

ipp info

Institut für Public Health
und Pflegeforschung
Universität Bremen
Fachbereich 11

04

IM FOKUS

PRÄVENTION UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG

INHALT

Schwerpunktthema | Seite 02

Projekte | Seite 09

Qualifikationsarbeiten | Seite 12

Promotionskolleg | Seite 15

Aktuelles | Seite 16

Publikationen | Seite 17

Veranstaltungen und Arbeitskreise | Seite 19

Gesundheitsförderung braucht Strukturen und Verbindlichkeit!

In den vergangenen Jahren standen die Themen Prävention und Gesundheitsförderung ganz oben auf der gesundheitspolitischen Tagesordnung. Die Kräfte und Ressourcen sollten gebündelt, Prävention und Gesundheitsförderung an nationalen Präventionszielen orientiert und gesundheitsbezogene Interventionen nur noch auf Grundlage wissenschaftlicher Evidenz durchgeführt werden. Die Zielidee, Prävention als »vierte Säule des Gesundheitswesens« zu etablieren, war in aller Munde. Lange wurde in der Diskussion um ein Präventionsgesetz um Worte gefeilscht, um Finanzierungsmodelle und Verantwortlichkeiten gestritten, um Strukturen gerungen. Dass der Gesetzentwurf trotz großer Zustimmung über die Fraktionen hinweg letztlich gescheitert ist, ist den seinerzeit anstehenden Neuwahlen geschuldet. Manchen, die sich für die Verankerung von Prävention und Gesundheitsförderung eingesetzt haben, fiel indes angesichts der Verhinderung des Gesetzes ein Stein vom Herzen: War doch zu befürchten, dass die wichtigsten Ideen in der geplanten Struktur zu verschwinden drohten.

Nach dem Regierungswechsel ist das Präventionsgesetz in weite Ferne gerückt. Kaum jemand rechnet

noch damit, dass in dieser Legislaturperiode ein solches Gesetz verabschiedet wird, die Gesundheitsreform und andere Vorhaben genießen Vorrang. Aber auch wenn es kein eigenes Präventionsgesetz gibt, werden Prävention und Gesundheitsförderung weiterhin ihren hohen Stellenwert beibehalten und es darf erwartet werden, dass niemand hinter das Erreichte zurückfallen will. Der Handlungsbedarf liegt auf der Hand: Chronische Krankheiten bestimmen das Krankheitsgeschehen, ihr Auftreten kann durch die Investition in Prävention verhindert oder zumindest hinausgeschoben werden. Wenn es gelingt, die Präventionspotenziale in der Bevölkerung auszuschöpfen und Gesundheitsförderung in Settings zu etablieren, kann die gesundheitliche Chancengleichheit erhöht und mehr Lebensqualität für alle erreicht werden.

Die Diskussionen um das Gesetz haben vieles in Bewegung gesetzt und in den Köpfen verankert. Die gesetzlichen Krankenkassen sind fest gewillt, ihre Mittel für evidenzbasierte und qualitätsgesicherte Prävention und Gesundheitsförderung auszugeben – nachdem sie sich lange schwer getan haben, die Verpflichtung, einen Beitrag zur

Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit zu leisten, umzusetzen. Im Rahmen einer Selbstverpflichtung werden nunmehr aber jährlich 50 Cent pro Versicherten für Gesundheitsförderung in nichtbetrieblichen Settings zur Verfügung gestellt. Die insgesamt 35 Mio. EUR mögen wenig erscheinen, sie sind aber eine ausbaufähige Basis, auf der sich starten lässt. Es ist zu hoffen, dass diese Mittel auch und gerade den sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen zu Gute kommen, bei denen die gesundheitlichen Belastungen hoch sind, die aber noch immer wenig von Gesundheitsförderung profitieren. Es ist ebenfalls zu hoffen, dass bei der Ausweitung des Settingansatzes Kooperationen mit anderen Handlungsfeldern im Rahmen sozialraumorientierter Intervention gesucht werden, um endlich über den Tellerrand hinauszusehen und Synergien mit anderen Akteuren nutzen zu können.

Die GKV mischt sich derzeit mit eigenen Strukturvorschlägen ein. Ihr Vorschlag, aus Bundesmitteln möge eine Transparenz- und Koordinierungsstelle geschaffen werden, hat Charme: Zwar werden in der Datenbank www.gesundheitliche-chancengleichheit.de, die Teil des Kooperationsverbundes ▶

»Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten« ist, eine Fülle von Projekten dokumentiert und auch die Diskussion um Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung schreitet langsam voran, aber noch immer ist das Feld unübersichtlich und viele Projekte arbeiten ohne dokumentierte Evidenzbasis.

Evidenzbasierung braucht Strukturen jenseits der Veröffentlichung von Projektergebnissen in wissenschaftlichen Fachjournalen. Das BMBF wird in Kürze zum dritten Mal Projekte finanzieren, mit denen Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen der Sozialversicherungsträger evaluiert werden, das IPP ist mit zwei Projekten in den beiden ersten Ausschreibungsrunden beteiligt. Damit auch andere die Ergebnisse nutzen können, muss systematischer als bislang üblich der Transfer auch in die Praxis gesichert sein. In den IPP-Projekten ist dies bereits angelegt: So ist es Ziel des Projektes »Evaluationstools«, die erarbeiteten praxistauglichen Instrumente auf einer Internetseite allen Interessierten zur Verfügung zu stellen. Auch

die Qualitätsentwicklung braucht Strukturen und Verbindlichkeiten: Im oben genannten Kooperationsverbund werden Kriterien im Konsens erarbeitet, anhand derer sich Modelle guter Praxis identifizieren lassen. Dies ist sicherlich ein erster sinnvoller Schritt, um eine Qualitätsdiskussion in Gang zu bringen, die sich auf einer für Praktiker und Praktikerinnen nachvollziehbaren Ebene bewegt. Sie darf aber nicht hier stehen bleiben. Gesundheitsförderungsprojekte müssen sich konsequent der Frage nach Evidenz und Qualität stellen, wenn sie sich langfristig legitimieren wollen. Ein Blick über den nationalen Tellerrand zeigt viele Beispiele, an denen man sich orientieren kann. So stellt die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz PraktikerInnen ein Internetangebot zur Verfügung, mit dem sich Qualitätskriterien auf unterschiedlichen Projektebenen und in verschiedenen Projektphasen identifizieren und bearbeiten lassen (www.quint-essenz.ch).

Gesundheitsförderung und Prävention sind nach wie vor ein zentrales Handlungsfeld für Gesund-

heitspolitik, auch ohne Gesetz werden sie sich in der Gesundheitslandschaft etablieren. Public Health kommt die Aufgabe zu, die Strukturbildung zu unterstützen, Daten zur Identifikation zentraler Zielgruppen und ihrer Lebenslagen zu ermitteln und aufzubereiten, die Implementation von Angeboten wissenschaftlich zu begleiten und Maßnahmen zu evaluieren, um den Korpus der Evidenz zu verbreitern. Dies geht nur in Kooperation mit der Praxis, denn bei allem Anspruch an Wissenschaftlichkeit werden sich Evaluation und Qualitätsentwicklung nur durchsetzen, wenn die Wissenschaft praxisrelevante Fragen aufgreift und ein handhabbares Methodeninstrumentarium bereithält.

Prof. Dr. Petra Kolip

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

SCHWERPUNKTTHEMA

Neuausrichtung von Prävention und Gesundheitsförderung

Forderungen der Spitzenverbände der Krankenkassen

Die Potentiale und Reformnotwendigkeiten in Prävention und Gesundheitsförderung kommen in der aktuellen gesundheitspolitischen Reformdiskussion so gut wie nicht mehr vor. Die Diskussion konzentriert sich stattdessen fast ausschließlich auf die Finanzierung und Organisation der Krankenversicherung und -versorgung, wobei einige Leistungsverbesserungen nicht negiert werden sollten. Aber: Mit dem geplanten Gesundheitsfonds, dem politisch fixierten Beitragssatz und den nach Haushaltsschwankungen schwankenden Steuerzuschüssen legt die Politik die Axt an das konstitutive Prinzip der Selbstverwaltung in der Mittelaufbringung für eine bedarfsgerechte Versorgung – und damit auch Gesundheitsförderung – der Versicherten. Der zum Ausgleich von Fehlbeträgen vorgesehene Zusatzbeitrag spricht einer solidarischen Absicherung des Krankheitsrisikos Hohn. Entgegen der vorgeblichen Intention einer Wettbewerbsstärkung werden über die politisch gewünschten Fusionsprozesse auf der Kassenebene Oligopolstrukturen und auf der Verbandsebene sogar ein vollständiger Zen-

tralismus über einen vom Bundesministerium für Gesundheit beaufsichtigten GKV-Spitzenverband Einzug halten. Damit ist der Weg in die Einheitsversicherung vorgezeichnet. Dies wird auch der Prävention und Gesundheitsförderung nicht von Nutzen sein. Gerade die sich ergänzenden ordnungspolitischen Funktionen der Spitzenverbände – nämlich Koordination und Wettbewerb – haben bislang für zielgruppenspezifisch unterschiedliche Produkte und zugleich für gemeinsame qualitätsorientierte Anforderungen bei Prävention und Gesundheitsförderung gesorgt. Das soll faktisch mit der bürgerlich-rechtlichen Abwicklungshülle der Spitzenverbände in der »logischen Sekunde« des möglichen Inkrafttretens dieses Gesetzes von Amts wegen außer Kraft gesetzt werden.

Zur rechtzeitigen Einstellung der sozialen Sicherungssysteme und der Gesellschaft insgesamt auf die Folgen der demographischen Entwicklung und die Herausforderungen der Globalisierung müssten aber nach Auffassung der Spitzenverbände der

Krankenkassen Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland erheblich ausgeweitet und auf Basis der heutigen Steuerungsbedingungen – sozusagen aus einem Aufgabenkontinuum heraus – organisatorisch gestärkt werden.

Das präventionspolitische Positionspapier der GKV-Spitzenverbände fasst die Standpunkte der GKV für eine Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung zusammen¹. In den vergangenen Jahren hat die GKV ihr Engagement auf diesen Feldern erheblich ausgeweitet und ihre Präventionsleistungen mit einem hohen Qualitätsstandard versehen: So wurden mit dem GKV-Leitfaden hinsichtlich Prävention und betrieblicher Gesundheitsförderung für alle Aktivitäten der Krankenkassen in diesen Feldern bundesweit einheitliche Qualitätsstandards verbindlich festgelegt². Mit ihrer jährlichen Dokumentation machen die Krankenkassen ihre Präventionsaktivitäten öffentlich transparent³. Ein einheitliches Evaluationskonzept für alle primärpräventiven und Gesundheitsförderungsleistungen der Krankenkassen wurde erarbeitet und befindet sich derzeit in der Testphase. Die Krankenkassen schöpfen ihre in § 20 Abs. 3 SGB V vorgesehenen Mittel von ca. 190 Mio. EUR vollständig aus. Mindestens 50 Cent pro Versicherten (das sind mindestens 35 Mio. EUR pro Jahr) stellen sie davon im Rahmen einer freiwilligen Selbstverpflichtung für Prävention in außerbetrieblichen Lebenswelten zur Verfügung.



Trotz dieser bereits erzielten Erfolge muss insbesondere der Bereich der Gesundheitsförderung und nichtmedizinischen Prävention in Lebenswelten und für sozial benachteiligte Zielgruppen weiter ausgebaut und organisatorisch gestärkt werden. Noch stärker als andere Präventionsfelder bedarf dieser Bereich eines zielorientierten Zusammenwirkens und intensivierten Engagements einer großen Zahl von Verantwortlichen – neben den gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen und dem Bund z. B. auch der Wohlfahrtsverbände, der Jugendhilfe, des öffentlichen Gesundheitsdienstes, des Schulwesens und damit auch der Länder und Kommunen. Die Krankenkassen nehmen ihre Verantwortung in diesem Feld kassenartenübergreifend gemeinsam wahr, wie das Kooperationsprojekt der Krankenkassen-Spitzenverbände mit den Landesvereinigungen für Gesundheit in Sachsen-Anhalt, Rheinland-Pfalz und Niedersachsen »gesund leben lernen« zur schulischen Gesundheitsförderung sowie zahlreiche vergleichbare Aktivitäten auf regionaler und Landesebene belegen. Damit unterstreichen die Spitzenverbände ihre positive Leistungsbilanz und sinnvollen ordnungspolitischen Kernfunktionen.

Mit ihrem Positionspapier plädieren die Spitzenverbände dafür, anstelle einer »Stiftung Prävention« eine aus Bundesmitteln finanzierte Transparenz- und Koordinierungsstelle für die Prävention und Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten zu etablieren. Diese Stelle hätte die Aufgabe, Transparenz über das Leistungsgeschehen auf diesem Feld herzustellen, den regelmäßigen Austausch der hier tätigen Akteure zu organisieren und sie für eine qualitätsorientierte Weiterentwicklung zu vernetzen.

Vorteil einer durch öffentliche Mittel finanzierten Transparenz- und Koordinierungsstelle ist, dass sie auf bereits bestehenden Strukturen im Rahmen des bundesweiten Kooperationsverbundes »Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten« auf Bundes- und Landesebene aufsetzt⁴. Zudem könnten die für die Primärprävention und Gesundheitsförderung vorgesehenen GKV-Mittel voll in die praktische Arbeit vor Ort fließen und dort den Versicherten unmittelbar zugute kommen. Hierdurch würde verhindert, dass Mittel der Krankenkassen für den Aufbau neuer, unnötiger

Verwaltungsstrukturen und die Finanzierung von versicherungsfremden Maßnahmen der bundesweiten gesundheitlichen Aufklärung zweckentfremdet werden.

Die Spitzenverbände verkennen nicht, dass die Große Koalition mit der aktuellen Gesundheitsreform eine entgegengesetzte Linie zu der hier skizzierten Reformagenda verfolgt. Ungeachtet dessen möchten die Spitzenverbände der Krankenkassen in der Hoffnung auf einen künftigen rationalen Diskurs mit ihrem Positionspapier gemeinsam den Anstoß zu einer notwendigen Weiterentwicklung und Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland geben.

(Literatur beim Verfasser)

Rolf Stuppardt

Vorstandsvorsitzender IKK-Bundesverband,
Bergisch-Gladbach, www.ikk.de

1 www.ikk.de/ikk/generator/ikk/unternehmen/politik-und-positionen/72000.pdf

2 www.ikk.de/ikk/generator/ikk/fuer-medizinberufe/praevention/3236.pdf

3 www.mds-ev.de

4 www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

Prävention – Strategie ohne Alternative

Über die Grenzen der kurativen Medizin in einer älter werdenden Bevölkerung

Die Entwicklung ist unübersehbar: Von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wird darauf hingewiesen, dass weltweit inzwischen 59% der jährlich 57 Millionen Todesfälle durch chronische und nicht durch übertragbare Krankheiten verursacht werden, darunter vor allem Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Übergewicht, Krebs und Atemwegserkrankungen (WHO, 2006). Diese Krankheiten machen bereits 46% der weltweiten Krankheitslast aus. Etwa die Hälfte der jährlichen Todesfälle als Folge chronischer Erkrankungen entfällt auf kardiovaskulär bedingte Ereignisse, auf Herzinfarkte, Schlaganfälle oder andere Herzkrankheiten. Und es ist nur eine kleine Anzahl von Risikofaktoren wie hoher Blutfettspiegel, hoher Blutdruck, Übergewicht, Rauchen und Alkohol, die den Hauptanteil dieser Belastung durch chronische Erkrankungen verursachen.

Diese Statistiken der WHO weisen darauf hin, dass insgesamt und vor allem in den industrialisierten Gesellschaften eine Veränderung des Krankheitspanoramas zu beobachten ist. Danach verlieren viele akute und übertragbare Krankheiten wie z. B. Tuberkulose oder Masern ihren Charakter als Volkskrankheiten und treten heute deutlich seltener auf als noch vor Jahren (Schauder, 2006).

Es wird davon ausgegangen, dass übertragbare Krankheiten zusammen mit perinatalen Erkrankungen sowie Mangelernährung heute noch 39% der globalen Krankheiten bestimmen und 30% der Todesfälle begründen. Prognosen zufolge werden diese Krankheiten bis 2030 nur noch in 22% der Fälle zum Tode führen (WHO, 2006a).

Gleichzeitig bestimmen chronische Erkrankungen immer mehr den Gesundheitszustand der immer älter werdenden Bevölkerung moderner Industrieländer und gewinnen sowohl an individueller, sozialpolitischer sowie gesundheitsökonomischer Bedeutung. In den nächsten 25 Jahren werden weltweit immer mehr Todesfälle durch nicht übertragbare Krankheiten begründet sein und bereits heute geht die WHO davon aus, dass alleine in der Region Europa nicht übertragbare Krankheiten, die zumeist einen chronischen Verlauf haben, 77% der Krankheitslast ausmachen und für 86% der Todesfälle verantwortlich sind. Im weltweiten Vergleich ist diese Region somit am stärksten von den skizzierten Veränderungen im Morbiditäts- und Mortalitätspanorama betroffen. In Deutschland, so die Schätzungen, werden im Jahre 2030 etwa vier Fünftel aller Todesfälle auf solche chronischen Erkrankungen zurückzuführen sein. Bei vielen

der genannten Krankheiten wie z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Bluthochdruck oder Erkrankungen der Atemwege können über die Beeinflussung von Faktoren im Lebensstil und durch Prävention erhebliche Veränderungen der Prävalenz erreicht werden – es geht um mehr Gesundheit im Alter. In einer älter werdenden Gesellschaft sollten schon in jungen Jahren Strategien von Gesundheitsförderung und Prävention genutzt werden, damit diese Erkrankungen zumindest nicht mehr in dem Maße auftreten wie heute. Das hat nicht nur mit der Lebensqualität im Alter zu tun, die durch chronische Erkrankungen erheblich belastet und eingeschränkt sein kann, sondern auch mit gesundheitsökonomischen Überlegungen. Oftmals wird nämlich – relativ undifferenziert – gemutmaßt, dass in einer älter werdenden Gesellschaft auch deshalb die Ausgaben für die Behandlung von Krankheit ansteigen müssen, weil die Kosten mit dem Alter ansteigen und diese im letzten Lebensjahr die höchsten sind. Tatsächlich sind die Pro-Kopf-Ausgaben für die Krankenbehandlung im letzten Lebensjahr besonders hoch – dies gilt aber für das letzte Jahr in jedem Lebensalter. Auffällig dabei ist, dass diese Kosten des letzten Lebensjahres mit dem Alter sinken – bei den 65- bis 69-Jährigen sind die Kosten nach Medicare-Daten (Lubitz & Riley, 1993) deutlich höher als bei den über 90-Jährigen (15.436 zu 8.888 US-\$). Peter Zweifel (Zweifel et al., 1996) fand für die Schweiz, Hilke Brockmann (2000) auch für Deutschland ähnliche Kostenverhältnisse, allerdings zieht sie aus diesem Befund m. E. unzutreffende Schlussfolgerungen. Wenn es also über Prävention gelingt, die Krankheitsphasen bei den älter werdenden Menschen auf kürzere Zeiten am Ende des Lebens zu beschränken (compression of morbidity) und lang andauernde chronische

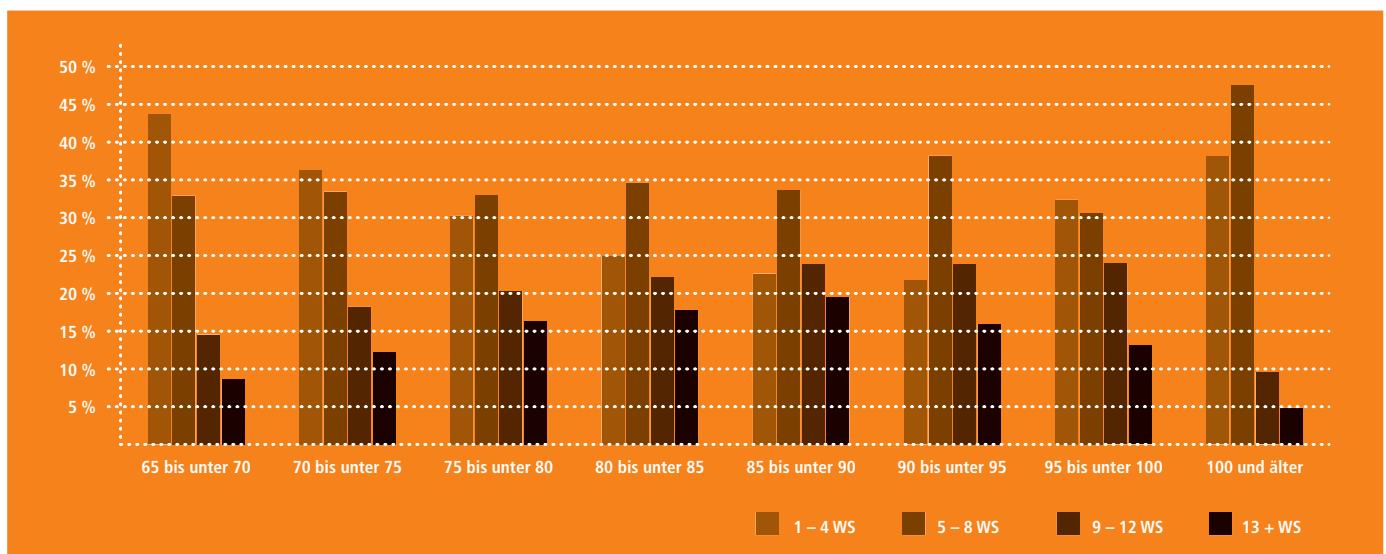


Abb. 1: Anteil der weiblichen Versicherten im Alter ab 65 Jahren mit 1-4, 5-8, 9-12 und 13 und mehr verordneten Wirkstoffen im Jahr 2005 (Glaeske & Janhsen, 2006)

Krankheiten wenn schon nicht ganz zu vermeiden, so doch wenigstens zu verringern, zeigt sich daran insbesondere der Nutzen von Prävention (SVR, 2005): Die Menschen bleiben länger gesund, werden mit guter Gesundheit älter und entlasten dadurch unser Gesundheitssystem auch von Krankheitskosten – Prävention lohnt sich eben aus vielen Gründen!

Unser kuratives und auf Pathogenese aufgebautes Gesundheitssystem, das sich sowohl in der Organisation als auch in den Behandlungsangeboten ärztezentriert und auch erfolgreich auf die Akut- und Notfallmedizin konzentriert hat, ist bei der Versorgung von chronischen Erkrankungen nur noch schwer aufrecht zu erhalten, es kommt an seine Grenzen. Das Ergebnis in unserem GEK-Arzneimittel-Report 2006 (Glaeske & Janhsen, 2006), dass rund 35% der Männer und 40% der Frauen über 65 Jahre 9 Wirkstoffe und mehr

in Dauertherapie bekommen (siehe als Beispiel Abb. 1), wo maximal 4 bis 5 sinnvoll wären, zeigt die Schwierigkeit, das Konzept der kurativen Medizin auf älter werdende Menschen zu übertragen, die an mehreren chronischen Krankheiten gleichzeitig leiden und bei denen jede Krankheit so behandelt wird, als sei sie die einzige. Dabei muss insbesondere bei diesen Altersgruppen von Patientinnen und Patienten davon ausgegangen werden, dass häufig unerwünschte Wirkungen und Wechselwirkungen zu Krankenhausaufnahmen und -behandlungen führen: Bis zu 23% der Krankenhausaufenthalte werden bei älteren Menschen durch derartige Störwirkungen begründet (Mühlberg et al., 1999). Mehr Krankheit durch Behandlung, mehr Gesundheit durch Prävention – das wäre zugespitzt die Botschaft, die sich aus dieser Auswertung der Arzneimitteltherapie ergibt. Es ist daher höchste Zeit, dass die nun wirklich nicht besonders gelungene Gesundheitsreform in Kraft tritt, um erneut

– zum wievielten Male eigentlich? – das in der Schublade schlummernde Präventionsgesetz auf die politische Agenda bringen und in Kraft setzen zu können. Neben der Kuration, Rehabilitation und Pflege muss die Prävention zur vierten Säule unseres Gesundheitssystems werden, damit wir auch den zukünftigen Herausforderungen durch chronische Krankheiten rechtzeitig begegnen können – dazu gibt es keine Alternative!

(Literatur beim Verfasser)

Prof. Dr. Gerd Glaeske

Leiter der Arbeitsgruppe Arzneimittelanwendungsforschung am Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen.

Mitglied im Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.

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

www.svr-gesundheit.de, www.zes.uni-bremen.de

Nachhaltige Prävention statt wirkungslose Saisonbetriebe und immer neue Modellprojektitis!

Kaum stirbt in Bremen ein Kind unter quasi öffentlicher Aufsicht, reagieren Politik und Wohlfahrtsverbände wie sie immer reagieren, wenn irgendein (gesundheitlicher) Missstand ruchbar wird: Es gibt unter großer Presseresonanz ein bisschen Geld für lokal und zeitlich eng begrenzte Modellprojekte. Damit wird vor allem eines vermittelt: das gute Gefühl, schnell etwas zu tun. Diese Projekte werden absehbar gut arbeiten wie die meisten Modellprojekte, weil dort engagierte Fachleute arbeiten und das Umfeld interessierter ist als an Strukturen der Regelversorgung in diesem Bereich. Es werden schöne Evaluationsberichte erarbeitet und gedruckt sowie Empfehlungen für vielfältige Strukturveränderungen und Weiterförderungen formuliert. Doch dazu wird es nicht kommen, weil es dann um dauerhafte Strukturen und langfristige Festlegung von öffentlichen Geldern geht. Und möglicherweise werden die Gelder an anderer Stelle gebraucht, weil just zu diesem Zeitpunkt schon wieder die nächste gesundheitliche Problemlage schnell mit einem Modellprojekt bekämpft werden muss.

Genau dieses Schicksal erlitten fast alle größeren Modellversuche im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung (aber auch in anderen Bereichen) in den letzten 20 Jahren, z. B. die

Bund-Länder-Modellversuche zur gesundheitsfördernden Schule, das AIDS-Präventionsprogramm der Gesundheitsämter, das Programm Entwicklung und Chancengleichheit (E&C) oder der von gesetzlichen Krankenversicherungen finanzierte Modellversuch zur Gesundheitsförderung in Schulen »gesund leben lernen«.

Dabei zeigen nicht nur die Ergebnisse dieser Modellprojekte, sondern insbesondere die Kinder- und Jugendberichte sowie die Armuts- und Reichtumsberichte der Bundesregierung regelmäßig den dringenden Handlungsbedarf für effektive, früh einsetzende und vernetzte Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Gruppen auf. Unterstützt werden die regierungsamtlichen Berichte durch die im September veröffentlichten Daten des Kinder- und Jugendgesundheits surveys des Robert-Koch-Instituts (vgl. www.kiggs.de). Alle gesundheitsbezogenen Auffälligkeiten (mit Ausnahme der Allergien) zeigen ein deutlich erhöhtes Risiko für Kinder aus sozial benachteiligten Schichten. Beispielhaft seien dafür erste Auswertungen des Moduls psychische Gesundheit zitiert. Bei etwa 22% aller untersuchten Kinder liegen psychische Auffälligkeiten vor, aber: »Bei den vermuteten Risikofaktoren erweisen sich vor allem ein ungünstiges Familienklima mit vielen Konflikten sowie ein

niedriger sozioökonomischer Status als negative Einflussgrößen, die mit einer bis zu 4-fach erhöhten Wahrscheinlichkeit für psychische Auffälligkeit einhergehen« (ebd.). Bei Adipositas ist das Risiko bei Kindern mit niedrigerem Sozialstatus über alle Altersgruppen etwa 3-fach erhöht. Wirklich neu an diesen Daten ist ihre repräsentative Erhebungsgrundlage, nicht die Tendenz der Ergebnisse.

Trotz dieser Erkenntnisse werden die größten Präventionsprogramme nicht auf diese Zielgruppen konzentriert, sondern das Gros der Maßnahmen (z. B. die Individualprävention der gesetzlichen Krankenversicherer oder Suchtpräventionsprogramme in Schulen) erreichen vor allem die Bevölkerungsgruppen, die leicht erreichbar sind, nämlich Zielgruppen mit einem vergleichsweise hohen Bildungsniveau und Sozialstatus. Für die schulische Prävention hat Bauer dafür den Begriff des »Präventionsdilemmas« (Bauer 2005) geprägt. Bereits 1994 haben Kühn und Rosenbrock für die USA auf eine Selektion von Präventionsprogrammen hingewiesen. Es werden vor allem solche Programme entwickelt, die vergleichsweise einfach durchzuführen sind und damit vor allem jene Gruppen erreichen, die diese Angebote weniger nötig haben. Diese Selektion angepasster, leicht realisierbarer Präventionsprogramme lässt sich auch in Deutschland beobachten. Prävention und Gesundheitsförderung werden nach wie vor eher als symbolisches Politikfeld oder skandalinduziertes Saisongeschäft betrieben, in dem größtenteils wirkungslose Kampagnen mit einfachen Botschaften gefragt sind als nachhaltige Ansätze in den Kernstrukturen des jeweiligen Politikbereiches. ▶

Es fehlt zudem eine Weiterentwicklung integrierter, und vor allem sozialraum- und zielgruppenorientierter Ansätze. Die meisten Präventionskonzepte werden monothematisch (»heute Adipositas, morgen psychische Gesundheit«) in unterschiedlichen Parallelstrukturen betrieben. Sie werden meistens nur von außen an soziale Systeme (Familien, Kindertagesstätten und Schulen) herangetragen und nicht mit ihnen gemeinsam entwickelt. Grundlage für eine sozial angemessene Neuorientierung der Prävention und Gesundheitsförderung wären

jedoch politische Entscheidungen, die Programme intersektoral anlegen, sich auf die Zielgruppen mit dem größten Bedarf konzentrieren und notwendige Infrastrukturen schaffen. Wir brauchen keine neuen Modellprojekte, die nachweisen, dass frühe aufsuchende Hilfen z. B. durch Familienhebammen hochwirksam sind, sondern gebraucht wird eine nachhaltige Verankerung solcher Strukturen und Interventionsprinzipien in der Jugendhilfe und dem Bildungssystem. Dazu könnten dann auch Kassen getrost ihren (kleinen) Beitrag leisten, weil Gesund-

heitsförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe ernst genommen würde, statt sich in immer neuen Modellen, Präventionsgesetzklausuren und Mittelschichtprogrammen zu erschöpfen.

(Literatur beim Verfasser)

Thomas Altgeld

Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.
Hannover, Mail: thomas.altgeld@gesundheit-nds.de,
www.gesundheit-nds.de

Arm stirbt früher

Gesundheitsbericht zur sozialen Polarisierung in Bremen

Vor kurzem machte eine Studie der Friedrich-Ebert-Stiftung mit der Feststellung Furore, dass es in Deutschland ein sozial »abgehängtes Prekariat« gäbe. Neu ist dieser Befund eigentlich nicht, traten doch in den letzten Jahren die Ausweitung sozialer Gegensätze und die Desintegration von Teilen der Unterschicht immer deutlicher zutage. Von dem zu Zeiten des Wirtschaftswunders formulierten Modell der »nivellierten Mittelstandsgesellschaft« spricht jedenfalls niemand mehr. Stattdessen ist vom Aufkommen einer Klassengesellschaft die Rede, in der soziale Mobilität vornehmlich eine Richtung hat, nämlich nach unten. Für diese Entwicklung gibt es eine Reihe von Indizien. Die relative Einkommensarmut hat zugenommen und die steigende Zahl dauerhaft Arbeitsloser ist ein Hinweis darauf, dass sich Armutslagen zu verfestigen beginnen. Auch für die so genannte Mitte der Gesellschaft ist, wie z. B. die Beschäftigten von BenQ Mobile gerade erfahren haben, das Risiko sozialen Abstiegs spürbar gewachsen. Parallel dazu verteilt sich der gesellschaftliche Reichtum immer ungleicher. Fast die Hälfte des Vermögens der deutschen Privathaushalte entfällt auf das reichste Zehntel der Haushalte, während der ärmeren Hälfte lediglich vier Prozent des Volksvermögens gehört. Auf die schwindenden Teilhabechancen armer Bevölkerungsgruppen verweisen auch die Ergebnisse der PISA-Studie, die u. a. eine eklatante Benachteiligung sozial schlechter gestellter Kinder im deutschen Bildungswesen belegen.

Mit der Verschärfung gesellschaftlicher Gegensätze dürften auch die sozialen Unterschiede in der Lebenserwartung und Sterblichkeit gewachsen sein, zumal die Kompensationsfähigkeit des sozialen Sicherungssystems schwächer geworden ist. Die Kommunale Gesundheitsberichterstattung der Stadt Bremen ist dieser Frage nachgegangen

und hat dazu einen Bericht veröffentlicht (»Die Auswirkungen sozialer Polarisierung« unter www.gesundheitsamt-bremen.de). Analysiert wurden kleinräumig aufbereitete Daten zur demografischen und ökonomischen Entwicklung sowie zur mittleren Lebenserwartung und Mortalität innerhalb der Stadt Bremen. Dabei wurden die klassischen bürgerlichen Viertel den traditionellen Arbeitervierteln sowie Hochhaussiedlungen des sozialen Wohnungsbaus am Stadtrand gegenübergestellt, der Analysezeitraum umfasst die Jahre zwischen 1970 und 2003.

Die drei Quartierstypen entwickelten sich äußerst gegensätzlich. Die bürgerlichen Viertel Bremens bauten ihren Wohlstandsvorsprung aus, Arbeiterviertel und Hochhaussiedlungen zeigen dagegen Besorgnis erregende Tendenzen. Zwei Beispiele: Während die Einwohnerzahl der bürgerlichen Stadtteile stieg, mussten die Arbeiterviertel und die Sozialbausiedlungen kräftige Bevölkerungsrückgänge hinnehmen. Die Zahl der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten wuchs in den bürgerlichen Vierteln, in den Arbeitervierteln und in den Hochhaussiedlungen hingegen schrumpfte diese Zahl drastisch um etwa ein Drittel. Mit dem Auseinanderdriften der wohlhabenden und benachteiligten Wohnquartiere weiteten sich die sozialen Unterschiede in der Lebenserwartung und Sterblichkeit erheblich aus, und zwar vor allem unter den Männern. Mittlerweile ist die vorzeitige und die vermeidbare Sterblichkeit in den benachteiligten Gebieten z. T. mehr als doppelt so hoch wie in den bürgerlichen Quartieren. Die mittlere Lebenserwartung eines neugeborenen Jungen aus den bürgerlichen Vierteln stieg um 6,9 Jahre von 71,0 auf 77,9 Jahre. In den Arbeitervierteln erhöhte sich die Lebenserwartung um 5,4 Jahre von 67,1 auf

72,5 Jahre, und in den Hochhaussiedlungen nahm die mittlere Lebenserwartung um vier Jahre von 69,1 auf 73,1 Jahre zu. Bei neugeborenen Mädchen stieg die mittlere Lebenserwartung in den privilegierten Wohnvierteln um 6 Jahre von 77,5 auf 83,5 Jahre. In den Arbeitervierteln nahm sie um 5,4 Jahre von 74,2 auf 79,6 Jahre zu und in den Sozialbausiedlungen um 4,9 Jahre von 76,0 auf 80,9 Jahre.

Eine entscheidende Ursache für diese Entwicklung ist die zunehmende Konzentration gesellschaftlicher Problemgruppen in bestimmten Stadtteilen, den »sozialen Brennpunkten«. Hinzu kommt, dass sich die Lebenssituation der Unterschicht verschlechtert hat. Soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod ist mithin weniger ein medizinisches als vielmehr ein sozialpolitisches Problem, Präventionsprogramme müssen dies entsprechend berücksichtigen. Sie könnten z. B. Teil einer quartiersorientierten Sozialpolitik sein, wie sie mit dem Bremer Programm »Wohnen in Nachbarschaften« praktiziert wird. Zentral ist eine Sektoren übergreifende Zusammenarbeit, die von Akteuren aus den Bereichen Gesundheit, Bildung, Arbeit und Stadtentwicklung getragen wird. Die generell knappen Mittel sind dort einzusetzen, wo sie am meisten benötigt werden und wo sie wahrscheinlich die größte Wirkung entfalten – im Grunde eine Selbstverständlichkeit. Und zu guter Letzt: Da die wachsenden Disparitäten insbesondere Männer betreffen, liegt es nahe, Präventionsmaßnahmen auch auf sozial benachteiligte Männer zu fokussieren. Hier wäre allerdings echte Pionierarbeit zu leisten, denn die Entwicklung von männerspezifischen Programmen steckt noch in den Anfängen.

(s. Hinweis auf Fachtagung »Soziale Polarisierung und Gesundheit« auf Seite 20.)

Dr. Günter Tempel

Gesundheitsamt Bremen,
Kommunale Gesundheitsberichterstattung,
Mail: guenter.tempel@gesundheitsamt.bremen.de,
www.gesundheitsamt-bremen.de

Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung

Bericht von einem Fachtag für Bremer Institutionen und Projekte

Am 11. Oktober 2006 fand in den Räumlichkeiten des Gesundheitsamts Bremen ein Fachtag zum Thema Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung statt, der auf großes Interesse stieß. Die Veranstaltung wurde in Kooperation zwischen dem Gesundheitsamt Bremen, dem Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Uni Bremen und der Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e.V. (LVG) durchgeführt.

Nach der Eröffnung durch Felicitas Jung vom Gesundheitsamt Bremen gab Prof. Dr. Petra Kolip von der Universität Bremen / IPP einen Einblick in das Thema »Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung«. Im Anschluss daran stellte

Dr. Ingeborg Jahn vom Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin Ergebnisse aus der »Bremer Umfrage GESUNDHEIT!« vor. Dies gab dem Auditorium Einblicke in die Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung zur Zielgruppenorientierung in der Gesundheitsförderung. Zur Vorbereitung auf das Thema des Nachmittags hielt Dr. Michael Wright vom Wissenschaftszentrum Berlin einen Vortrag zum Thema »Qualität von unten nach oben entwickeln: Partizipative Qualitätssicherung und Evaluation«. Der Workshop mit Dr. Michael Wright am Nachmittag mit dem Titel »Wie wissen wir, was die Zielgruppe braucht?«, in dem die Bedeutung einzelner Methoden der Bedarfserhebung in der Gesundheitsförderung

und Prävention dargestellt wurden, regte zum Austausch von Erfahrungen und Diskussionen an. (s. nachstehenden Bericht.)

Da die Teilnahme am Workshop auf 20 Personen begrenzt, die Nachfrage bereits im Vorfeld aber wesentlich höher war, ist eine Fortsetzung dieser Fachtagung angedacht. Materialien zur Veranstaltung können auf der Internetseite des IPP unter www.public-health.uni-bremen.de abgerufen werden.

Sirkka Lüderitz

Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e.V.

Wie wissen wir, was die Zielgruppe braucht?

Partizipative Methoden der Bedarfsbestimmung

Bericht aus dem Workshop im Rahmen des Fachtages »Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung« am 11.10.06 in Bremen

Mit und für sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen zu arbeiten ist der Auftrag zahlreicher Projekte, die im Bereich der Gesundheitsförderung und Primärprävention tätig sind. Der Setting-Ansatz misst der Partizipation der Zielgruppen an der Gestaltung und Durchführung von Maßnahmen einen besonderen Stellenwert bei. In der Praxis stellt die Realisierung dieses Anspruchs eine große Herausforderung dar.

In vielen Fällen ist es einem Projekt bereits zu Beginn seines Einsatzes klar, welche Gruppen von Menschen in einem spezifischen Setting durch die primärpräventive bzw. gesundheitsfördernde Arbeit erreicht werden sollen. Es bleibt jedoch oft ungeklärt, was diese Zielgruppen zur Verbesserung ihrer Gesundheit tatsächlich brauchen. Vor allem in der niedrigschwelligen Arbeit kann es besonders schwierig sein, den Bedarf der Zielgruppe vor Ort genau zu bestimmen.

In diesem Workshop wurden die Grundprinzipien eines zielgruppenorientierten Arbeitens diskutiert, z. B. die von der Zielgruppe selbst genannten

Bedürfnisse in den Mittelpunkt zu stellen, Eigeninitiative seitens der Zielgruppe zu unterstützen und die Selbstbestimmung der Zielgruppe hinsichtlich neuer Maßnahmen zu ermöglichen. Es folgte eine kontroverse Diskussion über die Hindernisse in der Umsetzung dieser Prinzipien, u. a. die Vorstellung der Gesundheitsförderung als erzieherische Tätigkeit seitens der Geldgeber, der schwierige Zugang zu manchen Zielgruppen sowie die eigene »Expertenhaltung«, die die (Mit-)Gestaltungsmöglichkeiten der Zielgruppe stark einschränken kann. Eine wesentliche Voraussetzung für das zielgruppenorientierte Arbeiten ist Klarheit über die Zusammensetzung der Gruppe von Menschen, die erreicht werden soll. Es wurde festgestellt, dass soziologische Kategorien wie »Migranten« oder »ältere Menschen« für die epidemiologische Beschreibung eines Gesundheitsproblems nützlich sein können, sie sind jedoch häufig nicht als Zielgruppendefinition für die Praxis hinreichend. Hierfür sind gelebte und bewusst wahrgenommene kleinteilige Zugehörigkeiten oft hilfreicher: Stammtische, Wohnhäuser, religiöse Gemeinden, Sportclubs etc.

Um die Beteiligung der Zielgruppen an der Arbeit zu stärken, wurden zwei Datenerhebungsmethoden vorgestellt: die Fokusgruppe und die Blitzbefragung. Eine Fokusgruppe ist eine mode-

rierte Gruppendiskussion von 6 bis 10 Personen, die ein im voraus festgelegtes Thema zielgerichtet bearbeitet. Die Diskussion dauert 1 bis 2 Stunden. In der Gesundheitsförderung und Prävention werden Fokusgruppen realisiert, um Rückmeldungen zu allen Phasen der Planung und Durchführung eines Projekts von Personen aus der Zielgruppe zu erhalten. Eine Blitzbefragung ist eine kurze themenspezifische Erhebung. Die Befragung kann mündlich oder schriftlich durchgeführt werden. Die Befragung soll 10 Minuten oder weniger in Anspruch nehmen. Blitzbefragungen lassen sich wegen ihres geringen Umfangs in die praktische Arbeit integrieren und erreichen dadurch auch viele Personen, die sonst nicht an Befragungen teilnehmen. Beide Methoden lassen sich in die laufende Projektarbeit integrieren und bieten systematische Rückmeldungen zur Situation der Zielgruppe. Je nach Fragestellung können Informationen zu diversen Themen erhoben werden, die als Grundlage für neue Konzepte oder für die Verbesserung existierender Angebote dienen können. Die WorkshopteilnehmerInnen haben konkrete Anwendungsmöglichkeiten für beide Methoden in verschiedenen Praxiszusammenhängen ermittelt – so bei Familien in einem ärmeren Stadtteil, bei Kindern mit Diabetes oder bei Frauen in einer Obdachlosensiedlung.

Der Workshop war ein Ausschnitt aus einer mehrtägigen Veranstaltung, die im Rahmen eines laufenden Forschungsprojekts entwickelt wurde. Dieses Projekt wird durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert und ge- ▶

meinsam von der Forschungsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung und Gesundheit Berlin e.V. durchgeführt. Ziel dieses Vorhabens ist es, auf partizipative Weise Qualitätssentwicklungsprozesse bei Setting-Projekten zu unterstützen. Dazu gehören nicht nur Workshops, die Projekte in der Umsetzung partizipativer Methoden der Qualitätssicherung und Evaluation unterstützen, sondern auch ein internetbasiertes Handbuch, wissenschaftliche Beratung auf Projektebene und Arbeitstagungen mit Projektträgern,

deren Anliegen es ist, Kriterien der guten Praxis für die Settingarbeit weiterzuentwickeln. Die Projektbestandteile, die sich im Rahmen der Forschung als besonders viel versprechend erweisen, werden zur Integration in die regionalen Koordinierungsstrukturen der Landesvereinigungen für Gesundheit empfohlen. Auf diese Weise wird der international anerkannte Ansatz der partizipativen Gesundheitsforschung auf deutsche Praxisverhältnisse übertragen und damit ein Beitrag zur Weiterentwicklung der Qualität der Settingarbeit

geleistet, zu einem Bereich, der wegen seiner vielschichtigen Interventionsstrategien und komplexer Wirkungsweisen als besonders problematisch für die Evaluationsforschung gilt.

(Literatur beim Verfasser)

Dr. Michael T. Wright, LICSW, MS

Forschungsgruppe Public Health,

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung,

Mail: wright@wz-berlin.de, www.wz-berlin.de

Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e.V.

Mehr Gesundheit für alle!

Wie schon in 13 anderen Bundesländern haben sich im Mai 2005 in Bremen zahlreiche Institutionen und Verbände, die sich für Gesundheitsförderung und Prävention engagieren, in der Landesvereinigung für Gesundheit e.V. (LVG) zusammengeschlossen. Durch die gemeinsame Vernetzung können Erfahrungen und Kenntnisse aus den verschiedenen Sektoren untereinander nutzbar gemacht werden. Ein aufeinander abgestimmtes Handeln ist angesichts der Schwierigkeit, bestimmte Ziele und Zielgruppen zu erreichen und der immer knapper werdenden Ressourcen sinnvoll und notwendig. Der Austausch über bereits gelungene Modelle der Gesundheitsförderung und Prävention für sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen motiviert zur Übernahme und zum Ausbau solcher Modelle. Der Zusammenschluss fördert die Entwicklung neuer Angebote und leistet einen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung im Land Bremen.

Arbeitsschwerpunkt der LVG ist der Themenbereich »Soziale Ungleichheit und Gesundheit«, da, wie überall in Deutschland, im Land Bremen die Chancen und Ressourcen für Gesundheit nicht gleich verteilt sind: Sozial Benachteiligte sind häufiger von Krankheit und vorzeitiger Sterblichkeit betroffen und besonders das Leben von Kindern in prekären sozialen Milieus ist von gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Gesundheitsrisiken geprägt. So wachsen in der Stadt Bremen laut Armutsbericht der Arbeitnehmerkammer Bremen mindestens 32% aller Kinder unter 15 Jahren unter Armutbedingungen auf, in Bremerhaven sind es sogar 40% (Bundesdurchschnitt 14,2%). Eine wichtige Zielgruppe für die Arbeit der LVG sind daher Kinder und Jugendliche, auf deren weiteres Leben sich gesundheitsförderliche Aktivi-

täten in hohem Maße positiv auswirken können. Neben einer Bestandsaufnahme der vorhandenen Projekte im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen in Bremen sollen Aktivitäten der Mitgliedsverbände gebündelt, Modelle guter Praxis identifiziert und weiter verbreitet sowie gemeinsame settingbezogene Projekte durchgeführt werden. Geplant ist darüber hinaus, Methoden zur Qualitätsentwicklung in Fortbildungsveranstaltungen vorzustellen. Ein wichtiges Anliegen der LVG ist, in Rückbindung an die regionalen Akteure die Entwicklung praxisgerechter Qualitätsinstrumente im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention zu befördern. Perspektivisch soll die LVG eine neutrale, übergreifende Anlauf- und Servicestelle für das Thema Gesundheitsförderung im Land Bremen werden.

Unter dem Titel »Regionaler Knoten – Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten« wurde in diesem Sommer in der LVG Bremen eine auf zwei Jahre befristete Projektstelle eingerichtet. Das Projekt wird vom VdAK/AEV teilfinanziert. Zentrale Aufgaben des Regionalen Knotens sind, Handlungsschwerpunkte im Bereich Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen zu identifizieren und die Diskussion rund um den Bereich Qualitätsentwicklung zu unterstützen. Der Regionale Knoten ist einer von drei Bausteinen des bundesweiten Kooperationsverbands »Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten«, einem Projekt, das gemeinsam von der BZgA, dem BKK BV, der Bundesvereinigung für Gesundheit (BfG) und den Landesvereinigungen, Landeszentralen und Landesarbeitsgemeinschaften für Gesundheit sowie Einrichtungen mit ähnlicher Aufgabenstellung initiiert wurde. Mittlerweile haben sich 37

Träger in diesem Verbund sektorenübergreifend zusammengeschlossen. Die gemeinsame Arbeit basiert auf den drei Säulen Projektdatenbank, Good-Practice Modelle und den inzwischen 14 Regionalen Knoten. Der Regionale Knoten Bremen beteiligt sich an der Identifikation von Modellen guter Praxis in der Region und am Aufbau der bundesweiten Projekt- und Informationsdatenbank (www.gesundheitliche-chancengleichheit.de). Ziel dieser Internetplattform ist es, den Transfer gelungener Praxismodelle an andere Träger zu befördern. Gerade die Darstellung gelungener Handlungsstrategien soll Träger zur Nachahmung anregen und gleichzeitig zum Ausgangspunkt einer ressourcenorientierten Diskussion zu Fragen der Qualitätsentwicklung im eigenen Projekt werden.

Die LVG moderiert verschiedene Arbeitskreise (AK), an denen auch Nicht-Mitglieder teilnehmen. Die interdisziplinären AKs arbeiten themen- und zielgruppenspezifisch in folgenden Feldern: »Qualitätsentwicklung und Evaluation«, »Gesundheit von Kindern aus Migrantenfamilien«, »Ernährung und Gesundheit« und »Gesundheitsförderung für Bremerhaven«. Neue Arbeitskreise, u. a. zum Thema »Sport und Bewegung« sind in Planung.

Die LVG setzt sich dafür ein, dass im Bundesland Bremen Gesundheitsförderung als ein Maßstab gesellschaftlichen Handelns anerkannt wird und gesundheitliche Chancengleichheit in dieser Auseinandersetzung eine zentrale Position einnimmt. Ein Schritt dazu könnte die Initiierung und Moderierung einer Diskussion über Gesundheitsziele, deren Bestimmung und Umsetzung sein, wie sie in vielen Bundesländern bereits geführt wird.

Elke Anna Eberhard, Angelika Zollmann

Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e.V.,

Mail: lvg-hb@uni-bremen.de

PROJEKTE

Spezifische Problemlagen und gesundheitliche Versorgung von Frauen in Haft

Eine Untersuchung über die Situation im Bremer Frauenvollzug



Frauen bilden mit einem Anteil von etwa 5% eine Minderheit unter den Menschen in Haft. Entsprechend wird der spezifischen Situation und den differierten Problemlagen weiblicher Gefangener sowie dem Frauenstrafvollzug allgemein wenig Beachtung geschenkt. Gleichwohl wird in den meisten europäischen Ländern mittlerweile wahrgenommen, dass insbesondere Drogen konsumierende Frauen eine bedeutende und immer größer werdende Gruppe unter den weiblichen Gefangenen darstellen. Verstöße gegen das BtMG rangieren in einer aktuellen Basisdokumentation von Koch und Suhling zum Frauenvollzug in Niedersachsen mit 19,8% an zweiter Stelle der Hauptdelikte. An erster Stelle stehen Diebstahl und Vermögensdelikte (40,2%), die ebenfalls i. d. R. zu einer Verurteilung und Inhaftierung von Drogenkonsumentinnen führten (Beschaffungskriminalität).

Für den Frauenstrafvollzug bedeutet dies zum einen eine große Herausforderung in Bezug auf eine umfassende medizinische Versorgung der Frauen entsprechend der mit dem Konsum illegaler Drogen (insbesondere bei intravenösem Opiatgebrauch) assoziierten gesundheitlichen Risiken und Erkrankungen (HIV, Hepatiden, Abszesse etc.). Zum anderen stellt sich hinsichtlich eines umfassenderen Gesundheitsverständnisses die Frage nach dem Bedarf an Angeboten psychosozialer Betreuung, um spezifische Problemlagen der inhaftierten Frauen, die zu der Entwicklung einer (oder mehrerer) Abhängigkeit(en) geführt haben, bearbeiten zu können. Beide Aspekte sind in Bezug auf eine gesellschaftliche Wiedereingliederung von außerordentlicher Wichtigkeit.

Vor diesem Hintergrund handelt es sich bei der von uns – im Auftrag von WIAD (Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands) – durchgeführten und von der EU finanzierten Studie um eine explorative Untersuchung zu den spezifischen gesundheitlichen Problemlagen inhaftierter und insbesondere Drogen gebrauchender Frauen.

Die Ergebnisse unserer Studie zeigen, dass die Anzahl Drogen konsumierender Frauen im Bremer Strafvollzug außerordentlich hoch ist: Von 26 am Stichtag inhaftierten Frauen waren 19 Konsumentinnen illegaler Drogen, die eine Vielzahl von problematischen Aspekten in biographischer (frühe Missbrauchserfahrungen, fehlende oder mangelnde Ressourcen in der Herkunftsfamilie, Schulabbruch, keine Ausbildung etc.), sozialer (kein fester Wohnsitz, Verschuldung, instabile und belastende Partnersituation, Überforderung in der Mutterschaft) und gesundheitlicher (Infektionsrate Hepatitis C: 79%; HIV infiziert: 42%) Hinsicht aufwiesen. Die Delikte der Drogenkonsumentinnen stehen ausschließlich im Zusammenhang mit ihrer Drogenabhängigkeit und beschränken sich in aller Regel auf gewaltlose Eigentums- und Vermögensdelikte. Bis auf 3 Frauen befanden sich zudem alle Drogenkonsumentinnen bereits zuvor in Straftaft, und zwar im Durchschnitt 4 Mal.

Die gesundheitliche Situation der inhaftierten Drogenkonsumentinnen verbessert sich eindrücklich durch die medizinische Grundversorgung unter Einbeziehung einer Substitutionsbehandlung, durch den fehlenden Drogenkonsum und damit einhergehend den fehlenden Beschaffungsdruck

sowie durch ein allgemeines »Zur Ruhe Kommen«: Das Gewicht nimmt zu, Abszesse heilen ab, die Gefangenen bilden eine verbesserte Kommunikations- und Reflexionsfähigkeit aus.

Hinsichtlich der psychischen oder emotionalen Bedürfnisse der Frauen lässt sich jedoch der große Widerspruch erkennen, in dem sich allgemein das Streben nach Gesundheitsförderung im Strafvollzug befindet: Haftzeit bedeutet eben vor allem, »eine Strafe abzusitzen«. Auch wenn das vorrangige Ziel des Strafvollzuges als »Resozialisierung« bezeichnet wird, stießen wir bei unserer Untersuchung auf einen eklatanten Mangel an psychosozialen und therapeutischen Angeboten, die es den Frauen ermöglichen könnten, an den psychischen und sozialen Gründen für ihr »Leben in Abhängigkeiten« systematisch zu arbeiten. So lässt sich zwar bei vielen Drogenkonsumentinnen in Haft eine positive Entwicklung und der Wunsch nach einem drogenfreien, sozial integrierten Leben feststellen, doch lässt man sie mit ihren umfangreichen Schwierigkeiten und Belastungen weitgehend allein. Hier ist nicht nur der Justizvollzug gefordert: Auch die städtischen/regionalen Gesundheitsdienste (der Gesundheitsämter oder auch der freien Träger) müssten mit psychosozialen Angeboten in die Gesundheitsfürsorge und -förderung der Anstalt einbezogen werden. Momentan ist aber leider eher das Gegenteil zu beobachten: Im Rahmen der schon seit Jahren betriebenen Sparpolitik wurden die im Vollzugsbereich vorhandenen Stellen für eine psychosoziale Betreuung der Gefangenen genauso gestrichen, wie die städtischen Zuschüsse für gemeinnützige Vereine gekürzt, die sich vor und nach der Haftentlassung um eine kontinuierliche, auch gesundheitliche Betreuung der Straffälligen bemühen. Es ist dringend geboten, diese Lücken in der gesundheitlichen Versorgung inhaftierter Frauen zu schließen.

(Literatur bei den VerfasserInnen)

Dr. Birgitta Kolte

Universität Bremen, ARCHIDO/BISDRO,

Mail: pantsari@uni-bremen.de,

www.archido.de

PD Dr. Henning Schmidt-Semisch

Universität Bremen, Institut für Public Health

und Pflegeforschung, Abteilung Prävention

und Gesundheitsförderung,

Mail: schmidt-semisch@uni-bremen.de,

www.public-health.uni-bremen.de,

www.archido.de

»essen – bewegen – wohl fühlen«

Ein Pilotprojekt zur Gesundheitsförderung in Grundschulen wurde erfolgreich abgeschlossen

Neun Grundschulen aus Niedersachsen haben über zwei Jahre an dem Projekt »essen – bewegen – wohl fühlen« teilgenommen und mit fachlicher Unterstützung durch Gesundheitsberaterinnen Ziele und Strategien zur Umsetzung von Gesundheitsförderung in ihrem Arbeitsumfeld entwickelt. Das Projekt wurde von der Kaufmännischen Krankenkasse Hannover finanziert und zusammen mit der Landesvereinigung Gesundheit Niedersachsen e.V., der Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen und dem Landesverband der Volkshochschulen

Niedersachsens e.V. erfolgreich durchgeführt. Die wissenschaftliche Begleitung und Evaluation erfolgte durch das IPP.

Eine grundlegende Erfahrung der Arbeit aus dem Projekt ist die Relevanz der Motivation der beteiligten Personen. Nicht ausreichend motivierte Kolleginnen und Kollegen können die Arbeit erheblich erschweren bis gänzlich blockieren. Ein wichtiges Ergebnis der Projektarbeit ist daher die Empfehlung für Schulen, die sich für den Weg zu



einer gesundheitsfördernden Schule entscheiden, dem ersten Schritt, nämlich der Aufklärung über Möglichkeiten und Chancen der Gesundheitsförderung für die Schule und auch für jede/n Einzelne/n genügend Zeit einzuräumen. Die Transparenz der Arbeit ist ein weiterer wichtiger Faktor, nicht zuletzt, weil sich ausreichende Information auf die Motivation und Einsatzbereitschaft der einzelnen Beteiligten auswirken kann. Die Einbindung aller Zielgruppen ist Voraussetzung für einen gelungenen Schulentwicklungsprozess besonders in der Gesundheitsförderung, da sich dieser auf alle Beteiligten auswirkt und daher möglichst allen die Möglichkeit der Einflussnahme auf diesen Prozess eingeräumt werden sollte. Auch die Formulierung überprüfbarer Ziele ist ein notwendiger Schritt bzw. die Voraussetzung für die Umsetzung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen. Diese Möglichkeit der Überprüfung muss gegeben sein, um die Wirkung bestimmter Maßnahmen oder Instrumente einschätzen zu können.

Und schließlich darf Gesundheitsförderung nicht als zusätzlicher Arbeitsbereich gesehen, sondern muss als ein Instrument aufgefasst werden, welches sich auf jeden Bereich der Schule bezieht. So werden sich äußere Bedingungen nur schwer oder vielleicht gar nicht verändern lassen, vielmehr ist es hier die Aufgabe von Gesundheitsförderung, den Umgang damit möglichst Ressourcen schonend zu gestalten.

Heike Pich

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

Neue Evaluationstools für die ernährungs- und bewegungsbezogene Prävention

Im April 2005 ist unter der Leitung von Prof. Dr. Petra Kolip und Projektkoordination durch Birte Gebhardt das Projekt »Evaluationstools« gestartet (vgl. Ankündigung IPP-Info 01). Das vom BMBF geförderte Verbundprojekt mit einer dreijährigen Laufzeit umfasst 6 ernährungs- und bewegungsbezogene Präventions- und Gesundheitsförderungsprojekte, die sich überwiegend an sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche aller

Altersstufen vom Kindergarten bis zum jungen Erwachsenenalter richten. In jedem Teilprojekt werden zielgruppenspezifische Evaluationsinstrumente entwickelt, die aufeinander abgestimmt sind.

So erhebt das Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS) mit einer neu konzipierten »Pausenbrot-Checkliste« in ausgewählten Kindergärten den Inhalt der mit-

gebrachten Butterbrotaschen. Für die KiTas mit einem ungünstigen Ernährungsprofil werden zielgruppenspezifische Interventionen entwickelt.

Auch überprüft das BIPS mit einem speziell für die Altersgruppe der 4- bis 6-Jährigen adaptierten Motorik-Test (»MotKo«) den Effekt der Bremer Bewegungskindergärten auf motorische Fähigkeiten.

Im Vorhaben »essen – bewegen – wohl fühlen« haben 9 niedersächsische Grundschulen mit Hilfe geschulter Multiplikatorinnen ressourcenorientierte Angebote implementiert, die die Kinder in ihren Handlungskompetenzen stärken (s. vorhergehenden Beitrag von Heike Pich). Die Auswertung von Veränderungen des Ess- und Bewegungsverhaltens sowie eine Prozessevaluation erfolgte auf Basis



neu entwickelter quantitativer Eltern-Fragebögen und Leitfadeninterviews.

Die Universität Bielefeld hat für die Erfolgsmessung des schulischen Präventionsprogramms »Erwachsen werden« (Lions-Quest) quantitative Fragebögen für SchülerInnen und Eltern konzipiert. Die Verringerung von Risikofaktoren für das jugendliche Problemverhalten durch Kompetenzförderung wird in einem Vergleich von Hauptschulen und Gymnasien geprüft.

»Frühstücken in der Delmestraße« beschreibt ein Projekt, in dem für sozial benachteiligte Jugendliche ohne Schulabschluss ein regelmäßiges Schulfrühstück eingeführt wurde. Die Maßnahme wurde anhand eines unter Mitwirkung dieser besonderen Zielgruppe entwickelten Fragebogens evaluiert.

Ein ähnliches Instrument wird auch im Vorhaben »Kompetenzerwerb« eingesetzt, das den Effekt eines in den Alltag integrierten »Trainings« zur

Herstellung von Mahlzeiten für junge Männer in Wohngruppen misst und von der Hochschule für angewandte Wissenschaften, Hamburg, entwickelt wurde.

Ziel des Gesamtprojekts ist die Entwicklung eines aufeinander abgestimmten Methodenbaukastens, den Praktiker und Praktikerinnen für zukünftige Projekte nutzen können. Um ihnen die Tools zugänglich zu machen, erfolgt die Entwicklung einer speziellen Internetseite, auf der die Instrumente zum Download verfügbar sein werden und die zusätzlich Basisinformationen zur Evaluation in der Gesundheitsförderung praxisnah vermitteln wird.

Birte Gebhardt

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

Evaluation des Programms »Obeldicks light« für übergewichtige Kinder

Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter genießen in jüngster Zeit verstärkt Aufmerksamkeit. Für die gesetzlichen Krankenkassen stellt sich derzeit das Problem, dass zwar evidenzbasierte Angebote für Adipöse, nicht aber für Übergewichtige vorliegen, die nach § 20 SGB V finanziert werden können. Primärpräventive Maßnahmen für Kinder und Jugendliche, die zwar übergewichtig, aber nicht adipös sind und keine Folgekrankheiten aufweisen, fehlen bislang.

Das Programm »Obeldicks light«, das auf Initiative der DAK, der KKH und der TK von der Vestischen Kinder- und Jugendklinik in Datteln in Kooperation mit dem Forschungsinstitut für Kinderernährung in Dortmund entwickelt wird, füllt diese Lücke. Es wendet sich an übergewichtige Kinder und Jugendliche zwischen 8 und 16 Jahren ohne Begleiterkrankungen und an ihre Eltern. Das Programm will gezielt sozial Benachteiligte ansprechen und wird geschlechtergerecht und kultursensibel entwickelt. Es dauert 6 Monate und umfasst bewegungs- und ernährungsbezogene sowie verhaltenstherapeutische Komponenten.

Das Projekt wird von der Abteilung »Prävention und Gesundheitsförderung« (IPP) unter der Leitung von Prof. Dr. Petra Kolip und PD Dr. Thomas Reinehr

(Vestische Kinder- und Jugendklinik, Datteln) evaluiert: Die Evaluation wird im Rahmen der zweiten Ausschreibung »Präventionsforschung« für einen Zeitraum von drei Jahren durch das BMBF gefördert und ist zum 1.9.2006 gestartet. Finanziert wird die Intervention durch die Deutsche Angestellten-Krankenkasse (DAK), die Kaufmännische Krankenkasse Hannover (KKH) und die Techniker Krankenkasse (TK), mit weiteren Krankenkassen werden derzeit Verhandlungen geführt. In der Evaluationsstudie werden die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Intervention erfasst. Für die beiden ersten Qualitätsdimensionen geht es inhaltlich um die Identifikation der räumlichen Ausstattung, der Qualifikation des Schulungsteams und um die Beurteilung des organisatorischen Ablaufs der Intervention. Drei Monate nach Beginn der Intervention wird die Prozessevaluation ergänzt durch leitfadengestützte Interviews mit den Kursleiterinnen und Kursleitern, um Erfahrungen und Verbesserungspotenziale festzuhalten. Teilnehmerinnen und Teilnehmer werden am Ende des Programms zusätzlich gebeten, die Maßnahme zu bewerten.

Die Bewertung der Ergebnisqualität ist das Kernstück der Studie. Neben der Beurteilung, ob die Zielgruppe überhaupt erreicht wurde, stehen

folgende Zielkriterien zur Erfassung der Ergebnisqualität im Zentrum der Aufmerksamkeit: die Übergewichtsreduktion, ein verändertes Ernährungs- und Bewegungsverhalten, eine verbesserte Selbstwahrnehmung sowie ein gesteigertes Wohlbefinden. Im Rahmen eines randomisierten Warte-Kontrollgruppendesigns mit zwei Warte-Kontrollgruppen (zeitverzögerte Intervention) à 100 TeilnehmerInnen werden zu vier Messzeitpunkten (Basiserhebung t₀, t₁ zum Abschluss der Maßnahme, t₂ sechs Monate nach Abschluss der Maßnahme, t₃ zwölf Monate nach Abschluss der Maßnahme) die Zielindikatoren erhoben. Die anthropometrischen Parameter (Gewicht, Größe, Bauchumfang, Hautfaltendicke) werden standardisiert gemessen. Soziodemographische Merkmale, Ernährungsverhalten, Bewegungsverhalten sowie das körperliche Wohlbefinden werden über etablierte Fragebögen für Kinder/Jugendliche und Eltern erfasst. Kinder und Jugendliche, die die Maßnahme abbrechen (Drop outs), werden ergänzend mittels eines strukturierten Leitfadens befragt, um Hinweise für das Verbesserungspotenzial der Maßnahme zu erhalten.

Bei erfolgreicher Evaluation wird das Programm in das Regelangebot der beteiligten Krankenkassen (KKH, TK und DAK) sowie ggf. weiterer Kassen aufgenommen.

Jens Bucksch

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

QUALIFIKATIONSARBEITEN

Promotionsprojekt

High-Tech Home Care: Pflegende Angehörige als NutzerInnen und LeistungserbringerInnen in der häuslichen Schwerstkrankenpflege

High-tech home care (HTHC) ist eine Versorgungsform, die als solche in Deutschland zwar bislang noch nicht explizit etabliert ist, aber implizit im Rahmen häuslicher Pflege realisiert wird. Es handelt sich mit Schwerstpflegebedürftigen um eine spezielle Klientel, die einer intensivpflegerischen und medizinisch-technischen Versorgung bedarf. Dazu zählen beispielsweise PatientInnen, die künstlich ernährt und beatmet werden und ein dauerhaftes Monitoring ihrer Herzkreislauffunktionen benötigen. Davon sind sowohl Erwachsene als auch Kinder und Jugendliche aufgrund schwerwiegender chronisch-progredienter Erkrankungen und infolge von schweren Unfällen sowie im Rahmen einer Schwerst- und Mehrfachbehinderung seit Geburt betroffen.

Da die Betroffenen oftmals in ihren körperlichen sowie geistigen Fähigkeiten bis hin zur Ausbildung eines Wachkomas sehr stark eingeschränkt sind, übernehmen im Falle einer häuslichen Betreuung die sie pflegenden Angehörigen den Großteil der gesundheitlichen Versorgung. Zwar sind in der häuslichen Versorgung Schwerstpflegebedürftiger in der Regel auch ambulante Pflegedienste, ÄrztInnen und andere therapeutisch tätige Professionelle

eingebunden, dennoch haben pflegende Angehörige in HTHC eine Schlüsselposition inne, da ohne deren Mitwirkung die Realisierung einer solchen Versorgungsform kaum möglich ist. Somit sind pflegende Angehörige LeistungserbringerInnen und NutzerInnen im Versorgungssystem, da sie versorgungsbezogene Leistungen erbringen sowie das Gesundheitssystem zur eigenen Entlastung bzw. anwaltschaftlich für die Pflegebedürftigen nutzen. Sie mit einem Fokus auf diese Rollen zu beschreiben und zu analysieren, ist Inhalt und Ziel der vorgelegten Dissertationsarbeit. Im Rahmen künftiger Entwicklungen moderner häuslicher Versorgungsoptionen ist diese Perspektive vor allem im Hinblick auf die Gestaltung eines nutzerInnenorientierten Gesundheitssystems relevant. Darüber hinaus widmet sich die Arbeit mit ihrer expliziten Betrachtung der häuslichen Pflege, in welcher eine klare geschlechtsspezifische Arbeitsteilung vorherrscht (nahezu drei Viertel aller pflegenden Angehörigen sind Frauen), einer Versorgungsform, die hinsichtlich der Berücksichtigung von Gender Mainstreaming bei gesundheitspolitischen Überlegungen von hoher Relevanz ist bzw. künftig sein sollte.

Die der Dissertation zugrunde liegende qualitative Studie beschäftigt sich mit den Sichtweisen pflegender Angehöriger in HTHC auf das Versorgungsgeschehen: Wie pflegende Angehörige sich selbst darin positionieren und wie sie das Versorgungssystem bzw. die in dessen Logik handelnden Professionellen wahrnehmen, steht im Mittelpunkt der Untersuchung. Die Ergebnisse der Studie zeigen auf, wie sich pflegende Angehörige im Versorgungssystem platzieren und inwieweit ihr Wunsch nach Partizipation und Selbstbestimmung aufgegriffen und gefördert wird. Dies zeigt sich beispielsweise darin, inwieweit sich pflegende Angehörige informiert und angeleitet fühlen, inwieweit sie sich mit ihren konkreten Unterstützungsbedarfen wahrgenommen sehen und ob sie sich hinsichtlich ihres Selbstbestimmungsvermögens gefördert und unterstützt fühlen. Den Ergebnissen der Studie zufolge könnten diese Empowermentansätze von Seiten der Professionellen noch wesentlich gezielter und systematischer aufgegriffen werden.

Die Ergebnisdarstellung und Analyse der erhobenen Daten wird vor dem Hintergrund relevanter gesundheitswissenschaftlich-theoretischer Überlegungen vorgenommen. So erfolgt eine Verortung der Untersuchung in der Versorgungsforschung und es werden theoretische Überlegungen zur Stellung von NutzerInnen im Versorgungssystem präsentiert. In diesem Zusammenhang wird auch der aktuelle Forschungsstand über pflegende Angehörige in HTHC dargestellt, der sich aufgrund mangelnder Studien in Deutschland auf die internationale Forschung mit einem Schwerpunkt auf den angloamerikanischen Bereich konzentriert. Darüber hinaus bietet die vorgelegte Dissertation eine ausführliche Darstellung und Reflexion der im Rahmen der qualitativen Forschung gewählten methodischen Vorgehensweise.

Als Fazit lässt sich festhalten, dass durch die Berücksichtigung und gezielte Unterstützung pflegender Angehöriger in der häuslichen Pflege zum einen deren Potential als LeistungserbringerInnen gestützt und gestärkt werden kann. Zum anderen können ihre Erfahrungen als NutzerInnen im Versorgungssystem dazu beitragen, die Versorgung und Betreuung der Pflegebedürftigen besser deren tatsächlichen Bedarf entsprechend zu organisieren. Auch wenn sich HTHC in der bundesdeutschen Versorgungslandschaft bislang als »Ausnahmefall« darstellt, kann davon ausgegangen werden, dass sowohl aufgrund des medizinisch-technischen Fortschrittes als auch der gesundheitspolitisch vorangetriebenen Ambulantisierung der Ausbau und die Weiterentwicklung dieser Versorgungsoption hierzulande dringend ansteht. Die vorgelegte Arbeit bietet dazu eine Reihe an praxisorientierten Ansätzen.

Julia Lademann, MPH, Dipl. Biol.

Universität Bremen, Institut für Public Health und

Pflegeforschung, Abteilung Prävention und

Gesundheitsförderung, Mail: lademann@uni-bremen.de,

www.praevention.uni-bremen.de



Promotionsprojekt

Angebotsentwicklung und Bedarfseinschätzung in der Rehabilitation bei Brustkrebs

Begriffe wie Zielgruppenorientierung und Bedarfsgerechtigkeit prägen die aktuelle gesundheitspolitische Diskussion. Was eine den Bedürfnissen von Brustkrebspatientinnen angemessene Gesundheitsversorgung in der Praxis bedeuten kann, zeigen Ergebnisse einer Befragung von Rehabilitationskliniken, die im Rahmen eines jüngst abgeschlossenen Promotionsprojektes durchgeführt wurde.

Im Mittelpunkt der deskriptiven und explorativen Studie stehen Wissen und Erfahrung von verantwortlichen ÄrztInnen aus den 77 AHB-Kliniken, in denen Frauen mit Brustkrebs rehabilitiert werden. Fragestellungen gelten dem Angebotspektrum für Brustkrebspatientinnen und dem Bedarf dieser Zielgruppe sowie Wirkmechanismen in den Kliniken im Rahmen einer Passung beider Dimensionen. Eine postalische Befragung aller 77 Kliniken – mit einer Response von 60% – wurde mit ExpertInneninterviews mit neun Ärztinnen und acht Ärzten kombiniert.

Aus der Perspektive der Befragten ergibt sich ein facettenreiches Bild mehrdimensionaler Bedarfslagen von Brustkrebspatientinnen während der Rehabilitation. Das Spektrum der Bedürfnisse hat sich nach Auskunft der TeilnehmerInnen verändert – insbesondere aufgrund neuer Therapien und zunehmender Beschäftigungsprobleme auf dem Arbeitsmarkt. Insgesamt wird deutlich, dass ÄrztInnen in Kliniken, die mehr als 300 Brustkrebspatientinnen jährlich rehabilitieren, differenzierter auf Bedarfslagen eingehen als die übrigen Befragten. Dieser Schwellenwert steht ebenfalls in Zusammenhang mit der Spezifität der klinikeigenen Rehabilitationskonzepte, denn mit spezifischen Konzepten für Brustkrebs arbeiten häufiger Häuser mit mehr Brustkrebspatientinnen (>300 p.a.).

Die TeilnehmerInnen berichten von neuen zielgruppenbezogenen Angeboten, deren Entwicklung und Implementierung offenbar von klinikeigenen Traditionen und Kontakten bestimmt wird. Diese Angebote gelten vor allem somatischen sowie körperbildbezogenen Krankheitsfolgen. Dabei handelt es sich u. a. um Interventionen bei Gewichts-

problemen unter Tamoxifen sowie spezifische bewegungstherapeutische Konzepte. Auch wird von strukturgestaltenden Ansätzen berichtet, wie familien- bzw. partnerbezogenen Interventionen und berufsorientierten Angeboten.

Die Passung von Angebot und Bedarf erscheint als kontinuierlicher Prozess, der zahlreichen Einflüssen ausgesetzt ist. Verantwortliche ÄrztInnen in Reha-Kliniken agieren und reagieren – trotz enger Handlungsspielräume – mit vielfältigen Strategien, die sich an der Zielgruppe, an internen Prozessen und an klinikeigenen Ressourcen orientieren. Hier zeigt sich, dass die meisten Kliniken und ihre RepräsentantInnen als »Einzelkämpfer« handeln und Kontakte zu anderen Reha-Kliniken offensichtlich eine geringe Rolle spielen. Hemmnisse sehen die Befragten in den seit Jahren stagnierenden Pflege-sätzen, Verschiebungen von Leistungen und Kosten aus dem stationären bzw. ambulanten Sektor in die Rehabilitation sowie in einem mangelhaften Informationsaustausch mit anderen Versorgungsbereichen.

Eine frauenangemessene Rehabilitation ist nach Auskunft der ÄrztInnen vor allem durch die therapeutische Beziehung geprägt, die partnerschaftlich, empathisch und die Selbstbestimmung fördernd sein sollte. Voraussetzungen seien eine gute Basisqualifikation des Personals mit spezifischen Fort- und Weiterbildungen, soziale und kommunikative Kompetenzen sowie Teamarbeit. Ein angemessenes Rehabilitationskonzept berücksichtige die mehrdimensionalen Bedarfslagen der Patientinnen. Dabei käme Information und Aufklärung ein hoher Stellenwert zu. Besonders für Frauen eigneten sich Gruppeninterventionen. Doch sind die Befragten unterschiedlicher Meinung, ob Frauen davon profitierten, in einer Abteilung bzw. Klinik unter sich zu sein, und wie spezifisch das Indikationsspektrum ausgerichtet sein sollte.

Obwohl die TeilnehmerInnen an der Studie eine positive Auswahl – bezogen auf ihr Interesse an den Fragestellungen – repräsentieren, lässt sich dennoch ein Verbesserungspotenzial in Hinblick auf eine angemessene Versorgung der Brustkrebspati-



entinnen feststellen. So ist eine horizontale und vertikale Integration zu fordern, d. h. eine Angleichung im Vorgehen der Reha-Kliniken und eine kommunikative und kooperative Vernetzung mit den anderen Gliedern der Versorgungskette bei Brustkrebs. Da auch in Zukunft mit kontinuierlichen Veränderungen des Bedarfes der Patientinnen zu rechnen ist, muss die Rehabilitation bei Brustkrebs in Richtung Flexibilisierung und Differenzierung weiterentwickelt werden. Außerdem sollte geprüft werden, ob Fallzahlen in Rehabilitationskliniken die Qualität von Behandlungsergebnissen beeinflussen.

Publikation: Funke-Johannsen, S. (2006). Angebotsentwicklung und Bedarfseinschätzung in der Rehabilitation bei Brustkrebs. Bremen: niebank rusch fachverlag.

Dr. PH Silke Funke-Johannsen, MPH

Mail: funkejo@uni-bremen.de

Promotionsprojekt

Zeugung und Gentechnik als genereller Gesundheitsservice – neue Reproduktionstechnologien verschieben den Krankheitsbegriff

Unfruchtbarkeit, das Phänomen als Paar auch nach ein bis zwei Jahren unverhütetem Geschlechtsverkehr kein Kind bekommen zu können, wird in Deutschland als Krankheit definiert. Auf diese Weise wird ein Anspruch auf Behandlung signalisiert und die GKV (mit Einschränkungen) in die Pflicht genommen. So die Idee – doch was bisher als Ausnahme galt, wird neuerdings als Standard vorgeschlagen: Nachdem bereits die Pubertät, die Schwangerschafts- und Gebärdprozesse (mit Klinikgeburt als Standard) und die Menopause zum regulären Gegenstand der professionellen medizinischen Betreuung wurden, soll dies nun auch für den Akt der Befruchtung gelten. So wird seit Ende der 1990er-Jahre von manchen Molekularbiologen und Medizinerinnen in deutschen Printmedien die Laborbefruchtung als grundsätzlich vernünftiger Ersatz der bisher üblicheren, nicht genetisch geprüften »Zeugung zu Hause« beschrieben. In diesem Konzept werden Sterilisation in der Pubertät, Lagerung der Gameten in entsprechenden Spermien- und Eizellbanken, In-vitro-Fertilisation in Zusammenhang mit der Intrazytoplasmatischen Spermieninjektion (oder gegebenenfalls Klonierung) und Einsetzen des Embryos möglichst nach Präimplantationsdiagnostik (PID) miteinander verbunden. Dabei wird Unfruchtbarkeit zu einem wünschenswerten Standard.

Die Dissertation »Genetisierung der Zeugung« zeichnet auf der Basis einer Diskursanalyse diese Argumentationsstränge nach und analysiert Artikel in Publikumsmedien, in denen Reproduktionsmedizinerinnen ihre Vorstellungen von zukünftiger Zeugung beschreiben. Die Argumente mögen wie Ideen aus Science Fiction-Filmen klingen, sie deuten aber an,

welche Richtung manche »Vordenker« einschlagen. Eine derartige öffentliche Infragestellung der bisher als »gesund« betrachteten natürlichen Fortpflanzungsweise gab es bisher in Deutschland noch nicht. Sie fällt zugleich in eine Zeit, in der die Erosion von und Alternativen zur Kernfamilie als Hort der Reproduktion sichtbar werden. Veränderungen des Anspruches an die »Qualität« des Befruchtungsprozesses, die Verlagerung der Zeugung in das Labor ebenso wie Veränderungen von Eltern-Kind-Konstellationen bilden den Hintergrund für die Dissertation. Sie beschreibt die von naturwissenschaftlicher Autorität bestärkten Äußerungen gegen die »Zeugung zu Hause« bzw. für die Laborzeugung in Zeitungen und Magazinen als Ausdruck und Motor von Verschiebungen des Gesundheitsbegriffs. Das Öffentliche Gesundheitswesen wird durch diese Veränderungen vor neue Herausforderungen gestellt. Dies zeigt sich auch in den politischen Debatten um die neuen Befruchtungstechnologien, in deren Rahmen auch die in der Dissertation untersuchten Äußerungen der Biomedizinerinnen in den Medien veröffentlicht wurden: Denn seit der Entwicklung verschiedener Klonierungstechniken ab Mitte der 1990er-Jahre, der ersten Anwendung der Intrazytoplasmatischen Spermieninjektion 1998 und einer zunehmenden Zahl von in der PID verwendbaren genetischen Tests sorgte die Regulierung von Gen- und Reproduktionstechnologien in Europa zunehmend für politische Auseinandersetzungen. Dabei waren die Ergebnisse sehr unterschiedlich: Im Mai 2006 entschied beispielsweise das dänische Parlament, staatliche Kliniken zu verpflichten, In-vitro-Fertilisation nicht nur Frauenpaaren, sondern selbst Singles zur Verfügung zu stellen, bei Kostenübernahme durch die Krankenkassen. In Deutschland wurde der Bundestag seit 1999 mit der Forderung nach einem »Fortpflanzungsmedizinergesetz« konfrontiert, bestätigte jedoch nach Beratung durch eine zunehmende Zahl an Ethikgremien mehrfach das als restriktiv geltende Embryonenschutzgesetz, wobei die Neuerung durch das Stammzelleneinfuhrgesetz eine Ausnahme darstellt. In diesem Kontext wurden die Reproduktions-Experten durch die Medien eingeladen, ihre Zukunftsvisionen von der Anwendung

neuer Gen- und Reproduktionstechnologien vorzustellen oder deren weitergehende Anwendung im Ausland zu kommentieren. Nicht nur warben solche Beiträge für einen breiten Einsatz der verschiedensten reproduktiven und genetischen Technologien. Sondern sie zeigten zudem, oft explizit, Lücken und Widersprüche in der bisherigen Beschreibung von Infertilität als »Krankheit« auf: Diese lässt die reproduktiven Interessen vieler Menschen und deren Leiden an einem versagten Kinderwunsch bisher tatsächlich unberücksichtigt.

Die Dissertation »Genetisierung der Zeugung« zeigt, wie in den Argumenten der Experten solche bisher abgelehnten Interessen von Älteren, von Singles oder von gleichgeschlechtlichen Paaren nicht mehr als »ungesunde« Besonderheit beschrieben, sondern in den Diskurs des Leidens an Kinderwunsch integriert werden – denn allein die Liebe zueinander und zum künftigen Kind sei, was zählt. Dabei verlagert sich die Ebene der Kontrolle und Sicherung von Gesundheit auf das projizierte Kind, dessen Voraussetzungen genetisch verbessert werden sollen. Auch eine Verschiebung der Vorstellung von »Gesundheit« beim Kind wird so im Zeitverlauf in den untersuchten Artikeln deutlich: Die Begründung des Eingriffs in das genetische Material verlagert sich von einem »Defekte heilen« hin zu »Schutz-Gene einfügen« bzw. »freier Wahl der genetischen Merkmale« von 1995-2003.

Bisherige Studien über Diskurse der Neuen Gen- und Reproduktionstechnologien machten, meist eingebettet in Theorien über die Risikogesellschaft (Beck), die Kategorien Verantwortung (meist der Mutter) und Wahlmöglichkeit als zentral aus. Die »Genetisierung der Zeugung« verweist stattdessen auf drei andere bisher wenig beachtete neuerdings zentral werdende Kategorien: Liebe, Leiden und Identität. Diese Verschiebung in der Darstellung des Bedarfs an Neuen Gen- und Reproduktionstechnologien, ebenso wie die darin enthaltene Verschiebung des Gesundheitsbegriffs verweisen auf die dringende Notwendigkeit eines aktiven, nicht-pathologisierenden Umgangs mit dem Kinderwunsch. Ausgehend von diesen Ergebnissen macht die Dissertation Vorschläge für Kategorien der Beurteilung eines solchen aktiven, demokratischen Umgangs im Public Health-System.

Dr. PH Bettina Bock v. Wülfingen

Humboldt-Universität Berlin, Zentrum für transdisziplinäre

Geschlechterstudien, Graduiertenkolleg »Geschlecht

als Wissenskategorie«, Mail: wuelfing@uni-bremen.de

www.zph-gender.uni-bremen.de/bockvonwuelfingen.php3,

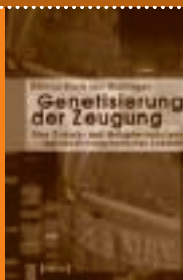
www.ifz.tugraz.at/index_en.php/article/articleview/918/1/68

PUBLIKATION

Bock v. Wülfingen, B.
(im Erscheinen):

Genetisierung der Zeugung
eine Diskurs- und
Metaphernanalyse reproduktionsgenetischer Zukünfte.

Bielefeld: transcript-Verlag



»Wechsel-Jahre« der Frau

Zur Konstruktion einer weiblichen Lebensphase im Spannungsfeld biomedizinischer, soziokultureller und biographischer Dimensionen. Eine biographieanalytische Studie.

Das Projekt basiert auf der Annahme, dass die Hormontherapie (HT) in den Wechseljahren von Frauen trotz fehlender Evidenz in Deutschland noch relativ verbreitet ist, da ein Konglomerat von soziokulturellen, biographischen und biomedizinischen Dimensionen der Hormoneinnahme zugrunde liegt. Wie diese Faktoren sich wechselseitig herstellen und auf die individuelle Entscheidung der Frauen auswirken, ist eine zentrale Frage der

Arbeit, um eine angenommene Konstruktion einer pathologisierten Lebensphase und ihrer »Therapiemethode« zu beleuchten. Ausgangspunkt für das Forschungsprojekt ist die intensive Beschäftigung mit Frauengesundheitsthemen, der biographischen Methode sowie eine vorausgegangene Studie zu Motiven von Frauen für die Einnahme einer HT. Das methodische Vorgehen der qualitativen Studie wird auf dem biographisch-narrativen



Interviewverfahren nach F. Schütze und der Biographischen Diagnostik beruhen. Im Rahmen des Forschungsvorhabens werden in nächster Zeit 20 biographische Interviews mit Frauen geführt, die sich entweder für oder gegen eine menopausale HT entschieden haben.

Nicole Höfling-Engels

Mail: hoefling-engels@uni-bremen.de

Hausarztmodelle in Deutschland aus der NutzerInnenperspektive

Seit 2004 sind Krankenkassen verpflichtet, Hausarztmodelle anzubieten. Versicherte können sich freiwillig in ein Modell einschreiben und sich damit für mindestens ein Jahr verpflichten, immer zuerst ihren Hausarzt zu konsultieren und Fachärzte nur noch auf Überweisung in Anspruch zu nehmen. Hausarztmodelle sollen u. a. die Versorgungsqualität in der ambulanten Versorgung erhöhen und zu mehr NutzerInnenorientierung beitragen.

Im Promotionsprojekt soll untersucht werden, welche Erfahrungen und Erwartungen Patienten und Patientinnen mit Hausarztmodellen verbinden und ob sich ihr Inanspruchnahmeverhalten seit Teilnahme am Hausarztmodell verändert hat. Dazu wird eine schriftliche Befragung von an Hausarztmodellen teilnehmenden Versicherten durchgeführt. Im Anschluss wird überlegt, ob die Erfahrungen und Erwartungen der Versicherten



mit den mit Hausarztmodellen verbundenen Zielen der Krankenkassen übereinstimmen und es durch Umsetzung dieser Versorgungsform zu einer stärkeren NutzerInnenorientierung kommen kann bzw. welcher Veränderungen es bei Hausarztmodellen für eine stärkere NutzerInnenorientierung bedarf.

Ulla Krause

Mail: ukrause@zes.uni-bremen.de

Case Management in Krankenhäusern Ziele und NutzerInnenorientierung

Von den Reformen und Veränderungen im deutschen Gesundheitswesen sind die Krankenhäuser im besonderen Maß betroffen. Durch die Einführung der neuen Krankenhausvergütung der Diagnosis Related Groups stehen Kliniken zukünftig verstärkt im Wettbewerb und ihr wirtschaftliches Überleben wird davon abhängen, wie sie diese Umstellung bewältigen. Zunehmend bemühen sich daher die Krankenhäuser, durch sektorenübergreifende Versorgungsangebote die Qualität der Versorgung

zu steigern. Case Management ist ein Instrument, das für die komplexen multidisziplinären Versorgungsaufgaben und damit für die Überwindung der Versorgungsbrüche eingesetzt werden kann. Unübersichtlich ist allerdings, in welchem Umfang Case Management in den Krankenhäusern implementiert wird und welchen Nutzen die PatientInnen haben. Ausgehend von der These, dass eine erfolgreiche Umsetzung der Konzepte nur möglich ist, wenn eine aktive Einbindung der unterschiedlichen



Berufsgruppen und der betroffenen Patienten erfolgt, konzentriert sich die Untersuchung auf die Konzeption des Case Managements sowie die PatientInnenperspektive und die Effekte des Case Managements.

Marion Rehm

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

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

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

AKTUELLES

Personalia

Henning Schmidt-Semisch

Henning Schmidt-Semisch ist seit September 2002 wissenschaftlicher Mitarbeiter und Privatdozent für Sozialwissenschaften im Fachbereich 11 der Universität Bremen. Im Oktober 2006 wurde er Mitglied im IPP, Abteilung Prävention und Gesundheitsförderung.

Nach dem Studium der Soziologie und der ev. Theologie (in Münster und Hamburg) absolvierte er das Aufbaustudium Kriminologie an der Universität Hamburg und promovierte 1994 zu normativen, kulturellen und sozialen Aspekten der Drogenpolitik. Nach einer mehrjährigen Tätigkeit als wissenschaftlicher Mitarbeiter am »Institut für kriminologische Sozialforschung« der Universität Hamburg habilitierte sich Henning Schmidt-Semisch 2002 im

Fachbereich 11 der Universität Bremen. Hier ist er gegenwärtig Vorsitzender der Fachkommission für den BA-Studiengang Public Health/Gesundheitswissenschaften, an dessen Konzipierung und Akkreditierung er zuvor maßgeblich beteiligt war. Die Schwerpunkte seiner wissenschaftlichen Arbeit liegen in den Bereichen der interdisziplinären Sucht- und Drogenforschung, der Prävention und Gesundheitsförderung, der Risikosoziologie sowie der Soziologie sozialer Probleme.

PD Dr. Henning Schmidt-Semisch

Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung, Abteilung Prävention und Gesundheitsförderung,

Mail: schmidt-semisch@uni-bremen.de



Personalia

Heino Stöver



Heino Stöver hat für das Wintersemester 2006/07 eine Vertretungsprofessur im BA-Studiengang Public Health, Schwerpunkt »Gesundheitsförderung und Prävention« übernommen. Nach dem Studium der Sozialwissenschaften in Bremen war er mehrere Jahre in der praktischen Sozial- und Gesundheitsarbeit tätig. Seine Schwerpunkte waren die praktische Entwicklung innovativer Angebote, v. a. der Aufbau zielgruppenspezifischer und lebensweltgerechter Präventions-/Beratungs- und Behandlungsangebote für DrogenkonsumentInnen und HIV-infizierte bzw. an AIDS erkrankte Menschen. Seine praktischen und theoretischen Arbeiten bezogen sich auf die Genese und den Verlauf, sowie den fachlichen und gesellschaftlichen Umgang mit den sozial- und gesundheitspolitischen Herausforderungen von Gesundheitsrisiken und den institutionellen Antworten darauf. In dieser Zeit war er beteiligt an den Bremer Gründungen des Archiv- und Dokumentationszentrums für Drogenliteratur/ARCHIDO (www.archido.de) und des Bremer Instituts für Drogenforschung (BISDRO).

Nach seiner Promotion hat er seit Mitte der 1990er-Jahre an der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg Forschungserfahrungen in verschiedenen empirischen Projekten der »Prävention«, »Straf-fälligenhilfe« und »Gesundheitsförderung« gesammelt. Nach seiner Habilitation in Oldenburg wechselte er 2001 an die Universität Bremen und arbeitet seitdem in verschiedenen Forschungsprojekten in nationalen und internationalen Bezügen für verschiedene Institutionen: Europäische Kommission, UNODC, WHO, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), International Committee of the Red Cross (ICRC), Open Society Institute (OSI). Seit 2006 ist Heino Stöver außerplanmäßiger Professor an der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg.

Prof. Dr. Heino Stöver

Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung, Abteilung Prävention und Gesundheitsförderung,

Mail: heino.stoever@uni-bremen.de

PUBLIKATIONEN

Hepatitis C und Drogengebrauch

Neuer Umgang mit einer übersehenen Erkrankung

In der Vergangenheit wurde der Erkrankung und Behandlung von Hepatitis C seitens der Fachöffentlichkeit wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Dieser Beitrag zeigt Wege für einen angemessenen Umgang mit der Hepatitis C-Epidemie auf.

Was ist Hepatitis C?

Die Hepatitis C (HCV) ist eine Leberentzündung und wird nach heutigem Kenntnisstand ausschließlich über Blut-zu-Blut-Kontakte übertragen. Das Virus ist ca. 15 Mal infektiöser als HIV und noch Tage auch in angetrocknetem Blut überlebensfähig. Der häufigste Infektionsweg in Deutschland ist heutzutage der intravenöse Drogenkonsum. Bei mehr als 60% derjenigen, deren Infektionsrisiken dokumentiert wurden, ist intravenöser Drogenkonsum als Risiko festgestellt worden. Unter intravenös Drogengebrauchenden beträgt die Hepatitis C-Prävalenz bis zu 90%. Dem steht eine geringe Behandlungsquote gegenüber. Die lang andauernde Überlebensfähigkeit des Virus außerhalb des Körpers macht Infektionen im »blutkontaminierten« Haushalt über Haushaltsgegenstände (Zahnbürste, Nagelschere, Rasierer) wahrscheinlich. Hier wird die soziale Dimension der Infektionskrankheit deutlich. Die akute HCV-Infektion verläuft meist milde und weitgehend unbemerkt, so dass sie häufig erst diagnostiziert wird, wenn sie bereits chronisch ist. Die Menschen, die das Virus in sich tragen, können eine lange Zeit symptomfrei leben, dabei jedoch andere unwissentlich anstecken. Im weiteren Zeitverlauf kann die Leber sich immer stärker entzünden, das Lebergewebe zunehmend zerstört werden und Leberkrebs entstehen. Die zunehmend eingeschränkte Leberfunktion wirkt sich auf viele weitere Funktionsbereiche des Körpers und damit auf das Gesundheits- und Wohlbefinden HCV-erkrankter Menschen negativ aus. 20 bis 30% der chronisch HCV-Infizierten entwickeln im Verlauf von 20 bis 30 Jahren eine Leberzirrhose oder Leberkrebs.

Epidemiologie

Etwa drei Prozent der Weltbevölkerung sind chronisch mit HCV infiziert. Schätzungen für Europa gehen von drei bis zu fünf Millionen HCV-positiven Personen aus. In der Bundesrepublik weisen etwa 0,4 bis 0,7% der Bevölkerung Hepatitis C-Antikörper auf, das heißt, sie hatten schon einmal Kontakt mit dem Virus. Bei 60 bis 80% der Infizierten gelingt

es dem Immunsystem nicht, das Virus erfolgreich zu eliminieren. Die Infektionen verlaufen dann chronisch. In Deutschland leben circa 400.000 bis 500.000 Menschen, die das Virus in sich tragen.

Fachlicher und gesundheitspolitischer Umgang mit HCV

Trotz der epidemischen Verbreitung und Schwere der HCV-Infektion werden die Bedeutung für die Gesundheit eines erheblichen Teils der Bevölkerung und die damit verbundenen Herausforderungen für das Gesundheitswesen in der Gesundheitspolitik und auch in der Fachöffentlichkeit weitgehend verkannt. Die Gründe für die Ausblendung dieses schwerwiegenden Gesundheitsproblems vieler Menschen in Deutschland sind auf mehreren Ebenen des Gesundheitssektors und bei einer Vielzahl der handelnde Akteure zu finden, die Politik, Professionelle aus dem psychosozialen und medizinischen Bereich umfasst, ebenso wie bei den Betroffenen selbst.

Dies war die Ausgangslage, als sich das »Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch« unter Beteiligung des Bremer Instituts für Drogenforschung (BISDRO) im Jahre 2004 mit dem Ziel gegründet hat, die Bedeutung und Auswirkungen von Hepatitis-Infektionen deutlich zu machen (www.akzept.org). Das Aktionsbündnis versucht das Thema HCV als Querschnittsthema in der Diskussion um die gesundheitliche Versorgung Drogenabhängiger zu verankern, weil

- sie vom medizinischen Fortschritt nur unzureichend profitieren. Bei wachsenden Behandlungsmöglichkeiten und -erfolgen bleibt vielen Drogenabhängigen der Zugang zur antiviralen Therapie verschlossen (lediglich 3 bis 4% der behandlungsbedürftigen HCV infizierten DrogengebraucherInnen werden behandelt).
- die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS) auf der Konsensuskonferenz (v. 14.7.2006) eine Therapie der chronischen HCV bei intravenös DrogengebraucherInnen v. a. für Menschen in Substitutionsbehandlungen empfehlen – u. a. auch, weil die Compliance bei einem integrierten Setting sich als gut erweist und die Re-Infektionsrate bei Drogenabhängigen nicht höher ist, als bei nicht-drogenabhängigen Kollektiven.

Die Frage ist also nicht »Warum behandeln?« sondern: »Warum wird diese Zielgruppe nicht behandelt?«

Was bleibt zu tun?

Es muss gesundheitspolitisches Ziel sein, diese vermeidbare Infektionskrankheit zu bekämpfen. Dringend nötig ist ein nationaler HCV-Bekämpfungsplan wie in anderen europäischen Ländern oder eine integrierte HIV/HCV-Strategie. Analog der BMG-Aktivitäten im Bereich HIV/AIDS-Bekämpfung muss ein Plan mit klaren operationalisierbaren Kriterien und Indikatoren aufgestellt werden, der die zukünftig notwendigen Aktivitäten bündelt und nach einiger Zeit evaluiert wird.

Prof. Dr. Heino Stöver

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

Handbuch »Hepatitis C und Drogengebrauch. Grundlagen, Therapie, Prävention, Betreuung und Recht«

Um die Vermittlung aktualisierten Fachwissens zu Hepatitis C bemüht sich das Handbuch, das mit Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) vom »Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch« entwickelt worden ist. Dieses Handbuch kann als Grundlage dienen, um Fortbildungen für MitarbeiterInnen relevanter Zielsettings durchführen zu können. Deutlich wird hier die mögliche Verankerung einer Thematisierung von HCV-Prävention/Screening/Diagnostik/Beratung/Behandlung in den unterschiedlichen Settings der Suchtkrankenhilfe: stationäre Langzeittherapie, ambulante Beratungs-/Unterstützungssettings, Gefängnis, Arztpraxis etc.

Bestellung gegen Portokosten unter
www.akzept.org



Aktuelle Publikationen

Altgeld, T. & Kolip, P. (2006) Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention: Ein Beitrag zur Qualitätsverbesserung im Gesundheitswesen. In Altgeld, T. & Kolip, P. (Hrsg.), *Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis.* (S. 15-26). Weinheim: Juventa.

Baumgärtner, B. (2006) Kaiserschnittwunsch als Aufforderung zum Dialog. *Die Hebamme*, 19 (4), im Erscheinen.

Böhnke, U. (2006) Reflexive Lehr-/Lernprozesse in der Pflegebildung als zentrale Voraussetzung für eine professionelle Pflegepraxis. In Görres, S., Krippner, A., Stöver, M. & Bohns, S. (Hrsg.), *Pflegeausbildung von morgen – Zukunftslösungen heute.* (S. 43-53). Lage: Jacobs.

Böhnke, U., Ertl-Schmuck, R. & Fichtmüller, F. (2006) Positionspapier der Sektion Bildung. *Pflege & Gesellschaft*, 3, 284-288.

Böhnke, U. & Straß, K. (2006) Die Bedeutung der kritisch-rekonstruktiven Fallarbeit in der LehrerInnenbildung im Berufsfeld Pflege. *PrinterNet*, 4, 197-205.

Bucksch, J. & Schlicht, W. (2006) Health-enhancing physical activity and the prevention of chronic diseases – An epidemiological review. *Social and Preventive Medicine*, 51, 281-301.

Bury, C., Lademann, J. & Reuhl, B. (2006) Die Situation der Beschäftigten in den ambulanten Pflegediensten im Lande Bremen. Bremen: Arbeitnehmerkammer Bremen.

Darmann, I. & Boonen, A. (2006) Lehren und Lernen in der Fachweiterbildung Intensivpflege und Anästhesie. In Meyer, G., Friesacher, H. & Lange, R. (Hrsg.), *Handbuch der Intensivpflege (Loseblatt-Ausgabe, Kap. III-1.7).* Landsberg/Lech: ecomed.

Darmann, I. (2006) »Und es wird immer so empfohlen« Bildungskonzepte und Pflegekompetenz. *Pflege*, 19 (3), 188-196.

Darmann, I. (2006) Bildungsanspruch und Strukturentwicklung – Eine Positionierung der Pflegepädagogik. *PADUA*, 1 (4), 60-65.

Darmann, I. (2006) Schulentwicklung: Professionalisierungschance für Lehrende, Lernende und Praxis? In Görres, S. u.a. (Hrsg.), *Pflegeausbildung von morgen – Zukunftslösungen heute.* (S. 35-42). Lage: Jacobs.

Darmann-Finck, I. & Sahn, M. (2006) Biografieorientierte Diagnostik in der Beratung von Patienten mit chronischen Erkrankungen. *Pflege*, 19 (5), 287-293.

Görres, S., Panter, R. & Mitnacht, B. (2006) Bundesweite Erhebung der Ausbildungsstrukturen an Altenpflegeschulen (BEA). Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Görres, S., Krippner, A., Stöver, M. & Bohns, S. (Hrsg.). (2006) Pflegeausbildung von morgen – Zukunftslösungen heute: Das Modellprojekt Integrierte Pflegeausbildung in Bremen im Diskurs. Wissenschaftliche Beiträge und praktische Erfahrungen. Lage: Jacobs.

Görres, S., Reif, K., Biedermann, H., Borchert, C., Habermann, M., Köpcke, S., Meyer, G. & Rothgang, H. (2006) Optimierung des Pflegeprozesses durch neue Steuerungs-

instrumente. *Der Pflegeforschungsverbund Nord. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 39 (3), 159-164.

Görres, S., Roes, M., Mitnacht, B., Biehl, M. & Klün, S. (2006) Strategien der Qualitätsentwicklung in der Pflege und Betreuung. Heidelberg: C.F. Müller.

Görres, S. & Wicha, I. (2006) Vom Modellprojekt zum Regelangebot: Transfernetzwerk Innovative Pflegeausbildung (tip): Gründungsidee und Positionen. In Görres, S., Krippner, A., Stöver, M. & Bohns, S. (Hrsg.), *Pflegeausbildung von morgen – Zukunftslösungen heute. Das Modellprojekt »Integrierte Pflegeausbildung in Bremen« im Diskurs. Wissenschaftliche Beiträge und praktische Erfahrungen.* (S. 228-235). Lage: Jacobs.

Güttler, K. & Görres, S. (2006) Von APEL zu apenio: wissenschaftlich entwickelte Typologie ist Basis der Pflegeplanungs- und dokumentationssoftware apenio. *PrinterNet*, Mai, 306-312.

Hasseler, M., Görres, S., Altmann, N. & Stolle, C. (2006) A possible way out of poor healthcare resulting from demographic problems: need-orientated home-based-nursing-care and nursing-home-care. *Journal of Nursing Management*, (14), 455-461.

Heitmann, C. & Lademann, J. (2006) Die Ernährungssituation älterer Menschen in der stationären Pflege – aus Sicht von Public Health. In Böttjer, M. & Strube, H. (Hrsg.), *Neue Impulse für bewohnerorientierte Verpflegungskonzepte.* (S. 15-31). Hannover: Vincentz.

Hülksen-Giesler, M. & Böhnke, U. (2006) Professionelles Lehrerhandeln in den Berufsfeldern der Gesundheits- und Pflegeberufe in Deutschland – eine Herausforderung für Reformprozesse. *Pflege und Gesellschaft*.

Kolip, P. (2006) Evaluation, Evidenzbasierung und Qualitätsentwicklung. Zentrale Herausforderung für Prävention und Gesundheitsförderung. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 1, 234-239.

Kolip, P. (2006) Gut gemeint, ist nicht gut genug! – Kernstücke moderner Prävention und Gesundheitsförderung. *Spielräume – Bremer Pädagogische Fachzeitschrift zur Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und Familien*, 34/35, 3-4.

Kolip, P. (2006) Nichts ist neutral! Von Frauengesundheitsbewegung und Gender Mainstreaming. *Dr. med. Mabuse*, Heft 159, 31-33.

Kolip, P. (2006) Was belastet junge Menschen und was hält sie gesund? *Pro Mente Sana*, 2/06, 23-24.

Kolip, P. & Altgeld, T. (Hrsg.). (2006) Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis. Weinheim: Juventa.

Kolip, P. & Kuhlmann, E. (2006) Besser, aber nicht gut. Auf dem Weg zu einer geschlechtersensiblen Praxis und Forschung. *Dr. med Mabuse*, Heft 159, 43-45.

Kolip, P. & Lademann, J. (2006) Familie und Gesundheit. In Hurrelmann, K., Laaser, U. & Razum, O. (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften.* (S. 625-652). Weinheim: Juventa.

Kolip, P. & Lutz, U. (2006) Kaiserschnittgeburten aus Sicht von Frauen. *Impulse*, Heft 50, 8-9.

Kolip, P. & Lutz, U. (2006) Erfahrungen mit der Sectio aus Frauensicht. *Hebammenforum – Das Magazin des Bundes Deutscher Hebammen e.V.*, 9/2006, 682-687.

Kolip, P. & Lutz, U. (2006) Mein Bauch gehört mir? Die GEK-Kaiserschnittstudie. *Dr.med.Mabuse*, Heft 162, 38-40.

Lademann, J., Mertesacker, H. & Gebhardt, B. (2006) Psychische Erkrankungen im Fokus der Gesundheitsreporte der Krankenkassen. *Psychotherapeutenjournal*, 2, 127-133.

Luther, B. (2006) Die Rolle der Lehrenden in der Hebammenausbildung. Ein Bindeglied zwischen wissenschaftlicher Erkenntnis und sich wandelnder Berufsanforderung. Aachen: Shaker.

Lutz, U. & Kolip, P. (2006) Die GEK-Kaiserschnittstudie. St. Augustin: Asgard-Verlag.

Meyer, G., Berg, A., Köpcke, S., Fleischer, S., Langer, G., Reif, K., Wylegalla, C. & Behrens, J. (2006) Chancen für die Qualitätsentwicklung nutzen: Kritische Stellungnahme zu den Expertenstandards in der Pflege. *Pflegezeitschrift*, 1/2006, 34-38.

Meyer, G. & Köpcke, S. (2006) Expertenstandards in der Pflege. Wirkungsvolle Instrumente zur Verbesserung der Pflegepraxis oder von ungewissem Nutzen? *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 39 (3), 211-216.

Meyer, G. & Mühlhauser, I. (2006) Comment to: Martin, S., Schneider, B., Heinemann, L. et al. (2006). Self-monitoring of blood glucose in type 2 diabetes and long-term outcome: an epidemiological cohort study. *Diabetologia* 49, 271-278. *Diabetologia*, Jul, 49 (7), 1702-1703.

Mühlhauser, I., Kasper J. & Meyer, G. (2006) Federation of European Nurses in Diabetes. Understanding of diabetes prevention studies: questionnaire survey of professionals in diabetes care. *Diabetologia*, Aug, 49 (8), 1742-1746.

Rahden, O. von & Kolip, P. (2006) Der Hebammenkreißsaal. Eine geburtshilfliche Alternative in der Klinik. *Impulse*, 50/2006, 13-14.

Sachs, M. (2006) Erfolgreiche Strategien und Methoden der Implementierung von Pflegestandards: Eine systematische Übersichtsarbeit. *Pflege*, 19, 33-44.

Sachs, M. (2006) Erweiterte Berufsrollen für Pflegeexperten: Nurse Practitioner oder Specialist. *Pflege Aktuell*, H. Mai, 270-272.

Schaffer, S., Stolle, C. & Grossmann, K. (2006) Forschung und Praxis verbinden. *Pflegezeitschrift*, 11/2006, 702-705.

Schmitt, R. & Böhnke, U. (2006) Metaphern in der Pflege. In Abt-Zegelin, A. & Schnell, M. (Hrsg.), *Die Sprachen der Pflege. Interdisziplinäre Beiträge aus Pflegewissenschaft, Medizin, Linguistik und Philosophie.* Wittener Schriften, Universität Witten/Herdecke: Schlütersche Reihe.

Schmitt, S. (2006) Eigenpflege gefordert: Ergebnisse einer Fallstudie zum Gesundheitsbewusstsein und zum Gesundheitsverhalten von Pflegenden. *Altenpflege*, Januar, 45-52.

Stahl, K. & Baumgärtner, B. (2006) Wie erleben Frauen die Risikoorientierung in der Schwangerenvorsorge? *Die Hebamme*, 19 (2), 82-86.

Stolle, C. (2006) Pflegen mit System: Das Pflegeprozesskonzept in der Praxis. *Heilberufe*, Juni, 20-23.

Wachtlin, M. (2006) Gender-Mainstreaming im Bologna-Prozess – Risiken und Chancen für Geschlechterforschung und bei der Umstellung auf ein zweistufiges Studiengangssystem am Beispiel der Fachhochschule. *THEMA, Hochschulzeitschrift der FH Fulda*, 1/2006, 6-7.

Veröffentlichung

Studie zu Motiven von Hormonanwenderinnen in den Wechseljahren

Die Ergebnisse des Forschungsprojekts »Interviews mit Frauen unter lang dauernder Einnahme weiblicher Hormone in und nach den Wechseljahren« liegen nun vor. Das Projekt wurde vom AOK-Bundesverband finanziert und stand unter der Leitung von Prof. Dr. Norbert Schmacke (Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung,

AKG) und Prof. Dr. Petra Kolip (IPP) und wurde von Nicole Höfling-Engels (IPP) durchgeführt. Die Interviews geben vielfältige Hinweise auf die Motive der Hormonanwenderinnen. U. a. wurde deutlich, dass Frauen in den Wechseljahren zwar vielfach von den Gefahren einer Hormontherapie wissen, aber noch immer große Defizite in Hinblick auf fachliche

Beratung und kontinuierliche Begleitung betonen. Anhand der ausgewerteten narrativen Interviews wurden verschiedene Haltungen zur Hormontherapie ermittelt, die dabei helfen könnten, diese Versorgungslücke bedarfsgerecht zu fokussieren.

Die Studie ist im Netz unter www.praevention.uni-bremen.de abrufbar.

Nicole Höfling-Engels

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



Ariston-Verlag

Annelie Keil (2006)

Dem Leben begegnen – Vom biologischen »Überraschungsei« zur eigenen Biografie

Prof. Dr. Annelie Keil zeigt in diesem Buch, wie wir dem Leben begegnen und seine Überraschungskraft auch dann akzeptieren können, wenn genau das passiert, womit wir nicht gerechnet haben. Den eigenen Lebensweg zu gestalten, ist eine einzigartige und für jeden Menschen bedeutsame Aufgabe. Die menschliche Entwicklung folgt biologischen und universellen Lebensgesetzen – und wird doch

von jedem Einzelnen selbst mitbestimmt. Woher wir kommen, wer wir sind und worauf wir hoffen: Annelie Keils neues Buch ist eine Einladung, dem Geheimnis des eigenen Lebens auf die Spur zu kommen – und es nach den eigenen Vorstellungen zu gestalten. Ein Plädoyer für die Liebe zum Leben und seine geistige und spirituelle Kraft.

VERANSTALTUNGEN UND ARBEITSKREISE

Qualitative Forschungsmethoden

Die IPP-Forschungswerkstatt

Seit der Auftaktveranstaltung vor einem Jahr, am 7. November 2005, trifft sich die IPP-Forschungswerkstatt etwa alle 4-6 Wochen. Die Treffen dienen sowohl dem Austausch über qualitative Forschungsmethoden, als auch der gemeinsamen Interpretation und Diskussion von Datenmaterial. Es handelt sich dabei vorwiegend um Promotionsarbeiten und Forschungsprojekte am IPP; darüber hinaus können auch Studierende qualitativ erhobenes Datenmaterial aus entsprechenden Projekt- und Abschlussarbeiten einbringen und diskutieren. Die bearbeiteten Themen stammen vor allem aus den Gesundheits- und Pflegewissenschaften, wobei die Forschungswerkstatt sich als interdisziplinär versteht und auch TeilnehmerInnen aus anderen

wissenschaftlichen Disziplinen willkommen heißt, die sich mit gesundheits- oder ausbildungsrelevanten Themen beschäftigen.

Aus dem Spektrum der qualitativen Methoden wurden bislang Daten sowohl aus leitfadengestützten als auch narrativ geführten Interviews sowie Transkripte aus dem Pflegeunterricht vorgestellt und analysiert; an einem der Termine stand die Metapheranalyse als Methode im Vordergrund. Thematisch bestimmten bisher Arbeiten aus der Pflege sowie bezogen auf die gesundheitliche Versorgung im Rahmen von Schwangerschaft und Geburt die Treffen. Den Ablauf einer Sitzung bestimmen diejenigen TeilnehmerInnen, welche

Material einbringen. In der Regel erfolgt eine kurze Vorstellung des Projekts und der Forschungsfragen; die Interpretation des Datenmaterials wird dann je nach Bedarf im Hinblick auf gezielte Fragen vorgenommen oder in Form einer Analyse »Zeile-für-Zeile« – zur Sammlung eines möglichst breiten Interpretationsspektrums.

Da die meisten TeilnehmerInnen der Forschungswerkstatt an ihren Projekten alleine arbeiten, bieten die Treffen ein Forum, um eigene Analysen und Interpretationen zu überprüfen und mögliche neue Perspektiven zu gewinnen. Damit erfüllt die Forschungswerkstatt eine wichtige Funktion: Intersubjektive Nachvollziehbarkeit stellt ein maßgebliches Kriterium qualitativer Forschung dar. Die Möglichkeit zum regelmäßigen Treffen in der Forschungswerkstatt stellt dafür eine wichtige Voraussetzung dar. Darüber hinaus dient der Austausch einer stärkeren inhaltlichen Vernetzung der verschiedenen Abteilungen am IPP. ►

Bei den Treffen sind jeweils etwa 10 TeilnehmerInnen aus dem IPP und andere Interessierte vertreten, wobei die meisten regelmäßig und einige eher sporadisch teilnehmen. Wer Interesse hat, in der Forschungswerkstatt mitzuarbeiten, wendet sich bitte entweder an Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck (darmann@uni-bremen.de) oder an Julia Lademann (lademann@uni-bremen.de).

Julia Lademann

Abteilung Prävention und Gesundheitsförderung,

Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck

Abteilung Qualifikations- und Curriculumforschung,

Institut für Public Health und Pflegeforschung,

Universität Bremen

VORANKÜNDIGUNGEN

Fachtag: Soziale Polarisierung und Gesundheit 16.03.2007 in Bremen

Der Fachtag bietet Workshops, Vorträge und Diskussionen mit lokalen Akteuren und PolitikvertreterInnen. Veranstalter sind das Institut für Public Health und Pflegeforschung, das Gesundheitsamt Bremen und die Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e.V.

Informationen:

Prof. Dr. Petra Kolip unter kolip@uni-bremen.de

AK Frauen- und Geschlechterperspektiven

Der Arbeitskreis Frauen- und Geschlechterperspektiven am IPP befasst sich derzeit mit der Positionierung der GynäkologInnen als »HausärztInnen« der Frau. Die beiden nächsten Sitzungen finden am 09.01.2007 und 13.03.2007 statt. InteressentInnen werden gebeten, sich mit Prof. Dr. Petra Kolip unter u. g. E-Mail Adresse in Verbindung zu setzen.

Informationen:

Prof. Dr. Petra Kolip unter kolip@uni-bremen.de

4. AbsolventInnentag der Gesundheitswissenschaften 2006

Zum nun 4. Mal fand der AbsolventInnentag des Aufbaustudiengangs Gesundheitswissenschaften (Public Health, Fachbereich 11) der Universität Bremen am 25. Oktober 2006 im Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) statt.

Zunächst gab Dipl. Pflegewirtin und Hebamme Rainhild Schäfers, Fachhochschule Osnabrück, mit ihrem Vortrag »Kooperation in der Geburtshilfe – Zukunftsmodelle in der gesundheitlichen Versorgung?« eine Einführung in Aufgabengebiete der Familienhebammen und in das Konzept des Hebammenkreißsaals.

Prof. Dr. Petra Kolip und Prof. Dr. Gerd Glaeske übernahmen die Auszeichnung von drei Masterarbeiten mit dem GEK-Hanse-Preis, der von der Gmünder Ersatzkasse gestiftet wurde. Die Arbeit von Elke Anna Eberhard beschäftigte sich mit der Begründung präventiver Interventionen in der gynäkologischen Fachliteratur in den letzten vier Jahrzehnten; Edda Würdemann behandelte das Thema der medikamentösen Behandlung des Aufmerksamkeitsdefizitsyndroms (ADHS) bei Kindern und Birte Gebhardt untersuchte den Einfluss der Praxisgebühr auf den Besuch beim Arzt.

Erstmals wurde eine Doktorarbeit mit dem »GEK-Hanse-Preis Promotion« prämiert. Julia Lademann erhielt diesen für ihre Arbeit über die Untersuchung der Situation pflegender Angehöriger. Die Abstracts dieser und weiterer Arbeiten sind unter der IPP Homepage www.public-health.uni-bremen.de einzusehen.

Bei Kaffee, Tee und Kuchen wurde am Nachmittag die Möglichkeit gegeben, einen Einblick in Projekte aus dem Bereich der Versorgungsforschung und Masterarbeiten mittels Posterpräsentationen zu gewinnen.

Abschließend folgte eine Diskussionsrunde auf dem »Roten Sofa« – moderiert von Prof. Dr. Petra Kolip – die in diesem Jahr dem Thema »Kooperation der Berufsgruppen in Public Health« nachging. Dabei waren sowohl MitarbeiterInnen aus dem stationären wie auch aus dem ambulanten Bereich vertreten.

Jessica Prigge

Studiengang BA Public Health, Universität Bremen



IMPRESSUM

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

Kontakt: Heike Mertesacker, Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen,

Grazer Straße 2, 28359 Bremen, Tel: 0421 218-3059,

Fax: 0421 218-8150, Mail: health@uni-bremen.de,

www.public-health.uni-bremen.de

Redaktion: Gabriele Gusia, Prof. Dr. Petra Kolip, Heike Mertesacker, Reina Tholen

Beiträge: Thomas Altgeld, Dr. Bettina Bock von Wülffingen,

Jens Bucksch, Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck, Elke Anna

Eberhard, Dr. Silke Funke-Johannsen, Birte Gebhardt, Prof.

Dr. Gerd Glaeske, Nicole Höfling-Engels, Prof. Dr. Petra Kolip,

Dr. Birgitta Kolte, Ulla Krause, Julia Lademann, Sirkka Lüde-

ritz, Heike Pich, Jessica Prigge, Marion Rehm, PD Dr. Hen-

ning Schmidt-Semisch, Prof. Dr. Heino Stöver, Rolf Stuppard,

Dr. Günter Tempel, Dr. Michael T. Wright, Angelika Zollmann

Literatur: Sämtliche Literaturangaben der Verfasser sind

online abrufbar unter: www.public-health.uni-bremen.de/

?file=info-pool/ippinfo

Sekretariat: Anke Stück

Gestaltung: Patel Grafik Design, Bremen

Druck: Fesch Druck GmbH, Auflage: 2.500

Bildnachweis: Titelbild: PhotoDisc, Seite 03: Barde Sport-

garten, Seite 09: N28 Media, Seite 10, 11: PhotoCase,

Seite 12: ZKH Bremen Ost, Seite 13: Botticelli, Seite 20: IPP

Erscheinungsweise: 2x jährlich

Redaktionsschluss der vorliegenden Ausgabe: 31.10.2006

Namentlich gekennzeichnete Artikel geben die Meinung

der Autorin / des Autors wieder, nicht unbedingt die der

Redaktion.

