



Institut für Public Health
und Pflegeforschung
Universität Bremen
Fachbereich 11

03

IM FOKUS

BIOGRAFIEORIENTIERUNG IN DEN BERUFSFELDERN PFLEGE UND GESUNDHEIT

INHALT

Schwerpunkthema | Seite 2

Projekte am IPP | Seite 8

Qualifikationsarbeiten | Seite 10

Aktuelles | Seite 12

Promotionskolleg | Seite 13

Veranstaltungen | Seite 14

Impressum | Seite 16

Neuerscheinungen | Seite 3, 15, 16

Professionelle PatientInnenversorgung durch Biografieorientierung

Biografie-, NutzerInnen-, PatientInnen-, Ressourcenorientierung, - diese Etiketten werden von Pflegenden und anderen an der gesundheitlichen Versorgung Beteiligten zwar gerne auf den Lippen geführt, tatsächlich aber nur selten mit Leben gefüllt. Zum einen dominieren Vorstellungen von schlanken, effizienten, normierten und für die Mehrzahl von Patienten wirkungsvollen Versorgungsabläufen, zum anderen wird Biografieorientierung auf die Berücksichtigung von Patientengewohnheiten reduziert. Sowohl die Wissenschaft als auch die Praxis sind gegenwärtig noch weit von einer Integration von Regelwissen und (lebensgeschichtlichem) Fallverstehen, wie es einer professionellen Gesundheitsversorgung anstünde, entfernt. Die Bedeutung biografischer Analysen für die PatientInnenversorgung soll anhand von zwei Beispielen aus der Pflege veranschaulicht werden.

Inkontinenz ist in der Bundesrepublik ein relevantes Pflegeproblem, 4–5 Mio Menschen leiden daran. Durch eine Reihe von Studien (auch wenn sie erhebliche methodische Mängel aufweisen) wurde die Wirksamkeit des sogenannten »aufgeforderten Toilettengangs« insbesondere bei Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen nachgewiesen. Allein die Durchführung dieser Intervention garantiert aber noch nicht den Erfolg.

Vielmehr spielen bei Inkontinenz biografische Lernerfahrungen und die sowohl kognitive als auch affektiv-motivationale Grundeinstellung eines Menschen eine entscheidende Rolle. Pflegende müssen folglich in der Lage sein, die individuelle Grundhaltung eines Patienten sowie seine Fähigkeit, Ressourcen zu mobilisieren und Stressoren abzuwehren, zu ermitteln und z. B. bei Patienten mit einer wenig ausgeprägten Zuversicht die Bereitschaft zur Mitarbeit zu wecken, zum Ausdruck von (negativen) Gefühlen zu ermutigen sowie Ansätze von Eigenverantwortung und Selbsttätigkeit positiv zu verstärken.

Beratung, insbesondere von Menschen mit chronischen Erkrankungen, gilt als neues Aufgabenfeld für Pflegende. Zwar wird in der gesundheits- und pflegewissenschaftlichen Literatur darauf hingewiesen, dass Beratung als ein ergebnisoffener, dialogischer Prozess zu verstehen ist, tatsächlich dominieren aber verhaltensmedizinische Beratungsmodelle, die primär auf die Vermittlung eines schulmedizinisch begründeten Normverhaltens abzielen. Indem dabei die handlungsleitenden Sinnkonstruktionen der Patsuchenden ausgeblendet bleiben, kommt es oft nicht nur zu die Subjektivität der Person nicht berücksichtigenden

und von ihr letztlich nicht realisierten Problemlösungen, sondern außerdem zu einer systematischen Fremdbestimmung mit nachteiligen Folgen für den Genesungsprozess und erhöhten Kosten für das Gesundheitswesen. Um zu lebensgeschichtlich angemessenen Handlungsoptionen für pflegerelevante Problemlagen zu gelangen, muss die Pflegeberatung von Patienten mit chronischen Erkrankungen daher mit biografieorientierten diagnostischen Methoden verbunden werden, anhand derer biografische und lebensweltliche Erfahrungen, Verarbeitungsformen und Handlungsspielräume der Patienten erfasst werden können. Das bedeutet natürlich nicht, dass in der Beratung nicht auch umfangreiches, wissenschaftlich fundiertes Wissen über die jeweilige Erkrankung weiter gegeben wird.

Biografieorientierte Pflege bzw. Gesundheitsversorgung heißt, über offene Gesprächsangebote biografische Erzählungen der Patienten anzuregen, selbst zuzuhören, nachzufragen und gemeinsam mit dem Patienten Ressourcen sowie neue Sinnhorizonte zu entdecken. Der biografieorientierte Zugang ist insbesondere bei Patienten mit chronischen Erkrankungen von Bedeutung. Schwere körperliche ►

Fortsetzung von Seite 1

und über einen längeren Zeitraum bestehende Erkrankungen fordern von den Betroffenen eine umfassende Revision ihres bisherigen Lebensentwurfs: sie stehen vor der Aufgabe, ein krankheitsbezogenes Selbstmanagement aufzubauen, ihrem Leben vor dem Hintergrund der Ereignisse einen neuen Sinn zu verleihen und ihre beruflichen und privaten Planungen anzupassen. Aber nicht die medizinischen Fakten bestimmen ausschließlich oder zu einem großen Teil die Antwort auf die Erkrankung, sondern ebenso die im System bestehenden Deutungsmuster und Verarbeitungsmechanismen. Diese wiederum sind lebensgeschichtlich geprägt. Ob ein Mensch auf eine chronische Erkrankung beispielsweise mit Abwehr

reagiert und diese möglicherweise auch dauerhaft beibehält, hängt wesentlich davon ab, welche subjektiven Krankheitskonzepte, Kontrollüberzeugungen und sozialen Netzwerke biografisch entwickelt wurden. Krankheit und Kranksein stehen in einer untrennbaren Wechselbeziehung zueinander. Krankheit wird aber nicht nur durch die Biografie geprägt, vielmehr bieten Krisensituationen oder Erkrankungs- und Gesundungsprozesse umgekehrt auch die Möglichkeit zur Neuorientierung der Biografie.

Biografieorientierte Gesundheitsversorgung, die diesen Namen verdient, ist für Wissenschaft und Praxis weitgehend Neuland. Es fehlt noch an praxisgerechten Methoden und Instrumenten sowie an den

Kompetenzen zum hermeneutischen Fallverstehen, um Patienten biografieorientiert unterstützen zu können. Bislang gibt es eher vereinzelte und noch nicht umfassend evaluierte Ansätze. In diesem Heft werden sowohl die Erkenntnispotenziale biografischer Analysen für die Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Perspektiven und Projekte einer biografieorientierten Gesundheitsversorgung als auch Ansätze zur Förderung fallverstehender Kompetenzen bei den Professionellen vorgestellt.

Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck
 Universität Bremen, Institut für Public Health
 und Pflegeforschung (IPP), Abteilung
 Qualifikations- und Curriculumforschung,
 Mail: darmann@uni-bremen.de

SCHWERPUNKTTHEMA

Biografieforschung in den Gesundheits- und Pflegewissenschaften

Biografie gehört zu einem jener selbstverständlichen Begriffe unserer Alltagswelt, die wir durch die vertraute Nutzung kaum noch hinterfragen. Kurz gesagt, wir haben nicht nur eine Biografie als die Summe aller Lebensereignisse, vielmehr wird Biografie gesellschaftlich von uns abverlangt. Wir haben in der Moderne überhaupt nicht die Freiheit, keine Biografie zu haben. Biografie ist somit als gesellschaftliche Konstruktion zu verstehen, als Notwendigkeit wie Ressource – eben als biografisches Wissen – um sich in modernen, komplexen Gesellschaften orientieren zu können. Dabei liegt die (Auto-)Biografie nicht einfach vor, sondern wird erst durch das Erzählen, die Selbst- wie Fremdtthematisierungen interaktiv hervorgebracht. Da sie im Erzählen erst geschaffen wird, bietet sie keinen »wahrhaften« Verweis auf »wirklich« Gelebtes.

Biografische Befragungen lassen sich wie andere qualitative Forschungsverfahren durch ihre aufwendigen Methoden wenig für quantitative Ergebnisstrukturen nutzen, sie scheinen dem methodischen Kanon »evidence-based« orientierter Ansätze sperrig gegenüber zu stehen. Doch was bietet ein »narrative based approach«? So beliebig narrative Konstruktionen vordergründig wirken, bei genauerem Hinsehen wird deutlich, dass die autobiografische Stegreiferzählung Ausdruck von subjektivem wie sozialem Sinn ist. Biografien geben somit darüber Auskunft, mit welchen Sinnorientierungen Menschen ihr

Leben begreifen, wie sie ihre Lebenslage gestalten und gesundheitsbezogene Dienstleistungsangebote aufgreifen. Dabei werden die Sinnkonstruktionen vor dem Hintergrund der Erfahrungsaufschichtungen der Erzählenden offensichtlich. Ihre Handlungsorientierungen, das Erleiden und das Erleben, die Interaktionen mit anderen Menschen sowie die soziale Einbettung von Erfahrungen werden deutlich. Dies verweist auf eine anspruchsvolle wie besondere Erkenntnisperspektive von biografischen Analysen: Narrative Selbstpräsentationen sind nicht einfach Ausdruck individualisierten Lebens, vielmehr sind sie immer auch wesentliche Verweise auf das Soziale und Gesellschaftliche. Das zutiefst Persönliche einer biografischen Krise ist ohne die Sensibilisierung für die dahinter liegenden gesellschaftlichen »Dramen« nicht zu verstehen. Gleichzeitig zeigen Biografien, dass wir nicht einfach Produkt gesellschaftlicher Strukturierungen sind, sondern die rahmenden Bedingungen eigensinnig brechen. Biografische Erzählungen sind somit immer auch Geschichten darüber, dass Menschen eben nicht ungebrochen das tun, was moderne Organisationen und gut gemeinte Hilfesysteme mit ihnen vorhaben.

Für die Gesundheits- und Pflegewissenschaften eröffnen sich mit einem biografischen Forschungsansatz weit reichende Perspektiven, zwei sollen im Folgenden kurz genannt werden. (1) Biografische Erzählungen erschließen bedeutsame Einsichten in

selbstthematizierten Prozessverläufe. Es lassen sich somit gewinnbringende Erkenntnisperspektiven über Erkrankungs-, Bewältigungs- und Gesundungsprozesse finden. Die biografischen Erzählungen verweisen auf die subjektiven Aneignungsprozesse oder Verlaufsstrukturen sowie die sozialen Rahmen, in denen diese Erfahrungen eingelagert sind. (2) Insbesondere unter den großen gegenwärtigen Veränderungen in den Strukturen des Gesundheitswesens und der Veränderung gesundheitlicher Versorgungs- und professioneller Praxen wird eine biografieorientierte NutzerInnen- und Dienstleistungsforschung von großer Bedeutung sein. Denn die Inanspruchnahme von Dienstleistung, ihr Gelingen und Scheitern werden entscheidend durch die biografischen Erfahrungen und Sinnkonstruktionen bestimmt. Damit werden neue Perspektiven und herausfordernde Einsichten auf die Nutzung und den Nutzen von gesundheitlichen und pflegebezogenen Dienstleistungen eröffnet.

Ein »narrative based approach« in den Gesundheits- und Pflegewissenschaften ist nicht einfach ein wünschenswerter Zusatz im methodischen Kanon gesundheitsorientierter Forschungsstrategien. Pointiert formuliert – und empirische Studien belegen diese Annahme – können Gesundheits- und Pflegewissenschaften nicht auf einen biografischen Forschungsansatz verzichten, wollen sie Antworten auf die gegenwärtigen Herausforderungen gesund-

heitlicher Sicherung finden, ihre Disziplin theoretisch fundieren und Modelle für sinnvolles professionelles Handeln elaborieren. Mehr noch: biografische Forschungen eröffnen mit ihrem Blick auf oder besser gesagt mit dem Blick durch das Subjekt eine zu tradierten wissenschaftlichen wie gesundheits-

politischen Konzepten quer liegende Perspektive. Den biografischen Erzählungen kommt als wissenschaftliche »Datenbasis« angesichts der durch die Ökonomisierung bedingten Veränderungen im Gesundheitsbereich geradezu politische Bedeutung zu.

Prof. Dr. Andreas Hanses

Westfälische Wilhelms-Universität Münster,

Institut für Sozialpädagogik,

Mail: ahanses@uni-muenster.de,

www.uni-muenster.de

Biografie und Interaktion: Herausforderungen an die professionelle Pflege im Altenheim

Frau Sophie Schaumburg (Name geändert, d. Red.), eine Altenheimbewohnerin, schildert ihren Umzug in ein Altenheim:

»Ich hatte mir n' extra kleines Bett ausgesucht, ich bin ja klein und brauch' nicht so viel Platz – so dass ich da in dem Zimmer etwas Raum gewinne. Das ist sowieso: Bett, Nachttisch, Schrank – aus. Aber es reicht – es reicht, nicht. Man muss sich nur dran gewöhnen, wenn man weitläufiger gewöhnt ist, nicht. ... Ich meine, – das kleinste Zimmer was wir hatten, das war vielleicht – von hier bis da und so – (zeigt die Maße im Raum), das war das kleinste Zimmer.«

Neben der Engrenzung des Lebensraums sind mit dem Umzug in ein Altenheim oft dramatische Erfahrungen von körperlicher und psychischer Einschränkung verbunden. Die lebensgeschichtlichen Handlungs- und Erfahrungsräume, wie z. B. das hier geschilderte es »weitläufiger gewöhnt« sein, sowie die lebensgeschichtlichen »Einsparungen« durch soziale Beziehungen liegen außerhalb des neuen Lebensabschnitts. Wie gelingt es, mit dieser Zäsur weiter das »eigene« Leben zu leben? Frau Schaumburg verweist szenisch auf den inneren Zusammenhang zwischen ihrer Vergangenheit und ihrem Heute. Der physische Raum wird in der Geste zu einem symbolischen Raum, mit dem sich ihre biografische Existenz darstellen lässt.

Die Studie »Biografie und Interaktion. Lebensgeschichten im institutionellen Rahmen eines Altenheims« untersucht das Verhältnis von Biografie und Interaktion im Altenheim als ein spezifisches »Passungsverhältnis.« Die lebensgeschichtlichen Erfahrungen der BewohnerInnen – so die Ausgangsüberlegung – sind für die Wahrnehmung und Gestaltung der alltäglichen Interaktionen mit den Professionellen überaus relevant. In den biografischen Konstruktionen liegen Anschlussmöglichkeiten sowie Verhinderungsstrukturen für die Fortführung und Umgestaltung des Lebens in der Institution Altenheim. Die Analyse des Zusammenhangs von Biografie und Interaktion wird anhand von biografisch-narrativen Interviews mit AltenheimbewohnerInnen und

AltenpflegerInnen durchgeführt. Den theoretischen Rahmen für die Interpretation der Interviews bilden zentrale Konzepte des Soziologen Erving Goffman. Im Zentrum seiner Konzepte steht die für die Untersuchung bedeutsame Frage, wie (biografische) Identität in unterschiedlichen Interaktionsrahmen aufrecht erhalten und präsentiert werden kann. Die Merkmale der »totalen Institution« nach Goffman bieten einen wichtigen Reflexionshintergrund für die Beschreibungen der Interaktionsordnung eines Altenheims.

Die Auswertung der Interviews zielt darauf ab, biografische Sinnzusammenhänge zwischen Erzählungen der BewohnerInnen zur Lebenszeit vor dem Umzug in die Einrichtung und Erzählungen zum Leben im Heim zu rekonstruieren. Als zweiter Zugang werden in den Interviews mit den AltenpflegerInnen die Perspektiven auf die BewohnerInnen und die Beschreibungen der alltäglichen Interaktionen ausgewertet. Dieses Vorgehen macht eine systematische Gegenüberstellung der »Welt des Personals« mit der »Welt der BewohnerInnen« möglich.

Biografische Sinnressourcen

Die Fallbeschreibungen zu den AltenheimbewohnerInnen verdichten biografische Sinnressourcen. In den Konstruktionen können wichtige biografische Erfahrungen mit den Interaktionssituationen im Heim verknüpft und als sinnvoll erlebt werden. Zwei Beispiele: Eine für die interviewten BewohnerInnen bedeutsame »Anschlussstelle« bilden biografische Erfahrungen innerhalb anderer Institutionen mit hohen Ordnungs- und Regelungsgraden. Durch die positiven, handlungsschematischen Erfahrungen innerhalb einer anderen betrieblichen Ordnung, z. B. als Sekretärin oder als Wirtschafterin, können die einschränkenden Reglementierungen des Lebens im Heim in einen biografischen Sinnzusammenhang gebracht werden: *»Man ist ja eingebettet in den Betrieb, nich. Ne gewisse Ordnung muss ja sein«* (Sophie Schaumburg).

Eine weitere bedeutsame Ressource liegt in von Goffman so bezeichneten Selbstpräsentationen als

»Jemand-von-einer-Art«. Die biografischen (Selbst-) Konstruktionen zur besonderen, unvergleichlichen Eigenart schaffen eine wichtige Unterscheidungspositionierung innerhalb der durch Gleichheit

NEUERSCHEINUNG

Stefan Görres, Antje Krippner, Martina Stöver & Stefanie Bohns (Hrsg.) (2005)

Pflegeausbildung von morgen –
Zukunftslösungen heute

Das Modellprojekt »Integrierte Pflegeausbildung in Bremen« im Diskurs – wissenschaftliche Beiträge und praktische Erfahrungen.

Im vorliegenden Reader steht das Modellprojekt »Integrierte Pflegeausbildung in Bremen« im Mittelpunkt. Die Darstellung des bremischen Modellprojektes wird flankiert von einer Reihe von Beiträgen namhafter Autoren aus Wissenschaft und Praxis.

Berichtet wird über ein erfolgreich beendetes Projekt zur Reform in der Pflegeausbildung, hierzu kommen verschiedene Akteure aus Theorie und Praxis zu Wort. Damit soll für Fachwissenschaftler, Schulleitungen, interessierte Praktiker und Studierende eine Anregung erfolgen, sich mit Mut und Klarsicht mit den notwendigen Reformen der Pflegeausbildung auseinander zu setzen, daran mitzuarbeiten und zu deren längst überfälliger, erfolgreicher Umsetzung beizutragen.

Jacobs Verlag: Düsseldorf, 257 Seiten.



strukturierten sozialen Räume der Institution Altenheim. So kann z. B. die durch lebensgeschichtliche Erfahrungen getragene Selbstbeschreibung schon immer »ein Hosenmensch« gewesen zu sein, eine wichtige biografische Ressource beinhalten, mit der sich eine Bewohnerin als »selbst-gleich« erfährt und darstellen kann.

Biografische Verletzungsdispositionen

Durch die Eigenlogiken des professionellen Handelns in einem Altenheim können biografische Verletzungsdispositionen »aktiviert« werden. Die BewohnerInnen geraten dann in Interaktionssituationen, die biografische Erfahrungen von Autonomieverlust und Handlungsunfähigkeit »wieder-holen«. Auslöser für diese Erfahrungen sind häufig Verschlechterungen des Gesundheitszustandes. Die Logik und die »Zugzwänge« des professionellen Handelns der Pflegenden ignorieren die biografischen Erfahrungen. Ein Beispiel: Für die Bewohnerin Frau Schaumburg ist das kurzfristige Aufstellen eines Pflegebettes in ihrem Wohnzimmer eine »sich wiederholende«

Enteignungserfahrung. Die plötzliche zwangsweise Verkleinerung ihres Lebensraums ist mit der biografischen Erfahrung des ebenfalls plötzlichen Verlusts des Familienbesitzes verbunden, den sie als Kind erlitt. In der Erzählung wird ein biografischer Sinnzusammenhang hergestellt, der die beiden Erlebnisse miteinander verknüpft.

Biografieorientierung in der Pflege

In den letzten Jahren etablierte sich vor allem in der professionellen Altenpflege die Vorstellung, dass Kenntnisse über die Lebensgeschichte der KlientInnen für die Qualität der Pflege bedeutsam sind. Die vordergründig auf die Ermittlung von lebensgeschichtlichen Daten und Alltagsgewohnheiten abzielenden Instrumente übersehen, dass die Pflegeerfahrungen selbst biografische Herausforderungen darstellen. In der (Pflege-)Interaktion und den Pflegebeziehungen zwischen KlientInnen und Professionellen werden biografische Selbstausslegungen und Anschlüsse bestätigt, »neu« gefunden oder auch schmerzlich verworfen. Die in der Studie rekonstruierten biografischen

Sinnressourcen und Verletzungsdispositionen lassen sich nicht durch »Befragungen« ermitteln. Um die inneren Zusammenhänge von lebensgeschichtlichen und aktuellen biografischen (Pflege-)Erfahrungen zu erfassen, bedarf es eines reflexiven und theoriegeleiteten Interpretationsrahmens. Durch Einübungen von hermeneutischem Fallverstehen können biografische Konstruktionen von KlientInnen gemeinsam »re-konstruiert« werden. Die Verdichtung von biografischen (Selbst-)Konstruktionen als »Jemand-von-einer-Art« könnten für die Biografieorientierung im institutionellen Rahmen eines Altenheims einen Ansatzpunkt bieten.

(Literatur bei der Verfasserin)

Kirsten Sander

Universität Bremen, Institut für angewandte

Biografie- und Lebensweltforschung (IBL),

Mail: kisander@uos.de

Biografie und Krankengeschichte – wechselseitige Beeinflussung mit Folgen

Ansätze der Biografieforschung kommen in den Gesundheitswissenschaften sukzessive immer mehr zur Anwendung. Im Medium »Biografie« – als Selbst- und Fremdbeschreibung von Prozessen und Erfahrungen, die sich über die Lebenszeit erstrecken, – hängen Individuum und Gesellschaft zusammen. Über die analytische Betrachtung einer Biografie kann man demgemäß eine konkrete Gesellschaft verstehen lernen. Diese These erstreckt sich auch auf Fragen wie die nach Biografien unter Aspekten von Genderrelevanz oder von Gesundheit und Krankheit, wobei man sowohl etwas über die gesundheitsfördernden und krankheitsbezogenen Dimensionen einer Gesellschaft als auch über das individuelle Erleben und Deuten von Krankheit und Gesundheit erfahren kann.

Rekonstruktionen erlebter und erzählter Krankengeschichten nach Rosenthal überraschen über den Interpretationsprozess hinweg vor allem im Ergebnis ihrer Gesamtgestalt und der daraus abzuleitenden Konsequenz einer bedarfsgerechteren Gesundheitsversorgung.

So zeigt sich in der Fallrekonstruktion von Carola Buchwald (maskiert), einer Patientin mit chronischen Schmerzen aus den neuen Bundesländern, wie gesellschaftliche Verhältnisse nicht nur auf die Art der Krankheitsbewältigung sondern auch auf die

Wahrnehmung und Umdeutung des Frau-Seins Einfluss haben. Das Interview mit Frau Buchwald wurde 2001 im Rahmen eines studentischen Lehrprojektes zum Thema »Bedarf an PatientInneninformation für chronisch Schmerzranke« geführt und im Zuge der Master-Thesis von der Verfasserin ausgewertet.

Zum Zeitpunkt des Interviews war Carola Buchwald 57 Jahre alt, verheiratet, hatte zwei Söhne und lebte mit ihrem Ehemann, einem ehemaligen NVA-Offizier, in einer mittelgroßen Stadt Mecklenburg-Vorpommerns. Als Tierärztin arbeitete sie in der DDR im Schichtsystem in einer Landwirtschaftlichen Produktionsgenossenschaft (LPG) und führte ein »normales DDR-Frauenleben«. Aufgrund von Bandscheibenvorfällen litt sie unter einem Taubheitsgefühl im linken Bein, das sie aber weitgehend ignorierte, um ihrer Arbeit nachzugehen. Aufgrund der Progredienz ihrer Bandscheibenerkrankung, die zwei Operationen zur Folge hatte, wurde sie mit 43 Jahren berentet. Für Frau Buchwald ein Schock, der vor allem mit Sinnverlust und dem Zusammenbruch ihres bisherigen Lebensentwurfes einherging, in dem Arbeit immer eine dominante Stellung einnahm. Trotz unsicherer Prognosen ließ sie sich im Spätsommer 1989 eine Schmerzmittelpumpe einsetzen. Die politische Wende im Herbst 1989 und der damit verbundene Transformationsprozess waren für die biografische

Orientierung der Buchwalds als eher systemkonforme DDR-Bürger nur schwer zu bewältigen. Frau Buchwald wurde zunehmend depressiv. Diese sehr existenzielle Zeit, die mit weiteren Schmerzen und einer Opiatabhängigkeit einherging, blendete sie jedoch erzählerisch weitgehend aus. Elaboriert sprach sie dafür über ihre psychotherapeutischen Erfahrungen. Freiwillig, wie sie erzählte, begab sie sich 1992 das erste Mal in eine dreimonatige, stationäre Psychotherapie im westlichen Süddeutschland. Eine weitere folgte 1993. Es schien ihr gegenüber den Interviewerinnen besonders wichtig zu sein, sich als eine Frau zu präsentieren, die sich mit sich selbst intensiv reflexiv auseinandergesetzt hat und die Ursache ihres Schmerzes in ihren eigenen Lebensbewältigungsstrategien sucht. Nach der Interpretation der Daten ließ sich jedoch die Strukturhypothese generieren, dass die Psychotherapien zwar eine Stabilisierung ihrer physischen Krankheitsverlaufskurve bewirkten, aber auch zu einer »Pathologisierung ihrer Lebenserfahrungen« beigetragen haben. Carola Buchwald erzählte, dass man sie zunächst einmal »noch weiter runter gebracht« und dann »wieder aufgebaut« hätte. Sie wurde als »Workaholicerin eingestuft« und erfuhr, dass sie dies bereits »mit der Muttermilch eingesogen« hat. Aus den Psychotherapien nahm Frau Buchwald eine »Sprachschablone« für ihr gelebtes Leben mit, die sie während des Interviews benutzte. Es gelang ihr nicht, ihre Lebensgeschichte in Begriffen zu beschreiben, die ihr selbst zu Eigen sind und ihre Persönlichkeit ausdrücken. Die für sie erzählbaren Lebenserfahrungen – »Ich hab da so bestimmte Begriffe« – waren auf psychologisierende

Klischees reduziert. Gelernt hat sie, ihren Lebensentwürfen als berufstätige Frau in einer sozialistischen Gesellschaftsstruktur die Schuld an ihrem Kranksein zu geben.

Eine Stabilisierung ihrer nach Corbin/Strauss so bezeichneten Krankheitsverlaufskurve gelingt in dem Moment, als sie aus einer Selbsthilfegruppe austritt und sich selbst eine neue gesellschaftlich sinnstiftende Tätigkeit schafft, die ihrem biografischen Handlungsmuster entspricht und zugleich Arbeit an ihrer Körperkonzeption ermöglicht. Seit 1995 leitet sie zwei Seniorinnentanzgruppen und »das ist jetzt das, was mich ausfüllt, was mir unheimlich Freude macht«.

Die Krankengeschichte Carola Buchwalds zeigt im Hinblick auf eine bedarfsgerechtere Gesundheitsversorgung: Biografie lediglich als reine individuell-psychologische Kategorie aufzufassen statt als soziales Konstrukt, verkennt, dass Individualität und subjektives Handeln durch gesellschaftliche Strukturen bedingt werden und umgekehrt. Bei der zukünftigen Gestaltung eines patientInnenorientierten Gesundheitswesens sollte berücksichtigt werden, dass Menschen ihre Krankheit im Kontext ihrer Biografie bewältigen und dass darin oft ihre eigentlichen Bedarfe an Unterstützung und Versorgung begründet liegen. Im Verlauf ihrer Sozialisation entwickeln, etablieren und verändern sie aber auch Strategien und

Ressourcen, die beim Krankheitsbewältigungsprozess eine bedeutende Rolle spielen. Ein Mehr an Forschung und Wissen darüber könnte weitere wichtige Hinweise für Unterstützungsstrategien im Sinne des Enabling und Empowerments liefern.

(Literatur bei der Verfasserin)

Martina Wachtlin

Universität Bremen, Institut für Public Health und

Pflegeforschung (IPP),

Abteilung Prävention und Gesundheitsförderung,

Mail: wachtlin@uni-bremen.de

»... , die wissen, was ich geleistet habe.«

Das biografisch-narrative Interview im Kontext lernfeldorientierter Pflegeausbildung

Mit der neuen Berufsbezeichnung »Gesundheits- und KrankenpflegerIn« wächst der Anspruch, neben einem traditionell pathogenetisch orientierten Verständnis des Pflegeberufs (verbunden mit Prävention, Risikofaktorenmodell und expertokratischer Gesundheitsberatung und -schulung) ein am Modell der Salutogenese ausgerichtetes, umfassenderes Verständnis von Gesundheitseinsförderung zu etablieren. Das salutogene Verständnis bedeutet Orientierung am Subjekt mit seinen individuellen Ressourcen, seinem »Sense of coherence« und Selbstheilungspotenzial und erfordert eine intensive Auseinandersetzung mit dem einzelnen Patienten und seiner Biografie. Wie aber kann dieser Anspruch im Pflegeunterricht so vermittelt werden, dass es nicht bei reinen Lippenbekenntnissen bleibt, die in der Realität des klinischen Alltags schnellstens in Vergessenheit geraten? Diese Frage stellte sich den an der Entwicklung des Lernfeldes »Gesundheitsförderung und Prävention« beteiligten Lehrern der Bremer Krankenpflegeschule (BKS). Die Schule wird beim Prozess der Curriculumentwicklung durch die Abteilung Qualifikations- und Curriculumforschung des IPP (Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck, Sabine Muths) beraten und begleitet.

Inhaltliche Bezugspunkte des Lernfeldes, die sinnvoll und fächerintegrativ verbunden werden, bilden neben den Konzepten Gesundheitsförderung und Prävention die pflegerischen Aufgaben im Bereich Beratung und Schulung und die Gesundheits- bzw. Pflegeprobleme durch chronische Erkrankungen des Atemwegsystems und des Stoffwechsels. Um Zugang zum biografisch geprägten Sinngehalt von Gesundheit und Krankheit

sowie zu den Ressourcen von Patienten zu erhalten, entschied sich die Arbeitsgruppe methodisch für das biografisch-narrative Interview. Es wurde eine Patientin gefunden, die zu einem Interview, sozusagen als Pretest, bereit war. Der Nachmittag im Krankenzimmer von Frau S. stellte für den daran beteiligten langjährigen Krankenpfleger und Lehrer für Pflegeberufe eine völlig neue Erfahrung dar. Der Erzählfluss, induziert durch die Frage nach der persönlichen Geschichte der Erkrankung und nach den Personen, Ereignissen und Umständen, die geholfen haben, mit der Krankheit fertig zu werden, reißt für 45 Minuten kaum ab und ermöglicht eine völlig andere Sichtweise auf die Situation der Patientin als der Blick in die höchst umfangreiche Patientenakte, die sich verkürzt folgendermaßen beschreiben lässt: 81 Jahre, erkrankt an COPD (Chronisch Obstruktive Lungenerkrankung) und Diabetes Mellitus mit Spätfolgen, stationärer Aufenthalt wegen akut dekompensierter Herzinsuffizienz.

Diesen Diagnosen entsprechend stellt die Patientin ihren aktuellen Gesundheitszustand als schlecht dar und schildert zahlreiche Anlässe für Krankenhausaufenthalte:

»Aber so schlecht ist es mir lange nicht gegangen wie jetzt in letzter Zeit. Es lässt nach, also es lässt – zuviel hohes Fieber immer, und dann krieg ich auch Schimpfe, weil dann komm ich in der letzten Minute, wenn ich 38° habe, oder 38,2° muss ich sofort kommen. Aber ich komm denn immer, wenn das Fieber schon höher ist.«

Daneben lassen sich aber Ressourcen erkennen,

Sinndeutungen des gelebten Lebens und der gegenwärtigen Situation. Deutlich werden der Stolz auf verschiedene Lebensleistungen (u.a. die intensive pflegerische Versorgung von zwei Lebenspartnern) und die aktuellen Beziehungen zum Krankenhaus und zu den darin tätigen Menschen:

»Ich muss vorweg sagen: Ich war mit 50 Jahren Witwe und hab den Freund von meinem Mann nach zwei Jahren gepflegt. Ich war ja Krankenschwester. Der hatte Zucker, Lunge, dieselbe Krankheit, was ich heute habe. Haben sie ihm Knochen weggenommen am Fuß, den habe ich drei – wir haben 19 Jahre zusammengelebt – den hab ich drei Jahre rund um die Uhr gepflegt.« / »Ja, ich hab schwere Zeiten mitgemacht, mit ihm auch schwere Zeiten, mit meinem Mann auch. Die Pflege, was ich alles mit, was ich alles arrangiert habe. Also da muss ich sagen, im Hause und die F-Straße, da bei uns, die wissen, was ich getan habe, was ich geleistet habe.«

»Ja, acht Jahre komm ich hier ins Haus, bin sehr, sehr zufrieden, bin toll aufgenommen worden, immer hier im Haus und ich bin zum ersten Mal hier hergekommen mit keine Luft, Atemnot, öfter mit dem Krankenwagen, öfter so, eingeliefert worden – immer mit Bronchien.« / »Aber ich werde hier ja immer gut aufgenommen und ich kriege auch immer dies Zimmer hier, und die Schwestern sind hier einmalig. ... Das Haus ist mir, die Schwestern, die gehörn zu meiner Familie.« / »Und Chef (= Chefarzt; d. Verf.) hat mir auch versprochen, wenn ich im Sterben bin, will ich hier n kleines Zimmer (Stimme bricht, beginnt zu weinen 5 sec.). Ich war mit 50 Jahren schon Witwe, mein Mann an Krebs gestorben. Nun hab' ich so keine Sorgen. (Stimme normalisiert sich wieder). Mein Mann war Abteilungsleiter, ne gute Pension, von daher.«

Das Krankenhaus wird von der Patientin nicht etwa als durch Fremdbestimmung geprägte Institution, die sie aufgrund von Krankheit notgedrungen aufsuchen muss, dargestellt, sondern als soziale Heimat.

Die regelmäßigen akuten Verschlechterungen des Gesundheitszustandes sind daher zwar einerseits belastend, andererseits genießt die Patientin aber die Fürsorge, die ihr im Krankenhaus entgegengebracht wird. Sie deutet die Beziehung zu den Professionellen nicht rollenförmig, sondern diffus und familiär. Dieses Arrangement, das sie aufgrund ihres Status als Privatpatientin und ihrer finanziell gut abgesicherten

Situation aufrechterhalten kann, bildet eine wesentliche Ressource.

Das beschriebene Interview wird als Einstieg in das Lernfeld »Gesundheitsförderung und Prävention« dienen. Im weiteren Verlauf sollen die Schüler selbstständig biografisch-narrative Interviews mit Patienten führen und diese in Fallbesprechungen auswerten.

Sabine Muths

Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP),
Abteilung Qualifikations- und Curriculumforschung,
Mail: smuths@uni-bremen.de

Entwicklungslinien nachhaltiger kritisch-reflexiver identitätsfördernder Bildungsprozesse im Berufsfeld Pflege

Die ansteigenden Pflegebedarfe machen aus ökonomischer Sicht eine Differenzierung der Qualifikationsstufen der Bildungsgänge in den Bereichen Gesundheit und Pflege notwendig (z. B. Pflegehelferqualifikation, traditionelle dreijährige Pflegeausbildung, Bachelor of Arts Pflegewissenschaft). Die mit der ökonomisch motivierten Argumentation verbundene Separierung der Pflegetätigkeit in Planungs- und Steuerungsaufgaben einerseits und Verrichtungen andererseits legt für die Pflegehelferausbildung eine ausschließlich funktionale Qualifizierung für wenig komplexe Pflegesituationen nahe. Bei einer solchen Konzeption stellt sich nicht nur die Frage, ob sich pflegerische Aufgaben überhaupt auf unterschiedlich qualifizierte Personen verteilen lassen, sondern auch, ob damit die Bildungsansprüche der jungen Menschen genügend gewürdigt werden. Anstelle der beschriebenen Separierung ist daher Pflegebildung in einem Spannungsfeld bzw. Kontinuum zwischen Einstiegsqualifizierung (z. B. Pflegehelferqualifikation) und reflexiver Könnerschaft anzulegen. Reflexive Könnerschaft verweist auf die Entwicklung eines »doppelten Habitus« von praktischem Können und wissenschaftlicher Reflexivität. Entgegen einer auf funktionale Qualifikationen abzielenden Pflege(aus)bildung bedarf es in Anschluss an Klafki eines an zentralen Schlüsselproblemen orientierten kritisch-reflexiven Bildungsprozesses, in dem Auszubildende/Studierende/Pflegende in einem dialogischen und aufgeklärten Verhältnis zu sich, zu anderen sowie zu gesellschaftspolitischen, ökonomischen und ökologischen Entwicklungen stehen. Von zentraler Bedeutung einer so verstandenen Pflegebildung ist die Kompetenz- und Persönlichkeitsentwicklung in subjektorientierten Bildungsprozessen. Im Kontext dieses Bildungsverständnisses gilt es, das zuvor skizzierte Spannungsfeld nicht einseitig aufzulösen, sondern als Kontinuum zu verstehen, in dem Reflexions- und Deutungskompetenz sowie kritisch-reflexive identitätsfördernde Bildungsprozesse auf allen Qualifikationsniveaustufen im

berufsbiografischen Verlauf systematisch und institutionsübergreifend angebahnt werden.

Methodisch können diese Bildungsprozesse mittels verschiedener Formen rekonstruktiver Fallarbeit initiiert werden. So lassen sich beispielsweise kritisch-reflexive identitätsfördernde Bildungsprozesse über die Methode des critical incidence als Form des reflexiven Erzählens entwickeln. Im Zentrum dieses reflexiven Lernprozesses anhand paradigmatischer Fälle steht der subjektive Erlebnis- und Erfahrungshorizont der erzählenden Person. Im Prozess des reflexiven Deutens und Fallverstehens komplexer Handlungssituationen lassen sich verschiedene Perspektiven einnehmen, durch die neue Möglichkeiten des Denkens, Fühlens und Handelns aufgedeckt, Wissen erweitert sowie sogenannte Gewissheiten und Routinen hinterfragt werden können. Mit der Methode des critical incidence kann eine Verknüpfung bzw. eventuell auch eine Kontrastierung von biografischen und beruflichen Erfahrungen angeregt werden. In der Erzählung lässt sich aller Voraussicht nach die oft künstliche Trennung zwischen den Erfahrungsräumen einer Person überwinden. Durch das Aufzeichnen biografieorientierter Erzählungen, z. B. in Form von Tagebuchaufzeichnungen, können Einsichten über die eigene Biografie gewonnen werden, die für den weiteren Berufsverlauf oftmals bedeutsam sind. In diesem Prozess ist entscheidend, dass sich im Erzählen eine analytische Distanz zu den eigenen Erfahrungen entwickelt und darüber ein erstes Verstehen der eigenen Biografie aufschließt.

Um nachhaltige biografieorientierte Bildungsprozesse zu gewährleisten, bedarf es einer systematischen Implementierung reflexiver und fallverstehender Lehr-/Lernarrangements in den verschiedenen Lernorten. Dies erfordert eine curriculare Verankerung so ausgerichteteter Lehr-/Lernprozesse, in denen das Wechselspiel von Erfahrung, Reflexion und Handeln einer spiralförmigen Entwicklung in Form von reflexiven

Lernschleifen folgt. Eine wesentliche Voraussetzung für einen solchen dynamisierenden Pflegebildungsprozess besteht neben der institutionsübergreifenden Verschränkung der Lernorte in der Einrichtung von »Reflexionsorten«, wie bspw. Lern- bzw. Forschungswerkstätten.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass der dargelegte Pflegebildungsprozess im Spannungsfeld zwischen Einstiegsqualifizierung und reflexiver Könnerschaft als eine lebenslange Entwicklungsaufgabe betrachtet wird, die sich auf allen Qualifikationsstufen und damit auch auf Pflegehelferniveau stellt. Darüber wird einer Vereinseitigung ökonomisch motivierter Bildungs- und Qualifizierungsprogramme entgegen gewirkt und ein Qualitätsverständnis entwickelt, das seinen Ausgang von subjektorientierten Bildungs- und Lehr-/Lernprozessen nimmt und die Reflexions- und Deutungskompetenz im Kontext kognitiv-rationalen/leiblichen Fallverstehens als zentrale Qualitäts- bzw. Bildungskategorie versteht. Abschließend ist kritisch anzumerken, dass die Zukunft der Pflegebildung im Wesentlichen von der Weiterentwicklung der Lehrerbildung im Berufsfeld der Pflege abhängen wird und eine äquivalente Gestaltung der Lehrerbildung notwendig macht. Für die Ausbildungs- und Lehrerforschung stellt sich die Herausforderung, ihre Konzepte im Sinne einer forschenden und lernenden Fach-/Hochschuldidaktik weiter zu entwickeln.

(Literatur bei den Verfasserinnen)

Ulrike Böhnke

Mail: ulrike.boehnke@uni-bremen.de
Katharina Straß
Mail: kstrass@uni-bremen.de

Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Abteilung Qualifikations- und Curriculumforschung

Familienpflege und Angehörigenkarrieren

Ein neues Forschungsparadigma zur Belastung pflegender Angehöriger von chronisch kranken, älteren Menschen

Pflege in der Familie: Die Ausgangssituation

Die Folgeerscheinungen und –wirkungen von längerfristigen Krankheiten und Pflegebedürftigkeit haben nicht nur die Betroffenen selbst, sondern gleichfalls deren Familie zu tragen. Andere Bezugspersonen und soziale Netzwerke wie auch professionelle Einrichtungen sind zwar wichtig, gegenüber der Familie können sie aber als nachrangig betrachtet werden. Sie ist der zentrale Bezugsrahmen für das Auftreten von Krankheiten und für Lösungsstrategien zur Verarbeitung sowie zur Behandlung und Pflege.

Die Genesung und/oder Pflege eines Großteils chronisch kranker, älterer Menschen findet zu Hause statt; nur eine Initialphase der Behandlung wird im Krankenhaus verbracht. Rund 85% der pflegebedürftigen älteren Menschen in der Bundesrepublik leben derzeit zu Hause und werden dort versorgt und gepflegt. Vergessen wird dabei häufig, dass die Familie ständig in Gefahr ist, sich angesichts zahlreicher Anforderungen und Erwartungen zu überlasten. In solchen Fällen kann die Pflegeleistung der Familie selbst zum Erkrankungsrisiko werden. Die Betroffenen und die Familien müssen heute schon ein doppelt so hohes Maß an Hilfe- und Pflegebedürftigkeit bewältigen wie noch vor 40 Jahren. Dies hängt unter anderem damit zusammen, dass seit Jahren die durchschnittliche Größe der Familienhaushalte sinkt und seit 1950 in den Familien einer ständig steigenden Zahl Hilfe- und Pflegeabhängiger eine immer geringere Zahl jüngerer Helfer gegenübersteht.

Die Grenzen des Hilfspotentials ergeben sich sowohl aus lang andauernden physischen, psychischen, sozialen und ökonomischen Belastungen der pflegenden Angehörigen wie auch aus differenzierten einzelnen Belastungssituationen. Demzufolge stehen für die Familie nicht nur punktuelle Stressoren im Mittelpunkt, sondern länger andauernde Belastungsphänomene des Alltags. Belastung, aber auch Bewältigung, müssen somit in ihrer Prozesshaftigkeit und als ein Ineinandergreifen verschiedener Belastungsquellen verstanden werden.

Familienpflege und Angehörigenkarrieren: ein neues Forschungsparadigma

Ein wesentliches Ziel von Untersuchungen zur Bewältigung chronischer Krankheiten und Pflegebe-

dürftigkeit älterer Menschen im Rahmen der Familie liegt in der Ermittlung des Handlungspotentials der Familie in Abhängigkeit von den persönlichen, sozialen und materiellen Bedingungen ihres Alltags, seiner Neuorganisation und den damit verbundenen Belastungen. Die meisten Untersuchungen zur Familien- und Angehörigenbelastung fußen theoretisch auf der Annahme, diesen in seiner zeitlichen Dynamik komplexen Sachverhalt »linear« abzubilden. Sie beschäftigen sich fast ausschließlich mit den punktuellen Belastungen der pflegenden Angehörigen und unterstellen diese statische Situation pauschal für den gesamten Pflegeprozess.

Tatsächlich handelt es sich aber nicht um einen »Belastungsablauf« nach generellen Gesetzmäßigkeiten, sondern je nach Einbettung in die biografische, psychologische und soziale Gesamtsituation der Angehörigen um einen sich ständig verändernden Prozess mit einem hohen Maß an individueller Verschiedenheit.

Erstaunlicherweise liegen nur wenige Längsschnittuntersuchungen zur Pflegeerfahrung von Familien vor, die den Versuch unternehmen, die Adaptionmuster und die Formen des Problemkomplexes einer chronischen Krankheit in einem langfristigen, in Stadien zu beschreibenden Lernprozess der beteiligten Familienmitglieder zu untersuchen, um so zu einem differenzierten Verständnis von Belastung im Sinne von Angehörigenkarrieren zu gelangen.

Die Darstellung so zu gewinnender einzelner und typischer Formen des Umgehens von Angehörigen mit chronischer Krankheit und Pflegebedürftigkeit soll vor allem die einzelnen Deutungs- und Handlungstypen als Lösungsversuch der durch Alter und Krankheit aufgeworfenen Handlungsprobleme aufdecken, um schließlich jene Stellen zu identifizieren, an denen Lebensreserven blockiert sind und Unterstützung von außen ansetzen müsste. Denn erst die Erfassung verschiedener Dimensionen von Belastungen ermöglicht die Planung gezielter Interventionsstrategien.

Praktische Konsequenzen: Beratung und situationsangemessene Budgets

Für die häufig von der Pflege betroffenen Frauen hat dieser Ansatz trotz aller Belastung quasi eman-

zipatorischen Charakter: Bei den Frauen besteht eine hohe Bereitschaft, die Pflege eines Angehörigen zu übernehmen, obwohl diese Aufgabe i.a.R. mit der Reduzierung ihrer eigenen Lebensqualität einhergeht und häufig die Überzeugung vorhanden ist, dass die eigenen seelischen und körperlichen Kräfte sowie die sozialen, räumlichen und ökonomischen Möglichkeiten nicht ausreichen. Gleichwohl kommt in einem dynamischen, am Verlauf von Angehörigenkarrieren orientierten Ansatz zum Ausdruck, dass pflegende Frauen nicht zwangsläufig und linear dieser Situation ausgesetzt sind: Im Laufe eines Pflegeprozesses können sich auch Kompetenzen zur Veränderung und Abgrenzung entwickeln sowie Spielräume eröffnen, die zu einer Um- und Neugestaltung der Situation und schließlich auch Entlastung führen. Dieser Prozess muss beratend flankiert werden. Dazu fehlen derzeit noch entsprechende Angebote, es eröffnet sich aber in Zukunft ohne Zweifel ein Markt, vor allem für Berufe im Pflege- und Public Health Bereich. Auch leistungsrechtlich betrachtet liegt hier die Forderung nach innovativen, d.h. individuellen Lösungen der Unterstützung etwa seitens der Pflegeversicherung auf der Hand: Von rein schematisch konstruierten Geld- und Sachleistungen hin zu situativ angepassten Leistungen. Personenbezogene Pflegebudgets, wie sie jetzt in einigen Bundesländern modellhaft erprobt werden, müssen dabei nicht die alleinige Alternative sein.

Prof. Dr. Stefan Görres

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

Abteilung Interdisziplinäre Alterns- und Pflegeforschung,

Mail: sgoerres@uni-bremen.de



PROJEKTE AM IPP

Die GEK-Kaiserschnittstudie

In 10 Jahren erhöhte sich der Anteil der Entbindungen durch Kaiserschnitt in deutschen Krankenhäusern von 17 auf 27 Prozent. Als Gründe werden ein verändertes Risikoprofil der Schwangeren, z. B. ein höheres Durchschnittsalter, aber auch organisatorische und ökonomische Gründe genannt.

In jüngster Zeit wird häufig das Argument formuliert, es seien die Frauen selbst, die maßgeblich zum Anstieg der Kaiserschnittraten beitragen, weil sie vor den Ärzten und Ärztinnen – prominenten Vorbildern folgend – einen Kaiserschnitt einfordern, selbst wenn keine medizinische Indikation vorliegt (so genannter »Wunschkaiserschnitt«). Bislang existieren aber nur wenige Studien, die Motive und Entscheidungswege von Frauen untersuchen. Diese Lücke wird mit der GEK-Kaiserschnittstudie gefüllt.

2685 GEK-versicherte Frauen, die im Jahr 2004 per Kaiserschnitt entbunden hatten, erhielten im Sommer 2005 vom Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen (Prof. Dr. Petra Kolip) einen Fragebogen zugeschickt. In diesem Fragebogen wurde nach den Gründen für den Kaiserschnitt ebenso gefragt wie nach den persönlichen Erfahrungen und Einstellungen. Insgesamt 1339 Frauen, das sind 48%, haben den Fragebogen zurück geschickt, oft noch mit zusätzlichen ausführlichen Schilderungen ihrer persönlichen Erfahrungen.

In der Auswertung wurde unterschieden zwischen Frauen, bei denen die Entscheidung zur Schnittentbindung bereits vor der Geburt gefallen ist (primäre Sectio, 55% der Kaiserschnitte) und jenen, bei denen die Entscheidung unter der Geburt fiel (sekundäre Sectio, 45%). Bei der sekundären Sectio spielen medizinische Gründe eine erwartbar große Rolle: Bei 39% der Geburten sind die schlechten Herztöne des Kindes (CTG), bei 37% die protrahierte Geburt bzw. ein Geburtsstillstand der Auslöser für den Kaiserschnitt. Knapp die Hälfte der Frauen mit einem sekundären Kaiserschnitt hatte im Vorfeld diese Entbindungsform für sich persönlich für völlig unwahrscheinlich gehalten.

Für den primären Kaiserschnitt ist die Empfehlung des Arztes oder der Ärztin das Wichtigste: 60% der Befragten geben dies als Grund an, gefolgt von ungünstiger Lage/Steiflage des Kindes (41%), Angst um das Kind (39%) und Komplikationen in der Schwangerschaft (z. B. »Schwangerschafts-

vergiftung«, drohende Frühgeburt: 31%). Die im Kontext der Diskussion um den Wunschkaiserschnitt angeführten Argumente der besseren Planbarkeit, der Bequemlichkeit und der Schnelligkeit haben mit etwa 3% eine deutlich untergeordnete Bedeutung.

Die Ergebnisse der GEK-Studie zeigen, dass das Argument, es seien die Frauen selbst, die den Anstieg der Kaiserschnittraten verursachen, weil sie auch ohne medizinische Indikation auf eine Schnittentbindung drängen, ein Mythos ist. In der Studie konnten maximal 2% Frauen identifiziert werden, auf die die Definition eines Wunschkaiserschnitts zutrifft. Nach wie vor sind es überwiegend medizinische Gründe, die zu einer Sectio führen. Hier verlassen sich die Frauen auf die Empfehlung ihres Arztes bzw. ihrer Ärztin, die damit eine zentrale Aufgabe als Berater bzw. Beraterin haben. Viele Frauen bemängeln im Rückblick, dass das medizinische Personal zu

schnell einen Kaiserschnitt empfohlen hat und viele beklagen, dass sie nicht hinreichend über die Folgen aufgeklärt wurden. Hier sind Versorgungs- und Beratungskonzepte und -materialien zu entwickeln, die – auch unter Einbezug von Hebammen – sachliche Informationen bereit stellen und die Frauen und ihre Partner in die Lage versetzen, in Bezug auf den Kaiserschnitt eine informierte Entscheidung zu treffen.

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

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



Die BEA-Studie: Neue Studie gibt erstmals Überblick über Situation der Altenpflegeausbildung in Deutschland

Die Ausbildungsstrukturen und -bedingungen für die Pflegeberufe in Deutschland haben sich in jüngster Vergangenheit gravierend verändert. Die »Bundesweite Erhebung der Ausbildungsstrukturen an Altenpflegesschulen« (BEA) wurde als Forschungsprojekt der Abteilung Interdisziplinäre Alters- und Pflegeforschung (iap) am Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Universität Bremen durchgeführt. Die Ergebnisse der Studie verdeutlichen, wie auf allen Ebenen und bundesweit enorme Anstrengungen unternommen werden und noch anstehen, um den Herausforderungen moderner Pflege in Deutschland gerecht werden zu können.

Mit der vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) finanzierten BEA-Studie wurde Pionierarbeit geleistet. Die Studie liefert erstmals einen umfassenden Überblick über die Strukturen und Rahmenbedingungen der Altenpflegeausbildung in Deutschland.

Die BEA-Studie bringt bundesweit Erkenntnisse über die Umsetzung des Altenpflegegesetzes, das seit August 2003 in Kraft ist. Rund die Hälfte (303) der Altenpflegesschulen in Deutschland beteiligte sich an dieser Erhebung, 2.400 Datensätze aus Fragebögen an die Träger der praktischen Ausbildung wurden ausgewertet. Die Ergebnisse der Studie wurden auf

Einladung der Robert Bosch Stiftung in Berlin präsentiert. Das Fazit von Prof. Stefan Görres, Direktor am IPP Bremen, der die Studie durchgeführt hat: »Die Neuordnung der Altenpflegeausbildung durch das Altenpflegegesetz hat innovative Entwicklungen in den Altenpflegesschulen angestoßen. So wurde die Ausbildung im Wesentlichen vereinheitlicht, verbunden mit inhaltlicher Profilbildung und neuen Ausbildungskonzepten.«

Der Parlamentarische Staatssekretär beim BMFSFJ, Dr. Hermann Kues, unterstreicht die Bedeutung der Studie für die Entwicklung der Altenpflegeausbildung und betont: »Diese Erhebung zeigt, dass das Altenpflegegesetz die Ausbildung auf einen klaren Modernisierungskurs gebracht hat. Vor allem das Engagement der Altenpflegesschulen und das steigende Interesse junger Menschen an der Altenpflegeausbildung belegen die hohe Akzeptanz der Neuregelungen.«

Aus der BEA-Studie geht deutlich hervor, dass es zu wenige Ausbildungsplätze für die steigende Zahl von Bewerberinnen und Bewerbern für die Altenpflegeausbildung gibt. Dazu Dr. Hermann Kues: »Ich appelliere ganz besonders an die Träger von Pflegeeinrichtungen, sich noch stärker in der Altenpflegeausbildung zu engagieren. Wir brau-

chen einen Ausbildungsmarkt, der attraktiv ist für zukünftige Fachkräfte. Stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen haben eine besondere betriebliche und gesellschaftliche Verantwortung für die Sicherung des Berufsnachwuchses.«

Nach der BEA-Studie werden Altenpflegesschulen überwiegend von Frauen geleitet, die in der Mehrzahl über einen akademischen Abschluss verfügen. Sehr viele Lehrkräfte an den Schulen haben eine pflegerische Ausbildung und eine pädagogische Fachweiterbildung, in geringerem Umfang einen akademischen Abschluss.

Die Robert Bosch Stiftung wertet den Trend zur Akademisierung insgesamt positiv, sieht aber gleichzeitig noch eine lange Wegstrecke, bis die Hochschulqualifizierung bei Pflegelehrern den Standard darstellt.

Informationen: Prof. Dr. Stefan Görres
 Universität Bremen, Institut für Public Health
 und Pflegeforschung (IPP), Abteilung
 Interdisziplinäre Alters- und Pflegeforschung,
 Mail: sgoerres@uni-bremen.de,
www.iap.uni-bremen.de

Pilotstudie zur Entwicklung der Versorgungsqualität des Klinikverbunds Bremen

Seit April 2006 führt das Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Universität Bremen, in Kooperation mit externen Partnern eine sechsmonatige Pilotstudie mit dem Titel »Entwicklung der Versorgungsqualität des Klinikverbunds Bremen (GesundheitNORD gGmbH): Eine interdisziplinäre wissenschaftliche Evaluation durch die Universität Bremen« durch. Damit wird in höchst innovativer Form das Ziel verfolgt, die Entwicklung eines klinik-internen Qualitätsprofils auf Basis internationaler Standards der Qualitätsforschung zu untersuchen. Der Krankenhaussektor in Deutschland ist durch die Umstellung im Vergütungssystem und gestiegene Qualitätsanforderungen vor seine größte Herausforderung nach Beendigung der ökonomischen Prosperitätsphase in Deutschland gestellt. Die Positionierung der Krankenhäuser im Feld der medizinisch/

pflegerischen Versorgung wird künftig stärker als in der Vergangenheit durch den Qualitätswettbewerb zwischen den Anbietern stationärer, zwischenstationärer und ambulanter Versorgung gekennzeichnet sein. Es zeichnet sich bereits jetzt ab, dass einzelne Krankenhäuser beginnen, über die gesetzlichen Mindestanforderungen an die Qualitätsberichte hinauszugehen. Hinzu kommt, dass relativ selten die Chance genutzt wird, mit den Routinedaten aus Diagnostik und Therapie zusätzlich Qualitätsparameter zu verknüpfen, die analysiert und ausgewertet werden können. Gerade hier besteht die Möglichkeit, Qualitätsindikatoren zu generieren, die sowohl intern als auch extern von hohem Interesse sind. Die Universität legt am Ende der Pilotphase ein Studiendesign für ein mehrjähriges Projekt vor, über dessen Bewilligung dann in der GesundheitNORD gGmbH entschieden wird.

Das Projekt wird geleitet von Prof. Dr. phil. habil. Stefan Görres, Direktor am IPP der Universität Bremen, und Prof. Dr. med. Norbert Schmacke, Leiter der Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung der Universität Bremen.

Informationen: Prof. Dr. Stefan Görres
 Universität Bremen, Institut für Public Health
 und Pflegeforschung (IPP), Abteilung
 Interdisziplinäre Alters- und Pflegeforschung,
 Mail: sgoerres@uni-bremen.de,
www.iap.uni-bremen.de
Prof. Dr. Norbert Schmacke
 Universität Bremen, Arbeits- und Koordinierungs-
 stelle Gesundheitsversorgungsforschung,
 Mail: schmacke@uni-bremen.de

QUALIFIKATIONSARBEITEN

Magisterarbeit Aufbaustudiengang Public Health

Begleitmedikation bei ADHS unter besonderer Berücksichtigung von Antiepileptika und Psycholeptika anhand von Routinedaten der GKV

Zur Behandlung von ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung) werden hauptsächlich Medikamente mit dem Wirkstoff Methylphenidat eingesetzt und die Verordnungszahlen für diese Arzneimittel sind in den letzten zehn Jahren rasant gestiegen. Methylphenidat wurde 1944 von Leandro Pannizon, Arzneimittelchemiker einer schweizerischen Arzneimittelfirma, synthetisiert und kam später als Ritalin® auf den Markt. Inzwischen gibt es neben Ritalin® weitere Medikamente mit dem Wirkstoff Methylphenidat. Eingesetzt wird die Substanz als Psychostimulans zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS. Obwohl der Arzneistoff nun seit mehr als 50 Jahren auf dem Markt ist, weiß man kaum etwas darüber, welchen Einfluss die Substanz auf das sich entwickelnde Gehirn von Kindern ausübt und welche unerwünschten Wirkungen auftreten können, besonders dann, wenn die Kinder und Jugendlichen mit weiteren psychotropen Medikamenten behandelt werden. Für die eindeutige Diagnosestellung von ADHS existieren bislang keine ausreichend evidenzbasierten Kriterien, so dass man vermuten kann, dass auch Kinder und Jugendliche ohne eindeutige ADHS-Diagnose mit diesen Medikamenten behandelt werden. Kinder und Jugendliche mit ADHS weisen eine hohe Komorbidität auf. Bei der ADHS-Diagnose sollen laut Leitlinien andere mögliche Ursachen für auffälliges Verhalten differentialdiagnostisch abgeklärt werden. Die Verordnung aller Medikamente, die einen Einfluss auf den Hirnstoffwechsel haben, sollte nur von Ärzten erfolgen, die besondere Kenntnisse in der Behandlung von psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendli-

chen nachweisen können. Besonders die gleichzeitige Gabe von Stimulantien, wie Methylphenidat, Antiepileptika und Psycholeptika, kann problematisch sein. In den Fachinformationen zu Präparaten mit dem Wirkstoff Methylphenidat wird darauf hingewiesen, dass bei entsprechend disponierten Patienten die Krampfschwelle herabgesetzt werden kann und es somit durch die Einnahme dieser Substanz zur Auslösung oder zur Häufung epileptischer Anfälle kommen kann. Weiterhin können psychotische Episoden auftreten, wenn Methylphenidat an Patienten gegeben wird, die an Erkrankungen des schizophränen Formenkreises leiden.

Vor diesem Hintergrund wurden die GEK (Gmünder ErsatzKasse) Verordnungsdaten derjenigen Kinder und Jugendlichen analysiert, die im Jahr 2003 sowohl Methylphenidat als auch Antiepileptika oder Psycholeptika erhalten haben. Bei Versicherten mit den entsprechenden Verordnungen im Jahr 2003 wurden die Verordnungsdaten rückblickend bis zum Jahr 2000 betrachtet, um festzustellen, welche der Verordnungen zuerst erfolgt war: eine Verordnung mit Methylphenidat oder eine Verordnung eines Antiepileptikums resp. Psycholeptikums.

In den untersuchten Verordnungsdaten erhalten Kinder und Jugendliche mit Methylphenidat-Verordnungen häufiger Antiepileptika und Psycholeptika-Verordnungen als Kinder und Jugendliche ohne diese Verordnungen. Aufgrund des Wissens darüber, dass Methylphenidat die Krampfschwelle herabsetzen kann und es dadurch möglicherweise zur Auslösung epileptischer

Anfälle kommt, könnte man vermuten, dass die Verordnungen der Antiepileptika im Zeitverlauf nach der Methylphenidat-Verordnung erfolgen, sozusagen durch eine Methylphenidatgabe erst notwendig werden. Diese Vermutung konnte durch diese Analyse der Verordnungsdaten nicht bestätigt werden.

Anders sieht es bei der Kombination von Psycholeptika und Methylphenidat aus. Die Verordnung von Psycholeptika erfolgte in 2/3 der Fälle nach einer Methylphenidat-Verordnung. Die Frage ist, ob die ADHS-Diagnosen sorgfältig genug gestellt wurden oder durch die Einnahme von Methylphenidat-Präparaten u. U. Psychosen zum Ausbruch kamen und dadurch eine anschließende Behandlung mit Psycholeptika notwendig wurde. Es ist aber auch möglich, dass der synergistische Effekt beider Arzneimittel bei der Behandlung schwerer psychischer Störungen genutzt wird.

Zukünftig wird der Einsatz Methylphenidat-haltiger Präparate vermutlich weiter zunehmen. Daher muss der Umgang mit dieser Substanz sozial-pharmazeutisch beobachtet, analysiert und bewertet werden. Zumindest die Erstverordnung aller psychotropen Medikamente sollte von Ärzten mit entsprechender fachlicher Qualifikation ausgestellt werden und die Möglichkeit zur Verordnung dieser Medikamente sollte zeitlich begrenzt werden. Nach den anerkannten Leitlinien der Fachgesellschaften gehört zur Behandlung von ADHS neben einer eventuell notwendigen medikamentösen Therapie eine psychosoziale Betreuung der Patienten und gegebenenfalls der Eltern. Plakativ wird oft betont, dass Kinder »unsere Zukunft« sind. Es kann nicht akzeptiert werden, dass viele Kinder und Jugendliche über lange Zeit mit Arzneistoffen wie z. B. Methylphenidat behandelt werden, über deren Wirkung bei Langzeitanwendung kaum etwas bekannt ist. Im Sinne betroffener Kinder und Jugendlicher müssen sie und ihre Eltern, aber auch die Öffentlichkeit umfassend über ADHS hinsichtlich Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten informiert werden.

(Literatur bei der Verfasserin)

Edda Würdemann

MPH, Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik,

AG Arzneimittelanwendungsforschung,

Mail: wuerdemann@zes.uni-bremen.de



Promotionsprojekt

Lebensqualität krebserkrankter Frauen und Männer – rekonstruierte Krankengeschichten und ihre Bedeutung für Modifizierungen bestehender Versorgungsstrukturen

Frauen und Männer, die mit einer Krebserkrankung leben, verfügen sozialisationsbedingt über unterschiedliche Möglichkeiten mit ihrer Krankheit umzugehen. Die Krankheit bestimmt ihr Leben, reziprok beeinflusst nach Corbin und Strauss ihre Lebensgeschichte die Art des Umgangs mit der Krankheit. Die Betrachtung von Biografien und Krankengeschichten als Gegenstand von Public Health wäre ohne eine Genderperspektive wenig sinnvoll. Was empfinden krebserkrankte Frauen und Männer als Lebensqualität? Wie verändern sich gegebenenfalls Vorstellungen von Lebensqualität im Verlauf des Krankheitsbewältigungsprozesses? Welche Art der Intervention wirkt sich aus ihrer Perspektive wie, in welcher Phase des Krankheitsverlaufes, weshalb, positiv oder negativ auf ihre Lebensqualität aus? Und: Inwieweit beeinflussen die Vorstellungen von Lebensqualität betroffener Männer und Frauen den Entscheidungsfindungsprozess bezüglich möglicher Interventionsangebote? Dies sind primäre Forschungsfragen eines neuen Promotionsprojektes am IPP, Abteilung Prävention und Gesundheitsförderung.

Lebensqualität trotz einer chronischen oder lebenslimitierenden Krebserkrankung ist im Hinblick auf

die Parameter Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Gesundheitsversorgung durchaus ein zentraler Gesichtspunkt. Der bisher benutzte Begriff der Lebensqualität, der mit unterschiedlichen, expertenzentrierten Befragungsinstrumenten zu erfassen versucht wird, greift aus der Perspektive der Theorie der Krankheitsverlaufskurve von Corbin/Strauss jedoch noch zu kurz. Arbeitsdefinitiv wird Lebensqualität als eine latente soziale Konstruktion verstanden, die je nach Verlaufskurvenentwürfen und Handlungsplänen der Betroffenen variiert.

Dies empirisch nachvollziehbar offen zu legen, erfordert einen Forschungsansatz wie den der Grounded Theory nach Glaser und Strauss. Das Forschungsdesign sieht vor, Frauen und Männer, die an Darmkrebs erkrankt sind, zunächst einmalig narrativ (nach Schütze) zu ihrer Lebensgeschichte zu interviewen. In Folge werden die betroffenen Frauen und Männer über einen bestimmten Zeitverlauf und entlang der jeweils betreffenden Versorgungskette mit weiteren leitfadengestützten Interviews begleitet, um den Verlaufskurvencharakter der Krankheitsbewältigung und die Änderungssensitivität des Phänomens Lebensqualität empirisch zu erfassen. Die Auswertung der Interviews erfolgt in Anlehnung an die

Methodik biografischer Fallrekonstruktionen nach Gabriele Rosenthal. Durch die Rekonstruktion von erlebten und erzählten Lebens-/Krankengeschichten sollen Erkenntnisse darüber generiert werden, wie sich Krankheitsverlaufskurven und der sozial konstruierte Lebenslauf verbinden, wie Strategien der Krankheitsbewältigung und Lebensbewältigung miteinander gekoppelt sind und was Lebensqualität bedeutet, wenn man sie nicht als ein einfach messbares, über Indikatoren abfragbares Phänomen betrachtet, sondern als eine soziale Konstruktion, die sich im Prozess des Erlebens von Krankheit verändert. Ziel der Forschung ist es, Erkenntnisse für eine gendersensible Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung zu generieren. Im Fokus steht jedoch der erwartete Erkenntnisgewinn, wie bestehende Versorgungsstrukturen im Sinne von mehr Lebensqualität modifiziert werden könnten.

(Literatur bei der Verfasserin)

Martina Wachtlin

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

Abteilung Prävention und Gesundheitsförderung,

Mail: wachtlin@uni-bremen.de

Promotionsprojekt in Planung

Subjektive Gesundheitskonzepte im Alter und ihre Bedeutung für eine gesundheitsfördernde Altenpflege

»How we define health has implications for theory, practice, policy and health promotion«

(Marks et al. 2000)

Die Initiativen der Bundesregierung zur Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention beziehen sich auf alte Menschen in allen Lebensstufen. Bei genauerer Betrachtung wird jedoch deutlich, dass mit den Aktionsprogrammen unter der Überschrift »Gesundheit im Alter« zumeist relativ gesunde Menschen im mittleren Lebensalter angesprochen werden. Zielset-

zung dieser Kampagnen ist primär die Vermeidung von Hilfs- und Pflegebedürftigkeit.

Hingegen fehlen zielgruppenspezifische gesundheitsfördernde Maßnahmen, welche die Steigerung oder den Erhalt von Lebensqualität bei bereits bestehendem Pflegebedarf verfolgen. Noch im hohen Alter können verlorene Fähigkeiten wieder gewonnen, Krankheitsgefahren abgewehrt bzw. bereits eingetretene chronische Krankheiten im Verlauf günstig beeinflusst werden. Hinzu kommt, dass insbesondere das emotionale und soziale Wohlbefinden pflegebe-

dürftiger alter Menschen gefördert werden kann. Dieses übt einen bedeutenden Einfluss auf ihre Gesundheit, ihre Lebensqualität und ihre Lebenszufriedenheit aus.

Die Gesundheitsförderung bei alten Menschen mit Pflegebedarf stellt heute und in Zukunft eine elementare Aufgabe der (Alten-)Pflege dar. Diesbezüglich stattfindende Pflegeinterventionen sind bisher überwiegend einseitig und im Sinne der Prävention auf die Verhinderung oder Kompensation von körperlichen Defiziten ausgerichtet. Dabei bleiben individuelle

Ressourcen und persönliche Gesundheitsziele des alten Menschen oftmals unberücksichtigt.

Erst das Wissen über die Gesundheitsvorstellungen des Pflegeempfängers ermöglicht den professionell Pflegenden das gemeinsame Setzen von Zielen und das Planen geeigneter Maßnahmen zur Erreichung dieser Ziele. Was versteht ein Mensch unter Gesundheit? Welche Begriffe und Vorstellungen verbindet er/sie damit? Inwieweit nimmt er/sie die eigene Gesundheit in seiner jetzigen Situation als beeinflussbar wahr?

Die Vorstellungen eines Menschen von dem Begriff Gesundheit unterliegen einer Reihe von Einflussfaktoren, z. B. der sozialen Herkunft, dem Bildungsgrad, dem Geschlecht, der Lebensphase oder dem Alter. Darüber hinaus tragen bisherige Erlebnisse und Erfahrungen mit Gesundheit und Krankheit maß-

geblich zu der Entwicklung subjektiver Konzepte bei. Sie sind folglich veränderbar und stehen in engem Bezug zu der Biografie eines Menschen. Während Person A Gesundheit primär mit Leistungsfähigkeit verknüpft, kann für Person B die Schmerzfreiheit und für Person C das Vorhandensein sozialer Kontakte im Vordergrund stehen. Dieser Vielfalt an Konzepten entsprechend können Pflegehandlungen zur Förderung der Gesundheit nur dann erfolgreich und für alle Beteiligten zufrieden stellend sein, wenn sie an den subjektiven Vorstellungen und damit verbundenen Bedürfnissen des zu pflegenden alten Menschen ansetzen.

Im Rahmen einer qualitativen Studie, deren Konzeption derzeit in der Entwicklung ist, sollen subjektive Gesundheitskonzepte alter Menschen im Pflegeheim untersucht werden. Die Erhebung erfolgt mithilfe leitfadengestützter Interviews zu den Themen

Gesundheit und Gesundheitsförderung im Alter. Die Forschungsarbeit setzt sich zum Ziel, anhand der nachfolgenden Analyse den Bedarf an gesundheitsförderlichen Maßnahmen in der Altenpflege zu ermitteln und auf dieser Grundlage mögliche Strategien zu deren Umsetzung zu entwerfen. Die Ergebnisse der geplanten Studie sollen dabei keine Vorgaben darstellen. Sie zeigen vielmehr das Spektrum möglicher Bedarfe und Pflegehandlungen auf und sensibilisieren für die Gesundheitsvorstellungen des Einzelnen.

(Literatur bei der Verfasserin)

Svenja Schmitt

Universität Bremen, Institut für Public Health

und Pflegeforschung (IPP), Abteilung

Interdisziplinäre Alters- und Pflegeforschung (iap),

Mail: sschmitt@uni-bremen.de

AKTUELLES

Neue Hochschullehrerin am IPP

Gabriele Meyer hat im Juni 2006 im Fachbereich 11 der Universität Bremen eine Juniorprofessur für Pflegewissenschaft mit dem Schwerpunkt »Theoretische Grundlagen und Klinische Pflegeforschung« angetreten. Die Professur ist in der Abteilung Interdisziplinäre Alters- und Pflegeforschung (iap) des Instituts für Public Health und Pflegeforschung angesiedelt.

Nach einer Ausbildung zur Krankenschwester und mehrjähriger beruflicher Tätigkeit in der stationären und ambulanten Kranken- und Altenpflege studierte Gabriele Meyer an der Universität Hamburg Gesundheit und Deutsch für das Lehramt Oberstufe-Berufliche Schulen. 2004 promovierte sie und war insgesamt

sieben Jahre als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität Hamburg im Arbeitskreis von Frau Professor Dr. Ingrid Mühlhauser tätig. Dort hat Gabriele Meyer mehrere klinische Studien bearbeitet. Seit April 2004 hat sie hauptverantwortlich zwei große Studien mit 86 Hamburger Alten- und Pflegeheimen zu freiheitseinschränkenden Maßnahmen und zur Vorhersage von Sturzereignissen durchgeführt. Die Schwerpunkte ihrer wissenschaftlichen Tätigkeit sind klinische Forschung zu Pflegethemen des höheren Lebensalters sowie Methoden und Vermittlungsprozesse der Evidenz-basierten Pflege und Gesundheitsversorgung.



Prof. Dr. Gabriele Meyer

Universität Bremen, Institut für Public Health

und Pflegeforschung, Abteilung Interdisziplinäre

Alters- und Pflegeforschung (iap),

Mail: GabrieleMeyer@uni-bremen.de

Neues Studienkonzept

»Master of Public Health« in Emden erfolgreich akkreditiert

Seit 22. März 2006 ist der neu strukturierte Studiengang »Master of Public Health« in Emden an der Fachhochschule Oldenburg/Ostfriesland/Wilhelms- haven akkreditiert. Dieser Weiterbildungsmaster wendet sich speziell an Berufstätige. In dem sechs-

semestrigen Studiengang werden schwerpunktmäßig Prävention und Gesundheitsförderung, aber auch Qualitätsmanagement und Forschungsmethoden gelehrt.

Weitere Informationen unter: www.fh-oow.de/sowe/.

Kontakt: Ursel Wosing-Narr

Mail: pheinden@fh-o- emden.de

Prof. Dr. Frauke Koppelin

Mail: frauke.koppelin@fh-o- emden.de

PROMOTIONSKOLLEG

NutzerInnenorientierte Gesundheitssicherung

Seit 1. April diesen Jahres sind die Kollegiatinnen und Kollegiaten des von der Hans-Böckler-Stiftung geförderten Promotionskollegs »NutzerInnenorientierte Gesundheitssicherung« am Fachbereich 11 der Universität Bremen komplett und stellen sich nachfolgend in aller Kürze vor. Zusätzliche Informationen zu jeder/m einzelnen und den jeweiligen Promotionsvorhaben finden sich unter der Überschrift »Promotionskolleg Hans-Böckler-Stiftung« auf der Homepage des IPP (www.public-health.uni-bremen.de).

Abbildung (von links nach rechts):

Sarah Mümken, M. A., studierte an der Universität Münster Soziologie (HF), Psychologie und Wirtschaftspolitik und promoviert zu dem Thema »Analyse der gesundheitlichen Situation von Frauen in »prekären« Beschäftigungsverhältnissen. Ansatzpunkte für die Gesundheitsförderung«.

Nicole Höfling-Engels, Dipl. Sozialpädagogin/ Sozialarbeitswissenschaftlerin, studierte an der Universität Bremen und promoviert zum Thema »Wechsel-Jahre der Frau. Zur Konstruktion einer weiblichen Lebensphase im Spannungsfeld biomedizinischer, soziokultureller und biografischer Dimensionen«.

Marion Rehm, Dipl. Gesundheitswissenschaftlerin, studierte an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften in Hamburg und promoviert zum Thema »Umsetzung von Case Management durch Krankenhäuser – Zielsetzung und NutzerInnenorientierung«.



Matthias Zündel, Erstes Staatsexamen Lehramt Oberstufe – Berufliche Schulen, studierte an der Universität Hamburg und promoviert zum Thema »Subjektorientierte Bewegungskompetenz in der Pflegeausbildung«.

Kati Mozygemba, Dipl. Soziologin, studierte an der Universität Dresden und promoviert zum Thema »Die Schwangerschaft als Statuspassage im Kontext einer nutzerInnenorientierten Gesundheitssicherung«.

Ulla Krause, Dipl. Politologin, studierte an der Universität Bremen und promoviert zum Thema »Hausarztzentrierte Versorgung in Deutschland aus der NutzerInnenperspektive«.

Bahar Qurban, Dipl. Psychologin, studierte an der Universität Bremen und promoviert zum Thema »Partizipative und institutionelle Verschränkung von Arbeitsschutz und Public Health«.

Daniel Lüdecke, Dipl. Gerontologe, studierte an der Universität Vechta und promoviert zum Thema »Nachhaltiges, nutzerorientiertes Schnittstellenmanagement im Rahmen der integrierten Pflegeversorgung«.

Promotionskolleg

NutzerInnenorientierte Gesundheitssicherung

Universität Bremen,

Mail: promotionskolleg@uni-bremen.de

Fachtag: »Perspektiven der NutzerInnenorientierung: Welchen Nutzen haben die NutzerInnen?«

Fachtag des von der Hans-Böckler-Stiftung geförderten Promotionskollegs »NutzerInnenorientierte Gesundheitssicherung« (Fachbereich 11, Universität Bremen), am 08.12.2006, von 10–17 Uhr im Haus der Wissenschaft, Bremen

Der Fachtag leistet einen Beitrag zur gegenwärtig verstärkten Diskussion der NutzerInnenorientierung im Gesundheitswesen. Ziel ist es, verschiedene Ansatzpunkte der NutzerInnenorientierung zu thematisieren

und Widersprüche und Unklarheiten gemeinsam mit verschiedenen VertreterInnen aus Wissenschaft und Praxis aufzuzeigen. Dazu soll auch Fragen nachgegangen werden, die häufig im Zuge der öffentlichen Debatten unbeantwortet bleiben: Wer sind die NutzerInnen des Gesundheitssystems? Was wollen diese selbst und welcher Nutzen und welche Pflichten ergeben sich für sie? Welche Rolle spielen Institutionen und Organisationen, wie z. B. Krankenhäuser und Krankenkassen, in diesem Zusammenhang? WissenschaftlerInnen, PraktikerInnen, LeistungsanbieterInnen,

LeistungsempfängerInnen und alle Interessierten sind zu diesem Fachtag herzlich eingeladen. Um Anmeldung wird gebeten!

Nähere Informationen zu dem veranstaltenden Promotionskolleg und dem Fachtag erhalten Sie unter www.public-health.uni-bremen.de/?file=studium/promotionskolleg.

Kontakt und Anmeldung:

Mail: promotionskolleg@uni-bremen.de

VERANSTALTUNGEN

Karrierechancen im Spannungsfeld von Berufsfeldentwicklung und Identitätsbildung

Tagungsbericht

Anlass für das Thema des ersten Tags der Fachtagung »Gesundheit und Pflege« im Rahmen der Hochschultage Berufliche Bildung, die in diesem Jahr vom 15. – 17. März an der Universität Bremen stattfanden, ist die Beobachtung, dass sich die Pflegeausbildung gegenwärtig differenziert. Neben den traditionellen dreijährigen Berufsausbildungen werden einerseits Bildungsgänge unter diesem Niveau, zweijährige Bildungsgänge für z. B. Sozial- und Pflegehilfe an Berufsschulen, und andererseits Bildungsgänge über diesem Niveau, z. B. (ausbildungsintegrierte) Bachelorstudiengänge an Fachhochschulen oder wie an der Universität Bremen pflegewissenschaftliche Bachelorstudiengänge, die bereits eine abgeschlossene Berufsausbildung voraussetzen, eingerichtet. Im Mittelpunkt der Fachtagung standen die Implikationen dieser verschiedenen Bildungsgänge für die Professionalisierung des Berufsfeldes einerseits und die Identitätsbildung und die Karrierechancen der SchülerInnen andererseits.



■ Um die Professionalisierung der Face-to-Face-Pflege zu verbessern, sind stärker kooperative anstelle tayloristischer Formen der Arbeitsorganisation erforderlich, bei denen niedriger und höher qualifizierte Pflegenden sowie weitere Berufsgruppen zusammen arbeiten.

Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck, Ulrike Böhnke, Katharina Straß, Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Abteilung Qualifikations- und Curriculumforschung, Mail: darmann@uni-bremen.de

Im Rahmen der Fachtagung wurden zum einen konkrete Bildungsangebote vorgestellt (Bildungsgänge für Pflegehilfe und Sozialpflege, ein primärqualifizierender Bachelorstudiengang), zum anderen wurde die Entwicklung der Pflegebildungsstrukturen in Vorträgen unter einem europäischen Blickwinkel (Prof. Dr. Karin Reiber), unter Bildungsgesichtspunkten (Ulrike Böhnke, Katharina Straß) und unter der Perspektive der Frauenforschung (Prof. Dr. Helga Krüger) beleuchtet.

In der abschließenden, von Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck moderierten Podiumsdiskussion wurden folgende Punkte diskutiert:

- In einem gestuften Qualifikationsmodell muss Durchlässigkeit gewährleistet werden.
- Welche Kompetenzen für welche pflegerischen Aufgaben erforderlich sind und ob pflegerische Aufgaben überhaupt ohne Qualitätsverlust auf unterschiedlich qualifizierte Personen verteilt werden können, ist zukünftig anhand von empirischen Studien zu untersuchen.

Bremer GesundheitsDialog

Das Programm des Bremer GesundheitsDialogs steht in der zweiten Jahreshälfte 2006 unter dem Motto »Schwere Erkrankungen / Alterserkrankungen und Versorgung am Lebensende«. Der Bremer GesundheitsDialog ist eine seit einigen Jahren von der Ärztekammer Bremen, dem Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS) und dem Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales getragene Veranstaltungsreihe zu evidenzbasierter Patienteninformation. Er möchte Bürgerinnen und Bürger bei ihrer Suche nach Rat und Information unterstützen und ein Forum bieten,

auf dem sie sich mit ausgewiesenen Expertinnen und Experten austauschen können. Thema der Diskussionsabende sind ausgewählte Krankheitsbilder oder gesundheitspolitische Themen. Selbsthilfegruppen, Einrichtungen im Bremer Gesundheitswesen und andere Interessierte sind eingeladen, die Themenabende mit zu gestalten.

Kontakt:

Dr. Ingeborg Jahn, Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS), Telefon: 0421 5 95 96 52,

Mail: dialog@gesundheit.bremen.de.

**Interdisziplinäre Fachtagung,
20./21. April 2007 Universität Bremen**

Rekonstruktive Fallarbeit und Fallverstehen in den Berufsfeldern Gesundheit und Pflege

Professionelles Handeln in den Berufsfeldern Gesundheit und Pflege, das in Interaktionsprozessen auf die autonome Lebenspraxis der beteiligten Akteure gerichtet ist und damit klinische Urteilsbildung erfordert, setzt bei den Professionellen kritisch-reflexive Deutungskompetenz voraus. Im Zentrum der Fachtagung stehen Theorie und Anwendung verschiedener »Spielarten« rekonstruktiver Fallarbeit. Anhand von Datenmaterial aus den unterschiedlichen Handlungsfeldern der Pflege- und der Unterrichtspraxis werden zum einen in Vorträgen methodengeleitete Verfahren der rekonstruktiven Sozialforschung diskutiert und zum anderen in den Workshops methodisch-didaktische Verfahren der rekonstruktiven Fallarbeit erarbeitet, die auf kognitiv-rationales und leibliches Fallverstehen ausgerichtet sind. Ein wesentliches Ziel der Fachtagung ist die Auseinandersetzung mit Chancen und möglichen Schwierigkeiten rekonstruktiver Fallarbeit in Hinblick auf eine Professionalisierung der Berufsfelder Gesundheit und Pflege.

Die Fachtagung wird von der Abteilung Qualifikations- und Curriculumforschung des IPP organisiert und richtet sich an Hochschullehrende und Studierende der Gesundheits-/Pflegewissenschaften, Berufspädagogik und Sozialarbeitswissenschaften sowie an Lehrer/innen der Berufsfelder Gesundheit und Pflege.

Kontakt und Info:

**Ulrike Böhnke, Universität Bremen, IPP Bremen,
Abteilung Qualifikations- und Curriculumforschung,
Telefon: 0421 218-7582,
Mail: ulrike.boehnke@uni-bremen.de,
www.curriculumforschung.uni-bremen.de**

Anmeldung:

**Renate Weber, Fachbereich 11 – Human- und Gesundheitswissenschaften, Studiengang Pflegewissenschaft,
Telefon: 0421 218-7242,
Mail: weberr@uni-bremen.de**

NEUERSCHEINUNG

Ärztekammer Bremen

Neue Broschüre zu Häuslicher Gewalt

Die Ärztekammer Bremen hat sich mit der Broschüre »**Diagnose: Häusliche Gewalt – Ein Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte**« einem wichtigen Thema angenommen. Die Broschüre wendet sich an Ärztinnen, Ärzte und Fachkräfte und gibt Auskunft über Ausmaß, Folgen und Dynamik häuslicher Gewalt. Neben einer kurzen Definition von häuslicher Gewalt und ausgewählten Ergebnissen aus epidemiologischen Untersuchungen geht es vor allem darum, einen differenzierten Blick für die Problematik zu entwickeln. Die Erläuterungen zur »Spurensuche« und Dokumentation und ein juristischer Einblick sollen den Ärztinnen, Ärzten und Fachkräften Sicherheit geben bei der Diagnostik und vor allem bei der Weitervermittlung der Betroffenen an die entsprechenden Hilfs- und Beratungsstellen.

Mit detaillierten Beschreibungen der verschiedenen Hilfs- und Beratungsangebote richtet sich die Broschüre in erster Linie an Ärztinnen und Ärzte, ist jedoch auch für alle weiteren Fachkräfte hilfreich, die im Rahmen ihrer Tätigkeit mit dem Problem häuslicher Gewalt konfrontiert sind. Einzelexemplare der Broschüre können bei der Ärztekammer Bremen angefordert werden.

Informationen: www.aekhb.de



NEUERSCHEINUNG

Birgitta Kolte:

Rauchen zwischen Sucht und Genuss

Dr. Birgitta Kolte, Mitarbeiterin im Bremer Institut für Drogenforschung der Universität Bremen, überprüft die Plausibilität des Suchtkonzeptes im Tabakbereich durch problemzentrierte Interviews mit KonsumentInnen. Hier eröffnet sich ein neuer Standpunkt zur Problematisierung des Rauchens als Nikotinsucht in Bezug auf die gesundheitspolitische Herangehensweise. Neben einer Einführung zur Geschichte und Gegenwart des Rauchens und dem aktuellen Stand im Diskurs um das Rauchen werden die verschiedenen Typen von RaucherInnen genauer dargestellt.

VS Verlag für Sozialwissenschaften 2006



Kongress der Pflegeforschung

Patientenzentrierte Pflegeforschung, Forschungsschwerpunkt angewandte Pflegeforschung

Das Bundesministerium für Bildung und Forschung finanziert im Zeitraum 2004 – 2007 ein Gesundheitsforschungsprogramm im Bereich Pflegeforschung. Mit diesen Fördergeldern werden Projekte finanziert, die sich mit anwendungsorientierter Pflegeforschung auseinandersetzen. Ziel des Programms ist es, durch diese Projekte eine Wissensgrundlage zur Fundierung und Verbesserung des Pflegehandelns zu schaffen. Die Forschungsprojekte sind in vier Verbänden (Pflegeforschungsverbund Nord, Pflegeforschungsverbund Mitte-Süd, Pflegeforschungsverbund Nordrhein-Westfalen und dem Hebammenverbund) organisiert.

Am 6./7. Oktober 2006 werden beteiligte WissenschaftlerInnen in München die Ergebnisse der Forschungsprojekte zur anwendungsorientierten Pflegeforschung vorstellen.



Informationen:

www.kongress-der-pflegeforschung.de

Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung: »Wie wissen wir, was die Zielgruppe braucht?«

Fachtag für Bremer Institutionen und Projekte am 11. Oktober 2006 im Gesundheitsamt Bremen

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

Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung ist vor dem Hintergrund begrenzter Ressourcen eine berechnete Forderung. Der Nachweis von Wirksamkeit und Effizienz ist jedoch gerade hier besonders schwer zu führen, da die Förderung von Gesundheitspotentialen verschiedener Zielgruppen in ihrem jeweiligen Setting auf ein komplexes Geschehen zielt.

Mittlerweile hat eine intensive Auseinandersetzung begonnen, wie entsprechende Methoden begründet werden können und was geeignete und praktisch handhabbare Instrumente sind. Am Vormittag des Fachtages stehen die Diskussion um Theorien und um die praktische Umsetzung in Bremen auf dem Programm, am Nachmittag sollen im Rahmen eines Workshops erste Bausteine für die Praxis erarbeitet werden. (Wegen begrenzter Platzzahl Anmeldung erforderlich!)

Informationen:

Angelika Zollmann, LVG Bremen,

Telefon: 0421 218-2171,

Mail: lv-g-hb@uni-bremen.de,

www.public-health.uni-bremen.de

IM PRESSUM

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

Kontakt: Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen, Fachbereich 11,

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

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

www.public-health.uni-bremen.de

Redaktion: Ulrike Böhnke, Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck, Heike Mertesacker, Katharina Straß, Reina Tholen

Beiträge: Ulrike Böhnke, Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck, Prof. Dr. Stefan Görres, Prof. Dr. Andreas Hanses,

Prof. Dr. Petra Kolip, Sabine Muths, Kirsten Sander,

Prof. Dr. Norbert Schmacke, Svenja Schmitt, Katharina Straß,

Martina Wachtlin, Edda Würdemann

Sekretariat: Anke Stück

Auflage: 2.500

Gestaltung: Patel Grafik Design, Bremen

Druck: Merlin Druckerei GmbH, Bremen

Bildnachweis: Titelbild: Mark Patel, Seite 6, 9: Photodisc,

Seite 11: Meyer, Seite 12, 13: IPP Bremen

Erscheinungsweise: 2x jährlich

Redaktionsschluss: vorliegende Ausgabe 30.06.2006

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