, jedoch keinen Anspruch für Einkommensstärkere vorsieht. Damit wird individuelle Vorsorge »bestraft«. Zweitens ist die Regelmäßigkeit des Mittelzuflusses zu bezweifeln. Steuerfinanzierte Fürsorgesysteme stehen immer unter einem Finanzierungsvorbehalt; angesichts leerer öffentlicher und gerade auch kommunaler Kassen ist eine Finanzierung von Pflegeleistungen im vorgesehenen Maße daher fraglich.

Ein sofortiger **Umstieg auf eine kapitalfundierte private Pflegeversicherung** ist ebenso zu verwerfen wie das »Auslaufmodell«, da beide Varianten der aktuellen Beitragszahlergeneration eine unzumutbare Doppelbelastung auferlegen, die darin liegt, dass sie sowohl die Leistungen für die aktuell Leistungsberechtigten finanzieren als auch für eigene Ansprüche

einen Kapitalbestand aufbauen muss. Anders ist dies bei einem »Einfriermodell«, bei dem Leistungen und Beitragssatz der Pflegeversicherung festgeschrieben werden und die Dynamisierung in einer Privatversicherung erfolgt. Allerdings lohnt sich der Aufbau eines eigenen Versicherungssystems angesichts der zunächst nur geringen Prämien zur Zusatzversicherung nicht. Eine Leistungsdynamisierung im bestehenden System ist daher überlegen.

Bei **Erhalt, Weiterentwicklung und Leistungsdynamisierung der bestehenden umlagefinanzierten Pflegeversicherung** als dritter Grundoption müssen zusätzliche Finanzquellen erschlossen werden. Diese könnten zum Teil in einem steuerfinanzierten Zuschuss bestehen, der damit begründet wird, dass über das Versicherungssystem allgemeine Staatsausgaben finanziert werden. Solche fehlfinanzierten Leistungen könnten in der Pflegeversicherung in der beitragsfreien Mitversicherung von Kindern gesehen werden, für die rund 5% aller Leistungsausgaben verwendet werden. Damit ließe sich ein steuerfinanzierter Zuschuss in gleicher Höhe begründen. Die Rechtfertigung eines Zusatzbeitrages für Altersrentner ließe sich in den Einführungsgewinnen finden, die aus der Etablierung der Pflegeversicherung im Umlageverfahren für die »pflegenahen Jahrgänge« entstanden sind, da sie eine Absicherung ohne jahrelange Vorleistung erhalten haben. Personen im beschäftigungsfähigen Alter wären zur Vorsorge zu verpflichten, um damit den Zusatzbeitrag aufzubringen, wenn sie selbst das Rentenalter erreichen. Diese Maßnahme muss jedoch im Kontext der gesamten Alterssicherung und unter Berücksichtigung weiterer Lasten diskutiert werden, die den Rentnern derzeit aufgeladen werden. Ein steigender Beitragssatz in der Pflegeversicherung würde

Rentner und Beschäftigte gleichermaßen an den steigenden Pflegekosten beteiligen. Wegen der damit verbundenen steigenden Lohnnebenkosten wäre zwar eine moderate Beitragssatzsteigerung bei konstantem Arbeitgeberanteil vertretbar, eine alleinige Schließung der Finanzierungslücke durch einen steigenden Beitragssatz erscheint dagegen nicht sinnvoll. Schließlich ist die Einführung von Bürgerversicherungselementen (Beitragspflicht auch für weitere Einkommensarten, Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und Einbeziehung weiterer Personenkreise in die Versicherung) schon aus Gerechtigkeitsgründen angezeigt. Allerdings reicht sie wegen begrenzter fiskalischer Ergiebigkeit allein nicht aus, um die zukünftigen Finanzierungslücken zu schließen.

Fazit Von den drei großen Reformoptionen ist die Dynamisierung im bestehenden System gegenüber dem Umstieg auf ein steuerfinanziertes Leistungsgesetz oder ein kapitalfundiertes System vorzuziehen. Eine Mischstrategie aus steuerfinanziertem Bundeszuschuss, steigendem Beitragssatz, ggf. Elementen einer Bürgerversicherung und ggf. einem Zusatzbeitrag für Ältere (mit obligatorischer Vorsorge für Jüngere zur späteren Finanzierung dieses Zusatzbeitrags) kann eine dauerhafte Leistungsdynamisierung im System gewährleisten, die ordnungstheoretisch kompatibel finanziert ist und nicht akzeptable Belastungen vermeidet. Es ist jedoch erforderlich, Reformmaßnahmen nicht isoliert für einen Bereich vorzubereiten, sondern deren kumulierte Wirkungen insbesondere in den Bereichen Alterssicherung, Kranken- und Pflegeversicherung sowie der Besteuerung gemeinsam zu betrachten.

Prof. Dr. Heinz Rothgang, Fachhochschule Fulda, FB Gesundheit und Pflege, c/o Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik (ZeS), Mail: rothgang@zes.uni-bremen.de

MAGISTERARBEITEN

»Wenn ich meine Arbeit habe und das läuft seinen normalen Gang, dann fühlt man sich halt gesund und man ist gesund.«

Prävention und Gesundheitsförderung für Arbeiter – Notwendigkeit und Zugangsmöglichkeiten



»Männlichkeit ist eine hochriskante Lebensform« so lautet der Titel eines Aufsatzes von W. Hollstein. Obwohl sich diese These anhand epidemiologischer Daten längst belegen lässt, hat sich die Forschung bis vor wenigen Jahren – im Gegensatz zur Erforschung der Frauengesundheit – kaum mit diesem Thema befasst. Fragen, wie die gesundheitliche Situation von Männern verbessert werden und wie diese Zielgruppe durch Prävention und Gesundheitsförderung erreicht werden kann, blieben bisher weitgehend unbeantwortet. Die vorliegende Arbeit greift diese Fragestellungen auf. Da die gesundheitliche Situation von Männern der unteren Schichten deutlich schlechter ist als die der oberen Schichten und diese Männer durch Prävention und Gesundheitsförderung kaum erreicht werden, versucht sie zu ergründen, welche Bedürfnisse Arbeiter für ihre Gesundheit äußern und welche Möglichkeiten bestehen, sie mit Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen zu erreichen.

Trotz lückenhafter Datenlage zu schichtspezifischen Aspekten bestätigt sich bei der Recherche entsprechender epidemiologischer Daten: Männer der unteren sozialen Schichten verhalten sich gesundheitlich riskanter und sie sind gesundheitsriskanteren Arbeitsbedingungen ausgesetzt. Sie weisen eine deutlich höhere Gesundheitsbelastung bzw. höhere Mortalitätsraten im mittleren Lebensalter auf. Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote nutzen sie mit Ausnahme des Gesundheits-Check-up nur selten.

Die Entwicklung der Fragestellung der empirischen Untersuchung sowie deren Auswertung ist in einen theoretischen Rahmen eingebunden, der den salutogenetischen Ansatz mit feministischen Theorieansätzen zu unterschiedlichem Rollen- und Gesundheitsverhalten verbindet.

Für die empirische Untersuchung wurden als Methode – in einem bisher wenig erforschten Feld – qualitative Leitfaden-Interviews gewählt, die Fragen zur beruflichen und privaten Lebenssituation, zu Ressourcen und Belastungen, zum Gesundheitsverhalten und zu Wünschen und Einschätzungen enthielten. Neben Erfassung und Auswertung dieser Daten wurde eine Typologie handlungsleitender Orientierungsmuster unter Berücksichtigung der familiären Rollenverteilung erstellt. Befragt wurden 14 Müllwerker eines Bremer Betriebes zwischen 35 und 56 Jahren.

Ergebnisse der Untersuchung

Ressourcen finden sich vor allem in den privaten Beziehungen und in Freizeitaktivitäten. Der berufliche Alltag ist dagegen durch steigende Arbeitsbelastung, durch Organisationsmängel und schlechtes Betriebsklima geprägt. Als Ressourcen in diesem Kontext werden kollegiale Zusammenarbeit, eigene positive Motivation und Bewegung empfunden. In den Gesundheitskonzepten zeigt sich »Wohlbefinden« als eine wichtige Dimension für diese Männer. Für das Gesundheitshandeln wird der eigene Wille als das zentrale Motiv in den Vordergrund gerückt. Anstöße

dafür werden jedoch häufiger durch Partnerinnen und ÄrztInnen gegeben. In der Typologie kristallisierten sich folgende handlungsleitende Orientierungsmuster heraus:

- Sorge um den Körper und die Gesundheit
- Nichts tun, da ausreichend Gesundheit vorhanden
- Erkrankungen beeinflussen das Gesundheits-handeln

Diese Typen scheinen mit unterschiedlichen männlichen Rollenmustern verknüpft zu sein. Dabei deutet sich an, dass das traditionelle Modell des Familienernährers mit besonders hohen gesundheitlichen Belastungen und geringeren Ressourcen verbunden ist.

Schlussfolgerungen

Um die Gesundheit der befragten Zielgruppe zu verbessern, bietet sich vor allem eine betriebliche Gesundheitsförderung an, die auf Mitarbeiterbeteiligung und Transparenz aufbaut. Im Betrieb erlebte Belastungen können so reduziert und Ressourcen gefördert werden. Die Beteiligung der Männer an der Kinderbetreuung sollte in der Arbeitsorganisation berücksichtigt und als Teil der Gesundheitsförderung begriffen werden.

Im medizinischen Versorgungssystem kann der Einfluss von Ärztinnen und Ärzten zur Veränderung des Gesundheitshandelns für diese Zielgruppe gezielter genutzt werden.

Früherkennungsmaßnahmen mit geringen invasiven Eingriffen sowie präventive Angebote mit einem direkten Symptombefug werden gut akzeptiert. Traditionelle Gesundheitsförderungsangebote im Freizeitbereich mit eher unspezifischer Zielsetzung entsprechen den Bedürfnissen und Wünschen der Männer dagegen wenig. Hier könnte eine Orientierung auf Angebote für Familien, für Väter mit Kindern oder für Ehepaare sowie auf Angebote, die Spaß machen, die nicht langfristig verpflichtend, wohnortnah und preiswert sind, Zugangsmöglichkeiten eröffnen.

Felicitas Jung M. A., Magisterarbeit im Studiengang
Öffentliche Gesundheit / Gesundheitswissenschaften an der
Universität Bremen, Mail: fjung@uni-bremen.de

PROJEKTE AM IPP

Der Pflegeforschungsverbund Nord (PFV Nord): Optimierung des Pflegeprozesses durch neue Steuerungsinstrumente

Mit dem Förderschwerpunkt »Angewandte Pflegeforschung« im Rahmen des Programms: »Forschung für den Menschen« legte das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) die Grundlage für eine dringend notwendige Pflege- und Hebammenforschung. Ziel der Förderung ist es, die Entwicklung der Pflegeforschung voranzutreiben und damit zukunftsweisende Impulse hinsichtlich der Etablierung wissenschaftlich fundierter pflegerischer sowie gesundheitsförderlicher Konzepte zu ermöglichen. Vier Pflegeforschungsverbände, mit insgesamt 25 Projekten und einem Fördervolumen von ca. 4,5 Mio. Euro für die erste Phase, haben ihre Arbeit Anfang 2004 aufgenommen.

Der Pflegeforschungsverbund Nord (PFV Nord) wird über die Geschäftsstelle am Institut für angewandte Pflegeforschung (iap) (neu: Abteilung Interdisziplinäre Alterns- und Pflegeforschung [iap],

IPP) Universität Bremen, koordiniert und widmet sich der Optimierung des Pflegeprozesses durch neue Steuerungsinstrumente. Es werden in zwei Projektbereichen 4 Teilprojekte bearbeitet:

a) »Defizitbereiche pflegerischen Handelns«: Die hier angesiedelten Studien »Individuelle Pflegeverläufe älterer Menschen und ihre Determinanten«, Universität Bremen und »Mobilitätsrestriktionen in Alten- und Pflegeheimen: eine multizentrische Beobachtungsstudie«, Universität Hamburg haben sich zum Ziel gesetzt, die Relevanz pflegewissenschaftlich quantitativ bedeutsamer Risikokonstellationen zu untersuchen.

b) »Generierung und Erprobung von Steuerungsinstrumenten pflegerischen Handelns«: Die diesem Bereich zugeordneten Studien »Die Pflegevisite als Instrument der Qualitätssicherung in der ambulanten

Pflege«, Hochschule Bremen und »Effizienz pflegerischer Einschätzung im Vergleich zu empfohlenen Testinstrumenten zur Vorhersage des Sturzrisikos in Alten- und Pflegeheimen«, Universität Hamburg stellen in besonderer Weise die Generierung und Erprobung geeigneter Steuerungsinstrumente pflegerischen Handelns in den Mittelpunkt. Die biometrische Beratung des Verbunds erfolgt über das Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS).

Kontakt: Geschäftsstelle des PFV Nord c/o Universität Bremen, FB 11, IPP, Abteilung Interdisziplinäre Alterns- und Pflegeforschung (iap), Telefon: 0421/218-9055,

Prof. Dr. Stefan Görres, Mail: sgoerres@uni-bremen.de,

Karl Reif, Mail: kartreif@uni-bremen.de

Transfernetzwerk Innovative Pflegeausbildung (tip)

In den vergangenen Jahren entwickelten sich in Deutschland zahlreiche Modellprojekte zur Pflegeausbildung. Mehr als 50 umfassende Modellvorhaben verfolgen inhaltlich und strukturell unterschiedliche Ansätze. Erste Zwischenergebnisse der Evaluierung liegen vor. Auf Initiative und mit Förderung der Robert Bosch Stiftung hat sich 2002 das »Transfernetzwerk Innovative Pflegeausbildung« gebildet mit dem Ziel, den Fachaustausch der Vertreter großer Modellprojekte kontinuierlich und koordiniert zu gestalten und Synergieeffekte zu erreichen. Die Koordination des Netzwerkes ist am Institut für angewandte Pflegeforschung (iap) (neu: Abteilung Interdisziplinäre Alterns- und Pflegeforschung [iap], IPP), Universität Bremen angesiedelt und wird von Diplom-Gerontologin Kathrin Ratz durchgeführt. Die Erfahrungen und Ergebnisse aus den Modellprojekten dienen der strategischen Einflussnahme auf den

politischen Reformprozess für die Pflegeausbildung in Deutschland. Hierzu wurde im November 2004 das Positionspapier im Rahmen eines politischen Dialogs vorgestellt, zu dem die Parlamentarische Staatssekretärin des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung, Frau Marion Caspers-Merk, eingeladen hatte. Das Positionspapier und weitere Infos finden Sie unter www.t-i-p.uni-bremen.de.

Katrin Ratz, Dipl. Geront., Universität Bremen, IPP Bremen, Abteilung Interdisziplinäre Alterns- und Pflegeforschung (iap), www.iap.uni-bremen.de

Entwicklung von Evaluationstools

Das BMBF hat im Rahmen der Ausschreibung »Präventionsforschung« ein Projekt zur Entwicklung von Instrumenten zur Evaluation ernährungs- und bewegungsbezogener Interventionen im Kindes-, Jugend- und frühen Erwachsenenalter bewilligt. Das Projekt ist am 1.4.2005 gestartet und läuft unter der Leitung von Prof. Dr. Petra Kolip über drei Jahre. Ziel ist es, in Zusammenarbeit mit verschiedenen Kooperationspartnern (BIPS, Fakultät für Gesundheitswissenschaften Bielefeld, Fachhochschule Hamburg) in unterschiedlichen Interventionsprojekten Evaluationsinstrumente zu entwickeln, die nach Abschluss der Projektlaufzeit auch in anderen Praxiseinrichtungen nutzbar sind. Die Projektkoordination hat Birte Gebhard übernommen.

Informationen: www.asfg.uni-bremen.de/projekte

Ein Kompetenzzentrum Pflege für Bremen?

Im Land Bremen wird eine Vielzahl von Projekten realisiert, deren Gegenstand oder wesentlicher Bestandteil Pflege im weitesten Sinne ist. Innerhalb dieser Projekte kooperieren Partner aus den Bereichen Wirtschaft, Wissenschaft, Versorgung und Bildung. Modellprojekte in der Pflegepraxis und Pflegeausbildung haben innovative Akzente für die Zukunft gesetzt. Mit der Intention, diese Projekte zu bündeln, effizienter durchzuführen und die Kooperationen verbindlich und dauerhaft zu etablieren, initiierte die Bremer Innovations-Agentur GmbH BIA eine »Machbarkeitsstudie zur Einrichtung eines Kompetenznetzwerks und Kompetenzzentrums Pflege im Lande Bremen«.

Ziel der Machbarkeitsstudie war die Überprüfung der Realisierungsfähigkeit eines Kompetenzzentrums und

-netzwerks bezüglich interessierter Netzwerkpartner, organisatorischer, personaler, wirtschaftlicher Bedingungen sowie bezüglich der Voraussetzungen des Projektumfelds. Es wurde eine Ist-Analyse durchgeführt, die eine Bestandsaufnahme sowie eine Bedarfsanalyse beinhaltete. Erhebungsmethoden waren hierfür Internet- und Datenbankrecherchen, qualitative und quantitative Befragungen. Die Kompetenzen, Ressourcen, Stärken und Schwächen sowie die Visionen der möglichen Netzwerkpartner wurden über qualitative Interviews ermittelt. Zur Erkundung des Projektumfelds und zur Ermittlung der Potenziale möglicher Netzwerkpartner wurden Fragebogen verschickt. In Workshops mit Experten aus den Bereichen Wirtschaft, Wissenschaft, Gesundheitsversorgung/Pflege und Bildung wurden Kernelemente und Umsetzungsstrategien eines

zukünftigen Kompetenzzentrums und Kompetenznetzwerks Pflege erarbeitet.

Die Machbarkeitsstudie wurde am 31. Mai 2005 abgeschlossen. Eine Zusammenfassung der Ergebnisse kann auf der Homepage der Bremer Innovations-Agentur GmbH BIA (www.bia-bremen.de) eingesehen werden.

Prof. Dr. Stefan Görres, Telefon: 0421 218-4972,

Mail: sgoerres@uni-bremen.de;

Antonie Haut, Telefon: 0421 218-9511,

Mail: ahaut@uni-bremen.de;

Karl Reif, Telefon: 0421 218-9055,

Mail: karlreif@uni-bremen.de;

Universität Bremen, IPP Bremen, Abteilung

Interdisziplinäre Alters- und Pflegeforschung (iap),

www.iap.uni-bremen.de

Pseudo-Customer-Projekt wird fortgesetzt

Mit der Apothekerkammer Niedersachsen wurde für die kommenden beiden Jahre die Fortsetzung des »Pseudo-Customer-Projektes« verabredet, mit dem im Rahmen von Testkäufen in Apotheken die Beratungsqualität in Apotheken verbessert werden soll – direkt am »Point of Sale« durch Feed-back-Gespräche mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Apotheken. Mit der Apothekerkammer Nordrhein wurde ebenfalls ein Pilotprojekt durchgeführt, am 16. Juni 2005 wurden die Ergebnisse im Rahmen einer Pressekonferenz vorgestellt. Auch hier besteht die Absicht, das Projekt für eine dauerhafte Strategie der Qualitätssicherung und -optimierung zu nutzen.

Informationen: Prof. Dr. Gerd Glaeske,

Universität Bremen, IPP Bremen, Abteilung Versorgungsforschung und Arzneimittelwendungsforschung,

Telefon: 0421 218-4401, Mail: gglaeske@zes.uni-bremen.de,

www.arzneimittelanwendungsforschung.de

Arzneimittel-versorgungsreporte und -Dossiers

Für die Techniker Krankenkassen (TK) werden in den kommenden 3 Jahren Versorgungs-Reporte aus der Arzneimittelversorgung erstellt. Dabei werden vor allem solche Indikationen bearbeitet, die durch Unter-, Über- und Fehlversorgung auffallen. Daneben werden Arzneimittel-Dossiers für die Berater der TK entworfen, mit denen Versicherte über häufig angewendete Medikamente informiert werden. Hierdurch soll ein besseres Verständnis für den Nutzen, aber auch die Grenzen der Arzneimittelanwendung entwickelt werden. Auf diese Weise sollen die Voraussetzungen für mehr Compliance und die Vermittlung notwendiger Therapieziele gefördert werden.

Informationen: Prof. Dr. Gerd Glaeske,

Universität Bremen, IPP Bremen, Abteilung Versorgungsforschung und Arzneimittelwendungsforschung,

Telefon: 0421 218-4401, Mail: gglaeske@zes.uni-bremen.de,

www.arzneimittelanwendungsforschung.de

Gender-Gesundheitsbericht für die Schweiz

Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit erstellen Prof. Dr. Petra Kolip und Julia Lademann derzeit den ersten nationalen Gender-Gesundheitsbericht für die Schweiz. Dieser knüpft an den Frauengesundheitsbericht von 1996 an und ergänzt diesen um eine geschlechtervergleichende Perspektive. Die Kapitel des Berichts, die von Kolleginnen und Kollegen aus der Schweiz erstellt werden, stützen sich auf die nationalen Gesundheitsziele und liefern Daten, um die geschlechterspezifischen Präventionspotenziale und den Versorgungsbedarf zu identifizieren.

Informationen: Prof. Dr. Petra Kolip, Universität Bremen,

IPP Bremen, Abteilung Prävention und

Gesundheitsförderung, Telefon: 0421 218-9726,

Mail: kolip@uni-bremen.de,

www.asfg.uni-bremen.de/projekte

AKTUELLES

Robert-Bosch-Stiftung beruft Bremer Professor in »Alumni-Vorstand«

Stefan Görres, Professor für Sozialgerontologie und Pflegewissenschaft im Fachbereich 11 der Universität Bremen, wurde zum ersten Vorsitzenden des »Alumni-Netzwerkes Pflege« der Robert Bosch Stiftung gewählt. Das Alumni-Netzwerk ist ein Verein ehemaliger Stipendiaten, der sich zur Aufgabe gemacht hat, die Pflegewissenschaften in Forschung und Praxis weiter auszubauen. Neben der Unterstützung von Studierenden organisiert das Netzwerk unter anderem Informationsveranstaltungen, übernimmt

Patenschaften bei der Nachwuchsförderung im In- und Ausland und arbeitet Hand in Hand mit Berufsverbänden sowie wissenschaftlichen Gesellschaften aus dem Pflegebereich.

Der Bremer Pflegewissenschaftler und Sozialgerontologe leitet am IPP die Abteilung für Interdisziplinäre Alterns und Pflegeforschung, die sich u.a. mit der Ausbildung und Qualitätssicherung im Pflegesektor befasst.

Prof. Dr. Stefan Görres, Universität Bremen, FB 11,
Telefon: 0421 218-7443, Mail: sgoerres@uni-bremen.de

Neuer Arbeitskreis am IPP-Bremen

Der Arbeitskreis »Frauen- und Geschlechterperspektiven in Public Health« hat sich neu unter dem Dach des Instituts für Public Health und Pflegeforschung konstituiert. Interessierte Frauen und Männer treffen sich jeden letzten Dienstag im Monat von

17.00 – 18.30 Uhr im Zentrum für Sozialpolitik, Parkallee 39 (Barkhof), Raum 3260. Im Zentrum des Austausches stehen sowohl eigene Projekte als auch gesundheitswissenschaftlich relevante Themen, die aus Geschlechterperspektive beleuchtet werden.

Kontakt: Prof. Dr. Petra Kolip, Mail: kolip@uni-bremen.de

»Koordination und Qualität« – Das neue Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR)

Am 30. Mai 2005 wurde das Gutachten der Ministerin für Gesundheit und Soziale Sicherung, Ulla Schmidt, übergeben. Auf rund 800 Seiten werden Analysen und Vorschläge für die Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitswesens unterbreitet. Schwerpunktthemen des diesjährigen Gutachtens sind die korporativen Strukturen des deutschen Gesundheitswesens, Prävention, Pflege sowie die Versorgung mit Heilmitteln, Hilfsmitteln und Arzneimitteln. Eines der Schwerpunktthemen: Die Ungleichheit in der Belastung durch Krankheit. Wer schlecht ausgebildet ist, wenig verdient und in einem Beruf mit wenig gesellschaftlicher Anerkennung arbeitet, hat eine relativ geringe Lebenserwartung und eine relativ hohe Wahrscheinlichkeit u.a. an einer Herz-Kreislauferkrankung, an Diabetes, Magen-/Darmkrebs, Lungenkrebs, Bandscheibenschäden oder Rheuma zu erkranken. Im Gegensatz dazu sind nur Allergien, Kinder-Bronchitis und einige Hauterkrankungen in den höheren Einkommensgruppen häufiger anzutreffen. Die Herkunft,

die Bildung und der Arbeitsplatz beeinflussen die Gesundheit also weit mehr als angenommen und müssen ins Zentrum der Prävention rücken. Der Beitrag der medizinisch-kurativen Versorgung zur Verbesserung der Gesundheit beläuft sich je nach Studie auf lediglich 10 – 40%. Langfristig betrachtet muss die Gesundheitspolitik daher weitaus stärker als bisher mit der Bildungs-, Wirtschafts-, und Sozialpolitik verknüpft werden – eine solche Koordination fördern die Gesundheitschancen der Menschen.

Bislang ist die Forschungslage zur sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen in Deutschland unbefriedigend. Daher regt der SVR vor allem Dauerbeobachtungen an, die die sozialräumlichen Auffälligkeiten analysieren, die erklären, warum bestimmte Personengruppen besonders häufig an bestimmten Krankheiten leiden – und die gleichzeitig die Wirkung von Gesundheitsförderung und Primärprävention evaluieren.

Informationen: www.svr-gesundheit.de;

Prof. Dr. Gerd Glaeske, Mitglied des SVR;

Universität Bremen, IPP Bremen,

Abteilung Versorgungsforschung und Arzneimittel-anwendungsforschung, Telefon: 0421 218-4401,

Mail: gklaeske@zes.uni-bremen.de

PERSONALIA

HochschullehrerInnen am IPP

Prof. Dr. phil. Ingrid Darmann

Prof. Ingrid Darmann ist seit März 2003 Hochschullehrerin im Lehramtsstudiengang Pflegewissenschaft, Universität Bremen, für das Arbeitsgebiet »Pflegewissenschaft mit dem Schwerpunkt pflegetherapeutische Grundlagen und ihre pflagedidaktische Vermittlung«. Ihre Arbeitsschwerpunkte liegen in der Weiterentwicklung einer Didaktik der Berufsfelder Pflege und Gesundheit, in der Lehr-/Lern- und Unterrichtsforschung pflegebezogener Bildungsangebote, in der Curriculumentwicklung für die Pflegeausbildung, einschließlich der Qualifikationsforschung, in der Begleitung von curricularen Modellprojekten sowie in der Kommunikation zwischen Pflegenden und Patienten und in empirisch gestützter Pflegeentwicklung mit qualitativen Forschungsmethoden. Prof. Ingrid Darmann ist Hochschullehrerin der Abteilung Qualifikations- und Curriculumforschung am Institut für Public Health und Pflegeforschung im Fachbereich 11 der Universität Bremen.

Kontakt: darmann@uni-bremen.de



V.l.n.r.: Ingrid Darmann, Stefan Görres, Gerd Glaeske, Petra Kolip

Prof. Dr. phil. Stefan Görres

Prof. Stefan Görres ist Hochschullehrer im Studiengang Lehramt Pflegewissenschaft sowie stellvertretender Dekan des FB 11 Human- und Gesundheitswissenschaft der Universität Bremen. Schwerpunkte in Forschung und Lehre sind Pflegeforschung, Sozialgerontologie, Rehabilitation und Kompetenzerhaltung, Fragen von Qualitätssicherung, -entwicklung und Qualitätsmanagement, neue Steuerungsmodelle und Organisationsentwicklung in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung und Ausbildungs- und Qualifikationsforschung. Prof. Stefan Görres ist des Weiteren Vorstandsvorsitzender des Norddeutschen Forschungsverbundes Gerontologie, Geriatrie und Pflegewissenschaft sowie Mitglied des »Runden Tisches Pflege« im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) und dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BFSFJ). Seit Januar 2005 ist er Mitglied des Direktoriums des Instituts für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen und Hochschullehrer der Abteilung Interdisziplinäre Alters- und Pflegeforschung (iap).

Kontakt: sgoerres@uni-bremen.de

Prof. Dr. rer. nat. Gerd Glaeske

Prof. Gerd Glaeske ist Hochschullehrer für Arzneimittelananwendungsforschung am Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen und Leiter der Forschungseinheit »Arzneimittelanwendungsforschung«. Seine Arbeitsschwerpunkte liegen u.a. in den Bereichen Transparenz, Qualität und Effizienz der Arzneimittelversorgung, Wirkungen und Risiken von Arzneimitteln und neue Versorgungsformen in der GKV sowie auf den Themen Gesundheitspolitik, Qualitätssicherung und Versorgungsforschung. Prof. Gerd Glaeske wurde in den Wissenschaftlichen Beirat der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) berufen, er ist u.a. Mitglied in der WHO-Drug Utilization Research Group und in der Betäubungsmittelkommission beim BfArM. Seit 2001 ist er 1. Vorsitzender der Med. Fachgesellschaft GAA (Ges. für Arzneimittelananwendungsforschung und Arzneimittel-epidemiologie). Seit 2003 ist er Mitglied des Sachverständigenrates für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (www.svr-gesundheit.de). Seit Januar 2005 ist Prof. Gerd Glaeske Mitglied des Direktoriums des Instituts für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen und Hochschullehrer der Abteilung Versorgungsforschung und Arzneimittelananwendungsforschung.

Kontakt: gglaeske@zes.uni-bremen.de

Prof. Dr. phil. Petra Kolip

Prof. Petra Kolip ist seit Oktober 2000 Hochschullehrerin für Sozialepidemiologie mit dem Schwerpunkt Geschlecht und Gesundheit an der Universität Bremen und Mitglied des Zentrums für Feministische Studien der Universität Bremen. Geschlecht und Gesundheit, Evidenzbasierung in Prävention und Gesundheitsförderung sowie Gesundheitsberichterstattung sind ihre Arbeitsschwerpunkte. Prof. Petra Kolip ist Mitglied in diversen Beiräten, so u.a. im wissenschaftlichen Beirat der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung – BZgA, und im Beirat der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz. Für die Universität Bremen gehört sie dem Vorstand der neu gegründeten Landesvereinigung für Gesundheit Bremen an. Seit Januar 2005 ist Prof. Petra Kolip Geschäftsführende Direktorin des Instituts für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen und Hochschullehrerin der Abteilung Prävention und Gesundheitsförderung.

Kontakt: kolip@uni-bremen.de

PUBLIKATIONEN

Frauen nicht teurer als Männer – Ergebnisse aus dem GEK-Arzneimittel-Report 2005

Das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) hat erkennbar Spuren in der Arzneimittelversorgung hinterlassen. Dies zeigen die Ergebnisse des GEK-Arzneimittel-Reports 2005, der am 14. Juni 2005 in der Bundespressekonferenz zusammen mit Gesundheitsministerin Ulla Schmidt der Öffentlichkeit vorgestellt wurde. Was hat sich gegenüber 2003 verändert? Die Ausgaben der GEK bei den Arzneimitteln sanken um 5,2%, die Menge um 22% – die einzelne Verordnung wurde also teurer. Der Ausgabenanteil der Arzneimittel mit zweifelhaftem Nutzen sank von 5,7% im Jahre

2003 auf 4,4% im Jahre 2004 – Folge der Ausgliederung von nicht-verschreibungspflichtigen Mitteln aus der Verordnungsfähigkeit, die vielfach in die Gruppe der umstrittenen Mittel gehören (z.B. Mittel gegen Durchblutungsstörungen, Mittel gegen Nervenschädigungen oder Magenmittelkombinationen mit Enzymen). Nach wie vor ärgerlich bleibt der hohe Anteil von neuen teuren Mitteln ohne therapeutischen Fortschritt – marginale Veränderungen, aber maximale Preise. Auch der Anteil von Generika ist noch um mindestens 10% ausbaufähig – von 75% auf 85% bei den generikafähigen Wirkstoffen. Einsparpotenzial insgesamt rund 13 – 15% – bezogen auf die gesamte Gesetzliche Krankenversicherung rund 3 Mrd. Euro. Ein besonderes Augenmerk galt den Verordnungsunterschieden zwischen Männern und Frauen. Kurz gefasst könnte man sagen: Frauen bekommen mehr Mittel für die Psyche, Männer mehr für den Körper! Mit einem Vorurteil konnte der GEK-Arzneimittel-Report aufräumen: Bei der GEK sind Frauen in der Arzneimittelversorgung nicht mehr teurer: Auf beide entfallen rund 285 Euro. Der Unterschied bleibt in den durchschnittlichen Mengen: 380 Tagesdosierungen für die Frauen, 350 für die Männer bedeuten, dass Frauen mit den billigeren Mitteln behandelt werden.

Gerd Glaeske, Katrin Janhsen (2005)

GEK-Arzneimittel-Report, GEK-Edition, Band 36,
327 Seiten



Mammografie Screening – Was MultiplikatorInnen vor Ort wissen sollten

Zum Thema Mammografie Screening bietet diese Broschüre BeraterInnen und MultiplikatorInnen eine Zusammenfassung wissenschaftlicher Informationen und gibt auf der Grundlage der Bremer Erfahrungen als Mammografie-Screening-Modellregion Empfehlungen, wie sich der Ablauf des Screenings vor Ort mitgestalten lässt. Die Broschüre, finanziert von der GEK, wird herausgegeben von der Ärztekammer Bremen und vom Institut für Public Health und Pflegeforschung der Uni Bremen und kann unter www.public-health.uni-bremen.de herunter geladen werden. Sie kann auch mit frankiertem und adressiertem Rückumschlag (DIN-A4) bestellt werden unter: IPP Bremen, Geschäftsstelle, Universität Bremen, FB 11, Postfach 330440, 28334 Bremen.



Aktuelle Veröffentlichungen am IPP

Altgeld, T. & Kolip, P. (2004) Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, K., Klotz, T., Haisch, J. (Hrsg.), Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Hans Huber, 41-51.

Bucksch, J., Kolip, P., Deitermann, B. (2004) Reporting on postmenopausal hormone therapy: An analysis of gynaecologists' web pages. Medical Informatics and the Internet in Medicine, 29, 211-220.

Darmann, I. (2004) Didaktik der personenbezogenen Dienstleistung in den Berufsfeldern Gesundheit und Pflege – Theoretische Ansätze, Forschungsergebnisse und Konsequenzen für die Lehrerbildung. In: Fegebank, B., Schanz, H. (Hrsg.), Arbeit – Beruf – Bildung in Berufsfeldern mit personenbezogenen Dienstleistungen. Hohengehren Baltmannsweiler: Schneider, 77-94.

Darmann, I. (2004) Problemorientiertes Lernen – Transfer durch die Erweiterung von Situationsdeutungen (Manuskript). www.PR-INTERNET.com für die Pflege, 6 (9): 461-467.

Darmann, I. & Boonen, A. (2004) Praxisnahes Lernen in der Fachweiterbildung Anästhesie- und Intensivpflege. intensiv, Fachzeitschrift für Intensivpflege und Anästhesie, 12 (6): 290-296.

Darmann, I. & Keuchel, R. (2005) Berufswissenschaftliche Forschung in den Berufsfeldern Gesundheit und Pflege. In: Rauner, F. (Hrsg.), Handbuch der Berufsbildungsforschung. Bielefeld: Bertelsmann, 175-181.

Darmann, I. (2005) Pflegeberufliche Schlüsselprobleme als Ausgangspunkt für die Planung von fächerintegrativen Unterrichtseinheiten und Lernsituationen. www.PR-INTERNET.com für die Pflege, 7 (6): 329-335.

Görres, S. & Martin, S. (2004) Prävention und Rehabilitation. In: Kruse, A., Martin, M. (Hrsg.), Enzyklopädie der Gerontologie. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber, 462 – 476.

Görres, S. & Friesacher, H. (2005) Der Beitrag der Soziologie für die Pflegewissenschaft, Pflegetheorien und Pflegemodelle. In: Schroeter, K. R., Rosenthal, T. (Hrsg.), Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven. Weinheim: Juventa, 33-50.

Görres, S. & Martin, S. (2005) Der Pflegeforschungsverbund Nord. Optimierung des Pflegeprozesses durch neue Steuerungsinstrumente. Pflege & Gesellschaft, 1: 31-44.

Görres, S. & Stöver, M. (2005) Relevanz und Nutzen der Evaluation von Modellprojekten in der Pflegeausbildung. Die Evaluation des Modellprojektes »Integrative Pflegeausbildung: Das Stuttgarter Modell« als Beitrag zu Nachhaltigkeit und zum Transfer von Innovationen. Pflege-magazin, 1: 32-39.

Heitmann, C. & Dören, M. (2005) Phyto-Estrogene. In: Braendle, W. (Hrsg.), Das Klimakterium. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH, 267-280.

Keuchel, R. (2005) Bildungsarbeit in der Pflege. Bildungs- und lerntheoretische Perspektiven in der Pflegeausbildung (Diss.: Universität Bremen), Lage: Jacobs Verlag.

Kolip, P. (2004) Der Einfluss von Geschlecht und sozialer Lage auf Ernährung und Übergewicht im Kindesalter. Bundesgesundheitsblatt, 47: 235-239.

Kolip, P. & Güse, H.-G. (2004) Kurzzeitpflege nach Krankenhausaufenthalt: Einflussfaktoren auf die Entlassung in die eigene Häuslichkeit. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 37: 231-239.

Kolip, P. & Glaeske, G. (2004) Zur Problematik der Verordnung von Schmerz-, Schlaf- und Beruhigungsmitteln in Deutschland. Abhängigkeiten, 10 (2): 65-74.

Lademann, J. (2005) Bedeutung von Home Care für die Versorgung schwer chronisch Kranker. In: von Reibnitz, C., Hagemeyer, O. (Hrsg.), Home Care ein Versorgungskonzept der Zukunft, Heidelberg: Economica, 77-91.

Sayn-Wittgenstein, F. zu, Kolip, P., Schücking, B., Bauer, N., Ellerbrock, B., Kehrbach, A., Rahden, O. von, Siebe, A. (2005) Der Verbund Hebammenforschung: Gesundheitsförderung im Geburtsprozess. Pflege & Gesellschaft, 10: 3-16.

Neuerscheinungen Herbst 2005

Görres, S., Krippner, A., Stöver, M., Bohns, S. (Hrsg.) (2005) Pflegeausbildung von morgen – Zukunftslosungen heute. Das Modellprojekt Integrierte Pflegeausbildung in Bremen im Diskurs. Wissenschaftliche Beiträge und praktische Erfahrungen. Lage: Verlag Hans Jacobs.

Görres, S., Roes, M., Mittnacht, B., Biehl, M., Klün, S. (2005) Nationale Genese, Grundstruktur und strategische Ausrichtung der Qualitätsentwicklung in verschiedenen Betreuungssystemen für Menschen mit Pflege- und Hilfebedarf (Hrsg. Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen e.V.). Heidelberg: C.F. Müller Verlag.

Hasseler, M. & Görres, S. (2005) Was Pflegebedürftige wirklich brauchen... Zukünftige Herausforderungen an eine bedarfsgerechte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung. Pflegebibliothek – Berliner Schriften. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.

Schnabel, M. (2005) Umgang mit Demenzkranken. Entwicklung eines Lernfeldes auf Basis empirischer Daten aus der Berufspraxis der Pflege. Pflegebibliothek – Bremer Schriften. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.

VERANSTALTUNGEN

Summer School of Public Health 9. – 15. September 2005

Pflege: Fürsorge, Dienstleistung, Wissenschaft – Wohin entwickelt sich die Pflegelandschaft?

In diesem Jahr wird bereits die 10. Summer School of Public Health Delmenhorst in Kooperation zwischen der Stadt Delmenhorst und der Universität Bremen, dieses Mal mit dem neu gegründeten Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP Bremen), veranstaltet. Mittlerweile ist diese Fachtagung zu einem festen Bestandteil eines regionalen gesundheitspolitischen Diskurses zwischen Wissenschaft und Praxis geworden.

Determinanten der Veränderungen im Arbeitsfeld Pflege sind die demografische Entwicklung, die Verwissenschaftlichung und die zunehmende Öko-

nomisierung der Pflege. In dieser Summer School werden sowohl die aus diesen Veränderungen resultierenden Entwicklungsperspektiven als auch die unterschiedlichen Facetten der pflegerischen Beziehung als Kern pflegerischen Handelns untersucht. Darüber hinaus werden aktuelle praxisnahe Themen aufgegriffen, wie Konzepte zur Pflege von alten und dementiell erkrankten Personen, Case-Management und Expertenstandards. Zu Wort kommen Experten aus Wissenschaft und Forschung, aus Politik und Verbänden sowie Anbieter und Nutzer des Gesundheitssystems.

Prof. Dr. Ingrid Darmann / Hildegard Jansen-Bitter

Telefon: 0421 218-3059 / -2016, Fax: 0421 218-8150

Mail: suschool@uni-bremen.de

www.summerschool-del.uni-bremen.de



Bremer Pflegewissenschaftliches Forum

Mit der Initiative »Bremer Pflegewissenschaftliches Forum« des Studiengangs »Lehramt Pflegewissenschaft« der Universität Bremen wurde bereits im Wintersemester 2004/2005 eine Veranstaltungsreihe eröffnet, in der herausragende Diplomarbeiten der Studierenden einer breiten Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden sollen. Wesentliche Ziele des neu gegründeten Diskussionsforums bestehen in der Förderung des Dialogs zwischen Wissenschaft und

Praxis sowie des interdisziplinären Diskurses. Der Fokus der Veranstaltungsreihe »Bremer Pflegewissenschaftliches Forum« im SS 2005 lag auf den Themen »Kooperation zwischen Pflege und Medizin« sowie »Organisationslernen und Wissensmanagement«.

Veranstaltungstermine und Abstracts

finden Sie auf der Homepage unseres Studiengangs:

www.pflege.uni-bremen.de

Health Care and Quality – Challenges of Gender Equality and Consumer Involvement

Internationaler Kongress 17. – 18. November 2005 in Berlin

Mit dieser Konferenz sollen neue Perspektiven in der Qualitätsdebatte eröffnet werden, die den Bedarf an standardisierten Programmen mit den Anforderungen an eine geschlechtergerechte Versorgung und PatientInnenorientierung zusammenbringen. Ziel ist es, die Geschlechterperspektive und die Vielfalt der Bedürfnisse der Nutzerinnen von Versorgungsleistungen in evidenzbasierten Standards zu berücksichtigen und diese Evidenz zurück in die Politik und Praxis zu transferieren. Die Veranstaltung bringt erstmals in Deutschland Politik und Praxis, Geschlechter-, Patien-

Innen- und Qualitätsforschung sowie internationale Expertise in der Regulierung von Gesundheitssystemen zusammen, um neue Ansätze zur Verbesserung der Versorgungsqualität zu diskutieren.

Organisation: Gerd Glaeske, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) und Ellen Kuhlmann, Zentrum für Sozialpolitik (ZeS), Universität Bremen.

Information und Anmeldung:

Elke Anna Eberhard, Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik (ZeS), Telefon: 0421 218-7269,

Mail: healthcongress@zes.uni-bremen.de,

www.health-quality-gender.de

IMPRESSUM

Herausgeber: Direktorium des Institutes für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen

Redaktion: Prof. Dr. Stefan Görres, Prof. Dr. Petra Kolip, Heike Mertesacker, Corinna Schach

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

Gestaltung: Patel Grafik Design, Bremen

Druck: Merlin Druckerei GmbH, Bremen

Bildnachweis: Titel: Mark Patel, Seite 5: IPP Bremen, Seite 6: IPP Bremen, Seite 10: HBE-Holding Bremer Entsorgung GmbH & Co. KG, Seite 14: IPP Bremen, Wort & Bild Verlag/Frommann, Seite 16: Digital.Stock

Erscheinungsweise: 2x jährlich

Redaktionsschluss: 15.06.2005