



ipp info

Institut für Public Health
und Pflegeforschung
Universität Bremen
Fachbereich 11

02

IM FOKUS

NutzerInnenorientierung im Gesundheitswesen

INHALT

Schwerpunktthema | Seite 2 – 11

Neuerscheinungen | Seite 5, 9, 11, 15

Neues aus den Studiengängen | Seite 12

Projekte am IPP | Seite 13

Aktuelles | Seite 14

Buchbesprechung | Seite 15

Veranstaltungen | Seite 16

NutzerInnenorientierung fördert Qualität und Effizienz Für mehr sachgerechte Information und Beteiligung im Gesundheitssystem

Das Problem ist seit langem bekannt: Bürgerinnen und Bürger, die zu Patienten 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, ihre Krankheit zu bewältigen oder ihnen trotz einer schweren und chronischen Erkrankung ein erträgliches Leben zu ermöglichen. Die ohne Krankheit bei vielen Menschen so sichtbare soziale Kompetenz und Selbstbestimmung schwindet, wenn Krankheit zu einem drohenden Risiko wird, selbst Scharlatanerie und Humbug finden ihre Patienten. Die Medizin »lebte« mit dieser Art Behandlung von Patienten, die weniger auf Verständnis und Einbindung, sondern mehr auf ein hierarchisch organisiertes Expertentum setzt, 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 auf den Abschluss und die Honorierung von Behandlungsverträgen mit Ärzten, 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 NutzerInnenorientierung und Patientensouveränität kaum entwickeln. Hinzu kommt, dass bei der bisher geübten traditionellen Patienten-Mitbestimmung der Laie auf Experten-Bewertungen angewiesen war. Notwendig sind daher innovative Informationssysteme, die den Nutzern des Systems und Patientinnen und Patienten medizinische Erkenntnisse in geprüfter Form zugänglich und verständlich machen können – »Gegenöffentlichkeit« gegen eine allgegenwärtige Vermarktung der immer wieder neuen oder zumindest angeblichen Erfolge und Möglichkeiten in der Medizin. Für eine solche sachgerechte Information und Beteiligung der Nutzerinnen und Nutzer des Gesundheitssystems gibt es eine Reihe von Gründen, auf einige hat der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen bereits 2003 hingewiesen:

■ Gleichzeitige Über- wie Unterversorgung im Gesundheitswesen. Hier sind verständliche Erläuterungen notwendig, warum die z.T. liebgewordene Überversorgung z.B. mit Tranquillizern, Hormon-

präparaten in den Wechseljahren oder monatlichen »Babyfotos« während einer Schwangerschaft und Unterversorgung z.B. bei der notwendigen Therapie mit Mitteln zur Blutdrucksenkung abgebaut werden muss.

■ Der wachsende Stellenwert der Behandlung chronischer im Vergleich zu akuten Erkrankungen und die wachsenden Angebote zur Früherkennung von Krankheiten. Die Behandlung chronischer Erkrankungen setzen nicht nur die sorgfältige und dauerhafte Therapie durch Ärztinnen und Ärzte voraus (Persistence), sondern auch die »Therapietreue« (Compliance) auf Seiten der Patientinnen und Patienten, erst dann kann eine hohe Qualität in der Behandlung sichergestellt werden. Bei den Früherkennungsmaßnahmen müssen die Ziele und Möglichkeiten verstanden werden. Hierzu bedarf es aber einer verständlichen Kommunikation (siehe z.B. die Beiträge von I. Mühlhauser, F. Gerlach und M. Kochen in diesem Info).

■ Die wachsende Verantwortung der Nutzer für Gesundheitskosten. Nur wenige der neuen und zumeist teuren Arzneimittel haben einen Vorteil (siehe Vioxx oder Lipobay).

■ Die Erkenntnis, dass Gesundheitsergebnisse sich verändern, wenn Patientinnen und Patienten über mehr Information verfügen. Hinweise darauf, ►

Fortsetzung von Seite 1

dass durch mangelnde Compliance ein Schaden von rund 6-7 Mrd. Euro in unserem System entsteht, aber auch ein Schaden für die Patientinnen und Patienten selber, weil die therapeutischen Möglichkeiten nur unzureichend genutzt werden, machen den Zusammenhang zwischen Information und Gesundheitsergebnissen deutlich.

Eine Stärkung der NutzerInnenorientierung bzw. der Patientensouveränität im Gesundheitswesen und eine stärkere Beachtung der Anforderungen an eine verständliche Bürgerinformation mit dem Ziel der Partizipation können daher auch ein wirksames Präventionsangebot zur Vermeidung von Patientenbelastung und Ineffizienzen in der medizinischen Versorgung darstellen. Patientensouveränität kann sich aber 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 Ärzte auch sein mag: Denn in einem derartigen qualitätsorientierten Leistungswettbewerb werden die Anbieter für die Patienten unterscheidbar – das ist schlecht für die weniger guten und gut für die besseren! (siehe auch den Beitrag von H. Kühn-Mengel in diesem Info). NutzerInnenorientierung und Patientensouveränität haben erst dann einen wichtigen Stellenwert erreicht, wenn sie tatsächlich steuernde Wirkungen auf Anbieter und Angebote entwickeln und akzeptiert werden als mitbeteiligte Instanz in der Organisation der medizinischen Versorgung, sowohl im individuellen Bereich wie auch global im Gesundheitssystem. Es war daher nur konsequent, den Ratschlägen des Sachverständigenrates zu folgen und mit dem GKV-Gesundheitsmodernisierungsgesetz eine »dritte Bank« für Patientenvertreter neben der Bank für die Ärzte und die Krankenkassen im Gemeinsamen Bundesausschuss zu schaffen – diese dritte Bank ist kein Zugeständnis, sondern eine Selbstverständlichkeit, schließlich geht es um die Behandlung von Patientinnen und Patienten durch die »Dienstleister« Ärzte und die »Vermittler« Kran-

kenkassen (siehe auch den Beitrag von S. Etgeton in diesem Info). Gesundheitsinformationen und Transparenz im Gesundheitssystem bilden die Basis für eine wirksame und sachgerechte NutzerInnenorientierung – die Forschung insbesondere im Bereich Public Health muss diese Perspektive stärker berücksichtigen und Bündnisse mit den Nutzern und Patienten suchen, damit mehr »Gegenöffentlichkeit« in ein System gebracht wird, das über viele Jahrzehnte von den Interessen der Anbieter wie Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäusern und pharmazeutischer Industrie dominiert war: Erst dann wird es zu einem Wettbewerb um Qualität der Angebote, Leistungen und Qualifikation kommen, und wenn der endlich einmal zugunsten der NutzerInnen und PatientInnen ausfällt, so wäre dies nicht nur zu tolerieren, sondern sogar erwünscht!

Prof. Dr. Gerd Glaeske

Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Mail: gglaeske@zes.uni-bremen.de

SCHWERPUNKTTHEMA**Nichts ist so gut, dass es nicht verbessert werden kann!**

Es ist richtig, dass in Deutschland eines der weltweit besten Gesundheitssysteme existiert, aber auch eines der teuersten. Eine jüngst veröffentlichte Studie¹, in der schwer erkrankte Menschen aus Kanada, Australien, Neuseeland, Großbritannien, den USA und Deutschland zu den jeweiligen Gesundheitssystemen befragt wurden, zeigt deutlich, dass dem deutschen Gesundheitswesen in den meisten Einzelaspekten eine hohe Qualität bescheinigt wird, dennoch wünschen sich Patienten grundlegende Reformen.

Information, Qualität und Beteiligung

Bei allen Versuchen, eine wirtschaftlich vertretbare Versorgung mit medizinisch notwendigen Behandlungen und Therapien zu erreichen, darf aber nicht ausschließlich die monetäre Argumentation im Vordergrund stehen. Zwar stellen die Patienten die größte Akteursgruppe im gesundheitspolitischen Verhandlungsrahmen dar, aber ihre Beteiligungsrechte waren lange begrenzt. Hier besteht Handlungsbedarf: so wurden im GKV-Gesundheitsmodernisierungsgesetz erste Ansätze implementiert, um die Position der Patienten zu stärken. Dies geht einerseits über bessere Information und Transparenz im Gesundheitswesen, weiterhin durch eine konsequente

Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung und schließlich mit einer aktiveren Beteiligung der Patienten im Entscheidungsprozess.

Der Sechs-Länder-Vergleich zeigt Defizite im deutschen Versorgungssystem auf. Besondere Unzufriedenheit herrscht bei Patienteninformation und bei der Koordination zwischen Leistungsebenen. Diese Hinweise muss vor allem das behandelnde medizinische Personal ernst nehmen, schließlich geben 61% der deutschen Patientinnen und Patienten an, dass ihr Arzt oder ihre Ärztin sie nicht immer über Behandlungsalternativen aufklärt und nach ihrer Meinung fragt. 46% der Befragten geben an, dass sie von ihrem Arzt oder ihrer Ärztin selten oder nie die Behandlungsziele erklärt bekommen. Hier sind Verbesserungen gefordert, denn Patienten wollen nicht nur wissen, warum ihre Ärzte gerade so und nicht anders behandeln, sie haben auch ein Recht darauf, krankheitsbezogene Informationen zu erhalten. In einem gesunden Verhältnis zwischen Arzt und Patient muss Transparenz vorherrschen. Leitlinien für Diagnostik und Therapie müssen in einer dem Patienten verständlichen Sprache erklärt werden. Erfahrungen zeigen hier, dass eine Einbeziehung des Patienten in den Behandlungsprozess eine wesentlich

höhere Therapietreue (Compliance) mit sich bringt.

Über 60% der Patientinnen und Patienten berichten über eine mangelhafte Koordination bei der Entlassung aus dem Krankenhaus. Das heißt, dass der Übergang vom stationären in den ambulanten Bereich besser organisiert werden muss. Viel zu selten bekommt der Patient bei der Entlassung einen »Verhaltensfahrplan« – zu viele Fragen bleiben offen: »wer ist der nächste Ansprechpartner?«, »wie geht die Nachbehandlung weiter?« oder »welcher Arzt bekommt die Krankenhausberichte?«. Ausdruck von Koordinationsproblemen sind auch die sich in Deutschland häufenden Doppeluntersuchungen: Ein Fünftel der Patienten gab an, dass Ärzte überflüssige diagnostische Tests angeordnet hatten, die bereits anderswo durchgeführt worden waren. An dieser Stelle könnte man nicht nur oft schmerzhafte und unangenehme Wiederholungsuntersuchungen vermeiden, es könnten gleichermaßen Kosten eingespart werden.

Diese Beispiele zeigen, dass eine zukünftige Verbesserung der Versorgung im Gesundheitswesen nur mit einer stärkeren Nutzerorientierung einhergehen kann. Eine bessere Orientierung an den Interessen der Patienten kann in folgenden Punkten erreicht werden:



Langfristige Erfolge für die Gesundheitsversorgung werden entscheidend davon abhängen, ob und in welchem Umfang es gelingt, den Setting-Ansatz der WHO in den Lebenswelten zu etablieren. Schule, Kindergarten, Senioreneinrichtung, Betrieb stehen beispielhaft für die Bereiche, in denen Menschen neben ihrem privaten Lebensumfeld die meiste Zeit verbringen.

Diese Settings bergen zwei entscheidende Vorteile für die Verbesserung der Versorgung: Zum einen werden die Menschen gut erreicht. Die Informationsangebote sind niederschwellig, es brauchen keine größeren individuellen Hürden überwunden zu werden. Zum anderen – und dies ist der noch größere Vorteil – kann die Lebenswelt verändert werden, indem dort alle Beteiligten und Gruppen in einem gemeinsamen Prozess die zur Gesundheitsförderung notwendigen Veränderungen definieren und gemeinsam umsetzen.

Partizipative Entscheidungsfindung – zwei Experten

Im Jahr 2001 wurde vom Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung ein Förderschwerpunkt gegründet mit dem Ziel, anwendungsorientierte Forschungsprojekte zu unterstützen, die sich in unterschiedlichen Krankheitsbereichen auf die verstärkte Einbeziehung von Patienten in den medizinischen Entscheidungsprozess konzentrieren. Diese Einbeziehung wird als partizipative Entscheidungsfindung (shared decision making) bezeichnet. Damit wird die traditionell ungleiche Verantwortungsteilung der Arzt-Patient-Interaktion überwunden. Patient und Arzt sollen unter gleichberechtigter aktiver Beteiligung und auf Basis geteilter Information zu einer gemeinsam verantworteten Übereinkunft kommen, mit hervorragenden Ergebnissen: Partnerschaftliche Entscheidungen von Arzt und Patient führen zu einer aktiveren Krankheitsbewältigung und zu nachweislich besseren Behandlungsergebnissen.

Der Arzt tritt nun nicht mehr als paternalistischer »Halbgott in Weiß« auf, sondern hilft dem Patienten, seine Wertvorstellungen, Präferenzen und Wünsche zu konkretisieren und zu artikulieren. Der Arzt bleibt Experte für das Wissen, der Patient wird als Experte für seine Präferenzen anerkannt.

Best Practice

Über 70% aller Patienten würde auf der Suche nach einem Arzt oder Krankenhaus Qualitätsberichte mit Angaben über deren Leistungen zu Rate ziehen. Um diesem Bedürfnis gerecht zu werden, sind niedergelassene Ärzte und v.a. Krankenhäuser nach § 135ff 5. Sozialgesetzbuch (SGB V) zu Qualitätssicherung verpflichtet. Patientenorientierung fängt also schon lange vor der eigentlichen medizinischen Behandlung

an: Patienten wollen vergleichende Informationen und sie sind zunehmend in der Lage, dieses Wissen auch in ihrem Sinne anzuwenden.

Sicherlich ist Qualitätssicherung ein Instrument, Mängel und Schwächen in der Versorgung aufzudecken. Es geht aber nicht darum, schlechte Leistungen auf medizinischer Seite zu bestrafen; vielmehr will man erreichen, dass die »Besten« zum Vorbild werden. Nach dem Modell des »best practice« soll eine flächendeckende qualitativ hochwertige Versorgung erreicht werden.

Unterstützung für Patientenberatung

Die Patienten in ihren Rechten zu stärken heißt aber auch, sie in die Pflicht zu nehmen. Von politischer Seite ist ein Engagement von Patientinnen und Patienten in Verbraucher- und Patientenberatungsstellen gewollt. Unter der Zielsetzung, die Selbstbestimmung und Selbstverantwortung der Patientinnen und Patienten zu achten, ihre Eigenkompetenz zu stärken sowie ihnen einerseits überflüssige diagnostische und therapeutische Maßnahmen zu ersparen, andererseits aber Defizite in der Versorgung zu beseitigen, wurde über § 65b SGB V die modellhafte Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung festgelegt. Seit Juli 2001 finanzierten die Spitzenverbände der Krankenkassen jährlich mit über 5 Mio. Euro 30 Modellvorhaben. Die Ergebnisse dieses gesetzlich verankerten Zusammenwirkens von Politik, Selbstverwaltung und Patienten sind durchaus positiv, wobei eine bundesweit gut funktionierende Beratung noch nicht gegeben ist.

Meine bisherigen Erfahrungen als Patientenbeauftragte der Bundesregierung zeigen: Die Stärkung der Patienteninteressen, insbesondere auch die Informations- und Entscheidungsmöglichkeiten, muss fortgesetzt werden. Die Politik hat in den letzten Jahren wichtige Ansätze durchgesetzt, dieser Weg muss konsequent weiter verfolgt werden.

¹ Studie unter: www.cmf.org/publications/publications_show.htm?doc_id=313012, weitere Informationen: Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (www.iqwig.de)

Helga Kühn-Mengel, MdB

Patientenbeauftragte der Bundesregierung

Bundesministerium für Gesundheit BMG, Berlin,

Mail: Helga.Kuehn-Mengel@BMG.Bund.de

Patienteninformation stärkt Patienten

Es ist hinlänglich bekannt, dass Gesundheit und Gesundheitsverhalten auch von Schichtzugehörigkeit, Einkommenslage, Bildungsstand, Arbeitslosigkeit sowie Wohn- und Umweltbedingungen abhängt. Die Wechselwirkung von Armut und Gesundheit und die damit korrelierende Größe Information und Gesundheit wurde durch empirische Studien belegt. Es muss gelingen, auch durch gezielte und der breiten Bevölkerung zugängliche Patienteninformation die Benachteiligung sozial schwächer gestellter Bevölkerungsteile zu verringern. Das Ziel einer Patienteninformation muss daher eine Stärkung der Patienten sein. Gesundheitliche Aufklärung und Information sind die Schlüssel zur Erreichung dieses Ziels, sie sind das Mittel z.B. kompetent zwischen Wahlmöglichkeiten bei der Therapie entscheiden zu können.

Lebensweltorientierte Angebote und Prävention

Der niederschwellige Zugang zu Gesundheitsleistungen muss verbessert werden. Oftmals sind Angebote nur schlecht erreichbar oder es bestehen Hemmnissen, sich in eine fremde Umgebung zu begeben. Die heute erst im Ansatz bestehenden lebensweltorientierten Angebote müssen deutlich ausgebaut werden.

Nutzerorientierung im Gesundheitswesen

Patienten- und Verbrauchersouveränität im Gesundheitswesen

Im deutschen Gesundheitswesen sind in den letzten Jahrzehnten in immer mehr Bereichen Wahlmöglichkeiten für Patienten und Versicherte eröffnet worden. Die freie Arztwahl wurde – zumindest in der *gesetzlichen* Krankenversicherung – durch das Kassenwahlrecht ergänzt. Einschnitte im Leistungskatalog, aber auch das gesteigerte Gesundheitsinteresse der Bevölkerung haben dazu geführt, dass ganze Bereiche der gesundheitlichen Versorgung sowie Angebote der Risikoversorge heute auf einem boomenden Gesundheitsmarkt von immer mehr Verbrauchern in Anspruch genommen werden. Wo Märkte entstehen, da entwickeln sich entsprechende Verbraucherinteressen nach mehr Transparenz, einem besseren Preis-Leistungsverhältnis und erhöhter Nutzerorientierung.

Wer mündige Patienten und Verbraucher im Gesundheitswesen will, braucht transparente Märkte, auf denen ein informationelles Gleichgewicht zwischen Anbieter- und Nachfrageseite besteht. Verbraucherinnen und Verbrauchern muss es möglich sein, selbstbestimmt und eigenverantwortlich zu entscheiden. Daher bedarf es einer umfassenden Transparenz über die Produktionsweise, die Eigenschaften und die Qualität von Waren und Dienstleistungen. Das gilt auch im Gesundheitswesen, zumindest dort, wo Verbraucher in ihrer Rolle als Patienten, Versicherte oder Kunden die Wahl zwischen verschiedenen Anbietern haben oder von Systementscheidungen unmittelbar betroffen sind. Die Qualität der Leistungsangebote muss ebenso transparent gemacht werden wie die der Verträge von Krankenkassen, z.B. im Rahmen der integrierten Versorgung. Die Studien der Pharmaindustrie über erwünschte und unerwünschte Wirkungen der von ihnen entwickelten Arzneimittel sind ebenso wenig als »Geschäftsgeheimnisse« unter Verschluss zu halten wie umgekehrt die tragenden Gründe der Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses darüber, ob dieses Medikament unter einen Festbetrag fällt oder nicht.

Ein aktuelles Beispiel für Transparenzdefizite ist die Qualitätssicherung im stationären Bereich. Die veröffentlichten Qualitätsberichte legen vor allem Struktur- und Prozessqualität offen. Daten zur Ergebnisqualität sollen nur für das interne Qualitätsmanagement genutzt werden und unter Verschluss bleiben, obwohl klar ist, dass die Wahlentscheidung der Patientinnen und Patienten bei planbaren Eingriffen eine immer größere Rolle spie-

len wird. Nur wenn Qualität transparent ist, werden Verbraucher bereit sein, die durch Spezialisierung weiter gewordenen Wege in Kauf zu nehmen. Den Wettbewerbsvorteil guter Qualität können Leistungserbringer aber nur nutzen, wenn die Qualitätsdaten in geeigneter Weise, d.h. vergleichbar und umfassend, offen gelegt werden. Darüber hinaus müssen die Indikatoren für Qualität sowohl im stationären wie im ambulanten Bereich, bei Ärzten wie bei Pflege- und Rehabilitationseinrichtungen unter Beteiligung der Patienten weiterentwickelt werden, damit die verfügbaren Daten die wirklich patientenrelevanten Faktoren auch berücksichtigen.

Patientenbeteiligung in der Gemeinsamen Selbstverwaltung

Die neue Mündigkeit der Patienten im Gesundheitswesen zeigt sich aber nicht nur auf der individuellen Ebene. Auch auf der Ebene der Strukturentscheidungen, wo es um die Gestaltung des Systems geht, wollen Patientinnen und Patienten mitreden. Seit 2004 sind daher Patientenvertreter an den Beratungen des Gemeinsamen Bundesausschusses mitberatend beteiligt. In der Vergangenheit waren die Entscheidungen des Bundesausschusses der Öffentlichkeit weitgehend entzogen. Die Möglichkeiten der Patientenvertreter, auf Richtlinien – und sei es auch nur durch Abgabe von Stellungnahmen – Einfluss zu nehmen, waren äußerst gering. Einige wenige Beschlüsse, wie der zu Viagra oder die langwierigen Verfahren zur Sondernahrung oder zur Methadonsubstitution, fanden den Weg in die mediale Berichterstattung. In der Fachöffentlichkeit, insbesondere bei den betroffenen Patientenorganisationen, wuchs der Unmut über das intransparente Verfahren und das gelegentlich paternalistische Gebaren des Bundesausschusses. Für eingesandte Stellungnahmen von Patientenseite gab es oft nicht einmal eine Empfangsbestätigung, geschweige denn eine fachliche Erwiderung. So entstand der Eindruck, dass der Bundesausschuss, der immerhin für den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung verantwortlich ist, in einer demokratisch nicht zureichend legitimierten Grauzone zwischen parlamentarischem Gesetzgeber, gewählter Exekutive, öffentlich-rechtlichen Körperschaften und den am Wettbewerb teilnehmenden Vertragspartnern (v.a. VertragsärztInnen) operiere.

Mit der Ausweitung der Kompetenzen des Gemeinsamen Bundesausschusses im Zuge der Gesundheitsreform 2004 hat sich die Frage nach der *Rechtfertigung* seiner Beschlüsse, die auch

Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Versorgung berücksichtigen sollen, verschärft. Eine der wesentlichen Aufgaben der Patientenvertretung ist es, bei den Entscheidungen des Bundesausschusses für mehr Transparenz und Nutzerorientierung zu sorgen. Das zeigte sich u.a. in den Diskussionen um die neue Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses. Eine schematische Anwendung des Ansatzes der »Evidence based Medicine« wäre unzureichend, um die Behandlungsqualität angemessen beurteilen zu können. Die Patientenvertreter haben sich daher massiv dafür eingesetzt, die Anforderungen an Studien zum Nachweis therapeutischen Nutzens an den jeweiligen Gegenstand anzupassen und alle verfügbaren Evidenzen zu nutzen. Dabei sollen Aspekte des Patientennutzens im Hinblick auf Lebensqualität, Alter und Geschlecht ebenso berücksichtigt werden wie besondere Versorgungsbedarfe von chronisch kranken und behinderten Menschen.

Die Zwischenbilanz nach einem Jahr der Beteiligung von Patientenvertretern an den Arbeiten und Entscheidungen des GBA ist insgesamt positiv. Sie zeigt jedoch auch Probleme und Schwachstellen auf, die es künftig zu beseitigen gilt. Generell hat die Patientenbeteiligung zu einer Veränderung der Kultur des Gremiums beigetragen. Durch die Einbeziehung einer weiteren Gruppe in die Beratungen wurden eingefahrene Diskussionsrituale durchbrochen. Indem die Patientenvertreter die Nutzerperspektive des Gesundheitswesens einbringen, kann die Patientenorientierung insgesamt verbessert werden. Die Patientenbeteiligung hat auch bei den Patientenorganisationen selbst zu Kompetenzzuwächsen geführt. Durch die Teilnahme an den Diskursen von Krankenkassen- und Ärztevertretern, die sich mit den Belangen von Patientinnen und Patienten unmittelbar auseinandersetzen müssen, gewinnen im Gegenzug auch die Patientenvertreter Einblicke in die der Bewertung medizinischer Leistungen zu Grunde liegenden Abwägungsprozesse.

Als größtes Problem hat sich nach einem Jahr die Frage der *Ressourcen der Patientenbeteiligung* erwiesen. Viele der benannten sachkundigen Personen nehmen das Mandat im Gemeinsamen Bundesausschuss ehrenamtlich in ihrer Freizeit wahr. Die einzelnen benannten Personen, aber auch die sie entsendenden Organisationen erhalten keine zusätzlichen Mittel für die Erfüllung ihres Mandates sowie die damit verbundene inhaltliche bzw. organisatorische Vor- und Nachbereitung.

Dr. Stefan Etgeton

Gesundheitsreferent beim Verbraucherzentrale Bundesverband e.V., Berlin, Mail: etgeton@vzbv.de

Gesundheitsinformationen nur für Patientinnen und Patienten?

Soziale und individuelle Elemente einer gut informierten Gesellschaft

Der Fokus vieler Forschungsarbeiten im Bereich der Patientenorientierung und Gesundheitsförderung richtet sich auf Zeiträume, in denen eine Entscheidung getroffen werden muss oder ein Patient nach Informationen sucht oder aktuell informiert wird. Der Schwerpunkt wird häufig auf das Beratungsgespräch gesetzt, auf das Verständnis von Informationen oder die Reaktion von Patienten auf eine Information. Aus praktischen Gründen werden die Endpunkte innerhalb eines relativ kurzen Zeitintervalls erfasst. Diese Forschungsrichtung konzentriert sich also auf eine Episode: die Interaktion zwischen zwei Personen oder zwischen einer Person und einem Informationsmedium.

So wichtig diese Forschungsrichtung ist, so sehr können derartige Studiendesigns jedoch die Möglichkeiten dynamischer und individualistischer Ansätze zur Erforschung der Wirkungen von Gesundheitsinformationen einschränken. Eine gut informierte Gesellschaft ist mehr als die Summe einer Reihe isolierter Episoden. Manchmal kann die Erforschung eines schmalen und isolierten Ausschnittes sogar irreführend sein.

Beispielsweise wird bei der Diskussion der Rolle des Internet im Zusammenhang mit Gesundheitsinformationen häufig der weitere soziale Kontext nicht berücksichtigt. Bekannt ist zwar, dass je nach Befragung zwischen 10 und 40 Prozent der Patienten das Internet nutzen, um nach Gesundheitsinformationen zu suchen. Bekannt ist aber auch, dass Laien, die im Internet nach Gesundheitsinformationen suchen, mindestens die halbe Zeit nach Informationen für andere und nicht für sich selbst suchen. Menschen unterstützen sich also gegenseitig bei der Informationssuche und bei der Interpretation der gefundenen Informationen – unabhängig von deren Quelle.

Wenn ein Patient beispielsweise Schwierigkeiten mit dem Verständnis einer bestimmten schriftlichen Information hat, reicht er sie wahrscheinlich herum, um Hilfe von anderen zu bekommen. Ein Cochrane Review zeigt etwa, dass Gespräche zwischen ÄrztInnen und PatientInnen im onkologischen Bereich, wenn sie auf Tonband aufgezeichnet und schriftlich zusammengefasst werden, in mehr als 80 Prozent der Fälle von mindestens einer weiteren Person neben dem Patienten gelesen oder abgehört wurden. Allerdings werden nicht alle Informationen weitergereicht. Dies vor allem dann nicht, wenn es sich um peinliche oder stigmatisierende Themen handelt. Um also Qualität und Quantität von Gesundheitsinformationen in einer Gesellschaft zu erfassen, ist es wichtig, zu verstehen, wie Informationen und einflussreiche Ratschläge zir-

kulieren. Und obwohl der Einfluss von medizinischen Experten, Journalisten und Menschen in Selbsthilfegruppen unbestritten stark ist, könnte der wichtigere Einfluss viel eher in der Familie oder im Freundeskreis liegen. Vor allem Frauen sind diejenigen, die am ehesten gezielt nach Gesundheitsinformationen suchen und sie lesen, auch im Internet.

Menschen ohne soziale Netzwerke sind auch im Bereich Gesundheitsinformationen in mehrfacher Weise benachteiligt. Die Tatsache, dass sie keine Informationen weitergereicht bekommen, ist einer dieser Nachteile. Ein schlechterer Zugang kann auch durch kulturelle und sprachliche Barrieren oder durch einen geringen Alphabetisierungsgrad bedingt sein. Diese Barrieren können nicht alleine durch die medizinische Konsultation oder durch die Bereitstellung von Information lediglich für den Patienten überwunden werden. Der Aufbau von Ressourcen im Bereich des Gesundheitswissens einer jeden Gesellschaft bedeutet daher, dass sich die Aufmerksamkeit nicht ausschließlich auf die Patienten richten darf. Diese Erkenntnis haben sich sowohl die Akteure im Bereich der Gesundheitsförderung als auch – aus vor allem ökonomischem Interesse – die Pharmawerbung bereits zu Nutze gemacht, zumindest in den Ländern, in denen, wie in den USA, diese Art der Werbung auch für rezeptpflichtige Mittel zugelassen ist.

Wir benötigen Daten über unterschiedliche Aspekte des Informationsgrades unserer Gesellschaft. Zu erforschen, was mit individuellen Patienten geschieht, ist daher zu kurz gedacht. Die Indikatoren, die eine Beurteilung des Grades an Gesundheitsinformation einer Gesellschaft ermöglichen, müssen teilweise noch entwickelt werden.

Gesundheitsinformationen können das Leben von Menschen retten oder verbessern. Dies geschieht auf individueller und auf kollektiver Ebene. Wir sollten daher in der Lage sein, die Qualität und Erreichbarkeit von Gesundheitsinformationen und die Verteilung des Gesundheitswissens zu beurteilen – sowohl bei Professionellen als auch bei der allgemeinen Bevölkerung. Dazu bedarf es praktikabler und routinemäßig eingesetzter Messinstrumente für die »kritischen Gesundheits- und Wissenschaftskennnisse« (engl. »Health Literacy«) in unserer Gesellschaft. Die beste Information sollte am leichtesten verfügbar und am »beliebtesten« sein. Wir brauchen Informationen, die auch in audio-visueller Form und in möglichst vielen Sprachen einer Gesellschaft zur Verfügung stehen, insbesondere auch für solche Menschen, die bezüglich der Gesundheitsfragen eine zentrale Position in

ihren Gemeinschaften einnehmen.

Gesundheitsinformation ist eine Form des sozialen Kapitals und ihre Verteilung könnte soziale Ungleichgewichte weiter verstärken; nicht nur in der offensichtlichen Weise, dass manche Menschen systematisch mehr und besser informiert werden als andere. Gesundheitsinformationen könnten darüber hinaus auch nicht intendierte Effekte haben, deren Konsequenzen wir mit unseren Evaluationsmethoden nicht erfassen können.

Zukünftig wäre es sinnvoll, zu messen, wie gut der Prozess der Entwicklung und Verbreitung von Informationen funktioniert. Diese so gewonnenen Erfahrungen müssen dann auch bei der Erstellung der Informationsmedien berücksichtigt werden.

Erzeugen wir wirklich die Informationen, die Patienten benötigen, um ihre Entscheidungen zu treffen und nicht nur solche Informationen, die Professionelle oder kommerzielle- und andere spezifische Interessensgruppen benötigen und möglicherweise sogar gegen die Entscheidungsautonomie der Patienten einsetzen? Um das sicher zu stellen, ist es erforderlich, ausreichend in qualitative Forschung zu investieren, um die Bedürfnisse und Erfahrungen der Menschen in unserem Gesundheitssystem zu erfassen und bei den Informationsangeboten zu berücksichtigen.

Hilda Bastian

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im

Gesundheitswesen, Köln, Mail: hilda.bastian@iqwig.de

NEUERSCHEINUNG

Uwe Helmert, Helge Schuhmann & Hildegard Jansen-Bitter (Hrsg.)

Souveräne Patienten? Die Wiederentdeckung des Patienten im 21. Jahrhundert

Ausgehend von der Überzeugung, dass die Qualität der Behandlung und die Patientensicherheit dort gestärkt werden, wo die Patienten dem Arzt auf gleicher Höhe gegenüberstehen, bedarf es neuer Anstöße zur Förderung von Patientenbeteiligung. Aber wie kompetent können – wollen – sollen wir als souveräne Patienten sein?

Die Autoren erörtern in diesem Buch aus ihren unterschiedlichen beruflichen Bezügen, welche Voraussetzungen geschaffen werden müssen, welche Um Denkungsprozesse notwendig sind und auf welche Strukturen wir bereits zurückgreifen können, um dieser neuen Patientenrolle gerecht werden zu können. Mit differenzierten Akzentsetzungen gibt dieses Buch einen Überblick zum Thema Patientensouveränität, sowohl für die Akteure als auch für die Nutzer des Gesundheitssystems.

MARO Verlag 2005, ISBN 3-87512-185-6

Patientenorientierung im DEGAM-Konzept zur Entwicklung, Verbreitung, Implementierung und Evaluation von Leitlinien für die hausärztliche Praxis

Die Anliegen von Patientinnen und Patienten, die im Gesundheitswesen naturgemäß eine wichtige, wenn nicht die wichtigste Rolle spielen, wurden bislang vorwiegend von kommerziellen Interessen wahrgenommen. Schon seit Jahren versucht die pharmazeutische Industrie – bislang außerhalb Europas – Patientinnen und Patienten über direkte Werbung auch für rezeptpflichtige Arzneimittel zu beeinflussen. (Mintzes et al.). Daneben bemühen sich pharmazeutische Konzerne gezielt um Selbsthilfeorganisationen von verschiedenen Patientengruppen (www). Gleiches, wenn auch mit anderen Zielen, strebt der britische National Health Service an, der Patienten Aspekte in die künftige Forschungsagenda integrieren möchte (Oliver et al.). Die gemeinsame Entscheidungsfindung von Patienten und Ärzten, eigentlich eines der Ziele in einem stärker nutzerInnenorientierten Gesundheitswesen, ist mehrfach in kontrollierten Studien untersucht worden (Edwards et al.). Aber auch dieses Ziel ist nicht immer frei von Interessen: So geraten Patienten zunehmend in den Fokus von Fachgesellschaften oder Berufsverbänden, die sich traditionell in erster Linie mit wissenschaftlichen Aspekten bzw. ökonomischen Interessen der eigenen Mitglieder befasst haben. Schließlich sollten auch bei der Erstellung von Leitlinien Patientenanliegen berücksichtigt werden, was aber bislang – zumindest im deutschsprachigen Raum – noch nicht in erforderlichem Ausmaß realisiert wurde.

Merkmale des DEGAM-Leitlinienkonzeptes

Leitlinien sind nach dem Verständnis der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) »... systematisch entwickelte Empfehlungen, die Grundlagen für die gemeinsame Entscheidung von Ärzten und deren Patienten zu einer im Einzelfall sinnvollen gesundheitlichen Versorgung darstellen.«

Leitlinien richten sich demnach an Ärzte und ihre Patienten, denen eine gemeinsame Entscheidung über eine im Einzelfall sinnvolle Versorgung ermöglicht werden soll. In diesem Sinne werden Leitlinien gelegentlich auch als ein »shared decision-support system« bezeichnet. Das Konzept der DEGAM zur Entwicklung, Verbreitung, Implementierung und Evaluation von Leitlinien für die hausärztliche Praxis (Gerlach) umfasst eine Reihe von Aspekten, die im deutschen Sprachraum bisher wenig beachtet bzw. realisiert worden sind. Dazu gehören neben der

selbstverständlichen Berücksichtigung der Prinzipien der »evidence-based-medicine« u.a. folgende Punkte:

- Die Beteiligung der späteren Anwender von Leitlinien ist essentieller Bestandteil des Zehnstufenplans. Eine kritische Beurteilung von Entwürfen erfolgt erstmals auf dem Wege einer Panel-Befragung von etwa 25 erfahrenen Allgemeinärzten/innen aus Forschung, Lehre und Praxis.
- Darüber hinaus wird in einem Praxistest bereits vor der Veröffentlichung die Praktikabilität und Akzeptanz der Leitlinien unter Praxisbedingungen durch Ärzte/innen, Praxismitarbeiter/innen und Patienten/innen beurteilt.
- Wichtige Leitlinieninhalte werden in Form von allgemeinen Patienten-Faltblättern und individuellen Infozepten auch in die Sprache von Patienten »übersetzt«.

Patientinnen und Patienten werden demnach bereits während der Leitlinienerstellung und später während des Praxistests beteiligt. Präferenzen des Patienten (»patient preferences«) können daher neben der evidenzbasierten Leitlinienempfehlung und der medizinischen (ärztlichen) Beurteilung der besonderen Bedingungen des Einzelfalls (»clinical judgement«) frühzeitig berücksichtigt werden.

Leitlinien können auf diese Weise dazu beitragen, mehr Klarheit bzw. Transparenz für Arzt und Patient zu schaffen und deren Kommunikation als vertrauensbildende Maßnahme zu fördern.

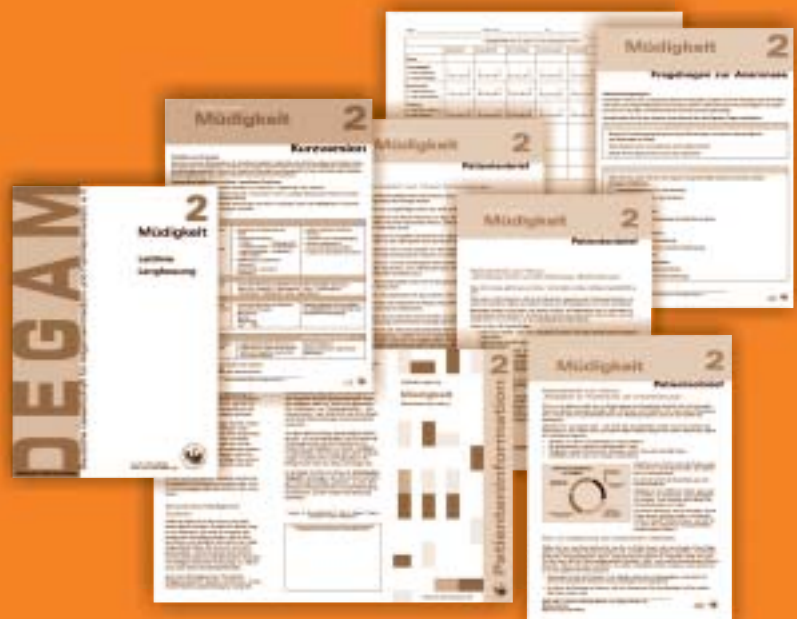
Patientenanliegen als Ausgangspunkt

Voraussetzung für die entscheidungsorientierende Funktion einer medizinischen Leitlinie ist oftmals, dass die Leitlinie nicht von einer bereits verifizierten Diagnose (z.B. »Bandscheibenvorfall«) sondern vom Patientenanliegen oder Behandlungsanlass (z.B. »Rückenschmerz«) ausgeht. Dies entspricht auch der hausärztlichen Arbeitsweise mit einem unausgewählten Patientenkollektiv.

Da Patienten im Sinne der eingangs dargestellten Leitlinien-Definition in die Lage versetzt werden sollen, gemeinsam mit ihrem Arzt eine informierte Entscheidung über eine angemessene Versorgung im Einzelfall zu treffen, ist es geradezu zwingend, wichtige Empfehlungen in die Sprache des Patienten zu übersetzen. Darüber hinaus haben Untersuchungen gezeigt, dass Informationsblätter für Patienten eine kosteneffektive Maßnahme zur Beeinflussung des gesundheitlichen Verhaltens von Patienten sind (Banks).

Jede DEGAM-Leitlinie besteht daher aus mehreren Modulen, die eine Implementierung der

ABBILDUNG 1
MODULE DER DEGAM-LEITLINIE »MÜDIGKEIT«



Empfehlungen im Praxisalltag unterstützen sollen. Abbildung 1 zeigt verschiedene Module am Beispiel der DEGAM-Leitlinie »Müdigkeit«.

Neben dem bereits umgesetzten Konzept zur Beteiligung von Patienten an ihren Leitlinien wird die DEGAM auch künftig daran arbeiten, die berechtigten Anliegen von Patientinnen und Patienten angemessen zu berücksichtigen.

Informationen unter www.degam-leitlinien.de sowie www.omikronverlag.de, Literatur als Zusatz zur

Internetversion dieses Newsletter unter www.public-health.uni-bremen.de.

Prof. Dr. med. Michael M. Kochen, MPH, FRCGP

Präsident der DEGAM, Mail: mkochen@gwdg.de

www.allgemeinmedizin.med.uni-goettingen.de

Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach, MPH

Sprecher der DEGAM-Sektion Qualitätsförderung

Mail: gerlach@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

www.allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

NutzerInnenorientierte Information zu Krebscreening

Kampagnen verhindern Aufklärung

Die meisten Amerikaner finden, dass Krebsfrüherkennung fast immer von Nutzen ist. So meint ein erheblicher Anteil der US Bürger, dass selbst noch eine 80-jährige Frau unverantwortlich handelt, wenn sie nicht mehr am Mammographie-Screening teilnimmt. Die Menschen sind bereit Leid zu ertragen, nur um zu erfahren, ob sich in ihren Körpern Hinweise auf Krebs finden oder nicht. Denn: Fast die Hälfte der Bürger, die schon einmal ein falsches Testergebnis bei einer Untersuchung auf Krebs hatten (»Fehlalarm«), beschreiben dieses Erlebnis als »eine schreckliche oder gar die schrecklichste Zeit ihres Lebens«. Auch wenn nur Krebs gefunden wird, der sich ohne Vorsorgeuntersuchung niemals bemerkbar gemacht hätte, würden die meisten US Bürger an der Untersuchung teilnehmen.

Auch in Europa haben Bürger falsche Vorstellungen über Krebsvorsorge. In Ländern wie Großbritannien, Italien und der Schweiz, glauben etwa 70% der Frauen, dass durch Teilnahme am Mammographie-Screening Brustkrebs verhindert oder zumindest das Risiko dafür vermindert werden kann. Auch der mögliche Nutzen des Screenings wird erheblich überschätzt. Erstaunlicherweise sind diese Irrtümer besonders häufig in Regionen, in denen es nationale Mammographie-Screening Programme gibt.

Alle Screeningprogramme schaden

»Alle Screening-Früherkennungsprogramme schaden; manche können auch nützen. Der Schaden tritt sofort auf, für den Nutzen braucht es länger, bis er sichtbar wird. Daher ist die erste Wirkung jeden Programms, auch wenn es ein nützliches ist, dass es die Gesundheit der Zielgruppe verschlechtert. (...) Ein Screeningprogramm ohne falsch positive Befunde übersieht zu viele Fälle, um wirksam zu sein. (...) Ein Screeningprogramm ohne falsch negative Befunde verursacht zu großen Schaden

an der gesunden Bevölkerung. (...) Obwohl für die Gesamtpopulation bedeutungslos, kann ein einziger falsch positiver Befund für das Individuum verheerenden Folgen haben.«

Diese aphoristischen Warnungen stammen von J.A. Muir Gray, Institute of Health Sciences, University of Oxford, England, dem Leiter des Britischen Mammographie-Screeningprogramms. Selbst wenn man davon ausgeht, dass Screeningprogramme die Krebssterblichkeit vermindern können, haben nur sehr wenige Menschen einen Nutzen davon. Sehr viel mehr werden geschädigt. Die Mehrheit hat im besten Fall keinen Nutzen. Ob durch Mammographie-Screening die Brustkrebssterblichkeit überhaupt gesenkt werden kann, bleibt ungeklärt. Die wissenschaftliche Kontroverse ist nicht auflösbar. Auch für die Darmkrebsfrüherkennung mit der Darmspiegelung (Koloskopie), die in Deutschland propagiert und von den Krankenkassen bezahlt wird, lassen sich zurzeit keine sicheren und evidenzbasierten Aussagen über das mögliche Nutzen-Schaden Verhältnis treffen. Die Krebsliga in der Schweiz hat z.B. deshalb die pauschale Darmkrebsvorsorge abgelehnt. Evidenzdefizite gelten auch für den vielfach propagierten PSA-Test als allgemeine Vorsorgeuntersuchung auf Prostatakrebs für Männer.

Aufklärung als Voraussetzung für eine informierte Bürger Entscheidung

Vor diesem Hintergrund erlangt die Forderung, den Bürgern eine informierte Entscheidung für oder gegen eine Teilnahme am Screening zu ermöglichen, besondere Brisanz. Das Britische General Medical Council hat 1999 in einer wegweisenden Publikation sog. ethische Leitlinien für den Informationsprozess formuliert, der die Grundlage für »Informierte Entscheidungen« durch Patienten/Verbraucher zu diagnostischen Maßnahmen und Behandlungseingriffen einschließlich von Screeninguntersuchungen darstellt:

■ Vor einem diagnostischen Eingriff müssen nicht nur der Zweck der Untersuchung erklärt werden, sondern auch die Wahrscheinlichkeiten für falsch negative und falsch positive Ergebnisse.

■ Bei Therapie- und Screening-Maßnahmen muss über die Prognose im Falle des Verzichts auf den Eingriff (*natural course*) informiert werden.

■ Im Vergleich dazu sind für die in Rede stehenden und für alternative Maßnahmen deren Wirkungen und Nebenwirkungen, Unsicherheiten und Risiken, medizinische, soziale und finanzielle Folgen quantitativ darzustellen.

■ Darüber hinaus haben die Betroffenen Anspruch auf Information über die eventuelle (interdisziplinäre) Planung des weiteren Verfahrens, zu Unterstützungs- und Beratungsangeboten.

■ Die Informationen müssen Wissenschafts-(Evidenz)-basiert sein und verständlich dargeboten werden (z.B. Angaben von Häufigkeiten anstelle von Relativ-Prozenten) sowie auf die relevanten Endpunkte (*patient-oriented outcomes*) ausgerichtet sein.

■ Den Betroffenen muss ausreichend Zeit für die Entscheidung gegeben werden.

■ Die Wahrscheinlichkeit, dass die Betroffenen aufgrund der Information die Untersuchung bzw. Behandlung ablehnen, darf keinesfalls ein Grund dafür sein, die entsprechenden Daten vorzuenthalten.

Beispiele für evidenzbasierte Information zu Screening

1. Zum Mammographie-Screening haben wir exemplarisch die wissenschaftlichen Ergebnisse als Grundlage zur Kommunikation mit der Zielgruppe der Frauen in einer Broschüre und einer online-Version (<http://www.mammographie-screening-online.de/>) publiziert.
2. Das Nationale Netzwerk Frauen und Gesundheit hat kürzlich ebenfalls eine Entscheidungshilfe »Brustkrebsfrüherkennung – Informationen zur Mammografie« publiziert. Exemplare können über ute.sonntag@gesundheit-nds.de bestellt werden. Die Broschüre ist als pdf auch über die Website der Fachwissenschaft Gesundheit (www.gesundheit.uni-hamburg.de) und der Gmünder Ersatzkasse GEK (www.gek.de) zu beziehen.
3. Auch zum Darmkrebs-Screening gibt es von unserer Arbeitsgruppe eine Broschüre, die ebenfalls als pdf über unsere Website (www.gesundheit.uni-hamburg.de) zu beziehen ist. Diese Broschüre wurde in einem Zeit-Artikel vom 26.2.2004 lobend erwähnt als ein »Infolyer«, der seinen Namen auch verdient, der aber leider nicht in Arztpraxen ausliegt.

Univ.-Prof. Dr. med. Ingrid Mühlhauser

Universität Hamburg, MIN-Fakultät, Fachwissenschaft

Gesundheit, Mail: Ingrid_Muehlhauser@uni-hamburg.de

Geburt per Kaiserschnitt – planbar, schmerzfrei, folgenlos?

Ein neues Projekt auf der Suche nach den Gründen für den Kaiserschnittwunsch bei Erstgebärenden

In der Abteilung »Prävention und Gesundheitsförderung« des Instituts für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen unter der Leitung von Frau Prof. Dr. Kolip wurde im August 2005 ein neues Forschungsprojekt aus Mitteln der Forschungsförderung der Universität Bremen begonnen. Unter dem Titel »Wunschkaiserschnitt: Zusammenhänge von Angst, Autonomie und Lifestyle« befasst es sich mit den Motivationen schwangerer Frauen, die während ihrer ersten Schwangerschaft den Wunsch nach einem Kaiserschnitt ohne Vorliegen einer medizinischen Indikation äußern, und den Gründen für diese Entscheidung.

In allen westlichen Ländern sind die Kaiserschnittraten in den letzten 15-20 Jahren zum Teil erheblich angestiegen (so nahm in Deutschland beispielsweise der Anteil der Kaiserschnittentbindungen von 15,7% im Jahr 1990 auf 27,2% im Jahr 2004 an allen Krankenhausgeburten zu). Verschiedene Faktoren haben zu dieser Entwicklung beigetragen: Vor allem sind es die Fortschritte in der Operationstechnik, der Anästhesiemethoden, der Asepsis, die Verfügbarkeit von Blut und Blutersatz, wie auch die Einführung von Thrombose- und Antibiotikaprophylaxe, die die Morbidität und Mortalität der Mutter in Folge eines Kaiserschnitts auf ein äußerst geringes Ausmaß gesenkt und so im Zuge dieser Entwicklung eine Ausweitung der Indikationsstellung zu einer Sectio caesarea bewirkt haben. Mittlerweile wird in der geburtshilflichen Fachwissenschaft diskutiert, ob das mütterliche Risiko eines geplanten Kaiserschnittes dem einer Spontangeburt gleichzusetzen ist (bisher wurde dies bestritten) und ob die präventive Durchführung eines Kaiserschnittes zur Vermeidung langfristiger Auswirkungen von Spontangeburt auf die Beckenbodenmuskulatur sinnvoll ist. Randomisierte Studien, die diese Theorie überprüfen könnten, wurden bisher aus ethischen Gründen nicht durchgeführt.

Es spielen aber auch andere Faktoren bei dem Anstieg der Kaiserschnittraten eine Rolle. Auf Seite der Anbieter von Versorgungsleistungen sind hier zum Beispiel mangelhafte Organisationsstrukturen, die ärztliche Furcht vor Haftpflichtprozessen und abnehmendes geburtshilfliches Wissen zu nennen. Dabei ist es jedoch gerade der schnelle Griff zum Skalpell, der zur Reduzierung des Wissens im Umgang mit kritischen Situationen beiträgt. Ohne Zweifel spielen auch finanzielle Anreize bei der Entscheidung zu einem Kaiserschnitt eine Rolle. Hierfür spricht die Tatsache,

dass die Sectorate bei privat versicherten Frauen deutlich höher liegt als bei gesetzlich versicherten. Unter dem Druck der Konkurrenz scheint sich aber generell in den geburtshilflichen Abteilungen der Krankenhäuser zunehmend eine Philosophie der Kundenorientierung durchzusetzen. Mittlerweile besteht in den meisten Häusern eine große Bereitschaft einen Kaiserschnitt auch dann durchzuführen, wenn keine medizinische Notwendigkeit vorliegt.

Gleichzeitig werden Gründe für den Anstieg der Kaiserschnittraten diskutiert, die sich auf Motive und Interessen auf Seiten der gebärenden Frauen beziehen. Immer häufiger ist zu bemerken, dass Frauen ohne Vorliegen einer Indikation den Wunsch nach einem Kaiserschnitt äußern. So kommt eine deutsche Studie zu dem Ergebnis, dass etwa 4% aller Schwangeren während der frühen Schwangerschaft als Geburtsmodus einen Kaiserschnitt bevorzugen. Während der letzten Phase der Schwangerschaft liegt dieser Wert bei 5%. Einer schwedischen Studie zufolge wollten dort etwa 8% der schwangeren Frauen durch einen Kaiserschnitt entbunden werden. Sowohl die schwedischen, als auch die deutschen Ergebnisse weisen auf Zusammenhänge zwischen dem Wunsch nach einem Kaiserschnitt und allgemein niedrigem Wohlbefinden, Angst vor der Geburt, einer schlechten (vorangegangenen eigenen oder berichteten) Geburtserfahrung und einem bereits erlebten Kaiserschnitt hin. Offen bleibt jedoch, ob Angst vor der Geburt tatsächlich zur Erhöhung der Kaiserschnittraten beiträgt. Ebenso ist nicht bekannt, durch welche Faktoren der Prozess der Entscheidungsfindung beeinflusst wird.

Im Rahmen des Forschungsprojektes wird nun mittels leitfadengestützter Interviews der Frage nachgegangen, warum sich Erstgebärende tatsächlich ohne Vorliegen einer medizinischen Indikation für einen Kaiserschnitt entscheiden, und welche Faktoren die Entscheidung beeinflussen (z.B. Körperbild, Rolle des Partners, Vorbild von Prominenten, Informationen aus Medien oder Umfeld u.ä.). Darüber hinaus sollen Aspekte im geburtshilflichen Zusammenhang identifiziert werden, von denen die Frauen meinen, sie nur mit der Option des Kaiserschnittes erreichen oder vermeiden zu können. Nicht zuletzt werden die Frauen hinsichtlich ihrer Bedürfnisse in Bezug auf die Betreuung und Beratung während des Entscheidungsprozesses befragt. Vor dem Hintergrund wachsender Autonomie der Patientinnen und Patienten im Gesundheitswesen wird dabei auch besonders die Frage von Bedeutung sein, in welchem Maße der Wunsch der Frauen nach Selbstbestimmung bei der Entscheidung gegen eine Spontangeburt eine Rolle spielt.

Die Ergebnisse dieses Projektes sollen dazu beitragen, ressourcenorientierte Beratungsinstrumente für schwangere Frauen mit Blick auf die bevorstehenden Geburt zu entwickeln und damit in diesem Bereich eine frauengerechte Versorgung zu erreichen.

Barbara Baumgärtner

Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Abteilung Prävention und Gesundheitsförderung, Mail: baumgaer@uni-bremen.de



Der Hebammenkreißaal – eine geburtshilfliche Alternative

Mit der Gründung des Hebammenkreißaals am Klinikum Bremerhaven Reinkenheide im Juni 2003 wurde in Deutschland erstmals ein geburtshilfliches Betreuungskonzept eingeführt, welches sich vom Risikoblick der Geburtsmedizin löst und eine hebammengeleitete Geburtshilfe im klinischen Setting anbietet. Dieses Versorgungsmodell richtet sich an gesunde Schwangere mit einem geringen geburtshilflichen Risiko. Sie können sich entscheiden, ob sie sich während der Geburt im herkömmlich ärztlich geleiteten Kreißaal oder im Hebammenkreißaal betreuen lassen wollen. Im Hebammenkreißaal werden Schwangere von Hebammen selbstständig und eigenverantwortlich betreut, ein Arzt oder eine Ärztin werden nur dann hinzugezogen, wenn es zu unvorhergesehenen Risiken kommt oder wenn Notfälle ärztlich behandelt werden müssen. Der Hebammenkreißaal und der übliche ärztlich geleitete Kreißaal arbeiten in enger Kooperation miteinander, so dass die Hinzuziehung einer Ärztin oder eines Arztes bei Bedarf gewährleistet ist. Welche Regelwidrigkeiten als pathologisch eingestuft werden, so dass die Hinzuziehung einer Ärztin oder eines Arztes erforderlich ist, regelt ein interdisziplinär erarbeiteter Richtlinienkatalog.

Zentrales Anliegen des Konzeptes ist eine beziehungsorientierte Betreuung, die an den individuellen Bedürfnissen der Frau ausgerichtet ist und somit die Eigenständigkeit und Autonomie der Gebärenden fördert. Ziel dieses Betreuungsangebotes ist ein Optimum an emotionaler, psychischer und physischer Gesundheit von Mutter und Kind.

Obwohl Hebammenkreißsäle im internationalen Raum breit erprobt sind, ist dieses Konzept für Deutschland noch sehr neu und es liegen bisher keine Erkenntnisse zur Wirksamkeit vor. Daher wird der Hebammenkreißaal am Klinikum Bremerhaven Reinkenheide seit Februar 2004 durch den Verbund Hebammenforschung (VHF) wissenschaftlich begleitet. Der VHF ist einer von vier Pflegeverbänden, die im Förderschwerpunkt »Angewandte Pflegeforschung« des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) finanziert werden. Der Verbund Hebammenforschung ist eine Kooperation der Fachhochschule Osnabrück (Prof. Dr. Friederike zu Sayn-Wittgenstein), der Universität Osnabrück (Prof. Dr. Beate Schücking) und dem Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin BIPS bzw. dem Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen (Prof. Dr. Petra Kolip). Das Forschungsvorhaben besteht aus vier Teilprojekten, die die folgenden Aspekte untersuchen:

- Entwicklung des Konzeptes Hebammenkreißaal (FH Osnabrück)
- Evaluation der Betreuungskonzepte (FH Osnabrück)
- Handlungsleitlinien bei medizinischen Interventionen (Universität Osnabrück)
- Entscheidungskriterien für oder gegen eine Geburt im Hebammenkreißaal (IPP/BIPS)

Im Folgenden soll das Teilprojekt »Entscheidungskriterien für oder gegen eine Geburt im Hebammenkreißaal« des IPP/BIPS vorgestellt werden.

In der Studie werden die persönlichen Entscheidungskriterien von Frauen bei der Wahl des Betreuungskonzeptes untersucht. Mit Hilfe von leitfadengestützten Interviews wird der biographische Hintergrund für die Entscheidung beleuchtet, so dass der Stellenwert einzelner Entscheidungsfaktoren deutlich wird. Besonderes Augenmerk wird dabei auf die Bedeutung von Selbstbestimmung und Sicherheitsaspekten gelegt. Eine weitere Frage beschäftigt sich damit, ob Schwangere (und deren Partner) in der Lage sind, anhand der ihnen zur Verfügung stehenden Informationen das für ihre Bedürfnisse angemessene Kreißaalmodell auszuwählen. In einem weiteren Schritt wird untersucht, in wie weit die während der Schwangerschaft getroffene Wahl auch nach der Geburt Bestand hat, oder ob sie in Anbetracht der Geburtserfahrung anders bewertet wird.

Zielgruppe dieser Untersuchung sind Frauen, die ihre Geburt im Klinikum Bremerhaven Reinkenheide planen und bereits entschieden haben, ob sie im üblichen ärztlich geleiteten Kreißaal oder im Hebammenkreißaal des Klinikums entbinden wollen. Da im Hebammenkreißaal nur Frauen mit niedrigem bzw. ohne Ausgangsrisiko gebären können, werden ausschließlich Frauen befragt, für die laut Richtlinienkatalog eine Geburt im Hebammenkreißaal möglich wäre (unabhängig davon, wofür sie sich entschieden haben).

Pro Kreißaalmodell werden 20 Frauen, gematcht nach Alter und Parität, zu zwei Zeitpunkten befragt. Die erste Befragung wird im letzten Schwangerschaftsdrittel durchgeführt, wenn bereits eine Entscheidung bezüglich des Kreißaalmodells getroffen ist. Die zweite Befragung findet am Ende des Wochenbettes statt und beleuchtet die zuvor genannten Entscheidungskriterien vor dem Hintergrund der Geburtserfahrung. Sowohl für die Erhebung als auch für die Auswertung der Daten

werden qualitative Verfahren verwendet. Die Daten werden mittels problemzentrierter Interviews erhoben und computergestützt inhaltsanalytisch ausgewertet. Mit dieser Untersuchung soll Einblick in den Informations- und Unterstützungsbedarf gewonnen werden, den Frauen oder Paare haben, um sich in der Lage zu sehen, eine Entscheidung bezüglich des Geburtsortes zu treffen, die auch nach der Geburtserfahrung Bestand hat. Die Ergebnisse können weiter für die Entwicklung einer bedürfnisorientierten Beratung für die Wahl des Geburtsortes genutzt werden.

Oda von Rahden

Universität Bremen, Bremer Institut für

Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS),

Mail: rahden@uni-bremen.de

NEUERSCHEINUNG

Ellen Kuhlmann & Petra Kolip

Gender und Public Health Grundlegende Orientierungen für Forschung, Praxis und Politik

Dieses Buch zeigt empirische und theoretische, praxisbezogene und politikrelevante Verknüpfungen der Geschlechterkategorie mit Fragen der Gesundheitsversorgung und Prävention auf. Erfahrungen und Konzepte der Frauengesundheitsbewegung und die Ergebnisse der Geschlechterforschung werden in Bezug zu aktuellen Anforderungen im Gesundheitswesen gesetzt. Zentrale Forderungen und Ziele wie Qualität und Bedarfsgerechtigkeit, aber auch Prävention, PatientInnenorientierung und integrierte Versorgung werden mit Inhalt gefüllt.

Juventa Verlag 2005, ISBN 3-7799-1566-9



Motive von Frauen zur Einnahme von Hormonen in den Wechseljahren

Eine qualitative Studie mit Frauen in der Lebensmitte

Der vorzeitige Abbruch des ersten Teils der WHI-Studie im Sommer 2002 sorgte für eine Zäsur in der Debatte über den Nutzen der Hormontherapie in den Wechseljahren, entsprechend veränderten sich auch die Verschreibungsgewohnheiten: Die Zahl der verordneten Hormone sank um etwa ein Drittel. Dennoch ist der Anteil der Hormonanwenderinnen in den Wechseljahren trotz der in der Zwischenzeit weitgehend akzeptierten negativen Nutzen-Risiko-Bilanz (erhöhtes Risiko für Brustkrebs, Herzinfarkte, Schlaganfälle und Thromboembolien) noch immer relativ hoch. Verschiedenste Studien folgten, nicht selten von »Lagerkämpfen« geprägt. So gibt und gab es medizinische Studien über die Anwendungs- und Wirkweise hormoneller und alternativer Therapien, Studien zum Verhalten von ExpertInnen (GynäkologInnen, etc.) auf die veränderte Wissenslage oder auch zur Soziologie von Hormonanwenderinnen. Die Frage der Lebensqualität von Frauen in der Postmenopause blieb dabei oft unbeachtet und qualitative Studien, die die Frauen selbst in den Mittelpunkt solcher Studien stellen, fehlen ganz. Genau dieser Ansatz wird bei dem zurzeit laufenden Forschungsprojekt »Motive von Frauen zur Einnahme von Hormonen in den Wechseljahren« verfolgt, welches seit Februar 2005 an der Universität Bremen unter der Leitung von Prof. Dr. Norbert Schmacke (Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung) und Prof. Dr. Petra Kolip (IPP) durchgeführt wird. Das Projekt wird gefördert durch den AOK-Bundesverband.

Hierzu wurden 35 teilstrukturierte narrative Interviews von Frauen im Alter von 46-75 Jahren erhoben, die über einen Zeitraum von mindestens einem Jahr Hormonpräparate eingenommen hatten. 16 der Studienteilnehmerinnen waren zur Zeit der Interviewaufnahme noch Hormonanwenderinnen, von den verbleibenden 19 Frauen beendeten mehr als die Hälfte nach dem Jahre 2002 ihre Hormoneinnahme.

Forschungsleitende Fragestellung

Ausgehend von der Frage, welche Informationen und Botschaften Frauen aus den Gesprächen mit ihren ÄrztInnen erhalten haben und welche Bedeutung diese für ihre Entscheidung für eine Hormontherapie (HT) hatte, wurden folgende Schwerpunkte gesetzt:

- Wahrnehmungsweise der Wechseljahre
- Entwicklung des Entscheidungs- und ärztlichen Beratungsprozesses für die HT-Einnahme
- Erfahrungen mit der HT und eventuellen Beendi-

gungsversuchen

- Informationsquellen und Kenntnisse über die 2002 veröffentlichte WHI-Studie
- verbliebener Informations- und Unterstützungsbedarf bzw. eigene Anliegen in Bezug auf diese Lebensphase und auf die HT.

Erste Einblicke

Die ersten Ergebnisse zeigen, dass viele Frauen zugunsten der HT als einem Garant für ihre Arbeits- und Leistungsfähigkeit gerade im Berufs-, aber auch im Privatleben, argumentieren, weil sie der HT stabilisierende Wirkung zuschreiben.

Weiterhin bedarf es der Aufmerksamkeit bzgl. der modifizierten Indikationsform der HT, »die niedrigste wirksame Dosis für die kürzest mögliche Therapiedauer« bei Beschwerden »welche die Lebensqualität beeinträchtigen«. Aufgrund bisheriger Ergebnisse stellt sich die Frage, ob genau diese Sichtweise sich in eine Interpretationsfalle für die Frauen umkehrt und sie ihr Leiden, welches sie zum Teil von sich selbst verfremden lässt, erst dann als anerkannt wahrnehmen, wenn ihnen das »Etikett« Wechseljahre angehängt und ihnen dazu die als einzig wirksam angepriesene Hilfe die HT verschrieben wird. So wird oftmals der Krankheitswert der Wechseljahre betont. Künstliche Hormone als »anerkannte Medikation« erscheinen somit wie eine Rechtfertigung für ihre Lebensla-

ge. Jedoch auch bereits (oder gerade) alternative, homöopathische »Hilfsmittel« können als eine Art »Karriereestieg« in eine pathologisierte und somit zugleich medikalisierte Lebensphase gelten. Hiermit verknüpft sind wohl auch Wissensdefizite bzgl. der Wechseljahre und ihrer Begleiterscheinungen, wie auch die zum Teil als zu widersprüchlich und von der eigenen Lebenswelt als zu weit entfernt eingestufte Diskussion über die Risiken der HT. Zudem scheint es Hinweise dafür zu geben, dass die Frauen sich nicht nur in einer tabuisierten Lebensphase wieder finden, sondern nun auch noch mit einer inzwischen tabuisierten Medikation, der HT, konfrontiert sehen. Weiterhin stellt sich die Frage nach dem »Abhängigkeitspotenzial« der HT. Nicht selten wird die einmal begonnene und nur für kurze Zeit angestrebte HT-Einnahme als »Droge« oder »Sucht« bezeichnet. Dies ist anscheinend ein sowohl auf psychischer wie auch auf physischer Ebene wahrgenommener Effekt. Hierzu bedarf es noch weiterer Forschungsergebnisse. Auch die häufig mit den Wechseljahren in Zusammenhang gebrachten Schlafstörungen, als einen entscheidenden Faktor für eine Beschwerdenueskalation, scheinen einer differenzierteren Betrachtung zu bedürfen.

Ausblick

Die durchgeführten Interviews beinhalten noch viele weitere Einsichten in die Erlebens- und Handlungsprozesse von Frauen in der Lebensmitte. Mit einem abschließenden Bericht ist im Frühsommer 2006 zu rechnen.

Nicole Höfling-Engels, Universität Bremen,
Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung, Mail: hoefling-engels@uni-bremen.de



Biografische Interviews mit Brustkrebspatientinnen

Zwischenergebnisse einer biographieanalytischen Studie mit an Brustkrebs erkrankten Frauen

Geschichte und Ziele des Forschungsprojekts

Das Forschungsprojekt zu biographischen Konstruktionen von Brustkrebs (Laufzeit: 08/2003 – 07/2006, es handelt sich um ein von der Universität Bremen zentral gefördertes Projekt – BFK) und seine Bedeutung für ein patientinnenorientiertes Konzept zur Begleitung und Beratung hat sich vor dem Hintergrund aktueller Diskussionen entfaltet. In den Diskussionen um das Mammographie-Screening sowie der Implementierung von Disease Management Konzepten für Brustkrebs wurde auch die Frage einer Sicherstellung psychosozialer Begleitung von Frauen mit Verdacht auf Brustkrebs bzw. diagnostiziertem Brustkrebs debattiert.

Im Mittelpunkt der hier besprochenen Studie stehen biographische Analysen narrativer Interviews mit an Brustkrebs erkrankten Frauen. Ausgehend von einem subjektorientierten Ansatz sollen Aussagen für eine gesundheitswissenschaftliche Versorgungsforschung getroffen werden, die Patientinnenpartizipation und -kompetenz in den Mittelpunkt stellt.

Beobachtungen im Verlauf des Forschungsprojektes: Die Macht von Wissensordnungen

Die Erkrankung Brustkrebs bringt oft einen Suchprozess nach der gültigen Diagnose, der angemessenen medizinischen und sozialen Bedeutung der Erkrankung mit sich, dem eine weitere länger dauernde Suche nach dem kulturell, sozial und individuell angemessenen Umgang mit der Krankheit folgt.

Im Verlauf der Erhebung von knapp dreißig biographisch-narrativen Interviews mit an Brustkrebs erkrankten Frauen, die in zwei Erhebungsphasen gegliedert war, fiel auf, dass viele Frauen ihre Lebensgeschichte als eine Abfolge einengender, leidvoller und/oder entbehrungsreicher Erfahrungen erzählten. In dieser Form lebensgeschichtlicher Narration erscheint die Diagnose »Brustkrebs« als ein Kontinuum. Weit weniger Frauen erzählen von Abgrenzungs- oder eigensinnigen Entscheidungsprozessen bzw. von Opposition im Hinblick auf medizinische Interventionen.

Diese Beobachtungen können als die Phänomene »Passung« und »Eigensinn« beschrieben werden. Zwischen den Polen »Passung« und »Eigensinn« können weitere

Gruppen beschrieben werden, eine differenzierte Auswertung wird der Abschlussbericht enthalten.

»Passung« bedeutet in diesem Zusammenhang die narrative Ausgestaltung der Biographie als Geschichte von nicht gewordenen Möglichkeiten und der Zurücknahme eigener Wünsche. Die Diagnose Brustkrebs erscheint hier als ein weiteres Element dieser biographischen Erfahrungsstruktur, als Kontinuitäts- und Erfahrung. Diagnose und medizinische Behandlung werden im Zusammenhang mit der biographischen Gesamtkonstruktion deautonomisierender Erfahrungsaufschichtung nicht Gegenstand einer gestaltbaren Auseinandersetzung.

Das Phänomen »Eigensinn« dagegen weist in den lebensgeschichtlichen Narrationen von an Brustkrebs erkrankten Frauen eine Abgrenzungsoption im Diagnose- und Behandlungsprozess auf. Es geschieht keine stillschweigende Übernahme medizinischer Interventionen, sondern Frauen treten aktiv in Entscheidungs- und Aushandlungsprozesse ein. Die Autonomie der Lebensführung bleibt gewahrt, Krankheit und darauf bezogene Handlungsmöglichkeiten werden biographisch angeeignet. Von außen betrachtet kann es dabei zu einem gleichen Erscheinungsbild kommen: Frauen nehmen medizinische Behandlungsempfehlungen an. Der Gestaltbarkeit dieses Entscheidungsprozesses kommt indes eine erhebliche Bedeutung zu. Als Implikationen für eine professionelle Praxis ergeben sich:

- Wahrnehmung der Bedeutsamkeit von biographischen Sinnstrukturen
- Professionelles selbstreflexives Verhältnis zur Macht von Wissensordnungen
- »Passung« als potenzielles Problem von Deautonomisierung
- »Eigensinn« nicht als Störung von professionellen Beziehungen, sondern als Ausdruck von Aneignung der Nutzerinnen
- Möglichkeitsräume der Entscheidungsbefähigung von Nutzerinnen schaffen und nutzen.

Petra Richter

Universität Bremen, IBL – Institut für angewandte

Biographie- und Lebensweltforschung,

Mail: richterp@uni-bremen.de

NEUERSCHEINUNG

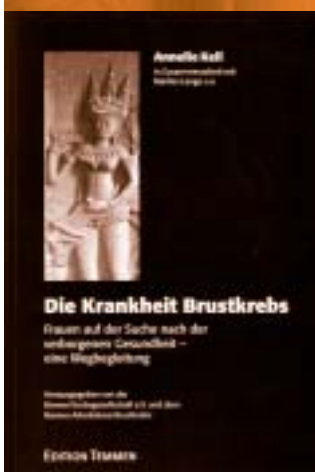
Annelie Keil & Marlies Lange

Die Krankheit Brustkrebs Frauen auf der Suche nach der verborgenen Gesundheit – eine Wegbegleitung

Die schwierige Reise durch die unbekannte Landschaft einer Krankheit wie Brustkrebs ist für jede betroffene Frau ein ganz eigener Weg, auch wenn sie zusammen mit vielen Leidensgefährtinnen und unterstützt durch medizinische und psychosoziale Hilffsysteme unterwegs ist. Jede Station in der Erfahrung und im Umgang mit der Erkrankung verlangt die Bereitschaft, den eigenen Prozess zu verstehen, sich Wissen anzueignen, immer wieder neu zu lernen und Mut wie Selbstbewusstsein für die Suche nach der Verborgenheit der eigenen Gesundheit zu entwickeln.

Das Buch, in das die eigenen Krankheitserfahrungen der Autorinnen und anderer Patientinnen eingegangen sind, will diese Reise durch alle Stationen hindurch begleiten und helfen, mitten in einer schweren Lebenskrise die eigene Kraft zu entwickeln und die Hoffnung auf Gesundheit konkret mitzugestalten.

Gegen Spende erhältlich bei:
Bremer Krebsgesellschaft e.V.,
Am Schwarzen Meer 101-105, 28205 Bremen,
Tel: 0421-4 91 92 22, Fax: 0421-4 91 92 42



NEUES AUS DEN STUDIENGÄNGEN

Bachelor-Studiengang Public Health startet im zweiten Jahr mit 500 Erstsemestern

Zum Wintersemester 2004/05 wurde der Bachelor-Studiengang Public Health an der Universität Bremen eingerichtet. Im Vergleich zum Vorjahr ist das Interesse an dem für Deutschland einmaligen Studienangebot noch mal deutlich gestiegen: Zum Wintersemester 2005/06 haben sich 500 Studentinnen und Studenten im Hauptfach eingeschrieben,

noch einmal 50 studieren Public Health als Nebenfach. Im ersten Studienjahr werden die theoretischen und methodischen Grundlagen der wichtigsten Public Health-relevanten Disziplinen vermittelt, im zweiten Studienjahr erfolgt eine Spezialisierung in einem von zwei Schwerpunkten (Prävention und Gesundheitsförderung oder Qualitätsmanagement), im

dritten Jahr erproben die Studierenden ihr Wissen in einem Praxisfeld, in dem auch die Abschlussarbeit (Bachelorreport) entsteht. Ab dem kommenden Jahr wird voraussichtlich eine Zulassungsbeschränkung eingeführt sowie der Nachweis eines mindestens sechswöchigen Praktikums in einer gesundheitswissenschaftlich relevanten Einrichtung verlangt.

Prof. Dr. Petra Kolip Universität Bremen, IPP,
www.fb11.uni-bremen.de/stg/bapublichealth

Der Bachelor of Arts Pflegewissenschaft der Universität Bremen

Zum Wintersemester 2005/06 ist der Studiengang »Bachelor of Arts Pflegewissenschaft« am Fachbereich 11 der Universität Bremen gestartet und löst damit den bisherigen Diplom-Lehramtsstudiengang ab. Der »Bachelor of Arts Pflegewissenschaft« ist auf sechs Semester bzw. drei Studienjahre angelegt. In den ersten beiden Semestern werden die zentralen theoretischen und methodischen Grundlagen der Pflegewissenschaft und der pflegerischen-medizinischen Diagnostik vermittelt. Das zweite Studienjahr beinhaltet die Module »Intervention«, »Qualitätssicherung und Evaluation« sowie »Versorgungssettings«. Im fünften und sechsten Semester absolvieren die

Studierenden ein Praktikum und erstellen den Bachelorreport. Dieser Studienteil soll in besonderem Maße den Theorie-Praxis-Transfer fördern.

In den beiden Schwerpunkten »Klinische Pflegeexpertise« und »Familien- und Gesundheitspflege bzw. Rehabilitationspflege« werden die Studierenden für die wissenschaftliche Pflege von Patienten mit komplexen Problemlagen qualifiziert. Weitere Lerninhalte sind Schulung und Beratung von Patienten, Angehörigen und Pflegenden, sowie pflegespezifisches Care- und Case-Management. Zudem wird die aktuelle Entwicklung auf dem Gesundheitsmarkt aufgegriffen, die in verschiedenen Versorgungssettings

darauf abzielt, dass Pflegende eine der ärztlichen Diagnostik vorgelagerte Gatekeeper-Funktion übernehmen.

Studierende mit dem Schwerpunkt »Lehrfähigkeit in Schulen des Gesundheitswesens und im öffentlichen berufsbildenden Schulwesen« werden auf die Gestaltung von Lehr-/Lernprozessen in der betrieblichen Aus-, Fort- und Weiterbildung und in Schulen des Gesundheitswesens vorbereitet. Der BA-Abschluss gilt zugleich als erste Stufe der Lehramtsausbildung für den Unterricht an staatlichen Schulen.

Prof. Dr. Ingrid Darmann, Prof. Dr. Stefan Görres,
Universität Bremen, IPP, www.pflege.uni-bremen.de

Zum 5. Mal: AbsolventInnentag Gesundheitswissenschaften 2005

Zum fünften Mal fand am 28. Oktober 2005 im Zentrum für Sozialpolitik (ZeS), Universität Bremen, der »AbsolventInnen-Tag« im Aufbaustudiengang Gesundheitswissenschaften (Public Health) des Fachbereiches 11 statt.

In ihrem Einführungsvortrag gab Frau Prof. Dr. Christel Zenker von der Fachhochschule Münster einen Einblick in das Thema »Gender und Sucht«. Daneben wurde in einer Talk-Runde von Frau Dr. Johanne Pundt, Universität Bielefeld, und Frau Prof. Dr. Petra Kolip, Universität Bremen, der Frage nachgegangen, wie denn auf Dauer die universitären Public-Health-Standorte gestärkt und ausgebaut werden können.

Damit sich alle Besucher dieser Veranstaltung, vor allem auch die Arbeitgeber und die Noch-Studierenden, ein Bild von den wissenschaftlichen Arbeiten im Studiengang machen konnten, wurde mit einer Posterpräsentation ein Überblick über die thematischen Schwerpunkte der Arbeiten gegeben.

Zusätzlich wurden die besten Abschlussarbeiten des letzten Studienjahres prämiert. »Hierfür hat die Gmünder Ersatzkasse den »GEK-Hanse-Preis«



gestiftet«, so Prof. Dr. Gerd Glaeske, Mitorganisator dieses wissenschaftlichen Nachmittags. »Dabei wurden vor allem Arbeiten ausgezeichnet, die sich mit wichtigen Themen der gesundheitlichen Versorgung beschäftigen und die Qualität der Informationen und Behandlung verbessern können.« Eine der prämierten Arbeiten beschäftigt sich mit Übergewicht bei Kindern (Dorothea Friedemann und Miriam Müller-Russel), die zweite mit dem Thema Primärprävention und Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Menschen (Gabriele Peest-Kerchner) und die dritte befasst sich mit der medizinischen Versorgungssituation drogenabhängiger Menschen in Bremen (Sagitta

Paul). Ein Sonderpreis für ein originelles und gleichzeitig Public Health relevantes Thema wurde der Arbeit über den Einfluss des Frauenschuhs auf die Fußgesundheit verliehen (Renate von Strauß und Torney). Der AbsolventInnen-Tag hat sich in der Zwischenzeit zu einer Traditionsveranstaltung entwickelt, er wird auch im Jahre 2006 stattfinden.

Informationen zu den Magisterarbeiten:
www.public-health.uni-bremen.de.

Kontakt:

Prof. Dr. Gerd Glaeske, Universität Bremen, IPP,

Mail: gglaeske@zes.uni-bremen.de

PROJEKTE AM IPP

Zu viel Ergotherapie für Kinder?

Der GEK-Heil- und Hilfsmittel-Report 2005 zeigt Qualitäts- und Transparenzprobleme in der Versorgung

Mit der zweiten Veröffentlichung des GEK Heil- und Hilfsmittel-Reportes im September 2005 ist ein weiterer Beitrag zur Transparenz und zur Sicherung der Versorgungsqualität im Bereich der Heilmittel und Hilfsmittel der Gesetzlichen Krankenkasse geleistet worden. Dabei werden unter Heilmittel alle persönlich zu erbringende Leistungen wie Physiotherapie, Ergotherapie oder Logopädie verstanden, unter Hilfsmittel alle »sächlichen« Leistungen wie Gehhilfen, Stützstrümpfe oder Rollstühle. Im Mittelpunkt der Auswertungen zu den Heilmitteldaten standen in diesem Jahr die ergotherapeutischen Behandlungen bei Kindern. Während die Gesamtausgaben in der GKV für Heilmittel im Jahr 2004 rückläufig waren (-5,5%), stiegen diese Ausgaben in der GEK an

(+8,9%). Im Vergleich zum Vorjahr sind vor allem die Ausgaben für Ergotherapie mit +16,0% auffällig, die Steigerung betrug bei der GEK mehr als das 3,5fache der GKV. Ein besonderes Augenmerk galt den 5 bis unter 10jährigen Kindern: In dieser Altersgruppe erhielten 60% der Jungen und 47% der Mädchen eine ergotherapeutische Behandlung – eine Verordnungshäufigkeit, die die Frage aufgeworfen hat, ob die Indikation zur Ergotherapie nicht enger gefasst und die Verordnung neu geregelt werden muss. Die Auswertungen der Hilfsmitteldaten zeigten im Vergleich zum Vorjahr in 2004 einen Ausgabenrückgang um 2,4% auf 67,8 Mio. Euro. Dieser Einspareffekt ist auf das GKV-Modernisierungsgesetz mit seinen gesetzlich veränderten Rahmenbedingungen für die

Kostenübernahme von Sehhilfen zurückzuführen – dies war bislang der größte Ausgabenblock im Hilfsmittelbereich. Neben einem ausführlichen Überblick über die einzelnen Hilfsmittelproduktgruppen wurde in den verschiedenen Kapiteln auch der Aspekt der Anwendung solcher Hilfsmittel durch die Patientinnen und Patienten beleuchtet – nicht immer scheinen solche Produkte die Perspektive der Nutzerinnen und Nutzen ausreichend zu berücksichtigen. Zudem wurde der Qualitätssicherung in diesem Bereich große Aufmerksamkeit gewidmet, weil bestehende Anforderungen des Hilfsmittelverzeichnisses in der Praxis nicht immer oder unzureichend angewendet werden.

Elke Scharnetzky, Bernhilde Deitermann,

Falk Hoffmann, Gerd Glaeske (2005)

GEK-Heil- und Hilfsmittel-Report 2005, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 38, St. Augustin: Asgard.

277 Seiten. Abrufbar unter <http://www.gek.de/presse/studien/hehi/index.html>

Gründung einer interdisziplinären Forschungswerkstatt im IPP

Die Vielfalt qualitativer Forschungsmethoden und die damit einhergehenden spezifischen Arbeitsweisen finden zunehmend Eingang in die Gesundheits- und Pflegewissenschaften. Dies und das Anliegen, die vorhandenen Kompetenzen in diesem Bereich zu bündeln, sind zentrale Ausgangspunkte für die Gründung der interdisziplinären Forschungswerkstatt im IPP. Im Rahmen einer Auftaktveranstaltung, die am 7. November 2005 stattfand, haben VertreterInnen verschiedener Abteilungen des IPP zu einem Workshop eingeladen. Der Fokus der Veranstaltung war auf einen theoretischen Einstieg in qualitative Forschungsmethoden, den Entstehungshintergrund, die Ziele und Absichten von Forschungswerkstätten in der Tradition der qualitativen Sozialforschung ausgerichtet und ermöglichte im letzten Abschnitt einen ersten Einblick in die praktische Arbeit der Forschungswerkstatt.

Qualitative Methoden können in den Gesundheits- und Pflegewissenschaften in einer Reihe von übergeordneten und inhaltlich breit angelegten Forschungsansätzen Anwendung finden. So dienen sie in hervorragender Weise zur *Exploration* bislang wenig erforschter Themenbereiche, von denen es gerade in den Gesundheits- und Pflegewissenschaften als junge wissenschaftliche Disziplinen viele gibt. Qualitative Forschung bietet sich auch an, um *Betroffenenperspektiven* zu erheben, z.B. um einen Einblick in das subjektive Gesundheits- und Krankheitsverständnis

zu bekommen oder die gesundheitliche Versorgung aus Sicht der Betroffenen zu erfassen. Darüber hinaus liefern *Akteursperspektiven*, also der Blick der Professionellen auf das Versorgungsgeschehen, wichtiges Insiderwissen. Auch zur *Evaluation* von Maßnahmen in Gesundheitsförderung und Prävention sowie der gesundheitlichen Versorgung kommen qualitative Methoden zur Anwendung.

Die Entwicklung von Forschungswerkstätten lässt sich im Kontext der qualitativen Sozialforschung auf die Gründung der Chicago'er Schule in den 20er Jahren zurückführen. Anselm Strauss praktizierte mit Studierenden und Doktoranden den Forschungsprozess im qualitativen Paradigma und ließ darüber die damit einhergehenden Arbeitsformen reflexiv erfahrbar werden. Seit den 70er und 80er Jahren zeichnet sich auch eine zunehmende Etablierung der Forschungswerkstätten im deutschsprachigen Raum insbesondere in den Studiengängen der Sozialarbeit und Sozialarbeitswissenschaften ab.

Einen Schwerpunkt der Zusammenarbeit soll zukünftig die gemeinsame Interpretation von empirischem Datenmaterial, beispielsweise von Interviewausschnitten oder Beobachtungsprotokollen, aus den Forschungsprojekten der Teilnehmer/innen bilden. Während der gemeinsamen Deutung des Materials werden von den Teilnehmer/innen die jeweils differierenden Blickwinkel herangetragen, unterschiedliche Lesarten generiert und erprobt. Der/die Forscher/in

gewinnt dadurch in den meisten Fällen neue Deutungen und kann eigene Deutungsmuster relativieren oder erweitern, die Gruppe übt sich in der multiperspektivischen Wahrnehmung sozialer Situationen. Letzteres befördert nicht nur die Professionalisierung des eigenen Forscherhandelns, sondern, sofern die Daten beispielsweise aus der eigenen Berufswirklichkeit entnommen sind, auch die berufliche Professionalisierung der Beteiligten. Dieser Prozess wurde im 1. Workshop der neu gegründeten Forschungswerkstatt nach einer kurzen Einführung in die Methode der Gesprächsanalyse exemplarisch anhand von Gesprächstranskripten aus dem Pflegeunterricht demonstriert. Neben der gemeinsamen Interpretation von Datenmaterial soll die Forschungswerkstatt auch ein Forum bieten, in dem Fragen zu verschiedenen Phasen eines Forschungsprojekts (z.B. Entwicklung einer Fragestellung, Konzeption eines Studiendesigns, Auswahl von Untersuchungseinheiten) erörtert sowie Forschungsansätze und wissenschaftstheoretische Positionen diskutiert werden.

Mit ca. 25 Teilnehmern stieß der Workshop auf reges Interesse. Die Forschungswerkstatt wird zukünftig ca. alle 4 Wochen stattfinden und jeweils drei Stunden dauern. Interessierte melden sich bitte in der Geschäftsstelle des IPP (Tel. 218 3059, Mail: health@uni-bremen.de).

Ulrike Böhnke, Prof. Dr. Ingrid Darmann,

Julia Lademann

Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP)

AKTUELLES

Promotionskolleg »NutzerInnenorientierte Gesundheitssicherung«

Die Hans Böckler-Stiftung hat zum 1.1.2006 ein Promotionskolleg »NutzerInnenorientierte Gesundheitssicherung« bewilligt, das am IPP verankert ist und in Kooperation mit Public Health-KollegInnen der Universität Bremen durchgeführt wird. Grundlage des Promotionskollegs ist ein Verständnis von Public Health als Wissenschaft und Praxis, die sich an die gesamte Bevölkerung oder an Bevölkerungsgruppen in gesellschaftlichen oder gesundheitlichen Problemlagen richtet, ohne allerdings die Bedürfnisse einzelner Menschen zu vernachlässigen. Während die Public Health-Forschung traditionell vor allem mit Aspekten der Hygiene-, sozialen und Umweltbedingungen befasst war, stellen die Einflüsse psychosozialer und ökonomischer Faktoren sowie die durch Versorgungssysteme und -angebote vorgegebenen Rahmenbedingungen inzwischen weitere Schwerpunkte der Public-Health-Forschung dar. Damit rücken die Interessensunterschiede zwi-

schen Anbietern einerseits und BürgerInnen bzw. PatientInnen sowie deren Lebenslagen zur Förderung von Gesundheit andererseits in den Fokus. Für die am Promotionskolleg beteiligten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler sind es die folgenden Aspekte, die die gemeinsame »Philosophie« und damit das »Bremer Profil« ausmachen und die auch für die Auswahl der StipendiatInnen leitend waren:

- BürgerInnen-/PatientInnenorientierung zugunsten einer Optimierung der gesundheitlichen Versorgung und dem Abbau von Ineffizienzen
- Abbau gesundheitlicher Ungleichheit, verbunden mit dem Aspekt der Zugangsgerechtigkeit in einer sozialen Demokratie
- Wissenschaftskonzept: Salutogenetischer Fokus, Theorieentwicklung, Praxisorientierung und Multidisziplinarität sowie Geschlechtersensibilität in Forschung und Praxis
- Gesundheitspolitische Perspektive, die ihren Blick

nicht ausschließlich auf die medizinische Versorgung verengt, sondern z.B. psychosoziale Aspekte mit einbezieht.

Die StipendiatInnen werden jeweils von mehreren KollegInnen betreut, um auch hier eine interdisziplinäre Perspektive zu sichern.

Alle 8 von der Universität Bremen vorgeschlagenen BewerberInnen (6 Frauen, 2 Männer) sind inzwischen von der Hans-Böckler-Stiftung angenommen und werden am 01.01. bzw. 01.04.06 ihre Arbeit aufnehmen. Damit wird der Public Health-Standort Bremen weiter gestärkt, da Bremen dann neben der Fakultät für Gesundheitswissenschaften in Bielefeld der einzige Standort ist, der ein strukturiertes Angebot für PromovendInnen vorhält, denn mit dem Beginn des Kollegs ist die Entwicklung eines Promotionsstudiengangs verbunden, der voraussichtlich auch für andere Public-Health-PromovendInnen geöffnet sein wird.

Weitere Informationen bei der Sprecherin des Kollegs:

Prof. Dr. Petra Kolip, Universität Bremen, IPP,

Mail: kolip@uni-bremen.de

Ein praktischer Beitrag des Gesundheitsministeriums zur Förderung der NutzerInnenorientierung

Pressemitteilung des Bundesministeriums für Gesundheit vom 6.12.2005

Ulla Schmidt: Patientinnen und Patienten sollen im Internet unabhängige Informationen vorfinden

Mit der Gesundheitsreform hat die Bundesregierung Transparenz im Gesundheitswesen geschaffen. Ein Ziel dabei ist, gut informierte Patientinnen und Patienten zu fördern. Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt: »Immer mehr Menschen informieren sich über ihre Gesundheit. Dafür nutzen sie zunehmend das Internet. Dieser Trend ist gut, weil informierte und kompetente Patientinnen und Patienten mehr für ihre Gesundheit tun können und Behandlungserfolge sichern. Dennoch will ich vermeiden, dass die Menschen auf Internetseiten hereinfluten, die keine objektiven Informationsquellen darstellen. Denn unabhängige Gesundheitsberatung sollte auch im Internet höchste Priorität genießen.«

Weil unabhängige Seiten nicht immer leicht von Laien erkannt werden, hat das Bundesministerium im Anhang eine Übersicht mit den wichtigsten Internetseiten beigefügt. Diese Internetseiten beschäftigen sich mit den Themen Medikamente, Medizinberatung, Selbsthilfe, Qualität, strukturierte Behandlungsprogramme, Aufklärung und Pflege. Darüber hinaus weisen auch aktuelle Broschüren des Bundesministeriums für Gesundheit auf unabhängige Institutionen, die sachgerecht Auskunft zu den unterschiedlichsten gesundheitsrelevanten Fragen geben können, hin. So ist beispielsweise die Broschüre »Sicherung der Qualität im Gesundheitswesen« (August 2005) unter www.bmg.bund.de einzusehen.

Anhang: Wichtige Internetseiten mit Informationen rund um das Thema Gesundheit

1. Qualität von Websites:
www.afgjs.de

2. Arzneimittel und Medizinberatung:
www.iqwig.de
www.stiftung-warentest.de/medikamente
www.patienten-information.de

3. Selbsthilfe
www.nakos.de
www.bagh.de
www.deutsche-alzheimer.de

4. Strukturierte Behandlungsprogramme
www.die-gesundheitsreform.de
www.dmp-aok.de

5. Aufklärung
www.bzga.de

6. Pflege
www.hilfe-und-pflege-im-alter.de

BUCHBESPRECHUNG

Routinedaten im Gesundheitswesen

Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven. Enno Swart, Peter Ihle (Hg.)

Bei der Abrechnung erbrachter Leistungen mit gesetzlichen Krankenkassen, aber auch bei anderen Situationen, in denen das Gesundheitssystem in Anspruch genommen wird, entstehen große Datenmengen als »Spiegel« der Behandlungsabläufe. Diese Daten bergen ein großes, bisher längst nicht ausreichend genutztes Potenzial. Die rechtlichen Rahmenbedingungen für eine breitere Nutzung wurden mit der Änderung der §§ 284 ff im 5. Sozialgesetzbuch SGB V (»Versicherungs- und Leistungsdaten, Datenschutz, Datentransparenz«) im Rahmen des GKV-Modernisierungsgesetzes im Jahr 2004 geschaffen. Das nun vorliegende »Handbuch Sekundärdatenanalyse« stellt erstmals die Datengrundlagen und die speziellen Methoden zur Nutzung solcher Routinedaten im Gesundheitswesen in übersichtlicher Weise vor und schließt damit eine bislang bestehende Lücke.

Das Handbuch gliedert sich in drei Abschnitte: Im ersten Abschnitt werden verschiedene Datenbestände vorgestellt. Die Autoren und Herausgeber beschränken sich dabei nicht auf den derzeit am häufigsten genutzten Bereich der GKV-Daten, sondern berücksichtigen auch Daten aus anderen Quellen z.B. Pflege-, Renten- und Unfallversicherung. Die Informationen zu einzelnen Datenbeständen sind detailliert und haben sicher nicht nur Einsteigern etwas zu bieten. Darüber hinaus ist die zitierte Literatur zur Vertiefung des Themas geeignet.

Die speziellen methodischen Aspekte beim Umgang mit Sekundärdaten im Gesundheitswesen stehen im zweiten Abschnitt im Mittelpunkt. Auch hier gelingt es den Autoren und Herausgebern, die wichtigsten Punkte des breiten Spektrums übersichtlich und gut lesbar, überwiegend an Beispielen dargestellt, dem Leser nahe zu bringen. Themen sind u.a. Datenschutz, sozioökonomischer Status, Umgang mit Diagnosedaten, regionale Analysen und gesundheitsökonomische Fragestellungen.

Abschließend beschreiben gegenwärtige und potenzielle Nutzer von Sekundärdatenanalysen die zukünftigen Anwendungsfelder u.a. in der Versorgungsforschung, im Health Technology Assessment (HTA), in der Leistungsplanung, in der Qualitätssicherung und -darstellung, in der Gesundheitsberichterstattung und im internationalen Kontext.

Das Buch wird durch den Abdruck der Grundsätze »Gute Praxis Sekundärdatenanalyse (GPS)« und eine Ausführung zu den häufig verwendeten Klassifikationssystemen im Anhang sinnvoll ergänzt.

Besonders gelungen ist die klare Darstellung und Diskussion der Chancen und Möglichkeiten bei der Arbeit mit Sekundärdaten, beschrieben werden aber auch Probleme und Grenzen. Leserinnen und Leser werden von diesem sehr vielseitigen Buch profitieren und bekommen – trotz der teilweise schwierigen und etwas »trockenen« Materie – einen guten Einstieg in das Thema. Die Texte sind gut lesbar und verständlich, wozu auch die zahlreichen Beispiele beitragen. Auch erfahrene Routinedatennutzer finden viele Anregungen.

Das Buch schließt somit eine Lücke und leistet einen wichtigen Beitrag für eine breite und v.a. unter methodischen Aspekten qualitativ hochwertige Nutzung von Routinedaten im Gesundheitswesen. Es ist für Interessierte aus Forschung und Praxis, für Neueinsteiger und Experten gleichermaßen unbedingt empfehlenswert.



Verlag Hans Huber, Bern, 2005, 431 Seiten,
ISBN 3-456-84237-6, 39,95 EUR

Dr. Katrin Janhsen
Universität Bremen, Institut für Public Health und
Pflegeforschung (IPP), Abteilung Versorgungsforschung
und Arzneimittelanwendungsforschung,
Mail: kjanhsen@zes.uni-bremen.de

NEUERSCHEINUNGEN

Was Pflegebedürftige wirklich brauchen...
Zukünftige Herausforderungen an eine
bedarfsgerechte ambulante und stationäre
pflegerische Versorgung.

Martina Hasseler & Stefan Görres (2005)

Was brauchen pflegebedürftige Menschen?
Was müssen ambulante und stationäre Einrichtungen
tun, um dem zukünftigen Bedarf gerecht zu werden?

Dieses Buch basiert auf einem Gutachten, das das Institut für angewandte Pflegeforschung (iap), Universität Bremen, im Auftrag der Enquetekommission Nordrhein-Westfalen »Situation und Zukunft der Pflege in NRW« erstellt hat.

Es richtet sich an ambulante Pflegeeinrichtungen und Beteiligte aus Politik, Krankenkassen und Pflegeversicherung sowie interessierte Laien.

Pflegebibliothek – Berliner Schriften.
Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft, 159 Seiten



Strategien der Qualitätsentwicklung in
Pflege und Betreuung. Genesis, Strukturen
und künftige Ausrichtung der Qualitäts-
entwicklung in der Betreuung von
Menschen mit Pflege- und Hilfebedarf.

Görres, S. & Roes, M. & Mittnacht, B. & Biehl, M.
& Klün, S. (2006)

Das Buch zeigt anhand einer umfassenden Bestandsaufnahme die zahlreichen Qualitätsaktivitäten auf, die in den letzten Jahren in den verschiedenen Betreuungssystemen für Menschen mit Pflege- und Hilfebedarf herausgebildet worden sind. Die Konzepte, Methoden und Instrumente der Felder Pflege und Betreuung, Akutmedizin, Psychiatrie, Rehabilitation und Behindertenhilfe sowie Kinder- und Jugendhilfe werden in systematischer Weise vorgestellt und einer Bewertung unterzogen. Angeschlossen sind alle Beteiligten aus Politik, Krankenkassen und Pflegeversicherung, Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens und deren Verbände, die Wissenschaft und Studierende sowie interessierte Laien aus den einschlägigen Praxisfeldern, insbesondere der Pflege.

Hrsg. Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung
im Gesundheits- und Pflegewesen e.V. Heidelberg:
C.F. Müller Verlag, 243 Seiten

VERANSTALTUNGEN

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

Bericht: 10. Summer School of Public Health

Unter dieser Überschrift stand die 10. Summer School of Public Health vom 9. – 15. 09. 2005 in Delmenhorst. Die Kooperationsveranstaltung der Stadt Delmenhorst und des Instituts für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen feierte ihr 10-jähriges Bestehen. Mit dem Thema wurde das Spannungsfeld aufgegriffen, in dem Pflege heute stattfindet. Pflege soll sowohl humane Ansprüche erfüllen, als auch wissenschaftsbasiert, wirtschaftlich und damit effizient sein. Hierzu referierten und diskutierten im Laufe der Veranstaltungsreihe WissenschaftlerInnen und PraktikerInnen aus unterschiedlichen Fachrichtungen.

In der Auftaktveranstaltung beschrieb Prof. Dr. Stefan Görres von der Universität Bremen die innovativen Aufgabenprofile von Pflege an der Schnittstelle zu Public Health. Dr. Matthias Gruhl vom Senator für Gesundheit thematisierte die Pflege im Rahmen der aktuellen Gesundheitspolitik. Welche Pflegepraxis und Qualifikationsprofile in den Niederlanden zu finden sind, berichtete Prof. Antonius Kerkhoff. Die anschließende Podiumsdiskussion moderierte die Ideengeberin und Organisatorin der 10. Summer School, Prof. Dr. Ingrid Darmann, zum Thema: »Wohin entwickelt sich die Pflegelandschaft?«

Die Workshops der folgenden Veranstaltungstage behandelten unter anderen Themen wie Möglichkeiten und Grenzen der Betreuung, Therapie von dementiell erkrankten Menschen sowie Leben im Alter mit Krankheit und Behinderung. Darüber hinaus wurden auch die Fragestellungen diskutiert: »Verbessern Expertenstandards die Pflegeergebnisse?« und »Pflegebedürftig – und was dann?«.



Fazit in der von Prof. Dr. Ingrid Darmann moderierten Podiumsdiskussion zum Abschluss der einwöchigen Veranstaltung war, dass eine gesunde Balance zwischen allgemeingültigen Standards und einfühlsamer Wahrnehmung der einzelnen Personen – Gepflegten ebenso wie Pflegenden – sowie zwischen Professionalisierung und Laienengagement gefunden werden muss.

Hildegard Jansen-Bitter

Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Mail: jansen-bitter@uni-bremen.de

Versorgungsqualität im Gesundheitswesen Neue Herausforderungen durch NutzerInnenorientierung und Geschlechtergerechtigkeit

**Dr. Ellen Kuhlmann / Prof. Dr. Gerd Glaeske,
Universität Bremen**

**ExpertInnenworkshop mit eingeladenen
TeilnehmerInnen am 5./6. April 2006**

Der Workshop soll neue Perspektiven in der Qualitätsdebatte aufzeigen, die den Bedarf an evidenzbasierten Leistungen mit den Anforderungen an eine geschlechtergerechte, zielgruppen- und patientenorientierte Versorgung zusammenbringen. Ziel ist es, im gemeinsamen Dialog zwischen Poli-

tik und Praxis sowie aus Sicht der Geschlechter-, PatientInnen- und Qualitätsforschung konstruktive Strategien einer geschlechtergerechten und patientenorientierten Definition von Qualität und Standards zu entwerfen und Umsetzungsmöglichkeiten zu diskutieren. Wir knüpfen damit an Ergebnisse eines Workshops zu Disease Management-Programmen und Gender Mainstreaming im Herbst 2003 an und hoffen, auch mit diesem neuen Thema einen konstruktiven Dialog zu eröffnen.

IMPRESSUM

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

Redaktion: Prof. Dr. Gerd Glaeske, Claudia Kemper, Heike Mertesacker

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

Gestaltung: Patel Grafik Design, Bremen

Druck: Merlin Druckerei GmbH, Bremen

Bildnachweis: Titelbild: Mark Patel, Seite 3: Kühn-Mengel, Seite 6: DEGAM, Seite 8, 10: Photodisc, Seite 11: Bremer Krebsgesellschaft, Seite 12, 16: IPP Bremen

Erscheinungsweise: 2x jährlich

Redaktionsschluss: 31.12.2005