

IM FOKUS

Evidenzbasierung in Pflege und Gesundheitsversorgung

INHALT

Schwerpunkthema | Seite 02

Aktuelles | Seite 18

Projekte | Seite 09

Publikationen | Seite 19

Promotionskolleg | Seite 17

Veranstaltungen | Seite 20

Impressum | Seite 20

Editorial

Eine Hommage an evidenzbasierte Medizin und Pflege (EbM/N)

Vor sieben Jahren, als die kritische Auseinandersetzung mit der Hormonersatztherapie auf Kongressen noch Empörung verursachte und Kritiker gar als eine Art Blasphemiker verunglimpft wurden, referierte ich auf einer Endokrinologentagung zum Thema »Hormonsubstitution in der Menopause: In oder Out?«. Folie um Folie erharteten sich der fehlende Nutzenbeleg, der (damals schon sehr wahrscheinliche) Schaden und die Beweisführung zum epidemiologischen Trugschluss, welcher zur Empfehlung von Hormonen zur Gesunderhaltung und Lebensverlängerung geführt hatte. Kaum gegendet, sprang ein Endokrinologe auf und rief erregt: »Wer sind Sie eigentlich, dass Sie uns das erzählen? Sie sind ja noch nicht einmal Endokrinologin!« »Äh ja, das ist richtig«, stammelte ich. »Aber, äh, lesen kann ich trotzdem.«

Ich hätte diese persönliche Episode nicht zur Einführung in das vorliegende IPP-Info gewählt, wenn sie nicht so trefflich auf den Konflikt zwischen indoktrinierendem Gestus der eminentbasierten Medizin und der evidenzbasierten Medizin verwei-

sen würde. Ganz so einfach ist es selbstverständlich nicht. Nicht jeder Lesekundige kann die Literatur zu einer Frage der Gesundheitsversorgung sichten, kritisch beurteilen und zu einer (objektiven) Einschätzung der wissenschaftlichen Beweislage kommen. Die Fertigkeiten und Fähigkeiten müssen zweifelsohne langwierig erworben werden. Und: Der Erwerb ist nicht finit. Die Methoden der Evidence-based Medicine/Nursing (EbM/N) werden ständig durch methodologische Studien hinterfragt. Die Evidenz ihrerseits ist im Fluss. Was heute als sicher und belegt gilt, muss möglicherweise morgen durch neuere Studien hinterfragt werden.

Kritiker der EbM/N führen immer wieder die vermeintlich fehlende Subjektorientierung an. Sicher, aus klinischen Studien können nur Wahrscheinlichkeitsaussagen für Gruppen von Personen generiert werden. Demgegenüber lassen sich in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung Beispiele anführen, wie desaströs selektive, unsystematische (Alltags-) Beobachtungen und daraus abgeleitete Wirksamkeitsbehauptungen sein können. Welches ist also die Alternative zu einer auf EbM/N fußenden Gesundheitsversorgung? EbM/N ist selbstverständlich nicht Selbstzweck und bekommt erst

im Rückbezug auf den Patienten bzw. die Patientin eine Bedeutung.

Für das vorliegende Heft wurden Kolleginnen und Kollegen aus den wissenschaftlichen Disziplinen der Pflege, Geburtshilfe, Medizin, Kriminologie, Pharmakologie und Public Health innerhalb und außerhalb des IPP eingeladen, ihre Anschauungen und Projekte im Bereich der EbM/N vorzustellen. Der Bogen ist gespannt über die kritische Analyse von Versorgungsdaten und dem Aufzeigen mangelnder EbM/N-Praxis, über Projekte zur Generierung von Evidenz, Projekte der patienten- und verbrauchergerichten Aufbereitung von Evidenz bis hin zu Projekten zur Implementierung von EbM/N-Kompetenz.

Ich wünsche Ihnen eine anregende Lektüre,
Ihre Gabriele Meyer

Prof. Dr. Gabriele Meyer

Universität Bremen,

Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP),

Abteilung Interdisziplinäre Alters- und Pflegeforschung (iap),

Mail: GabrieleMeyer@uni-bremen.de,

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

SCHWERPUNKTTHEMA

Evidenzbasierte Medizin

Bedeutung und Chancen für die Gesundheitsversorgung

»Evidenzbasierte Medizin (EbM) ist der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten. Die Praxis der EbM bedeutet die Integration individueller klinischer Expertise mit der best verfügbaren externen Evidenz aus systematischer Forschung«. So die hundertfach gedruckte Definition von Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes und Richardson im BMJ von 1996. »Evidenz« ist der hilflose Versuch des Eindeutschens von »evidence«. Gemeint ist im Kern: Welche wissenschaftlich belastbaren, methodisch angemessenen Informationen gibt es, um den Nutzen und den Schaden konkreter Screening-, Untersuchungs- oder Behandlungsverfahren bewerten zu können? Weil vor allem für therapeutische Verfahren die prospektive, randomisiert kontrollierte Studie (RCT) anderen Studientypen überlegen ist, wird von Gegnern der EbM bis heute die Fehlinformation verbreitet, EbM sei identisch mit RCT. In einem weniger bekannten Editorial hat der viel zitierte David Sackett gemeinsam mit John Wennberg deutlich gemacht, dass es der EbM darum geht, die für die jeweilige Fragestellung angemessene, beste Methode zu wählen: Sehr lesenswert (BMJ 1997; 315: 1636), weil es selbstverständlich in der EbM auch einen angestammten Platz für qualitative Forschung und nicht-experimentelle Kohortenstudien gibt, um zwei weitere Methoden zu nennen. Vorbei aber ist es in der EbM-Ära mit der Definitionsmacht der Experten, die auf Grund ihres Status und nach ausgiebigen Konsensrunden dem Volk verkünden, was zu tun ist. Das wurtet die Koryphäen. Und es ärgert alle, die ihre Leistungen gern mit der Unterstützung namhafter Experten in das Gesundheitswesen einschleusen

wollen, ohne dass die aus EbM-Sicht notwendigen Studien vorliegen.

EbM ist sehr praxisrelevant und keineswegs ein akademisches Spiel. Um nur ein Beispiel zu nennen, worum es konkret geht: Noch immer wäre die radikale Brustamputation samt Entfernung des Brustmuskels und der zugehörigen Lymphknoten »Standard« der Medizin, wenn nicht in RCTs gezeigt worden wäre, dass für Frauen mit einem frühen Stadium von Brustkrebs weniger aggressive Verfahren die Lebenserwartung nicht verschlechtern. Heute ist die Frage, ob eine Brust erhaltende Behandlungsmethode möglich ist, weithin selbstverständlich geworden.

Es gibt aber offenkundig immer noch eine Reihe von Gründen, warum die EbM noch nicht so akzeptiert wird, wie es zum Schutze der Patientinnen und Patienten notwendig wäre. Es geht u.a. um folgende Argumente:

- *EbM werde für gesundheitspolitische Ziele missbraucht, obwohl sie ausschließlich für die individuelle Behandlung gedacht sei.* Wenn politische Entscheidungen zum Beispiel zu Screening oder zur Markteinführung neuer Medikamente sich tatsächlich auf die kritische Bewertung der vorliegenden Studien stützt, warum stört das die Qualität der individuellen Behandlung?
- *Medizin komme nicht ohne die professionelle Erfahrung aus.* Das ist völlig unstrittig, aber wie kommen die Ärzte, Pflegefachkräfte und Angehörige anderer Gesundheitsprofessionen zu einer guten Wissensbasis, wenn sie nicht geschult sind, die Spreu vom Weizen zu trennen?
- *Medizin sei immer auch Kunst, und nicht nur Wissenschaft.* Das ist ein besonders spannendes Argument, weil Kunst ja auch gelernt sein will. Aber im Ernst: EbM fragt ja »nur« danach, welche Belege es für Empfehlungen von Profis gibt. Und wenn es überhaupt keine belastbaren »Daten« gibt, dann ist das für die Patientin oder den Patienten auch eine sehr bedeutsame Information, die keinesfalls vorenthalten werden darf.
- *EbM sei zunehmend eine Geheimwissenschaft, die kein normaler Mensch mehr verstehe.* Auf den ersten Blick erscheinen die Anforderung an

die Strategien zum Suchen wichtiger Literatur und deren Bewertung tatsächlich etwas fremd. Inzwischen liegen aber umfangreiche Erfahrungen zum Training in EbM-Kompetenzen für unterschiedliche Fachberufe und auch für Laien vor, die zeigen, dass die Kernbegriffe der EbM überhaupt nichts mit Chinesisch zu tun haben. Jeder gutwillige Mensch kann verstehen, warum in aller Regel die Überlegenheit einer neuen Behandlungsmethode nur durch einen kontrollierten Vergleich ermittelt werden kann und wie die dabei notwendige Zufallsverteilung der Patientinnen und Patienten sowie die Bewertung der Behandlungsergebnisse auszusehen hat, damit möglichst wenig Irrtümer in der Interpretation auftauchen.

Es gibt wichtige Gründe, warum die EbM sowohl in der individuellen Behandlung wie auch bei der Weiterentwicklung von Versorgungsangeboten noch nicht den gebührenden Platz errungen hat. Dazu gehören zu allererst Defizite in der Forschung. So gibt es ein absurdes Missverhältnis zwischen der Masse an Arzneimittelstudien, welche die Marktzulassung mittels RCTs von in der Regel zu kurzer Laufzeit anpeilen, und der kleinen Zahl an versorgungsrelevanten RCTs, die z.B. medikamentöse gegen nichtmedikamentöse Verfahren getestet haben; hierunter leidet u.a. die Psychotherapieforschung massiv. Und viel zu wenig Forschungsmittel sind bisher in gute Studien in der Pflege, der Krankengymnastik, der Ergotherapie usw. geflossen, so dass diese wichtigen Versorgungsansätze häufig nicht gut argumentieren können, wenn es um die Mittelverteilung geht.

Sowohl die Professionellen wie die Patientinnen und Patienten werden zunehmend verstehen, dass die kritische Sichtung der vorhandenen Informationen über zu lösende Probleme eine enorme Hilfe ist. Und dass dies nicht jede/n Gesundheits- und Krankheitspflegerin und jeder Arzt bzw. jede Ärztin allein bewältigen kann. Die Fähigkeit aber, mit den Möglichkeiten der EbM souverän umzugehen, das könnte übermorgen ein neues Identifikationsmerkmal für die Fachberufe im Gesundheitswesen sein. Anlass zu neuem professionellen Stolz gewissermaßen.

Prof. Dr. Norbert Schmacke
 Universität Bremen, Arbeits- und Koordinierungstelle
 Gesundheitsversorgungsforschung (ARG),
 Mail: schmacke@uni-bremen.de,
 www.alkg.uni-bremen.de



Evaluation und Evidenzbasierung von Prävention und Gesundheitsförderung

Es gehört mittlerweile zum Stand guter Interventionspraxis, Prävention und Gesundheitsförderung nicht nur auf Basis gut gemeinter Ziele zu planen, sondern bei der Planung sowohl auf solche Interventionen zurück zu greifen, die sich als effektiv und effizient erwiesen haben (sprich: den Korpus wissenschaftlicher Evidenz zu nutzen) als auch die Erreichung der Ziele zu überprüfen (sprich: die eigene Intervention im Rahmen einer Evaluationsstudie zu bewerten). Dass dies leichter gesagt ist als getan, weiß jeder, der mit der Planung, Implementierung und Evaluation von Prävention und Gesundheitsförderung befasst ist. So liegen in Deutschland bislang keine Datenbanken vor, in denen die Evaluationsstudien von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen systematisch dokumentiert und praxistauglich aufbereitet werden, damit sie für die Programmplanung genutzt werden können. Die Datenbank www.gesundheitliche-chancengleichheit.de, die als Teilprojekt im Rahmen eines Kooperationsverbundes zwischen BZgA, Sozialversicherungsträgern und der Lebensvereinigungen für Gesundheit etabliert wurde, dokumentiert zwar fast 3.000 Projekte der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten, die wenigsten Projekte sind jedoch angemessen evaluiert. Mit dem Ansatz, Modelle guter Praxis zu identifizieren und in diesem Kontext Kriterien zu entwickeln, wird zwar ein wichtiger Schritt getan, eine Diskussion um Evaluation und Qualitätssicherung in Gang zu setzen, von einer wissenschaftlichen Begleitung sind die meisten Projekte aber noch weit entfernt. Eine systematische Dokumentation der vorhandenen Evidenz, ähnlich der Reviews der Cochrane Collaboration (www.vichealth.vic.gov.au/cochrane) oder dem Guide to Community Preventive Services der Centers for Disease Control and Prevention (www.thecommunityguide.org) täte aber Not, nicht zuletzt, weil der Evidenzbasierung im geplanten Präventionsgesetz vermutlich ein hoher Stellenwert zukommt.

Ähnlicher Entwicklungsbedarf ist bei der Methodik für die Evaluation zu konstatieren. Für die Bewertung von Präventionsmaßnahmen mit klaren Zielgrößen (z.B. Verringerung des Anteils von Schülerinnen und Schülern, die mit dem Tabakkonsum beginnen) und vergleichsweise einfacher Intervention kann die Anwendung eines randomisierten, kontrollierten Designs geprüft werden: Mindestens

zwei Gruppen werden per Zufall gebildet, die eine durchläuft die Intervention, die andere nicht, und im Rahmen eines Vorher-Nachher-Vergleichs mit definierten Zielkriterien wird die Wirksamkeit der Intervention überprüft. Dem Projekt »Obeldicks light«, das von der Vestischen Kinder- und Jugendklinik Datteln für übergewichtige, aber nicht adipöse Kinder und Jugendliche entwickelt wurde, und in Kooperation zwischen der Klinik und der Abteilung 2 des IPP evaluiert wird, liegt ein solches Design zugrunde (siehe hierzu den Artikel von Emily Finne in diesem Heft). Für die Evaluation von Präventionsmaßnahmen, die sich an die Zielgruppe der sozial Benachteiligten wenden, gibt es Herausforderungen genug, z.B. in Bezug auf die Frage, wie sich eine Methodik entwickeln lässt, wenn die Zielgruppe kaum Lesen und Schreiben kann oder über nur geringe Deutschkenntnisse verfügt. Im Projekt »Evaluationstools« (siehe IPP-Info Nr. 4) werden derzeit Instrumente entwickelt, die sich dieser Herausforderung stellen.

Noch komplizierter wird es, wenn es darum geht, Gesundheitsförderungsmaßnahmen zu evaluieren. Diese unterscheiden sich von Präventionsprojekten in mehreren Punkten: Sie werden häufig auf der Grundlage des Settingansatzes etabliert, die Zielgrößen sind unklarer, nicht Morbidität oder gesundheitsrelevantes Verhalten sollen direkt beeinflusst werden, sondern die Determinanten der Gesundheit, ihnen liegen komplexe Wirkungsmodelle zugrunde und sie entfalten erst in langfristiger Perspektive ihre Wirkung. Diese Besonderheiten haben vielfach zu der Einschätzung geführt, Gesundheitsförderungsmaßnahmen seien prinzipiell nicht evaluierbar. Eine solche Position wird auf Dauer nicht haltbar sein, wenn es weiterhin darum gehen soll, Sozialversicherungsträger und andere Geldgeber für die Finanzierung der Aktivitäten zu gewinnen. Hilfreich ist hier eine klare Definition der Zielparameter, die sich von einer engen Orientierung an Morbiditäts- und Verhaltensindikatoren löst; der australische Public Health-Experte Prof. Don Nutbeam hat hierzu ein Modell entwickelt, das von der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz weiterentwickelt wurde und auch dazu eingesetzt wird, plausible Wirkketten theoriegestützt zu definieren. Hilfreich ist auch, das Methodenrepertoire auszudehnen und nicht nur quantitative, sondern auch qualitative Verfahren unter Nutzung

des Methodenspektrums zahlreicher Disziplinen (einschließlich Psychologie, Politikwissenschaft, Kulturwissenschaft) zu erproben. Die Evaluation von settingorientierter Gesundheitsförderung ist eine besondere Herausforderung; sie zu meistern wird eine der großen Public Health-Aufgaben der Zukunft sein.

Prof. Dr. Petra Kolip
Universität Bremen,
Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP),
Abteilung Prävention und Gesundheitsförderung,
Mail: kolip@uni-bremen.de,
www.public-health.uni-bremen.de,
www.praevention.uni-bremen.de

PUBLIKATION

Henning Schmidt-Semisch & Friedrich Schorb (Hrsg.)
(2008)

Kreuzzug gegen Fette

Übergewicht und Adipositas gelten als die größte gesundheitspolitische Herausforderung der Zukunft. In den USA wird Übergewicht mittlerweile als Todesursache Nummer eins noch vor dem Risikofaktor Rauchen geführt. Auch hierzulande werden, spätestens seitdem Renate Künast das Thema zur Chéfsache erklärt hat, Übergewicht und Adipositas nicht länger als ein medizinisches bzw. ästhetisches Problem, sondern als ein gesellschaftliches Problem angesehen. Dabei werden das gesteigerte öffentliche Interesse sowie die politische Brisanz des Themas meist mit der rasanten Zunahme des Phänomens begründet. Der Band analysiert vor diesem Hintergrund kritisch die gesellschaftlichen Bedingungen, die dem dicken Bauch eine so schillernde Problemlösung ermöglicht haben.

Henning Schmidt-Semisch
Friedrich Schorb (Hrsg.)

Kreuzzug gegen Fette

Sozialwissenschaftliche Aspekte
des gesellschaftlichen Umgangs
mit Adipositas



Wiesbaden: VS-Verlag,
ISBN 978-3-531-15431-2

Evidenzbasiertes Medikamentenmanagement im höheren Lebensalter

Die Zukunft der Gesundheitsversorgung ist chronisch ...

Die adäquate Versorgung chronisch kranker und älterer Menschen stellt eine der bedeutendsten und größten Herausforderungen für unser Gesundheitssystem dar. Dies wird v.a. durch die spezifische Verlaufsdynamik chronischer Erkrankungen, d.h. durch den Wechsel unterschiedlicher Krankheitsphasen, durch das komplexe Krankheitsgeschehen sowie die in der Regel langen und kostenintensiven Versorgungsverläufe begründet.

In einem lesenswerten Editorial von Wagner et al. aus Seattle heißt es kompakt und zutreffend formuliert: »Trotz der klinischen Unterschiede zwischen den verschiedenen chronischen Krankheiten konfrontiert jede Krankheit betroffene PatientInnen und ihre Familien mit dem gleichen Spektrum an Erfordernissen ... Im Gegenzug muss die medizinische Versorgung sicherstellen, dass PatientInnen die besten Behandlungsmöglichkeiten erhalten, durch die ihre Krankheit kontrolliert und deren Begleitsymptome gelindert werden. PatientInnen benötigen jedoch auch jegliche Information und Unterstützung, die erforderlich ist, um mit ihrer Krankheit und oft auch mit ihrem nahenden Tod selbstständig umzugehen. Erfahrungen haben gezeigt, dass wir auf diesem Gebiet nicht besonders gut sind, und der Mangel weniger in uns selbst als in unserem Versorgungssystem begründet liegt.« (Wagner et al., 2006; Wagner, 2000).

Ein vornehmlich auf Kuration und Pathogenese aufgebautes Gesundheitssystem, das sich sowohl in der Organisation als auch in den Behandlungs-

angeboten ärztzentriert entwickelt und ohne Zweifel erfolgreich auf die Akut- und Notfallmedizin konzentriert hat, kommt bei der Versorgung von chronischen Erkrankungen insbesondere bei älteren Menschen an seine Grenzen. Dass die durchschnittliche Lebenserwartung und damit der Anteil Älterer in den letzten 100 Jahren stark angestiegen sind, ist weithin bekannt. Aktuelle Vorausberechnungen gehen davon aus, dass im Jahr 2050 etwa 30% aller Deutschen über 65 Jahre alt sind.

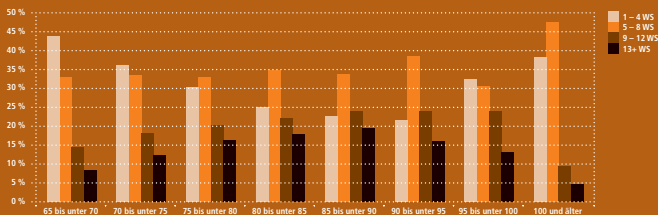
Viel hilft viel?

Es ist im Alter keineswegs sinnvoll, jede behandelbare Krankheit separat zu betrachten und jeweils für sich zu behandeln. Cynthia Boyd et al. haben 2005 in einer der zu diesem Thema wichtigsten Publikationen die Grenzen und Probleme einer fast als naiv zu bezeichnenden Übertragung der Behandlungsevidenz für die jeweils einzelnen Krankheiten auf eine multimorbide Patientin im Alter von 79 Jahren gezeigt: Die Behandlung von Bluthochdruck, Diabetes mellitus, Osteoporose, Osteoarthritis und COPD würde dazu führen, 12 verschiedene Medikamente in 19 Tagesdosierungen zu 5 verschiedenen Zeiten einzunehmen, hinzu kämen weitere Mittel nach Bedarf (v.a. bei COPD). Zusätzlich wären 14 nicht-medikamentöse Empfehlungen (Ernährung u.a.) zu berücksichtigen und regelmäßige Arztbesuche einzuplanen (Boyd et al., 2005). Zwei Arzneimittel müssen nur deshalb eingenommen werden, um die unerwünschten Wirkungen anderer zu behandeln.

Medikamentenmanagement für mehr Sicherheit und Qualität

Insbesondere bei älteren Menschen nimmt die Häufigkeit von Medikationsfehlern, Nebenwirkungen und Arzneimittelinteraktionen mit steigender Anzahl von Wirkstoffen überproportional zu. In Fachkreisen gilt heute eine Anzahl von maximal vier Arzneimittelwirkstoffen bei geriatrischen Patienten als Zielgröße (Borchelt, 2005). Der überwiegende Anteil der verordneten Medikamente wird in diesem Alter zur Behandlung chronischer Krankheiten und damit über einen langen Zeitraum kontinuierlich angewendet. Wenn man berücksichtigt, dass weitere Arzneimittel zusätzlich im Laufe des Jahres für akut auftretende Erkrankungen über einen kurzen Zeitraum erforderlich werden können, so scheint auch eine Anzahl von fünf bis acht Wirkstoffen mit Einschränkungen noch plausibel. In unseren Ergebnissen überrascht der hohe Anteil der Versicherten, der 9 und mehr Wirkstoffe nebeneinander verordnet bekommt: Rund 35% der Männer und 40% der Frauen über 65 Jahre bekommen diese Menge an Wirkstoffen mehr oder weniger dauerhaft. 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). Das Medikamentenmanagement im Alter muss sich aus diesem Grunde an Prioritäten orientieren. Welche Mittel sind dringend erforderlich, bei welchen Arzneimitteln sind im Alter häufiger Störwirkungen zu befürchten, welche Veränderungen des Abbaumechanismus (z.B. durch die Beeinträchtigung der Nieren und der Leber), welche Veränderungen der Wirkzeiten oder der Dosis-

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



rungen sind im Alter zu berücksichtigen? So bekommen z.B. besonders häufig ältere Frauen mit relativ niedrigem Körpergewicht zu hohe Dosierungen bestimmter Arzneimittel (z.B. von Schlaf- und Beruhigungsmitteln). Zu viele Arzneimittel nebeneinander können ältere Menschen in unvermutete Gefahren bringen – sie werden zu einer oftmals unkalkulierbaren Belastung des Organismus. Wir brauchen daher evidenzbasierte Leitlinien für die Behandlung von multimorbiden älteren Patientinnen und Patienten. Wir brauchen Zusammenstellungen von Arzneimitteln, die bei älteren Menschen eher ungeeignet sind (ähnlich der Beers-Liste (Beer et al., 1991; Fick et al., 2003)).

Wir brauchen mehr Kooperation zwischen den Ärztinnen und Ärzten untereinander, die Arzneimittel verordnen – ältere Menschen haben oftmals drei bis vier Ärztinnen unterschiedlicher Facharztgruppen, die nebeneinander konsultiert werden. Und wir brauchen eine bessere Kommunikation der Ärztinnen mit den nichtärztlichen Berufen wie Apothekerinnen oder Altenpflegerinnen, die über die Auswirkungen der Arzneimitteltherapie berichten und damit evtl. notwendige Anpassungen und Veränderungen in Gang setzen können (SVR, 2007). Und wenn eine entsprechende EDV-Unterstützung für die Verringerung von Interaktionen, Über- und Fehldosierungen sowie unerwünschten Wirkungen

genutzt wird, kann auf Dauer ein solches Medikationsmanagement zu mehr Sicherheit, Qualität und Effizienz führen.

(Literatur bei dem Verfasser sowie online im Internet unter www.public-health.uni-bremen.de)

Prof. Dr. Gerd Glaeske
Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik (Zes),
Abteilung Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und
Versorgungsforschung, Leiter der Arbeitsgruppe
Arzneimittelenwendungsforschung,
Mail: buerro_glaeske@zes.uni-bremen.de,
www.zes.uni-bremen.de

Schwangerenvorsorge in Deutschland – ein Beispiel für Non-Evidence?

Eine schwangere Frau erhält in Deutschland zu Beginn der Schwangerschaft ein Dokument, welches sie für die folgenden neun Monate bei sich führen soll: Den Mutterpass, der den Verlauf der Schwangerschaft dokumentiert. Er enthält eine Vielzahl an Tabellen und Spalten. Diese lassen erahnen, welchen Umfang mittlerweile die in der »Mutterpassrichtlinien« während der Schwangerschaft vorgesehenen Regeluntersuchungen angenommen haben. Doch häufig wird selbst in unkompliziert verlaufenden Schwangerschaften noch über die Richtlinien hinausgehend untersucht. Im Jahr 2006 gingen laut BQS-Qualitätsbericht (2007) 41,7% aller Frauen, die ihr Kind im Krankenhaus zur Welt brachten, zu mindestens 12 Vorsorgeterminen. Bei 17% der Frauen ohne angegebene Risiko wurden 6 und mehr Ultraschalluntersuchungen vorgenommen.

Die Situation stellt sich im internationalen Raum teilweise ähnlich dar. Laut WHO (2003) durchlaufen schwangere Frauen in vielen Ländern während der Schwangerschaft durchschnittlich 150 und mehr Einzeluntersuchungen, Tests und Interventionen. Die Richt- oder Leitlinien für die Betreuung von Schwangeren unterscheiden sich dabei in den einzelnen Ländern erheblich. So ist einem 2004 erhobenen Survey (Bernloehr et al., 2005) für die damals 25 europäischen Mitgliedsstaaten zu entnehmen, dass z.B. laut Richtlinie für die normale Schwangerschaft in Deutschland 114 verschiedene Tests und Untersuchungen vorgesehen sind, in den Niederlanden dagegen nur 38. In 5 Staaten existieren keine Richtlinien (Belgien, Zypern, Griechenland, Irland und Malta). Bei dieser Bandbreite kann davon ausgegangen werden, dass die Inhalte

der Schwangerenvorsorge nur in begrenztem Maße auf wissenschaftlich abgesicherten Erkenntnissen beruhen und möglicherweise eher rituellen Charakter haben (Villar et al., 2001).

Wie sollte denn eine optimale Schwangerenvorsorge aussehen? Um diese Frage beantworten zu können, muss zunächst einmal das Ziel klar sein. Laut WHO (2003) besteht es in der Prävention, Erkennung und Behandlung von Gesundheitsrisiken bei Mutter und Kind und darin, Schwangerschaft und Geburt als positive Erfahrung erleben zu können. Folgende Fragen tun sich auf: 1. Welche Betreuung ist in welcher Häufigkeit für alle schwangeren Frauen geeignet, um diejenigen Frauen zu identifizieren, die eine spezielle Versorgung benötigen (laut Pittrof et al. (2002) ca. 9-15% der Schwangeren)? 2. Welche Maßnahmen sind geeignet, um Frauen während der Schwangerschaft, auch im Hinblick auf die Geburt, zu unterstützen? Die medizinische Disziplin der Geburtshilfe war die erste, die sich seit Mitte der 80er Jahre zum Ziel gesetzt hat, die Fülle der vorliegenden randomisiert-kontrollierten Studien systematisch auszuwerten, um damit die Versorgung der Bevölkerung auf die Basis nachgewiesener Evidenz zu stellen. Diese Reviews bilden die Grundlage für die regelmäßig aktualisierten Leitlinien des National Institute for Clinical Excellence (NICE) in Großbritannien, wie auch für die Empfehlungen des Health Evidence Network der WHO. Der Bezug auf die verfügbare Evidenz, dass die Reduzierung der Anzahl und Intensität der Vorsorgetermine für Schwangere mit niedrigem Risiko keine nachteiligen Effekte für das mütterliche und kindliche Outcome hat, führte die WHO zu einem Modell der Schwangerenvor-

sorge, welches die Basisversorgung von gesunden schwangeren Frauen mit vier Vorsorgeterminen vorsieht (Banta, 2003). Die NICE-Leitlinien (2003) empfehlen dagegen für Erstgebärende 10 und für Mehrgebärende 7 Einzeluntersuchungen, da die Reduzierung der Vorsorgetermine zu Unzufriedenheit bei den betreuten Frauen führen kann.

Auf die Frage, ob die reguläre Schwangerenvorsorge von Fachärzten und Fachärztinnen durchgeführt werden sollte, gibt es eine klare Antwort: Es liegt Evidenz dafür vor, dass ihre routinemäßige Einbeziehung in die Betreuung von schwangeren Frauen nicht das perinatale Ergebnis verbessert und dass die Betreuung durch Hebammen zu einer niedrigeren Rate an Interventionen und einer höheren Zufriedenheit bei den Frauen führt.

Zusammengefasst lässt sich sagen: Schwangerenvorsorge leistet unbestritten einen wichtigen Beitrag für die Gesundheit von Mutter und Kind. Es werden jedoch nach wie vor viele Tests, Maßnahmen und Interventionen angewandt, die nachgewiesenermaßen ineffektiv sind bzw. über deren Nutzen kein wissenschaftlicher Nachweis vorliegt oder die sich sogar nachteilig auswirken können. Wünschenswert wären eine verstärkte Forschung zur Effektivität von Maßnahmen und Interventionen im Rahmen der Schwangerenvorsorge sowie die stärkere Ausrichtung an vorhandener Evidenz unter Berücksichtigung der Bedürfnisse der Nutzerinnen.

(Literatur bei der Verfasserin sowie online im Internet unter www.public-health.uni-bremen.de)

Barbara Baumgärtner
Universität Bremen, Institut für Public Health und
Pflegerforschung (IPP), Abteilung Prävention
und Gesundheitsförderung,
Mail: baumgaer@uni-bremen.de,
www.public-health.uni-bremen.de,
www.praevention.uni-bremen.de

Evidenzbasierte Patienteninformation

Das Beispiel der Prostatakrebsfrüherkennung

Die ethischen Normen der Europäischen Charta der Patientenrechte von 2002 fordern Zugang zu allen notwendigen Informationen, die eine aktive Teilnahme an medizinischen Entscheidungsprozessen und freie Auswahl der Behandlung ermöglichen. Die informierte Einwilligung der PatientInnen setzt Aufklärung durch evidenzbasierte Patienteninformationen (EBPI) voraus.

PatientInnen mit chronischen Erkrankungen wollen mehrheitlich bei Diagnose- und Therapiemaßnahmen mitentscheiden oder nach profunder Information selbst entscheiden. Daher sind verständliche, patientengerechte, evidenzbasierte Informationen aus Leitlinien und wissenschaftlichen Studien zur jeweiligen Krankheit bereit zu stellen für selbstständige Information oder unabhängige Patientenberatung. Insbesondere ärztliche Fachgesellschaften, Patienten- bzw. Verbraucherorganisationen oder Krankenkassen sind hier gefordert.

Wo gibt es evidenzbasierte Gesundheitsinformationen?

Eine Übersicht mit Links zu Anbietern von EBPI bietet die Webseite des Deutschen Cochrane Zentrums (www.cochrane.de). Erste positive Beispiele von EBPI zur Krebsfrüherkennung sind die Broschüre zum Darmkrebs-Screening der Universität Hamburg und das Heft »Brustkrebsfrüherkennung«

des Nationalen Netzwerks Frauen und Gesundheit (www.nationales-netzwerk-frauen-gesundheit.de). Die Stiftung Warentest bewertet verschiedene Früherkennungsmethoden aus Verbrauchersicht im Ratgeberbuch »Untersuchungen zur Früherkennung: Krebs« und auf ihrer Homepage (www.test.de). Ansonsten mangelt es in Deutschland, im Gegensatz zu den angelsächsischen Ländern, an brauchbaren Patienteninformationen zur Früherkennung.

Prostatakrebs-Früherkennung mit PSA-Test

Wie bei anderen Maßnahmen zur Krebsfrüherkennung gibt es auch beim Prostatakrebs-Screening mittels PSA-Test eine Kontroverse um den möglicherweise fehlenden Nutzen. In Kürze werden die Ergebnisse zweier großer randomisiert-kontrollierter Studien aus Europa und den USA (ERSPC und PLCO) erwartet. Diese sollen die Frage beantworten, ob die Prostatakrebssterblichkeit durch Screening gesenkt werden kann. Die bisher unklare Evidenzlage wird in den Informationsbroschüren für die Zielgruppe nicht kommuniziert. Wie viele Männer getestet werden müssen, damit ein Mann vor dem Prostatakrebstod bewahrt wird, ist unbekannt.

Das Problem der Treffsicherheit des PSA-Tests wird oft übergangen. Bei etwa einem von 5 Männern wird ein erhöhter PSA ermittelt (Verdachtsdiagno-

se) und etwa 4 von 5 der positiven Tests stellen sich nach den Stanzbiopsien als Fehlarmer heraus. Psychische Belastungen und andere Nebenwirkungen sind die Folge. Etwa in einem von 5 Tests versagt dieser, d.h. er übersieht den Tumor.

Die mögliche Überdiagnose wird selten beziffert: Bei 4 bis 8 von 10 diagnostizierten Männern werden indolente Tumoren entdeckt, die nicht behandlungsbedürftig gewesen wären. Kontrolliertes Abwarten oder Active Surveillance mit kurativer Intention wird selten praktiziert.

Ebenfalls nicht kommuniziert wird die Therapieungewissheit, denn insbesondere bei Männern über 70 Jahren ist der Nutzen einer Therapie unklar. Stattdessen wird z.B. hervorgehoben, dass bei lokalem Prostatakarzinom das karzinomspezifische Überleben 10 Jahre nach radikaler Prostatektomie 90% beträgt. Verschwiegen werden patientenrelevante Ergebnisse einer randomisiert-kontrollierten Studie, die Prostatektomie mit Zuwarten vergleicht. Die Nichtintervention, d.h. passives Abwarten ohne kurative Intention, resultiert in eine ähnlich hohe Überlebensrate.

Wegen ihrer einseitigen Gewichtung sind bisherige Broschüren zur Prostatakrebsfrüherkennung für eine ausgewogene informierte Entscheidung nicht brauchbar und führen insgesamt zur Überschätzung des Nutzens des PSA-Tests.

Kooperationsprojekt

In einem Kooperationsprojekt der Allgemeinen Ortskrankenkasse, des Krebsinformationsdienstes und der Universität Bremen, Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung, wird eine evidenzbasierte Entscheidungshilfe zur Prostatakrebsfrüherkennung entwickelt. Sie basiert auf dem vorbildlichen britischen Internet-gestützten Decision Aid PROSDEx (www.prosdex.org), das unter Einbeziehung von Patienten an deutsche Verhältnisse angepasst und in diesem Jahr auf einer neuen Webseite präsentiert wird. Es soll die am PSA-Test interessierten Männer befähigen, unterstützend zum Gespräch mit dem Arzt, eine informierte Entscheidung treffen zu können.

Udo Ehrmann

Universität Bremen, Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung (AGK),
Mail: udo.ehrmann@uni-bremen.de,
www.agk.uni-bremen.de

PUBLIKATION

Miriam Tariba Richter (2007)

Angst im Krankenhaus

Angst in ihrer individuellen Erlebnisqualität und Möglichkeiten der Bewältigung

Die physische und psychische Gesundheit von Krankenhauspatienten wird durch Angst deutlich beeinträchtigt. Es sind vor allem die räumlichen Gegebenheiten, das Erleben von Leid, mangelnde Kommunikation und soziale Distanz, die das Krankenhaus zu einer angstverstärkenden Umgebung machen. Die Autorin Miriam Tariba Richter stellt den Umgang mit der Angst von Patienten sowohl als pflegerische als auch multidisziplinäre Aufgabe heraus, welche nur in einer Kombination kognitiver und emotionaler Maßnahmen erfolgen kann. Der Pflegeprozess bei Angst, hier insbesondere die Notwendigkeit einer narrativen Anamnese, und entsprechende Pflegemaßnahmen als Angstbewältigungshilfen thematisiert die Autorin ausführlich und gibt Hinweise für eine didaktische Auseinandersetzung bei der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung.

Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller,
ISBN 978-3-8364-1963-5



Evidenzbasierung in der Pflegeausbildung

Analog zur Pflegepraxis ist häufig auch der Pflegeunterricht noch überwiegend durch ein »regelorientiertes«
Bildungskonzept bestimmt. Unter dem Bildungskonzept der »Regelorientierung«
werden in der Studie »Interaktion im Pflegeunterricht«
(Darmann, 2006) solche Kommunikationsmuster der Lehrer zusammengefasst, in denen allgemeine Handlungsregeln für typische Pflegesituationen vermittelt werden. Darunter fallen sowohl normative (z.B. Regeln zur Ermöglichung von Patientenpartizipation) als auch technische oder strategische Vorgaben (z.B. Regeln zur wirksamen Vermeidung eines Dekubitus oder zur Identifikation von sturzgefährdeten Personen). Die Regeln werden von den Lehrern und Lehrerinnen einerseits als Handlungsanweisung, andererseits als Beurteilungsgröße für die berufliche Praxis dargestellt und bilden vielfach den Bewertungsmaßstab für Lernzielkontrollen. Dass damit aber weder angemessen auf die Anforderungen der Pflegepraxis vorbereitet, noch die kritisch-emanzipative Identitätsbildung der Schüler und Schülerinnen vorangetrieben wird, verdeutlichen die mit dem Bildungskonzept verbundenen Begrenzungen.

Eine wesentliche Begrenzung besteht in dem Mangel an einer wissenschaftsbasierten Begründung der vermittelten Regeln. Die Unterrichtsinhalte bewegen sich in erster Linie auf Lehrbuchniveau, werden als gut reproduzierbare Regellisten weitergegeben und sind oft genug veraltet. Eine wissenschaftsbasierte Begründung wird weder vorgebracht, noch erhalten die SchülerInnen einen Einblick in die Generierung pflegerischen Wissens und in die Notwendigkeit einer wissenschaftlichen Überprüfung der praktizierten Handlungsregeln. Dadurch werden die unkritische Anpassung an vorgegebene Normen sowie ein naives Vertrauen in Expertenaussagen begünstigt. Evidenzbasierung als Methode für die wissenschaftliche Fundierung des in der Ausbildung vermittelten Wissens stellt einen bedeutsamen Ansatz zur Weiterentwicklung des Pflegeunterrichts dar und hat Auswirkungen sowohl auf die Ziel- und Inhalts- als auch auf die methodische Ebene. Auf der Zielebene darf sich die Pflegeausbildung einerseits nicht mehr mit Regelvermittlung – selbst wenn sie dem aktuellen Stand des Wissens entspricht – begnügen, andererseits kann es auch nicht das Ziel einer Berufsfachschul- ausbildung sein, die Auszubildenden etwa zur Beurteilung von Forschungsberichten zu befähigen.

Vielmehr sollte bei den Auszubildenden eine skeptische Haltung jeglichem Wissen gegenüber gefördert werden, indem anhand von Beispielen nachvollzogen wird, welche Anforderungen an die Überprüfbarkeit von wissenschaftlichen Ergebnissen, z.B. zur Wirksamkeit von Pflegeinterventionen, gestellt werden müssen und wie der wissenschaftliche Fortschritt in den letzten Jahren das pflegerische Wissen verändert hat. Die Auszubildenden sollten ein Verständnis von der Art und Weise der Begründung von Handlungsregeln und einen Einblick in die Begrenztheit von Forschung erhalten und damit verbunden die Bereitschaft entwickeln, ihr Handeln zu verändern, wenn sich herausstellen sollte, dass lange praktizierte Handlungs-routinen überholt sind. Der Transfer von neuen Forschungsergebnissen in die Praxis setzt dagegen eine akademische Ausbildung voraus und kann nicht von berufsfachschulisch ausgebildeten Pflegenden übernommen werden. Im Hinblick auf die Inhalte stellt sich zunächst die Herausforderung an die Lehrpersonen, sich für ihren Unterricht das dem aktuellsten Stand der Forschung entsprechende Wissen anzueignen. Dies neben dem Unterricht zu leisten ist für Lehrer und Lehrerinnen oft eine kaum zu bewältigende Aufgabe, zumal viele in ihrer eigenen Aus- und Weiterbildung gar nicht darauf vorbereitet wurden. Bei der Auswahl der Inhalte müssten außerdem weniger Handlungsregeln, als vielmehr Verfahren ihrer empirischen oder theoretischen Begründung im Mittelpunkt stehen. Schließlich können aus den veränderten Zielen und Inhalten auch methodische Konsequenzen gezogen werden. Eine Methode, die sich besonders gut eignet, um die Auszubildenden an das selbständige Beschaffen von Informationen, die

kritische Bewertung von Quellen und das Hinterfragen tradierter Handlungspraktiken heranzuführen, ist das problemorientierte Lernen. Damit diese Lehr-/Lernform ihre Potenziale entfaltet, sind allerdings von Seiten der TutorInnen geeignete Impulse unabdingbar, da andernfalls die Auszubildenden dazu neigen, Quellen nach Verständlichkeit und intuitiver Plausibilität zu beurteilen (vgl. Darmann-Finck, 2008; Darmann-Finck et al., 2007). Aber auch mit evidenzbasierten Handlungsregeln allein lässt sich noch keine professionelle Pflege generieren, weil damit Subjektivität ausgeblendet und mechanistisches Pflegehandeln befördert wird. Um gemeinsam mit einem zu Pflegenden die nicht nur medizinisch, sondern auch lebensgeschichtlich relevanten Ziele bestimmen und die für ihn angemessenen Handlungsoptionen auswählen zu können, müssen Pflegenden außerdem über Deutungs- und kommunikative Kompetenzen verfügen. Zudem dürfen die gesellschaftlichen Macht- und Herrschaftsverhältnisse, die die pflegerischen Handlungsoptionen prägen und einschränken, nicht ausgeblendet werden. Das heißt, Auszubildende sind auch in die Lage zu versetzen, die in der Praxis als Widersprüche bzw. Dilemmata erfahrenen restriktiven gesellschaftlichen Strukturen zu erkennen und sie nicht einseitig aufzulösen, sondern in ihrer Dialektik zu erfassen und Handlungsoptionen zu finden, durch die Abhängigkeitsverhältnisse nicht unnötig verfestigt werden.

Die Abteilung Qualifikations- und Curriculumforschung an IPP unterstützt bei der Entwicklung und Implementation von Curricula in der Ausbildung von Pflege- und Gesundheitsfachberufen, die auf diese Ziele abheben.

Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck

Universität Bremen, Institut für Public Health und
Pflegeforschung (IPP), Abteilung Qualifikations- und
Curriculumforschung, Mail: darmann@uni-bremen.de,
www.public-health.uni-bremen.de,
www.curriculumforschung.de

PUBLIKATION

Martina Stöver & Susanne Weiss (2007)

Wahrnehmung von Tätigkeits- spielräumen in der Pflegepraxis

Relevanz und Nutzen für die Pflegeausbildung

Vor dem Hintergrund des demografischen, sozialen und gesundheitspolitischen Wandels verändern sich die Handlungs- und Aufgabenfelder der Pflegeberufe. Um diese Veränderungen in der Pflegeausbildung und Berufspraxis vollziehen zu können, sind Lehr-/Lernprozesse sowie eine Arbeitsgestaltung erforderlich, die ein lebenslanges Lernen fördern. Auf Grundlage einer empirischen Vorstudie zur Wahrnehmung und Nutzung von Tätigkeitsspielräumen in der Pflege stellen die Autorinnen durch die Verknüpfung von arbeitswissenschaftlichen Ansätzen mit lernpsychologischen und didaktisch-methodischen Theorien Lösungsansätze für eine zukunftsorientierte Arbeits- und Ausbildungsentwicklung vor.

Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller, ISBN 978-3-8364-2271-0



Evidence-based Crime Prevention?

Übertragbarkeitsprobleme zwischen Medizin und Kriminologie

Kriminalpolitik entfernt sich in oft extremem Ausmaß von der Rationalität wissenschaftlicher Erkenntnis. Dies ließ sich zuletzt im hessischen Wahlkampf beobachten, in dem ein Katalog von Forderungen formuliert wurde, die sich in der Kriminologie längst als besonders unwirksam bis kontraproduktiv erwiesen haben: Anhebung der Höchststrafdrohungen, Erziehungscamps oder so genannter Warnschussarrest. Die Forderung, strafrechtliche Sanktionen vor ihrer Einführung wie Medikamente auf ihre Wirksamkeit zu testen, ist ein Reflex darauf, der jedoch nicht neu ist. In den 1980er Jahren gab es unter dem Stichwort »experimentelle Politik« eine Hochphase dieser Idee, und aktuell wird in Anlehnung an die medizinische Debatte »evidence-based crime prevention« gefordert.

Nimmt man dies ernst, so müsste es bedeuten, strafrechtliche Sanktionen anhand experimenteller Kontrollgruppendesigns zu erforschen, was in Deutschland bislang – anders als in den USA – weitgehend für verboten gehalten wird. Experimentelle Forschungsdesigns haben aus methodologischer Sicht den Vorteil, miteinander vergleichbare Fälle Experimental- und Kontrollgruppen zuzuweisen, so dass der Einfluss einer Behandlungsmaßnahme anhand annähernd vergleichbarer Gruppen ermesselt werden kann. Dies ist in der Kriminologie von ebenso großer Bedeutung wie in der Medizin, weil es hier wie dort »Spontanheilung« gibt, die auch ohne Anwendung eines mit Risiken und Nebenwirkungen behafteten Mittels eingetreten wäre.

Die Kausalität einer eingesetzten Maßnahme für einen gemessenen Effekt anhand eines Kontrollgruppenvergleichs überprüfen zu können, wäre gerade in der Kriminalpolitik ein unschätzbare Gewinn, wo täglich vermeintliche Allheilmittel empfohlen und strafrechtliche Sanktionen stereotyp damit begründet werden, dass es ohne ihren Einsatz um das Kriminalitätsaufkommen noch deutlich schlimmer bestellt wäre. Allerdings steht die methodisch günstige Zuweisung möglichst vergleichbarer Fälle zu unterschiedlichen Untersuchungsgruppen in diametralem Gegensatz zum verfassungsrechtlichen Gleichbehandlungsgebot, wonach im Wesentlichen vergleichbare Fälle auch gleich zu behandeln sind. Das ließe sich bestenfalls

dann rechtfertigen, wenn die Ergebnisse experimenteller Studien im Gegensatz zu denen anderer konsequent in Rechtsentscheidungen umgesetzt würden, von denen wenigstens später Betroffene profitieren könnten.

Ein näherer Blick auf die Situation in den USA zeigt, dass die Ergebnisse experimenteller Forschung, ebenso wie die anderer Studien, regelmäßig nur dann beachtet werden, wenn sie in erwünschter Weise ausfallen. Dies lässt sich im Einzelnen etwa in Zusammenhang mit den bekannt gewordenen Experimenten zu Arrest bei Notrufen wegen häuslicher Gewalt oder bezogen auf Gefängnis-konfrontationsprogramme für Jugendliche oder Erziehungscamps nachzeichnen. Die Sozialtherapie und das Heroinexperiment sind zwei Musterbeispiele für kriminalpolitische Resistenz. Sogar in der Kriminologie selbst wird die in der methodisch auf höchstem Niveau angelegten Studie zu Sozialtherapie gefundene Erkenntnis, dass Strafvollzug resozialisierungsförderlich ist, ignoriert. Dass das als Arzneimittelstudie angelegte Heroinexperiment einen kriminalpolitischen Kern hat, zeigte sich schnell, als sich das getestete Mittel dort bewährt hatte, gleichwohl aber keine unmittelbare Zulassung erfolgte, sondern die politischen Kämpfe begannen.

Die mangelnde Umsetzung der Ergebnisse ist aber nicht nur auf die hartnäckige Gegenwehr von PolitikerInnen zurückzuführen, sondern

auch auf Kompatibilitätsprobleme zwischen experimenteller Erkenntnis und rechtlchem Entscheidungsprogramm. So ergibt ein Experiment lediglich eine Wahrscheinlichkeitsaussage, die spätere Anwendung von Maßnahmen erfolgt aber auf einen Einzelfall bezogen. Das ist zwar mit Arzneimitteln nicht anders, sie werden aber freiwillig eingenommen, wohingegen strafrechtliche Sanktionen zwangsweise auferlegt werden und die erwünschten Wirkungen sich auch auf die Allgemeinheit beziehen. Auch schon auf der Ebene des Experiments gibt es Unterschiede zum Medikamententest, da keine Tests gegen Placebo und keine doppelblinde Verabreichung möglich sind. Der wesentlichste Unterschied zur Medizin dürfte aber darin liegen, dass der dort geltende Grundsatz »primum non nocere« keine Geltung hat, sondern strafrechtliche Sanktionen ganz offiziell als »staatliche Übelszufügung« bezeichnet werden.

Solange dies so ist, besteht zwar weiterhin dringender Bedarf an der Umsetzung kriminologischer Erkenntnis in der Politik, der erste Schritt dorthin kann aber nicht in weiteren Rechtseingriffen durch Experimente bestehen. Vielmehr gilt es zunächst, empirischer Erkenntnis mehr rechtliche Bedeutung zu verleihen und sich methodisch an gut durchdachte quasi-experimentelle Designs zu halten, die an ohnehin bestehenden Unterschieden im Rechtssystem anknüpfen können ohne in dessen Zuweisungsprogramm einzugreifen.

Christine Graebich

Universität Bremen, FB Rechtswissenschaft

Bremer Institut für Kriminalpolitik (BRiK),

Mail: graebich@uni-bremen.de,

www.brik.uni-bremen.de



PROJEKTE

Instrumentenbasierte Einschätzung des Sturzrisikos im Vergleich zur alleinigen pflegerischen Einschätzung:

Eine Cluster-randomisierte Studie

In den letzten Jahren wurden etliche Assessment-Instrumente zur Einschätzung des Sturzrisikos entwickelt (Perell et al., 2001; Scott et al., 2007; Haines et al., 2007). PflegeexpertInnen empfehlen regelmäßig ihren Einsatz. So sollen Pflegende sich nicht allein auf ihre klinische Expertise verlassen. Allein die Beschäftigung mit einem standardisierten Instrument würde zu einer Sensibilisierung für das Pflegeproblem führen (Heinze et al., 2004). Eine aktuelle Erhebung belegt, dass die Instrumente zunehmend benutzt werden, vor allem in Alten- und Pflegeheimen (Dassen et al., 2007). Die breite Anwendung steht aber im Widerspruch zur wissenschaftlichen Evidenz. Die klinische Wirksamkeit der Instrumente ist unbekannt, ihr Einfluss auf klinisch relevante Ergebnisse bislang nicht in randomisiert-kontrollierten Studien untersucht. Eine experimentelle Studie hingegen ist nach zeitgemäßen methodischen Standards der Evaluation diagnostischer Instrumente unabhängig (Gluud & Windeler, 2005; Windeler, 2000). Assessment-Instrumente haben offensichtliche Limitierungen. Sie sind nicht beliebig wiederholbar. Ganz im Gegensatz zur pflegerischen Einschätzung, die jederzeit flexibel und ohne zusätzliche Ressourcen vollzogen wird (Sackett et al., 1991). Ziel der hier berichteten Studie war es, die Wirksamkeit und die Konsequenzen eines standardisierten Assessment-Instrumentes im Vergleich zur pflegerischen Einschätzung zu untersuchen. Die Untersuchung wurde im Rahmen der ersten Förderphase des Pflegeforschungsverbundes Nord vom Bundesministerium für Bildung und Forschung finanziert.

Methoden

In die randomisiert-kontrollierte Studie mit 12-monatiger Beobachtungszeit wurden 58 Hamburger Alten- und Pflegeheime mit 1.125 BewohnerInnen eingeschlossen. Vor der Randomisierung der Heime erhielten alle Einrichtungen eine 90-minütige strukturierte Informationssitzung über den besten Stand des Wissens zu Sturzprophylaxe (DNPQ, 2006). Die Standardversorgung sollte somit optimiert und potentielle Zentrumsunterschiede minimiert werden. Mittels externer, zentraler Zuteilung erfolgte dann die Randomisierung der Einrichtungen entweder zur Anwendung eines Assessment-Instrumentes, der so genannten Down-

tonska (Interventionsgruppe, IG, n=29 Heime mit n=574 Bewohnern) oder zur Kontrollgruppe (KG, n=29 Heime mit n=551 Bewohnern) ohne ein standardisiertes Instrument. Die Einrichtungen in der IG schätzten für jeden teilnehmenden Bewohner bzw. jede teilnehmende Bewohnerin am Anfang eines jeden Monats die Sturzgefährdung mittels der Downtonskala ein. Die Skala enthält Items zu Sturz begünstigenden Medikamenten, Sturz in der Anamnese, Seh-, Hör- und Gangbeeinträchtigung und kognitiver Beeinträchtigung und reflektiert somit die üblicherweise in Instrumenten abgefragten Sturzrisikofaktoren. Der primäre Ergebnisparameter der Studie war der Anteil von TeilnehmerInnen mit mindestens einem Sturzereignis. Sekundäre Endpunkte waren Sturzereignisse, Maßnahmen zur Sturz- und Frakturprophylaxe sowie, als unerwünschte Wirkung, freiheitseinschränkende Maßnahmen. Weitere Ergebnisparameter waren sturzbedingte Verletzungen, Behandlung im Krankenhaus und ambulante ärztliche Versorgung sowie Kosten.

Ergebnisse

Die mittlere Beobachtungszeit betrug in beiden Studiengruppen 10,8 ± 2,9 Monate. In der IG schieden 105 TeilnehmerInnen (18%) vorzeitig aus der Studie aus, weil sie verstarben oder auszogen und in der KG 114 TeilnehmerInnen (21%). Zwischen den Studiengruppen wurde kein statistisch signifikanter Unterschied dokumentiert hinsichtlich der Anzahl der TeilnehmerInnen, die mindestens einmal gestürzt waren (IG: 53%; KG: 53%; mittlere Differenz -0,4%, 95% Konfidenzintervall -10,0 bis 9,3, p=0,94). Die Anzahl der Stürze in der IG betrug n=1.036 und in der KG n=1.027. Ebenfalls keine Unterschiede wurden dokumentiert in Bezug auf die Anzahl der sturzbedingten Verletzungen und der medizinischen Versorgung oder neu zur Anwendung kommender sturzpräventiver und freiheitseinschränkender Maßnahmen.

Schlussfolgerung

Diese große Cluster-randomisierte, kontrollierte Studie erbrachte keinen klinischen Unterschied zwischen der Benutzung eines Assessment-Instrumentes zur Einschätzung des Sturzrisikos und der alleinigen pflegerischen Einschätzung. Die Downtonskala kann als exemplarisch betrachtet werden.

Daher muss die Schlussfolgerung lauten, dass die Verwendung eines solchen Instrumentes in Alten- und Pflegeheimen aus wissenschaftlicher Sicht nicht zu rechtfertigen ist. Die Benutzung sollte vermieden werden, da keine klinische Konsequenz in Aussicht steht, sondern ausschließlich knappe Pflegeressourcen vergeudet werden.

(Literatur bei den VerfasserInnen)

Prof. Dr. Gabriele Meyer

Universität Bremen,

Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP),

Abteilung Interdisziplinäre Alters- und Pflegeforschung,

Mail: gabrielemeyer@uni-bremen.de,

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

Dr. Sascha Köpke

Universität Hamburg, MIN-Fakultät, Gesundheitswissen-

schaften, Mail: Sascha.Koepke@uni-hamburg.de,

www.chemie.uni-hamburg.de/igt/Gesundheit/Gesundheit.htm

Publikation

Wolfgang Voges (2007)

Soziologie des höheren Lebensalters

Ein Studienbuch zur Gerontologie



Das Studienbuch ist angelegt als eine Einführung in die Soziologie des Alters und des Alters, die vom Lebensverlauf und Alter als Abschnitt mit spezifischen Lebenslagen ausgeht. Von daher werden im ersten Teil Grundlagen und Zugangswege zum Alter als individuelle Lebensphase

und gesellschaftliche Kategorie im Wandel sowie theoretische Ansätze zur Erklärung von Sachverhalten des Alters vorgestellt. Im zweiten Teil werden die wesentlichen Dimensionen von Lebenslagen Äterer und Hochbetagter aufgezeigt. Dabei wird eingehend die soziale Lage Äterer in Bezug auf Einkommen, Gesundheit und Krankheit, Arbeit und Tätigsein, Wohnen sowie Familie und soziales Netzwerk betrachtet. Damit das Studienbuch auch gegebenenfalls als gerontologisches Nachschlagewerk genutzt werden kann, wurde ein Sachregister eingefügt. Ein Glossar erleichtert den Einstieg in die Fachterminologie. Hinweise für die eigene Literaturrecherche im Internet sowie weiterführende Fragen zum Textverständnis werden am Ende des Buches angeführt.

Augsburg: MaroVerlag, ISBN 978-3-87512-314-2

PROJEKTE

Entwicklung und Evaluation einer Patientenschulung bei tumorbedingter Fatigue

Die FIBS-Studie

Fatigue gilt als das Symptom der Krebserkrankung, welches die Lebensqualität und den Alltag am stärksten beeinträchtigt (Stone et al., 2000). Bezeichnet wird damit ein dauerhafter Zustand extremer Erschöpfung, der oftmals auch mit Antriebslosigkeit, Konzentrations- und Schlafstörungen einhergeht.

Häufig wird Fatigue jedoch weder von ÄrztInnen noch von den PatientInnen als eigenständiger Symptomkomplex erkannt: Ständige Müdigkeit und Antriebschwäche werden von PatientInnen als individuelle Probleme wahrgenommen, die es zu bewältigen gilt, den behandelnden ÄrztInnen wird nur selten davon berichtet. Im Gegenzug ist der Fokus der ÄrztInnen noch nicht ausreichend auf Fatigue gerichtet, so dass auf mögliche Zeichen hin nicht untersucht wird und die Fatigue unerkannt bleibt.

Aber selbst wenn sie als solche erkannt wird, gestaltet sich die Auswahl einer geeigneten Behandlung schwierig, denn umfassende Therapieansätze fehlen: Die Behandlung erschöpft sich oftmals in der Therapie einer (zusätzlich auftretenden) Anämie sowie in dem Verweis auf die positive Wirkung von Sport und körperlicher Aktivität. Die Anwendung von Psychopharmaka wurde in Studien geprüft, brachte jedoch keine zufriedenstellenden Ergebnisse. Diese Ansätze greifen zudem grundsätzlich zu kurz, da sie weder sämtliche Facetten der Fatigue – physisch, emotional und kognitiv – einbeziehen, noch die PatientInnen befähigen, der Fatigue in ihrem Alltag zu begegnen.

Im Rahmen des Pflegeforschungsverbundes Nord fördert das BMBF daher ein dreijähriges Projekt, das die Entwicklung eines evidenzbasierten Behandlungsangebots zur Reduktion tumorbedingter Fatigue zum Ziel hat. Dazu ist seit Mai 2007 ein Patientenschulungsprogramm erarbeitet worden, das nun in einer randomisierten Studie mit 300 PatientInnen aus der ambulanten Nachsorge in Bremen und Umgebung geprüft wird.

FIBS (Fatigue individuell bewältigen – ein Selbstmanagementprogramm) basiert auf den Grundlagen der Selbstmanagement-Therapie nach Kanfer (2006). Die Themen der einzelnen Schulungseinheiten wurden entsprechend der Evidenz aus der Literatur ausgewählt: Dazu gehören Wissen um Ursachen und mögliche Behandlungsansätze der Fatigue sowie regelmäßiger moderater Ausdauersport (Mustian et al., 2007). Die Neustrukturierung und Planung des Tagesablaufs mittels der zur Verfügung stehenden Energiemenge hat ebenso

großen Stellenwert wie das Genusstraining (Newell et al., 2002). Daraus ergaben sich sechs Module à 90 Minuten, die wöchentlich in kleinen Gruppen erarbeitet werden sollen. So besteht noch während des Programms die Gelegenheit, das Erlernete im Alltag zu erproben und zu verfestigen. Eine Gruppengröße von max. 8 Personen hat sich für Patientenschulungen als sinnvoll erwiesen, um den Erfahrungsaustausch und auch Unterstützungsprozesse zwischen den TeilnehmerInnen zu fördern.

Um einerseits die Inhalte des Curriculums zu validieren und andererseits eine Basis für die Rekrutierung der PatientInnen zu schaffen, ist eine Expertengruppe, bestehend aus Onkologinnen, Psychologinnen, Pflegekräften, SozialarbeiterInnen und PatientInnen sowie Pflege- und GesundheitswissenschaftlerInnen, gegründet worden. In zwei Workshops wurden das Studienvorhaben sowie die Themen der Schulung vorgestellt und intensiv diskutiert. Als zusätzlicher Bestandteil von FIBS wurde ein begleitendes wöchentliches Sportangebot vorgeschlagen, um die angestrebte Förderung körperlicher Aktivität stärker zu unterstützen. Hier ist eine Kooperation mit dem Landessportbund Bremen geplant, da dies im Rahmen der Studie nicht abgedeckt werden kann.

Nachdem das Curriculum entsprechend der Anmerkungen der ExpertInnen überarbeitet und innerhalb des Teams getestet worden ist, können nun die TutorInnen geschult werden. Dafür konnten StudentInnen der Pflege und Psychologie gewonnen werden, die sowohl über Erfahrung im Umgang mit onkologischen PatientInnen als auch in der Anleitung von Gruppen verfügen. Der Beginn der Felderprobung ist für Anfang März geplant. Die Ergebnisse werden voraussichtlich 2010 vorliegen.

(Literatur bei der VerfasserInnen sowie online im Internet unter www.public-health.uni-bremen.de)

Nina Stuhlrehrer, Karl Reif, Dr. Ulrike de Vries,
Prof. Dr. Franc Petermann, Prof. Dr. Stefan Görres

Kontakt: Karl Reif
Universität Bremen,
Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP),
Abteilung Interdisziplinäre Alters- und Pflegeforschung,
Mail: reif@uni-bremen.de,
www.public-health.uni-bremen.de,
www.iap.uni-bremen.de

PUBLIKATION

Bettina Schmidt & Petra Kolip (Hrsg.) (2007)

Gesundheitsförderung im aktivierenden Sozialstaat

Präventionskonzepte zwischen Public Health, Eigenverantwortung und Sozialer Arbeit

Im Fokus der Buchbeiträge stehen die Veränderungen, Probleme und Chancen, die sich aus der Neuverteilung der Zuständigkeiten im Bereich Gesundheitsförderung zwischen Staat, Markt und Bürger ergeben. Die AutorInnen beleuchten das Spannungsfeld zwischen Eigenverantwortung und Empowerment, zwischen »Fördern und Fordern« und die daraus resultierenden Anforderungen an Gesundheitswissenschaft und Soziale Arbeit. Grundlegende Theorien und Konzepte der Gesundheitsförderung werden erläutert und im aktuellen politischen Kontext besprochen. Strategien für die Umsetzung in die Praxis werden vorgestellt und die Potenziale der Verschränkung von Gesundheitswissenschaft und Sozialer Arbeit eröffnet.



Weinheim und München:
Juventa, ISBN 978-3-7799-1567-6

Das Präventionsprogramm »Obeldicks light« für übergewichtige Kinder und Jugendliche

Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen stellt ein gesundheitliches Risiko dar, welches vermehrt auch in den Fokus der Public Health-Forschung rückt. Während eine Vielzahl an Studien die gesundheitlichen Risiken von Übergewicht und Adipositas auch bereits in jungen Jahren belegt, besteht ein deutlicher Mangel an wissenschaftlich begründeten Interventionen zur Prävention und Behandlung von kindlichem Übergewicht. Dabei fehlen insbesondere Programme für mäßig übergewichtige Kinder und Jugendliche.

Diese Lücke versucht das Präventionsprogramm »Obeldicks light« zu schließen, welches vom IPP (Projektleitung: Prof. Dr. Petra Kolip) in Zusammenarbeit mit der Vestischen Kinder- und Jugendklinik in Datteln (Projektleitung: PD Dr. Thomas Reinehr) durchgeführt und evaluiert wird (zum Design der Studie siehe IPP-Info Nr. 4). Das Programm wurde unter Berücksichtigung der Behandlungsrichtlinien für kindliches Übergewicht sowie bisheriger Erfahrungen mit multidisziplinären Interventionen in diesem Bereich entwickelt. Es richtet sich speziell an übergewichtige – aber nicht adipöse – Kinder und Jugendliche (90.-97. BMI-Perzentile). Die Studie läuft über drei Jahre und wird durch das BMBF gefördert, die Kosten für die Intervention in der Studienregion (Kreis Recklinghausen) werden von den gesetzlichen Krankenkassen getragen.

Die sechsmonatige Intervention umfasst die Bestandteile Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie und bezieht auch die Eltern mit ein. Sie wird durch ein Team aus DiätassistentInnen/ÖkotrophologInnen, MotopädInnen, PsychologInnen und KinderärztInnen durchgeführt. Ab einem Alter von 12 Jahren finden die Kurse in geschlechtshomogenen Gruppen statt, um auf die unterschiedlichen Bedürfnisse von Mädchen und Jungen inhaltlich eingehen zu können.

An eine dreimonatige Intensivphase schließt sich eine ebenso lange Etablierungsphase an, in der angestoßene Veränderungen stabilisiert werden sollen. Einen Überblick über das Interventionskonzept gibt die untenstehende Abbildung.

Grundlage der Ernährungstherapie bildet die »optimierte Mischkost«, welche sich auch als Ernährung für die gesamte Familie eignet. Es gibt dabei keine grundsätzlich verbotenen Lebensmittel und keine strikten Diätpläne. Die Kinder und ihre Eltern lernen, Lebensmittel nach einem Ampelsystem (grün für »reichlich«, gelb für »mäßige« und rot für »sparsam«) entsprechend den aktuellen Ernährungsempfehlungen auszuwählen. In Gruppen werden geeignete Gerichte in altersgerechter Form gemeinsam zubereitet.

Die wöchentliche Bewegungstherapie folgt dem

Programm der Psychomotorik. Dabei geht es nicht vorrangig darum, den Energieumsatz durch sportliche Betätigung zu erhöhen. Vielmehr werden die Kinder angehalten, durch eigenes Experimentieren in Bewegungsspielen und Körpererfahrung Spaß an der Bewegung (wieder) zu finden. Ziele sind neben der Bewegungsförderung die Stärkung des Selbstvertrauens und die Persönlichkeitsentwicklung durch einen ressourcenorientierten Ansatz. Auf verhaltenstherapeutischen Prinzipien wie z.B. Selbstbeobachtung, Modellernen und Belohnungslernen beruhen die Essverhaltensstunden. Die Kinder lernen u.a. Hunger von Appetit zu unterscheiden sowie alternative Problemlösestrategien bei Stress oder Langeweile einzusetzen. Die Inhalte dieser einzelnen Komponenten variieren dabei in den Mädchen- und Jungenkursen.

Gleichzeitig erfahren die Eltern in Gruppenveranstaltungen, wie sie ihre Kinder durch ihr eigenes Verhalten beeinflussen und bei einem gesunden Ernährungs- und Bewegungsverhalten unterstützen können. In psychologischen Familiengesprächen, die verhaltenstherapeutische und systemische Ansätze verbinden, können individuelle Probleme und Fortschritte der Familien besprochen werden.

Zurzeit durchlaufen die ersten Kinder und Jugendlichen noch bis zum Frühjahr die Schulung, während parallel TeilnehmerInnen für weitere Kurse rekrutiert werden. Ein Teil der Kinder beginnt die Schulung jeweils mit zeitlicher Verzögerung (Wartekontrollgruppe). In dieser Gruppe werden in dem Wartezeitraum ebenfalls Gewichtsveränderungen zu Vergleichszwecken mit der Interventionsgruppe erfasst. Die Beobachtung der ersten Wartekontrollgruppe, die 4-6 Monate nach der Anmeldung mit der Schulung begann, zeigte eine deutliche Gewichtszunahme in diesem Zeitraum, was den Interventionsbedarf bei der Zielgruppe noch unterstreicht. Erste Hinweise zum Erfolg des Programms werden sich aus dem Vergleich verschiedener Erfolgsparameter vor und nach der Schulung bei den jetzt teilnehmenden Mädchen und Jungen ergeben. Der bisherige Ablauf des Programms wurde von den KursleiterInnen überwiegend positiv beurteilt.

Emily Finne

Universität Bremen,

Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP).

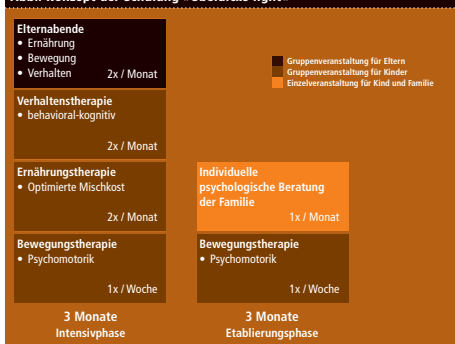
Abteilung Prävention und Gesundheitsförderung,

Mail: efinne@uni-bremen.de,

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

www.praevention.uni-bremen.de

Abb.: Konzept der Schulung »Obeldicks light«



ebm@school

Ein Curriculum zum Erwerb von critical health literacy

International wird die Verbesserung der *health literacy* (Gesundheitsbildung) als Herausforderung für das 21. Jahrhundert diskutiert (Nutbeam, 2000). Die National Academies in den USA fordern die Einbeziehung von *health literacy* in die Curricula der Schulen und Kindergärten (National Academies, 2005). Bisherige Projekte, die im Rahmen der WHO Kampagne *health promoting schools* europaweit in Schulen eingeführt wurden, bleiben in ihrem Ansatz paternalistisch ausgerichtet (ENHPS, 2004; Lynagh, 2002). Auch bisherige Präventionsprogramme knüpfen an das paternalistische Konzept an und zielen ausschließlich auf Erhöhung der Compliance ab. Kritiker fordern, keine weiteren Initiativen zur Gesundheitsförderung zu unterstützen, wenn aus der Forschung keine Evidenz für die Wirksamkeit der Maßnahmen vorliegt (Lynagh, 2002).

Illiteralität verhindert informierte Entscheidungen

PatientInnen und VerbraucherInnen übernehmen zunehmend Verantwortung bei diagnostischen und therapeutischen Entscheidungen. Die dafür erforderlichen Kompetenzen fehlen oft. So kann die kommerzielle Vermarktung von »fundenen« Krankheiten (*disease mongering*) Ängste schüren und die Verunsicherung der Bevölkerung ausnutzen, da die Menschen auf eine kritische Auseinandersetzung und Bewertung diagnostischer und therapeutischer Verfahren nicht vorbereitet sind (VdAK, 2004; Moynihan, 2002). Eine Kompetenzsteigerung bei VerbraucherInnen und PatientInnen, die auf Autonomie und informierte Entscheidung abzielt, sollte möglichst früh ein kritisches Verständnis von Wissenschaft und im Besonderen von Gesundheitswissenschaft und Medizin fördern. Bereits für Jugendliche sind Gesundheitsthemen von hoher Relevanz. Sie nutzen Beratungsstellen, nehmen selbständig Arztbesuche wahr und werden zudem gezielt mit Werbekampagnen adressiert. Es fehlt die Kompetenz, in diesen Situationen informierte Entscheidungen in gesundheitsrelevanten Fragen zu treffen.

Das Modell health literacy

Health literacy umfasst drei Ebenen: *functional health literacy*: Lese- und Schreibkompetenz; *interactive health literacy*: grundlegende kognitive und soziale Kompetenzen und *critical health literacy*: fortgeschrittene kognitive und soziale

Kompetenzen (Nutbeam, 2000).

Die WHO bezieht sich in ihrer Definition, die auch den Initiativen der *healthy schools* zugrunde liegt, auf die beiden letztgenannten Ebenen (ENHPS, 2004).

Für den Erwerb der benötigten Kompetenzen, informierte Entscheidungen zu treffen, wurde für das hier vorgestellte Projekt der Begriff der *critical health literacy* verwandt, der als kritische Gesundheitsbildung übersetzt wird. Im Projekt erfolgt erstmals die Verknüpfung mit dem Ansatz der evidenzbasierten Medizin bzw. Gesundheitsversorgung. Damit wird ein Paradigmenwechsel eingeleitet. Das von uns benutzte Konzept des Empowerments geht somit weit über das hinaus, was in der WHO-Kampagne umgesetzt wurde.

Pilotkurse ebm@school – erste Ergebnisse

Das Projekt *ebm@school* ist international ohne Vorbild und adressiert erstmalig Schülerinnen und Schüler allgemeinbildender Schulen. Das Ziel des Curriculums ist die Kompetenzsteigerung der *critical health literacy*. Diese Kompetenz ermöglicht den Schülerinnen und Schülern nahezu jede Fragestellung selbstständig zu bearbeiten. Die Kompetenzen werden anhand von relevanten Fallbeispielen erworben, die exemplarischen Charakter haben.

Das Curriculum *ebm@school* besteht aus 6 Modulen, die insgesamt 22 Unterrichtsstunden umfassen. Die Module beinhalten die Themen: Trugschlüsse und Fehleinschätzungen in der Medizin; verwirren-

de Informationsdarstellungen; Beobachtungsstudie versus randomisiert-kontrollierte Studie am Beispiel der Vitaminsubstitution; diagnostische Tests: Testgütekriterien am Beispiel des Depressionsscreenings von Jugendlichen; systematische Übersichtsarbeit zur Diagnostik von Kreuzbandrupturen; Inter- und Datenbankrecherche und Bewertung von Patienteninformationen.

Ergänzt wird das Curriculum um 10-12 Stunden Projektarbeit, welche den Schülern ermöglicht, parallel zum Unterricht an selbst gewählten Gesundheitsfragestellungen zu arbeiten, das Erlernte zu wiederholen und zu vertiefen (Steckelberg, 2008). Die Pilotierung des Curriculums in zwei 11. Klassen hat gezeigt, dass das Curriculum umsetzbar ist. Eine erste quantitative Erhebung mit 37 Teilnehmern zeigt eine statistisch signifikante und bedeutsame Verbesserung der *critical health literacy* von trainierten im Vergleich zu untrainierten Schülerinnen und Schülern (Steckelberg, 2008). Eine randomisiert-kontrollierte Studie ist erforderlich, um diese Ergebnisse zu bestätigen. Aus ethischer Sicht sollte das Recht auf Bildung auch das Recht auf kritische Gesundheitsbildung umfassen, um Verbraucher zu befähigen, eine echte partizipative Rolle im Gesundheitssystem einnehmen zu können.

(Literatur bei der Verfasserin sowie online im Internet unter www.public-health.uni-bremen.de)

Dr. Anke Steckelberg

Universität Hamburg, MIN-Fakultät, Gesundheitswissenschaften, Mail: asteckelberg@uni-hamburg.de, www.chemie.uni-hamburg.de/igt/w/Gesundheit/gesundheit.htm

Evaluation eines Schulungsprogramms als Entscheidungshilfe zur Schubtherapie der Multiplen Sklerose (MS)

Die Multiple Sklerose (MS) ist eine chronische Erkrankung, die in der Regel im jüngeren Erwachsenenalter beginnt. Im Gegensatz zum häufigen Klischee von jungen, stark eingeschränkten Rollstuhlfahrern sind Symptome und Verlauf der MS sehr variabel und schwer vorhersagbar. Etwa ein/ von vier Betroffenen hat einen »gutartigen« Verlauf. Die MS wird bei der Mehrzahl der Betroffenen in der ersten Phase der Erkrankung durch akute Krankheitsschübe bestimmt. Die Art und Ausprä-

gung der Schübe kann sehr unterschiedlich sein, von Sensibilitätsstörungen bis hin zu massiven Beeinträchtigungen. Die Symptome bilden sich in der Regel innerhalb weniger Tage bis Wochen wieder zurück, zum Teil gibt es auch längere oder nur unvollständige Rückbildungen. Das Auftreten von Schüben ist für Betroffene mit einer Reihe von Ängsten und Ungewissheiten verbunden. Schübe werden von vielen Betroffenen als Indikator für den weiteren Verlauf gedeutet. Vor allem die Anzahl der

Schübe und die Dauer und Vollständigkeit der Rückbildung werden mit einer schlechteren Prognose assoziiert. Demgegenüber zeigen Prognosestudien, dass allenfalls die Anzahl und Rückbildung von Schüben zu Beginn der MS schwache Indikatoren für einen schwereren Verlauf sein können.

Die hochdosiert-intravenöse Gabe von Glukokortikoiden (»Kortisone«) gilt als Standardtherapie zur Behandlung akuter MS-Schübe. Nationale Behandlungsleitlinien, Betroffenenorganisationen und behandelnde ÄrztInnen empfehlen dringend eine möglichst schnelle hochdosierte intravenöse Therapie mit Methylprednisolon über 3 bis 5 Tage. Diese Empfehlungen stehen im Gegensatz zur schwachen und uneindeutigen Beweislage bezüglich des Nutzens der intravenösen Gabe von Kortison und der Kortisontherapie bei akuten MS Schüben überhaupt. Betroffene fühlen sich häufig gedrängt, sofort eine Therapie mit Kortison durchzuführen. Diese Situation ist ein klassisches Anwendungsfeld für das Informed (Shared) Decision Making. Den Betroffenen wird durch das Angebot objektiver, evidenzbasierter Patienteninformation (EBPI) die Möglichkeit zur informierten Entscheidung für oder gegen eine (intravenöse) Kortisongabe eröffnet.

Auf Basis verschiedener Vorarbeiten haben wir eine komplexe Entscheidungshilfe für PatientInnen zum MS-Schubmanagement entwickelt und in einer randomisiert-kontrollierten Studie (RCT) überprüft. Die Entscheidungshilfe besteht aus einer 40-seitigen Schulungsbroschüre (www.ms-netz-hamburg.de/Download.412.0.html) und einem 4-stündigen Schulungsprogramm für Betroffene und deren Angehörige. Zwei Personen, eine speziell geschulte Krankenschwester sowie eine Betroffene, leiten gemeinsam die Schulung. Wichtige Ziele der Schulung sind die Vermittlung und Diskussion der Evidenz zur Bedeutung von Schüben, zum Schubmanagement und der damit verbundenen Ungewissheiten. In Kleingruppen beschäftigen sich die TeilnehmerInnen z.B. anhand von Therapieemp-

PUBLIKATION

Karl Reif (2007)

Entwicklungsprozesse in der Krankenhausorganisation

Empirische Befunde im Rahmen einer Fallstudie

Krankenhäuser befinden sich unter zunehmenden Wettbewerbsbedingungen, indem sie sich zu lernenden Organisationen entwickeln. An eine Einführung in die Theoriegeschichte zum Organisationslernen anschließend, untersucht Karl Reif in einer qualitativen Fallstudie, welche Handlungsstrategien sowohl Führungskräfte als auch MitarbeiterInnen eines Krankenhauses bei organisatorischen Veränderungen verfolgen, von welchen Einstellungen sie geleitet werden, und welche Erfahrungen sie dabei machen. Die Ergebnisse werden vor dem Hintergrund der Theorie des Organisationslernens bewertet und ihre Bedeutung für Bildungsprozesse reflektiert.

Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller,
ISBN 978-3-8364-1317-6



fehlungen mit der Evidenz. Eigene Erfahrungen und Entscheidungswege können in Gruppengesprächen und anhand von Entscheidungsalgorithmen reflektiert werden. Als zusätzliche Handlungsoption können die TeilnehmerInnen nach der Schulung ein Rezept für Kortisonabletten erhalten zur eigenständigen Durchführung einer Kortisontherapie. Die Überprüfung der Wirksamkeit erfolgte in einem RCT mit 150 Teilnehmern in 3 Zentren (zwei Krankenhausambulanzen und eine Schwerpunktpraxis). Als primärer Ergebnisparameter wurde der Anteil von Schüben mit oraler oder ohne Kortisontherapie innerhalb von 2 Jahren gewählt. Dieser Endpunkt ist angesichts starker Empfehlungen für eine Kortisontherapie ein »harter« Indikator für die Entscheidungsautonomie der TeilnehmerInnen. Weitere Endpunkte waren u.a. Autonomiepräferenzen, Lebensqualität, Beeinträchtigung, Wissenszuwachs und Kosten.

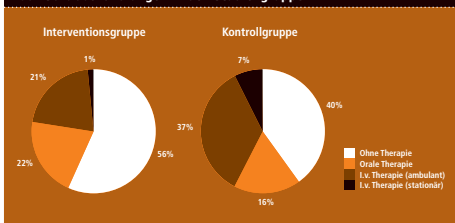
Die Ergebnisse zeigen, dass die Entschei-

dungshilfe zu einer deutlichen Änderung der Therapiegewohnheiten hin zu einem autonomeren Schubmanagement durch die PatientInnen führt. In der Kontrollgruppe wurden 56% der Schübe nicht bzw. oral behandelt, in der Interventionsgruppe hingegen 78% ($p < 0,001$) (siehe Abb.). Darüber hinaus führte die Schulung zu einer Erhöhung des Risikowissens sowie zu einer verstärkten Bereitschaft zur autonomen Entscheidung. Es zeigt sich ein Trend zu einer höheren Lebensqualität sowie einem geringeren Grad der Beeinträchtigung in der Interventionsgruppe.

In einer anschließenden Implementierungsstudie konnte gezeigt werden, dass das Programm in die reale Versorgung übertragbar ist. Hierfür wurde ein Train-the-Trainer-Programm entwickelt, das auf Anfrage beim Verfasser erhältlich ist.

Die Entscheidungshilfe ist Teil eines geplanten modularisierten EBPI-Programms zu allen Aspekten der MS. Neben der Bearbeitung einer Entscheidungshilfe zu Immuntherapien, arbeiten wir zurzeit an der Erstellung von Modulen zu Diagnose, Prognose und Frühtherapie der MS sowie zum Management von MS-Symptomen wie Schmerz, Spastik und Blasenstörungen.

Abb.: Schubbehandlungen in den Studiengruppen



Dr. Sascha Köpke

Universität Hamburg, MIIN-Fakultät,
Gesundheitswissenschaften,

Mail: Sascha.Koepke@uni-hamburg.de,

www.chemie.uni-hamburg.de/igtw/Gesundheit/gesundheits.htm

Routinedaten als Basis für eine evidenzbasierte Versorgung:

Die logopädische Versorgung von Kindern in der GKV

Zur Bewertung der Versorgungsqualität im Gesundheitswesen werden unter anderem Routinedaten benötigt, die den Versorgungsalltag widerspiegeln. Der GEK-Heil- und Hilfsmittel-Report, ein jährlich erscheinender Datenreport, will mit seinen Analysen aus zwei verschiedenen Versorgungssegmenten eine derartige Datenbasis liefern und zu mehr Transparenz im Versorgungsgeschehen beitragen. Am Beispiel der Auswertungen von Logopädieverordnungen soll die Versorgungssituation von Kindern mit Sprachauffälligkeiten aufgezeigt werden. Die Logopädie ist neben der sprachlichen Frühförderung und der heilpädagogischen Sprachförderung eine Maßnahme, die bei Entwicklungsstörungen der Sprache indiziert ist. In Deutschland liegen von verschiedenen Fachgesellschaften Leitlinien zu Entwicklungsstörungen der Sprache vor, die sich in der Diagnostik und Behandlung von Sprachstörungen unterscheiden, vor allem in der Frage, in welchem Alter eine kindliche Sprachstörung behandelt werden sollte.

Fragestellung und Datenbasis

Im Zusammenhang mit der aktuellen Diskussion über die gestörte Sprachentwicklung von Kindern in Deutschland wurde auf Basis von Abrechnungsdaten der Gmünder Ersatzkasse (GEK) analysiert, wie viele Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr tatsächlich logopädisch behandelt werden. Die sprachtherapeutische Behandlungsprävalenz wurde über Logopädieverordnungen definiert, die in den ersten zwei Quartalen der Jahre 2005 bzw. 2006 ausgestellt wurden. Dabei war das ärztliche Verordnungsdatum des Heilmittels ausschlaggebend. Es wurden alle Kinder in die Auswertung einbezogen, die ganzjährig in der GEK versichert waren ($n = 318.773$ für das Jahr 2006, $n = 283.459$ für das Jahr 2005).

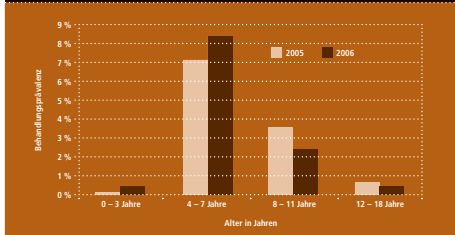
Wie viele Kinder und Jugendliche haben eine Sprachtherapie erhalten?

Im Jahr 2006 wurden insgesamt 2,6% der Kinder und Jugendlichen bis 18 Jahren mindestens einmal logopädisch behandelt, wobei sich die Behandlungsprävalenz je nach Altersgruppe deutlich unterscheidet (siehe Abb.). Besonderes Augenmerk gilt den vier- bis siebenjährigen Kindern: Mit 8,4% ist die logopädische Behandlung von Kindern dieser Altersgruppe am höchsten. Trotz der Steigerung der Behandlungsprävalenz für vier- bis siebenjährige Kinder um absolut 1,3% und relativ 18% im Zeitraum 2005 bis 2006 liegt die Behandlungshäufigkeit nicht über der in der Literatur dokumentierten Prävalenz von acht bis zehn Prozent.

die Logopädieversorgung zu spät einzusetzen. Eine gemeinsame Leitlinie der Fachgesellschaften erscheint an dieser Stelle unabdinglich. Ein Konsens darüber, ab welchem Alter bei welcher Diagnose eine logopädische Behandlung indiziert ist, ist vonnöten. Des Weiteren ist die logopädische Versorgung der älteren Kinder (acht Jahre und älter) über das Gesundheitssystem diskussionswürdig, da davon auszugehen ist, dass es sich um eine manifeste Sprachstörung handelt, deren Behandlung mit logopädischen Einzelmaßnahmen wenig zielführend ist. Vielmehr erscheint hier eine pädagogische Maßnahme innerhalb des Bildungssystems angebrachter.

Der durch die öffentliche Diskussion entstandene Eindruck, dass Kinder eine erhöhte Behandlungsbedürftigkeit in der Sprachentwicklung aufweisen, spiegelt sich nur bedingt in den Daten wider. Die beobachtete Steigerung der Logopädieverordnungen im Auswertungszeitraum kann lediglich eine Tendenz andeuten, für eine gesicherte Aussage müssten die Verordnungen über einen längeren Zeitraum ausgewertet werden. Zudem spiegeln die

Abb.: Anteil der GEK-versicherten Kinder und Jugendlichen mit mindestens einer Logopädieverordnung in den Jahren 2005 bzw. 2006, differenziert nach Altersgruppen in Prozent



Welche Konsequenzen sind aus der Analyse der Verordnungsdaten abzuleiten?

Trotz der bereits an anderer Stelle dokumentierten methodischen Einschränkungen bezüglich der Versichertenstruktur der GEK kann auf Basis dieser Daten der Frage nachgegangen werden, ob eine evidenzbasierte Versorgung im Bereich der Sprachauffälligkeiten bei Kindern gegeben ist. Die Logopädieversorgung, die bei therapiebedürftigen Sprachauffälligkeiten angezeigt ist, konzentriert sich auf die Altersgruppe der vier- bis siebenjährigen Kinder, jüngere Kinder erhalten diese nur zu einem sehr geringen Anteil. Da Störungen der Sprachentwicklung schon vor dem dritten Lebensjahr identifizierbar sind, scheint

Verordnungen zur Logopädie lediglich die Behandlungsprävalenz wider. Aussagen über Diagnosen, die die Logopädieverordnungen bedingen, können auf Basis der zur Verfügung stehenden Abrechnungsdaten nicht gemacht werden.

Bernhilde Deitermann
 Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik (ZES),
 Abteilung Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik
 und Versorgungsforschung.
 Mail: deitermann@zes.uni-bremen.de,
 www.zes.uni-bremen.de



Synchronisation webbasierter und »face to face« vermittelter Laieninformation im Setting Selbsthilfe

In der Vergangenheit erfolgte die Patienteninformation paternalistisch, d.h. direktiv von Seiten der Gesundheitsprofessionen zu den PatientInnen. Aktuelle Studien zufolge nimmt das Bedürfnis nutznerInnen nach mehr Information (Dierks, 2006) und gleichzeitiger Entscheidungskompetenz zu: So favorisierten mehr als die Hälfte der Befragten im Gesundheitsmonitor der Bertelsmann Stiftung (2006) »Shared Decision Making«.

Bereits 2001/2002 benannte der »Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen« Partizipation und Kompetenz als Schlüsselqualifikationen der NutzerInnen als »dritte Kraft« im Gesundheitswesen. Die WHO definierte 1998 (Nutbeam, 1998) »Empowerment im Gesundheitswesen« als die Fähigkeit, Entscheidungen zu treffen, die im Einklang mit den eigenen Zielen stehen. So schuf das BMG seit 2004 mit Unterstützung der Selbstverwaltungorgane politisch-rechtliche Rahmenbedingungen für mehr Patientenorientierung und -beteiligung. Zur Stärkung der Patientenautonomie ist neben der Gesundheitskompetenz durch vermehrte Sachinformationen auch die emotionale Unterstützung (Feldman-Stewart, 2007) und Entlastung von PatientInnen erforderlich.

Das hier beschriebene Projekt »Stärkung der Gesundheitskompetenz mittels Laieninformation im spezifischen Setting Selbsthilfe« zielt auf die Stärkung der Gesundheitskompetenz und Autonomie von PatientInnen und ihren Angehörigen. Diese erfolgt durch Vermittlung indikationspezifischer Informationen sowie durch emotionale und psychosoziale Unterstützung bei der Bewältigung der Erkrankung. Das Projekt wird exemplarisch innerhalb der Selbsthilfeorganisation – Schädel-Hirnpatienten in Not e.V., Deutsche Wachkoma Gesellschaft – durchgeführt. Es ist angesiedelt in der Gesundheitsabteilung des Zentrums für Sozialpolitik und wird gefördert durch die Selbsthilf-Fördergemeinschaft der Ersatzkassen.

Die Erstellung der Gesundheitsinformationen erfolgt unter besonderer Beachtung neutraler und unabhängiger Quellen. Die Informationen sind möglichst laienverständlich verfasst und nach Evidenzkriterien ausgewählt. Themen der bereit gestellten Patienteninformationen werden über

NutzerInnen und professionelle ExpertInnen generiert, über Foren werden die Inhalte ergänzt. Die gesundheitsbezogene Entscheidungskompetenz wird durch spezifische Zielgruppenorientiertheit gefördert; die Zugangswege sind vielfältig und der jeweiligen Nutzerkompetenz angepasst (z.B. über die Nutzung der Webseiten oder den Besuch wohnortnaher Seminare) und werden multimedial durch die Kombination visueller Elemente, Text und Ton umgesetzt. Bei der technischen Ausgestaltung der Barrierefreiheit auf den Webseiten wird den krankheitsspezifischen Einschränkungen der NutzerInnen Rechnung getragen. Die Zielsetzungen und Wertvorstellungen der Betroffenen und ihre Erfahrungen mit Institutionen der Gesundheitsversorgung (ÄrztInnen, Pflegediensten, Therapieeinrichtungen)

und Therapieformen (medikamentös, alternativ) sollen dabei kontinuierlich im Sinne einer Feedback-Kultur in die Patienteninformationserstellung einfließen. Entsprechend wird sich die ergänzende Auswahl der Fachthemen aus Diskussionsrunden Betroffener in Internet-Foren und im Anschluss an die Seminare speisen.

Eine geplante Begleitevaluation des Projekts beachtet den Nutzen von Laieninformation auf die Stärkung emotionaler und psychosozialer Ressourcen im spezifischen Selbsthilfe-Setting zu untersuchen.

(Literatur bei den VerfasserInnen)

Dr. Kirsten Schubert, Dr. Peter Boy
Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik (ZeS),
Abteilung Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik
und Versorgungsforschung,
Mail: kschubert@zes.uni-bremen.de, pb@zes.uni-bremen.de,
www.zes.uni-bremen.de

PUBLIKATIONEN

Daniel Lüdecke (2007)

Häusliche Pflegearrangements

Eine qualitative Studie protektiver und destabilisierender Methoden

Die Situation pflegender Angehöriger ist wegen Veränderungen in den sozialen Milieus und pflegeskulturellen Orientierungen von besonderem Interesse für die Forschung. Probleme in der häuslichen Pflege sind komplexe, interdependente Sachverhalte, deren Ursachen mit standardisierten Untersuchungsmethoden kaum ergründet werden können. Um den Interventionsbedarf adäquat zu erfassen und darzustellen, wurden in dieser Arbeit qualitative Methoden zur Analyse von Pflege settings eingesetzt.

Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller,
ISBN 978-3-8364-1792-1



Manuela Schoska (2007)

Verantwortung in der Pflege

Eine Betrachtung von Verantwortlichkeit am Beispiel Pflegenden im Nationalsozialismus

Verantwortlichkeit in der Pflege stellt den zentralen Gegenstand der Veroffentlichung dar. Basierend auf einer tief greifenden Bearbeitung des Begriffes »Verantwortungs«, analysiert die Autorin, am Beispiel Pflegenden in der NS-Zeit, Aspekte der Verantwortungsübernahmen und leitet daraus Handlungsempfehlungen für die gegenwärtige Pflege ab. Dabei liefert sie gleichzeitig Denkanstöße, das eigene Handeln unter den beruflichen Rahmenbedingungen zu reflektieren. Abschließend stellt sie eine Idee für die Vermittlung der Thematik in der Pflegeausbildung vor.

Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller,
ISBN 978-3-8364-5646-3



QUALIFIKATIONSARBEITEN

Bachelorreport im Studiengang BA Public Health/ Gesundheitswissenschaften Universität Bremen

Missbrauchsförderung im Bereich der Analgetika-Selbstmedikation – Eine Pseudo Customer-Studie in Bremer Apotheken

»Zu Risiken und Nebenwirkungen fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker«, diesen Satz kennt jeder und er gehört, wenn im Fernsehen für Kopfschmerzmittel – dem »Helfer gegen Alltagsschmerzen« – geworben wird, immer dazu. Und dies aus gutem Grund, denn auch freiverkäufliche Analgetika besitzen zum Teil ein hohes Missbrauchspotential und sind bei falschem Gebrauch oft Auslöser von schwerwiegenden Folgeerkrankungen.



Doch wie gut beraten ApothekerInnen als ArzneimittelexpertInnen ihre KundInnen wirklich? Geben sie den Laien die nötigen Informationen für einen verantwortungsvollen Umgang mit dem Arzneimittel mit auf den Weg? Bemühen sie sich ein Medikament zu finden, was wirklich zum Kunden passt? Mit dieser Fragestellung hat sich die vorliegende Arbeit beschäftigt. Beispielshaft für die in der Apotheke freiverkäuflichen (»over the counter«) Medikamente wurden Schmerzmittel mit besonderem Missbrauchspotential aus der Selbstmedikation ausgewählt.

Im Jahr 2004 wurden 152 Millionen Packungen Analgetika in deutschen Apotheken verkauft, davon waren 81% nicht rezeptpflichtig. Auf der Liste der meistverkauften Arzneimittel befindet sich ein Kombinationspräparat, welches als bedenklich einzustufen ist, da es neben den Wirkstoffen Acetylsalicylsäure (ASS) und Paracetamol ebenfalls Koffein beinhaltet. Kombinationspräparate mit Koffein sind oft Verursacher des so genannten Analgetikakopfschmerzes. Schnell kann ein Teu-

felskreis entstehen: Analgetika werden aufgrund von Kopfschmerzen eingenommen, das Koffein belebt und macht wach. Der Körper gewöhnt sich bei regelmäßiger Einnahme an das Medikament, beim Absetzen treten Entzugskopfschmerzen auf. Der so genannte Rebound-Effekt verursacht bis zu drei Wochen weitere Kopfschmerzen, gegen die meist wieder ein Arzneimittel eingenommen wird. Missbräuchliches Verhalten kann die Folge sein und nicht nur Magenschmerzen und -geschwüre verursachen, sondern auch Leber und Nieren bis hin zum Versagen schädigen. Der missbräuchliche Konsum wird von den Betroffenen oft nicht als solcher erkannt.

Wenn es um freiverkäufliche Medikamente in der Selbstmedikation geht, ist die Expertise des Apothekenpersonals gefragt: Sie sind als Professionelle für die Beratung und Aufklärung der Kunden verantwortlich.

Die Pseudo Customer-Studie und ihre Ergebnisse

Um die Beratungsqualität der Bremer Apotheken zu testen, wurden in 20 Apotheken Testkäufe mit Hilfe von zwei Szenarien durchgeführt. Die auf Nachfragen des Apothekenpersonals geschilderten Symptome waren in beiden Szenarien identisch, allerdings unterschieden sich die Szenarien in ihrer Eingangsfrage. Im ersten Szenario wurde ein Kopfschmerzmittel gewünscht, im zweiten Szenario wurde gezielt das erwähnte Kombinationspräparat verlangt. In beiden Szenarien wären bei einem Beratungsgespräch Hinweise auf einen missbräuchlichen Umgang genannt worden. Die jeweils 10 Testkäufe wurden mittels eines standardisierten Fragebogens mit Bezug auf die unterschiedlichen Szenarien ausgewertet.

Die Ergebnisse sind alarmierend. 15 der 20 Apotheken bekamen die Bewertung »mangelhaft« und fielen somit durch den Testkauf. Es gab allgemein zu wenig Nachfragen zu den speziellen Beschwerden oder zu persönlichen Umständen (z.B. Schwangerschaft, Medikamentenunverträglichkeit oder weiteren Erkrankungen). Angaben zu den verkauften Präparaten wurden häufiger, den-

noch unzureichend gegeben. Im Fall der gezielten Nachfrage wurde das gewünschte Medikament zu 100% abgegeben, davon neunmal in einer grossen Packung. Im Szenario mit dem unkonkreten Wunsch wurde besser beraten: Zwar wurde in neun von zehn Fällen auch ein Medikament abgegeben, es wurde aber häufiger nach den Beschwerden und möglichen verursachenden Faktoren gefragt, sowie ein Arztbesuch angeraten. Nur eine einzige Apotheke verkaufte kein Medikament und empfahl nicht-medikamentöse Behandlungsalternativen (mehr trinken, frische Luft, Akupressur). Damit bleibt festzuhalten, dass Kunden, die keinen speziellen Präparatwunsch äußern, ausführlicher beraten werden.

Ausblick

Die Testkäufe zeigen deutliche Mängel innerhalb der Beratungsqualität auf, die verbessert werden sollte. Das Potenzial zur Verbesserung ist eindeutig auf Seiten der Beratenden in der Apotheke vorhanden. Doch es werden weitere Ansätze in der Verhaltens- sowie Verhältnisprävention gesehen. Eine mögliche Optimierungsmaßnahme kann die elektronische Gesundheitskarte sein, auf der Rezepte sowie gekaufte Medikamente gespeichert werden können. Dies beruht allerdings auf der Freiwilligkeit der KundInnen, was den Erfolg der lückenlosen Dokumentation in Frage stellt.

Eine weitere Interaktionsebene ist die Kunden- bzw. Patientenpartizipation im Gesundheitswesen. Schlagwörter wie Shared Decision Making und Empowerment finden sich in neuen Konzepten der Kundenberatung wieder. Informationsmaterialien, zum Beispiel von Krankenkassen, die auf die Aufklärung der Bevölkerung abzielen, können helfen, die Öffentlichkeit über möglichen Risiken zu informieren sowie das Recht der KundInnen auf ausführliche Beratung durch Experten verdeutlichen. Eine unabhängige Instanz für die Überprüfung von sachgerechter Werbung und Informationsmaterial sollte verbindlich eingeführt werden.

Die Verbesserung der Beratungsqualität ist ein Public Health-Thema. Schließlich wollen wir, wenn wir – unfreiwillig – die Rolle des Patienten oder der Patientin einnehmen, den Leitsatz »Fragen Sie Ihren Apotheker« anwenden können.

Ines Schumacher, Kathrin Kaboth
Universität Bremen,

Mastersstudiengang Public Health/Pflegewissenschaften,
Mail: ines@uni-bremen.de, kkaboth@uni-bremen.de

NutzerInnen als Störfaktor im System

In unserem Promotionskolleg entwickeln wir die Idee, NutzerInnen aus einer systemtheoretischen Perspektive als »Störfaktor« zu denken. Die Störung des (Gesundheits-) Systems besteht im mehr oder weniger bewussten Unterlaufen professionell organisierter Prozesse und Verfahrensweisen. Diese traditionellen Handlungskonzepte sind nicht auf eine aktive Rolle des Nutzers bzw. der Nutzerin ausgerichtet. Aus systemtheoretischer Perspektive kann der Nutzer bzw. die Nutzerin im professionellen Handeln und Selbstverständnis als »Störvariable« aufgefasst werden, den es gleichermaßen ein- und auszuschließen gilt, um die Abläufe und das Funktionieren des Systems zu sichern. Organisationen müssen Dienstleistungen als Ange-

bot interessant machen und zur potenziellen Nutzung von Angeboten motivieren. Die Notwendigkeit, den/die NutzerIn einzuschließen, besteht, weil der/die NutzerIn nicht nur als Konsument der Dienstleistung auftritt, sondern erst durch ihn die Dienstleistung hergestellt und zugleich gesteuert wird (Schaarschuch, 2003). In diesem Kontext kann Nutzerorientierung als Re-Individualisierungsstrategie gelesen werden, da Organisationen es v.a. über Nutzerorientierung schaffen können, Interesse an den Dienstleistungen aufzubauen. Gleichzeitig muss der/die NutzerIn außen vor gehalten werden, um die strukturelle Autonomie organisierter Professionalität und Systemprozesse nicht zu gefährden. Störungen durch den/die Nut-

zerIn werden nur soweit zugelassen, solange sie die Arbeitsweise von Organisationen/Akteuren nicht gravierend »bedrohen«. Irritationen von außen regen nur punktuell zu Selbstveränderungen des Systems an und werden im System selbst nur nach eigenen Maßgaben (Strukturen) »verarbeitet«. Nutzerorientierung kann als eine Möglichkeit diskutiert werden, um bestehende Systeme zu erhalten und eine vollständige Reorganisation der Strukturen zu vermeiden. Der Schlüssel liegt im Begriff der Dienstleistung. NutzerInnen werden als Kunden in das System integriert; Nutzerorientierung wird zur Entschärfungsstrategie.

Literatur online im Internet unter www.public-health.uni-bremen.de

Daniel Lüdecke, Mail: mail@danieluedecke.de

Promotionsprojekt

Partizipative und institutionelle Verschränkung von Arbeitsschutz und Public Health

Der Wandel in der Arbeitswelt ist mit neuen Herausforderungen verbunden, die einerseits neue Möglichkeiten, gleichzeitig jedoch auch neue Gesundheitsrisiken mit sich bringen. Die Beschäftigten müssen also nicht nur ihre Karriere, sondern auch ihre Gesundheit sichern. Nach wie vor ist allerdings die Beteiligung der Beschäftigten an der betrieblichen Gesundheitspolitik eher gering.

Das Promotionsprojekt geht der Frage nach, was ArbeitnehmerInnen nachhaltig motiviert, sich positiv an der Gestaltung betrieblicher Prozesse zu beteiligen, wobei angenommen wird, dass eine positive Mitwirkung nicht ausschließlich durch Lohnanreize o.ä. zu erreichen ist. Hierzu werden standardisierte Befragungen der ArbeitnehmerInnen im Vergleich verschiedener Branchen

(Metallindustrie und Dienstleistungsbereich) durchgeführt. Die Ergebnisse und Interpretationen dieser Untersuchung sollen anschließend mit engagierten ArbeitnehmervertreterInnen in Form von Experteninterviews diskutiert und abgeklärt werden, welche dann wiederum inhaltsanalytisch ausgewertet und gedeutet werden sollen.



Bahar Qurban, Mail: bqurban@uni-bremen.de

Promotionsprojekt

Subjektorientierte Bewegungskompetenz in der Pflegeausbildung

Die Untersuchung fokussiert alltägliche Situationen für Pflegekräfte: die Unterstützung von zu Pflegenden in Bewegungssituationen, bspw. bei einer Lagerung. Die Untersuchung erfolgt in Situationen, in denen die Pflegeempfänger nicht in der Lage sind, verbale Sprache zu verstehen. Wie nehmen Pflegende nichtsprachliche Äußerungen des Patienten wahr und wie beziehen sie diese in die Bewegungssituation ein?

Relevant ist die Untersuchung, da die Fähigkeit, auf nichtsprachliche Äußerungen einzugehen, als ein Qualitätskriterium für eine pflegerische Intervention

gesehen werden kann. Werden nonverbale Zeichen nicht mit einbezogen, ergibt sich eine Asymmetrie in der Pflege-Patienten-Beziehung. Die Pflegenden geben dann Bewegungsrichtung, Bewegungsübergang und Rhythmus vor. Dadurch werden eigene, noch vorhandene Fähigkeiten des zu Pflegenden eingeschränkt. Dies widerspricht einem rehabilitativen Gesichtspunkt pflegerischer Betreuung und die Selbstbestimmung des Patienten wird eingeschränkt. Durch die Untersuchung ist es möglich zu beschreiben, wie Pflegekräfte Bewegungshandlungen gestalten und auf nichtsprachliche Zeichen

der zu Pflegenden reagieren. Es handelt sich bei der Untersuchung um eine qualitative Studie. Die Datenerhebung erfolgt durch Videoaufnahmen. Im Anschluss an die dokumentierte Situation wird der Pflegekraft das aufgenommene Video gezeigt. Sie wird gebeten, die Bewegungssituation anhand des Videos zu kommentieren. Diese Sequenzen werden durch Tonbandaufnahmen dokumentiert.



Matthias Zündel, Mail: zuelde@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 (ZeS) 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 Psychologie der Arbeit, 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:

Prof. Dr. Anja Leppin



Nach dem Studium der Psychologie und der Politikwissenschaft war Anja Leppin als Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Arbeitsbereich Gesundheitspsychologie des Instituts für Psychologie der Freien Universität Berlin tätig und hat dort im Fach Psychologie promoviert. Danach folgten Tätigkeiten an der Universität Bielefeld, zunächst als Wissenschaftliche Mitarbeiterin im DFG-Sonderforschungsbereich Prävention und Intervention im Kindes- und Jugendalter, dann als Wissenschaftliche Assistentin und Oberassistentin im Arbeitsbereich Prävention und Gesundheitsförderung an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften, wo auch die Habilitation im Fach Public Health erfolgte. Einer weiteren zweijährigen Tätigkeit als Associate Professor in der Faculty of Health Sciences der University of Southern Denmark folgte zum 1.10.2007 der Ruf an das IPP/den Studiengang Public Health der Universität Bremen. Im Zentrum der Arbeit soll in den nächsten Jahren der Aufbau eines Forschungsschwerpunkts zum Thema Gesundheitskommunikation stehen. Darüber hinaus sind Forschungsprojekte für die Bereiche Evidenzbasierung präventiver Maßnahmen für Kinder und Jugendliche, Schulische Gesundheitsförderung und akademische Leistung sowie tertiärpräventive Gesundheitsförderung bei Patienten mit koronarer Herzerkrankung geplant.

Prof. Dr. Anja Leppin

Universität Bremen,

Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP),

Abteilung Prävention und Gesundheitsförderung,

Mail: leppin@uni-bremen.de,

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

www.praevention.uni-bremen.de

Neuwahl:

Das IPP-Direktorium stellt sich vor

Am 31.01.08 fand die Neuwahl des IPP-Direktoriums durch den Institutsrat statt. Neu in das Gremium gewählt wurde Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck, wiedergewählt wurden Prof. Dr. Stefan Görres und Prof. Dr. Petra Kolip, die bereits seit der Gründung des IPP Anfang 2005 dem Direktorium angehören. Seit April 08 hat Prof. Dr. Stefan Görres die Position des Geschäftsführenden Direktors des IPP übernommen.

Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck ist seit März 2003 Hochschullehrerin im Lehramtsstudiengang Pflegewissenschaft der Universität Bremen für das Arbeitsgebiet »Pflegewissenschaft mit dem Schwerpunkt pflegetherapeutische Grundlagen und ihre pflagedidaktische Vermittlung«. Seit 2005 ist sie Sprecherin der Abteilung Qualifikations- und Curriculumforschung am IPP. Ihre Forschungsschwerpunkte sind Weiterentwicklung einer Didaktik der Berufsfelder Pflege und Gesundheit, Qualitative Analyse von Unterrichtsgesprächen aus dem Pflegeunterricht, Förderung moralischer Kompetenz in der Pflegeausbildung, Curriculumentwicklung in der Pflegeausbildung, Kommunikation zwischen Pflegekräften und PatientInnen, Pflegeische Bewegungskonzepte sowie die empirisch gestützte Pflegeetheorieentwicklung mit qualitativen Forschungsmethoden. Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck ist Mitglied im Ethik-Komitee im Diako-Krankenhaus



Bremen, in der Deutschen

Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V., im Deutschen

Berufsverband für Pflegeberufe (DBFK) und in der

Deutschen Gesellschaft für Erziehungswissenschaft (DgE).

Prof. Dr. Stefan Görres ist seit 1994 Hochschullehrer in Studiengang Lehramt Pflegewissenschaft, Prodekan des FB 11 Human- und Gesundheitswissenschaften der Universität Bremen sowie seit Anfang 2005 Sprecher der Abteilung Interdisziplinäre Alters- und Pflegeforschung des IPP. Seine Forschungsschwerpunkte sind Pflegeforschung und Sozialgerontologie, Qualität und Management in der Pflege sowie Steuerung und Organisation der pflegerischen Versorgung. Prof. Dr. Stefan Görres ist Vorstandsvorsitzender des Norddeutschen For-

schungsverbandes Gerontologie, Geriatrie und Pflegewissenschaft und war Mitglied des »Runden Tisches Pflege« im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) und dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BFSFJ). Ferner ist er Mitglied der Arbeitsgruppe beim Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zur Frage »Einbeziehung der nicht-ärztlichen Heilberufe in gesundheitliche Versorgungskonzepte« und Mitglied der Projektgruppe beim Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zur Frage »Chancen und Herausforderungen einer Gesellschaft des längeren Lebens«. Aktuell war er als Einzelgutachter anlässlich der Anhörung zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PWG) im Deutschen Bundestag zum Thema Beraterrecht geladen.



Mail: sgoerres@uni-bremen.de,

www.ipp.uni-bremen.de

Prof. Dr. Petra Kolip ist seit Oktober 2000 Hochschullehrerin für Sozialepidemiologie mit dem Schwerpunkt Geschlecht und Gesundheit an der Universität Bremen. Seit 2005 ist sie Sprecherin der Abteilung Prävention und Gesundheitsförderung am IPP. Ihre Schwerpunkte in Forschung und Lehre sind Frauen- und geschlechtervergleichende Gesundheitsforschung, Evidenzbasierung und Qualitätsentwicklung von Gesundheitsförderung und Prävention sowie Gesundheitsberichterstattung als Planungsgrundlage von gesundheitlichen Interventionen. Prof. Dr. Petra Kolip wurde kürzlich als Beiratmitglied des Dachverbandes österreichischer Sozialversicherungsträger berufen. Weiterhin ist sie Mitglied des wissenschaftlichen Beirats der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) und der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz. Sie ist Gründungsmitglied der Landesvereinigung für Gesundheit Bremen und gehört für die Universität Bremen dem Vorstand der LVG an. Als Sprecherin koordiniert sie das Promotionskolleg NutzerInnenorientierte Gesundheitsforschung der Hans Böckler-Stiftung an der Universität Bremen.



Mail: kolip@uni-bremen.de

www.praevention.uni-bremen.de

PUBLIKATIONEN

Neuerscheinung:

Doris Schaeffer, Johann Behrens & Stefan Görres (Hrsg.): Optimierung und Evidenzbasierung pflegerischen Handelns. Ergebnisse und Herausforderungen der Pflegeforschung

Das Thema Pflege hat in den letzten Jahren in der öffentlichen und wissenschaftlichen Diskussion eine immer bedeutsamere Stellung eingenommen. Demografische Alterung und ihre Konsequenzen für die Entwicklung von Pflegebedürftigkeit, Anforderungswandel in der pflegerischen Versorgung, Pflegequalität, Prävention von Pflegebedürftigkeit, Erweiterung des Pflegehandelns sind nur einige der Themen, die breit diskutiert werden. Dabei setzt sich mehr und mehr die Erkenntnis durch, dass für viele der in der Pflege bestehenden Herausforderungen neue Lösungen und neue wissenschaftlich fundierte Konzepte gefragt sind und die Pflege auch hierzulande gefordert ist, zu einem evidenzbasierten Handeln zu gelangen.

Dazu einen Beitrag zu leisten, ist Ziel der vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Pflegeforschungsverbände.

Das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) fördert seit 2004 bundesweit vier Pflegeforschungsverbände: den an der Universität Bremen angesiedelten Pflegeforschungsverbund Nord (Sprecher: Prof. Dr. Stefan Görres), den an der Universität Halle-Wittenberg angesiedelten Pflegeforschungsverbund Mitte-Süd (Sprecher: Prof. Dr. Johann Behrens), den an der Universität Bielefeld angesiedelten Pflegeforschungsverbund NRW (Sprecherin: Prof. Dr. Doris Schaeffer) und den Hebammenforschungsverbund an der Fachhochschule Osnabrück (Sprecherin: Prof. Dr. Friederike zu Sayn-Wittgenstein). Die vier Forschungsverbände, in denen insgesamt 25 Teilprojekte bearbeitet werden und an denen 24 Hochschulen und Forschungsinstitute beteiligt sind, waren zunächst auf drei Jahre angelegt. Drei von ihnen werden in einer zweiten Förderphase für weitere drei Jahre bis 2010 gefördert. Ziel der Förderung durch das BMBF war und ist es, nach dem rasanten Aufbau von Pflegestudienangeboten nun die Entwicklung der Pflegeforschung voran zu treiben. Damit erfolgt ein überaus wichtiger Schritt auf dem Weg zur Professionalisierung der Pflege, durch den die Wissenschafts- und Forschungsentwicklung in diesem Bereich wichtige Impulse erhält.

Das im Juni 2008 im Juventa-Verlag erscheinende Buch gibt Einblick in das Konzept und die Projekte

der Verbände und stellt Forschungsergebnisse der ersten Förderphase vor. Thematisch befassen sich die hier im Zentrum stehenden Pflegeforschungsverbände mit den aus der demografischen Alterung und der Zunahme chronischer Krankheit für die Pflege erwachsenen Folgen sowie mit Steuerungsproblemen, die sich aus dem Versorgungsprozess ergeben. Sie greifen damit zentrale und bislang noch nicht befriedigend gelöste gesellschaftliche Probleme auf und verfolgen samt und sonders das Ziel, wissenschaftliche Grundlagen für die Entwicklung neuer Pflegekonzepte zu erarbeiten, neue pflegerische Interventionsstrategien oder Steuerungsinstrumente zu erproben und zu evaluieren und mit all dem zur Evidenzbasierung, aber auch zur Erweiterung pflegerischen Handelns beizutragen. Aus diesem Grund befassen sich viele der Projekte mit Herausforderungen, die über das herkömmliche pflegerische Aufgabenspektrum hinausgehen. Dabei wird ein breites Themenspektrum aufgegriffen, in dem Herausforderungen bei demenziellen Erkrankungen und kognitiven Einbußen ebenso zur Sprache kommen wie bei somatischen chronischen Erkrankungen und das bis hin zu Fragen der Angehörigenunterstützung und -edukation reicht. Deutlich sichtbar wird, wie breit die Palette der Pflege- und Gesundheitsforschung ist und wie vielfältig die Ergebnisse sind.

Der Forschungsverbund »Nord« mit der Sprecheruniversität Bremen und den Verbundpartnern Universität Hamburg, Hochschule Bremen, Fachhochschule im DRK Göttingen, Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) und Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS), Abt. Biometrie und EDV, Universität Bremen widmet sich der Optimierung des Pflegeprozesses durch neue Steuerungsinstrumente. Die Koordination der Aktivitäten des Pflegeforschungsverbands Nord (PFV Nord) übernimmt die Geschäftsstelle (Karl Reif) am Institut für Public Health und Pflegeforschung, Abt. 3 Interdisziplinäre Alterns- und Pflegeforschung (iap), ehemals Institut für angewandte Pflegeforschung (iap), Universität Bremen. Der Forschungsverbund ist in das Netzwerk Nursing Research eingebunden, zu dem drei an der Förderung beteiligte Forschungsverbände

(Pflegeforschungsverbund NRW, Pflegeforschungsverbund Mitte-Süd und Pflegeforschungsverbund Nord) zählen. Dieses Netzwerk soll dabei einen regelmäßigen verbundübergreifenden Austausch gewährleisten, der zu einer Profilierung der anwendungsorientierten Pflegeforschung in Deutschland insbesondere auch im Hinblick auf die internationale Wettbewerbsfähigkeit der bundesdeutschen Pflegewissenschaft und -forschung abzielt.

Prof. Dr. Stefan Görres

Universität Bremen,

Geschäftsführender Direktor des Instituts für

Public Health und Pflegeforschung (IPP),

Abteilung Interdisziplinäre Alterns- und Pflegeforschung,

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

www.iap.uni-bremen.de



Schaeffer, D., Behrens, J. & Görres, S., (Hrsg.) (2008).
Optimierung und Evidenzbasierung
pflegerischen Handelns. Ergebnisse und
Herausforderungen der Pflegeforschung.
Weinheim: Juventa.
ISBN 978-3-7799-1974-2

VERANSTALTUNGEN

Gesundheitsförderung evaluieren

Praxistagung für Institutionen und Projekte der Gesundheitsförderung

Zeit: Montag, 06. Oktober 2008

Ort: Haus der Wissenschaft,
Sandstraße 4/5, 28195 Bremen

Veranstalter: Institut für Public Health und
Pflegeforschung (IPP), Landesvereinigung für
Gesundheit Bremen e.V. (LVG)

An Gesundheitsförderungsmaßnahmen wird zunehmend die Anforderung gestellt, sie sollen qualitätsgesichert umgesetzt werden und ihre Wirksamkeit im Rahmen von Evaluationsstudien belegen. Aber die Durchführung von Evaluationsstudien ist teuer und oft im Rahmen von Praxisprojekten nicht

umsetzbar. Dennoch wird aus der Praxis häufig der Wunsch geäußert, kleinere Evaluationsstudien selber durchzuführen. Bislang fehlten hierfür praxistaugliche Instrumente. Diese Lücke wird durch das vom BMBF geförderte Verbundprojekt »Evaluations-tools«, das ernährungs- und bewegungsbezogene Projekte vom Kindergarten bis zum jungen Erwachsenenalter evaluiert hat, geschlossen.

Die Praxistagung soll dazu dienen, Erfahrungen und Ergebnisse der Projekte darzustellen und PraktikerInnen Gelegenheit bieten, Evaluation selbst »auszuprobieren«.

Die Veranstaltung beinhaltet einen Vortragsteil (Vormittag), der sich an die breitere (Fach-) Öffentlichkeit richtet, und einen Workshop (Nachmittag), der speziell auf die Bedarfe der PraktikerInnen ausgerichtet ist. Ein zusätzlicher Termin, an dem die Teilnehmenden noch einmal mit Fragen zu ihrem eigenen Projekt zurückkommen können, ist in kleinerem Rahmen für November geplant.

Die Veranstaltung dient für die TeilnehmerInnen des Workshopteils als Weiterqualifizierung im Bereich Evaluation. Genauere Informationen finden Sie demnächst auf folgender Internetseite: www.praevention.uni-bremen.de

Anmeldung und Informationen:

Janna Stern, Universität Bremen, Institut für Public Health und
Pflegeforschung (IPP), Abteilung Prävention und
Gesundheitsförderung, Telefon 0421-218-3735,
Mail: amstern@uni-bremen.de

Veranstaltungsbericht

»Bremer Bündnis gegen Depression«

Mit einer feierlichen Auftaktveranstaltung in der Oberen Rathaushalle startete das Bremer Bündnis gegen Depression (BBgD) unter der Schirmherrschaft von Senatorin Inge Lore Rosenkötter am 18.01.08 seine Aktivitäten. Zu den Initiatoren des BBgD gehören das AMEOS Klinikum Dr. Heines, das Klinikum Bremen Ost, die Psychotherapeuten-

kammer Bremen und das Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen. Inzwischen haben sich zahlreiche weitere Partner aus Praxis, Steuerung und Finanzierung der Gesundheitsversorgung sowie der Selbsthilfe der Initiative angeschlossen. Mit über 500 BesucherInnen stieß die Veranstaltung auf unerwartet große Resonanz – spürbar war das große Interesse, das viele Bürgerinnen und Bürger, Betroffene, Angehörige und Fachleute dem Thema Depression entgegenbringen.

Kontakt und Information:

Bremer Bündnis gegen Depression BBgD
c/o Psychotherapeutenkammer Bremen
Mail: BBgD@pk-hb.de,
www.buendnis-depression.de

Heike Mertesacker

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



IMPRESSUM

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

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

Redaktion: Prof. Dr. Gabriele Meyer, Prof. Dr. Petra Kolip, Heike Mertesacker

Beiträge: Barbara Baumgärtner, Dr. Peter Boy, Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck, Bernhilde Deitermann, Udo Ehrmann, Emily Finne, Prof. Dr. Gerd Glaeske, Prof. Dr. Stefan Görres, Christine

Graebisch, Katrin Kaboth, Dr. Sascha Köpke, Prof. Dr. Petra Kolip, Prof. Dr. Anja Leppin, Daniel Lüdecke, Heike Mertesacker, Prof. Dr. Gabriele Meyer, Prof. Dr. Franz Petermann, Bahar Qurban, Karl Reif, Prof. Dr. Norbert Schmacks, Dr. Kirsten Schubert, Dr. Anke Steckelberg, Janna Stern, Ines Schumacher, Nina Stuhlndreher, Dr. Ulrike de Vries, Matthias Zündel.

Literatur: Die Literaturangaben zum IPP-Info No 6 stehen neben der Online-Ausgabe des Infos zum Download bereit unter: www.public-health.uni-bremen.de

Sekretariat: Anke Stöck

Redaktionsschluss der vorliegenden Ausgabe: 15.05.2008

Auflage: 2.500

Gestaltung: Patel Grafik Design, Bremen

Druck: Druckerei Merlin, Bremen

Bildnachweis: Titelbild: AOK Mediendienst;

Seite 02, Seite 16: www.photocase.de; Seite 08: www.flickr.com;

Seite 20: Bremer Bündnis gegen Depression e.V.

Erscheinungsweise: 2x jährlich

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

ISSN 1864-452X

IPP-Info, Ausgabe 06, 4. Jahrgang



Universität Bremen