

ipp info

Institut für Public Health
und Pflegeforschung
Universität Bremen
Fachbereich 11

10

IM FOKUS

Disaster Nursing

INHALT

Schwerpunktthema | Seite 02
Erfahrungsberichte | Seite 09
Projekte | Seite 10
Qualifikationsarbeiten | Seite 16
Promotionskolleg | Seite 18

Internationales | Seite 19
Personalia | Seite 22
Publikationen | Seite 23
Impressum | Seite 26
Veranstaltungen | Seite 27

Editorial

Im Fokus des vorliegenden neuen IPP Info Heftes stehen Fragen der humanitären Nothilfe bzw. Katastrophenhilfe vor dem Hintergrund der weltweiten Zunahme von Natur- und Klimakatastrophen. Das Erkenntnisinteresse bezieht sich dabei insbesondere auf Deutschland, das traditionell und in vielfacher Form unterschiedlichste Berufe in internationale Katastrophengebiete entsendet, in denen humanitäre Nothilfe gefragt ist. Erstaunlicherweise wissen wir relativ wenig über die konkreten Einsatzbereiche, die Arbeitsschwerpunkte, die Kernaufgaben und die benötigten Kompetenzen sowie die zu erwartenden Belastungssituationen, dies gilt insbesondere für Pflegeberufe.

Zwar zeigen uns die Medien im Falle eines Akutereignisses, wie jüngst in Fukushima/Japan, dass die weltweite Katastrophenhilfe funktioniert und unterschiedlichste Berufe offensichtlich erfolgreich vor Ort eingesetzt werden – dies gilt besonders für jene Experten, die von einschlägigen Hilfsorganisationen (NGOs) entsendet werden –, dennoch ist dieser Bereich vor allem der Forschung bisher kaum zugänglich und die Erkenntnisse daher vergleichs-

weise spärlich. Dies liegt im wahrsten Sinne »in der Natur« der Sache: Ereignisse wie Fukushima kündigen sich nicht vorher an und sind deshalb auch nicht in einen Forschungsprozess zu integrieren.

Die nachfolgenden Berichte in diesem Heft zeigen deshalb nicht nur aus Sicht der Wissenschaft, sondern auch aus Sicht der NGOs und der eingesetzten Praktiker und Praktikerinnen, dass noch viele Fragen offen sind und deren systematische (wissenschaftliche) Erfassung und Bearbeitung erst am Anfang steht. Ein Indiz dafür ist z.B., dass erst relativ spät, nämlich 2010, die 1. Forschungskonferenz der World Society of Disaster Nursing (WSDN) in Kobe/Japan abgehalten wurde, die 2. folgt im August 2012 in Cardiff/Wales. Unbestritten vielfältig sind dagegen das vorhandene Erfahrungswissen und die langjährigen Erkenntnisse aus der Praxis. Dies trifft insbesondere für jene zu, die selbst vor Ort in der humanitären Nothilfe bzw. in der internationalen Katastrophenhilfe tätig waren oder – wie die NGOs –, diese organisieren.

Was die Beiträge vor allem zeigen ist aber, dass es

sich hier um ein Einsatzgebiet handelt, das hohe Kompetenzen in allen Bereichen erfordert und die Herausforderungen nur durch multidisziplinäres und interdisziplinäres Zusammenarbeiten erfolgreich zu bewältigen sind.

Eines sollte klar sein: Dieser Themenbereich verdient weitaus mehr Aufmerksamkeit, als dies bisher der Fall ist. Dies gilt übrigens auch für den Fall nationaler Katastrophen. Wenn auch die Medien im Katastrophenfall ausführlich berichten, so bleiben die helfenden Menschen und die dahinterstehenden Organisationen häufig im Hintergrund des Geschehens; dies trifft besonders für Pflegeberufe zu. Das ist umso mehr ein Anlass, das Heft nicht nur diesem Thema, sondern auch den konkreten Menschen, die in der humanitären Nothilfe und Katastrophenhilfe tätig sind, zu widmen.

Für alle weiterführenden Anregungen zu diesem Thema sind wir dankbar. Wir freuen uns über jede Zusendung von Informationsmaterialien, Meinungen, Erfahrungen oder den Hinweis auf wissenschaftliche Studien.

SCHWERPUNKTTHEMA

Rolle der Pflegeberufe bei internationalen Katastropheneinsätzen »Global Disaster Nursing«

Ausgewählte Ergebnisse einer Nationalen Synopse

Die Zahl der Katastrophen nimmt weltweit zu: Naturereignisse, Kriege, Hungersnöte. Fast monatlich berichten die Medien über die Folgen und den Einsatz international tätiger Hilfsorganisationen. Dabei wird immer wieder auf die humanitären Notlagen hingewiesen. Humanitäre Hilfe wird weltweit immer wichtiger. Die Ereignisse in Haiti (Erdbeben 2010) und in Japan (Erdbeben und Tsunami 2011) zeigen, wie verheerend die Folgen einer Naturkatastrophe sein können. Hierbei kommen nicht nur Hilfen technischer und medizinischer Art zum Einsatz – es werden auch in großem Umfang Pflegekräfte in der internationalen Katastrophenhilfe eingesetzt.

Um erstmals systematisch Daten zu Einsatzumfang sowie Anforderungen, Qualifikationen und Aufgaben deutscher Pflegekräfte bei internationalen Hilfseinsätzen zu ermitteln, wurde am Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen mit Förderung durch die Robert Bosch Stiftung und das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) eine nationale Synopse zur Rolle der Pflegeberufe bei internationalen Katastropheneinsätzen erstellt.

Um eine solide Datengrundlage zu erhalten, wurden zwei Erhebungen durchgeführt. Dabei nimmt die erste Erhebung die Leitungsebene der einzelnen Hilfsorganisationen - Arbeiter Samariter Bund,

Ärzte der Welt, Ärzte ohne Grenzen, Cap Anamur, Deutsches Rotes Kreuz, Humedica, Johanniter Auslandshilfe und Medair - in Deutschland, die in den letzten zwei Jahren Pflegekräfte in internationale Hilfseinsätze entsandt haben, in den Fokus. Die zweite Erhebung richtete sich an Pflegekräfte, die Einsatzerfahrung in der Humanitären Nothilfe/Katastrophenhilfe aufzeigen können.

Die Analyse der Daten hat ergeben, dass im Jahr 2009 114 Pflegekräfte aus Deutschland in 66 humanitären Projekten gearbeitet haben. Im Jahr 2010 erhöhte sich die Zahl der ausgesandten Pflegekräfte auf 178, welche in 79 Projekten der Humanitären Hilfe tätig waren.

Laut Managementbefragung waren 66% der Pflegekräfte Frauen. Der Großteil (41%) der vermittelten Pflegekräfte ist zwischen 40-49 Jahre alt. Auf Grundlage der Studie ließe sich die »typische« Pflegekraft in der humanitären Nothilfe/Katastrophenhilfe wie folgt charakterisieren:

- Geschlecht: weiblich
- Alter: ca. 40 Jahre
- Sprachkenntnis: Englisch fließend
- Abschluss: examinierte Krankenschwester
- Berufserfahrung: mehr als zwei Jahre
- Anzahl der Einsätze: drei
- Gesamtzeit in Einsätzen: neun Monate
- Interesse an Weiterbildung: ja

INFO

Einige Hilfsorganisationen und andere Kontaktadressen

Deutsches Rotes Kreuz
www.drk.de

Caritas International
www.caritas-international.de

Arbeiter-Samariter-Bund Deutschland e.V.
www.asb.de

Johanniter Auslandshilfe
www.johanniter.de/die-johanniter/johanniter-unfall-hilfe/auslandshilfe

Malteser Hilfsdienst
www.malteser.de

Ärzte ohne Grenzen (D)
www.aerzte-ohne-grenzen.de

Medicins sans frontières (Int.)
www.msf.org

Technisches Hilfswerk (THW)
www.thw.de

Ärzte der Welt / Médecins du Monde
www.aerztederwelt.org/index.php

Humedica Internationale Hilfe
www.humedica.org

Medair
www.medair.org/de

Cap Anamur / Deutsche Not-Ärzte e.V.
www.cap-anamur.de

World Vision Deutschland
www.worldvision.de

AWO International
www.awointernational.de

Europäisches Amt für humanitäre Hilfe
europa.eu/legislation_summaries/humanitarian_aid/r10003_de.htm

DGKM e.V. / Deutsche Gesellschaft für KatastrophenMedizin e.V.
www.dgkm.org/de/index.html

Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe
www.bbk.bund.de

Pflegekräfte sind für das Gelingen der Projekte bedeutende Schlüsselpersonen. Zum Portfolio der Pflegekräfte gehören aus Sicht des Managements in allen Organisationen (n=8) auch fachfremde Aufgaben. Zu den häufigsten Tätigkeiten zählen Administration (8), Notfallversorgung (7), medizinische Logistik (7) und die Sammlung epidemiologischer Daten (7). Pflegekräfte übernehmen zudem in fast allen Organisationen neben pflegerischen Aufgaben z.B. in Lazaretten (6) auch die psychologische Betreuung von Patienten und Angehörigen (6), Managementtätigkeiten (6) und Prävention (6). In fünf Organisationen nimmt zudem die Ausbildung einheimischen Personals und Planung, Durchführung und Supervision von Impfkampagnen einen wichtigen Stellenwert ein. Auf der Basis der gewonnenen Daten lassen sich Kompetenzen formulieren, die von Pflegekräften sowie vom Management der Hilfsorganisationen gleichermaßen als Kernkompetenzen definiert werden. Hierzu gehören:

- Fachkompetenzen, z.B. in der Behandlungspflege, Tropenmedizin, Geburtshilfe, Public Health und in epidemiologischen Grundlagen
- Administrative Kompetenzen, z.B. im Finanz-

management und der Berichterstellung

- Soft Skills, z.B. interkulturelle Kompetenz, Teamfähigkeit und Methoden der Wissensvermittlung
- Führungskompetenzen, z.B. in Projekt-, Personal-, Stress- und Sicherheitsmanagement, Supervision, Evaluierung und Gesprächsführung.

Obwohl 71% aller erstausreisenden Pflegekräfte an einem Vorbereitungskurs teilnehmen mussten, fühlen sich 77% nicht gut vorbereitet. Bei 15% aller Befragten fanden keine Vorbereitungen vor ihrer Erstausreise statt. Der Median der Vorbereitungszeit beträgt laut der befragten Pflegekräfte 14 Tage, mit einer Spanne von 1-40.

Nach Analyse der Ergebnisse wird deutlich, dass die Anforderungen, die ein Einsatz in der Nothilfe/Katastrophenhilfe an die Pflegekräfte stellt, nur teilweise von ihnen erfüllt werden können. Es zeigt sich eine partielle Diskrepanz zwischen den Inhalten organisationsinterner Vorbereitungskurse und den täglichen Anforderungen im Einsatz. Bedarf an Weiterbildung in der Humanitären Nothilfe/Katastrophenhilfe zeichnet sich vor allem im Bereich der Sprachkompetenz ab, gefolgt von Humanitärer Nothilfe/Katastrophenhilfe, allgemeiner Organisation und Human Ressource Management. 65% aller teilnehmenden Pflegekräfte würden sich gerne weiterbilden und ihr Kompetenzspektrum erweitern.

Zentrales Kriterium für die Attraktivität eines Weiterbildungsangebotes ist dessen organisationsübergreifende Anerkennung. Zudem spielen Zeitaufwand und die Möglichkeit des berufsbegleitenden Lernens ebenso eine Rolle, wie modulare Buchbarkeit, E-learning- Angebote, Workshopcharakter, Praxisbezug und überschaubare Kosten. Das Management sieht vor allem den Nutzen für die Organisation sowie eine möglichst kurze Ausfallzeit (1-2 Präsenzzeiten pro Jahr) des Pflegepersonals im Fokus. Die präferierten Formen für Weiterbildungsmöglichkeiten in der Humanitären Nothilfe/Katastrophenhilfe sind Summerschools und weiterbildende Studien.

Im Fazit kommt dem Pflegepersonal in der Humanitären Hilfe eine bedeutende Rolle zu. Es zeigt sich ein Aufgabenspektrum, das größtenteils jenseits der hierzulande wahrgenommenen Tätigkeiten der Pflegenden liegt. Die zunehmende Komplexität sowie die steigende globale Verantwortung der Pflegekräfte in diesem Bereich erfordern eine Anpassung der Qualifikationsangebote in Deutschland. Die Übernahme von medizinischen, management- und steuerungsbezogenen Tätigkeiten in der Realität der Humanitären Nothilfe/Katastrophenhilfe greift der Diskussion um eine Neuverteilung der Aufgaben im deutschen Gesundheitswesen vor. International wird diese Diskussion bereits seit einigen Jahren

geführt. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat gemeinsam mit dem International Council of Nurses (ICN) einen Kompetenzkatalog erarbeitet, der allerdings an die jeweiligen nationalen Bedingungen anzupassen ist. Auch im Hinblick auf die Vorbereitung deutscher Pflegekräfte auf nationale Katastrophen besteht ein deutlicher Handlungsbedarf. Dies ist bislang für Deutschland nicht geschehen und obgleich die Vermittlung von Katastrophenschutzkenntnissen in der Pflegeausbildung seit 2003 im Krankenpflegegesetz festgeschrieben ist, findet diese in der Praxis bislang kaum statt. Die fachliche und soziale Professionalität der eingesetzten Pflegekräfte sind eine der wichtigsten Säulen für den Erfolg in der Humanitären Nothilfe. Da in der Zukunft die Notwendigkeit professioneller Helfer in der Humanitären Nothilfe/Katastrophenhilfe steigen wird, ist es unumgänglich das Aufgabenspektrum der Pflege zu erweitern und die Professionalisierung der Berufsgruppe voranzutreiben.

Prof. Dr. Stefan Görres (Geschäftsführender Direktor IPP),
Dipl. Berufspäd. Pflewi. Niels Harenberg,
Dörte Magens, Ewa Sander, Theresia Krieger,
Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Abt. 3 Interdisziplinäre Alters- und Pflegeforschung, Mail: sgoerres@uni-bremen.de,
www.ipp.uni-bremen.de

Interdisziplinäre Zusammenarbeit im Rahmen internationaler Soforthilfe

Trotz spektakulärer Berichterstattung über medizinische Rettungsmaßnahmen nach Katastrophen und Gewaltausbrüchen stehen bei humanitärer Hilfe der Ersatz zerstörter Infrastrukturen, der Gesundheitsschutz und die gesundheitliche Basisversorgung im Mittelpunkt. Epidemiologische Untersuchungen nach dem Erdbeben im iranischen Bam von 2003 und nach dem Erbeben in Haiti von 2010 belegten übereinstimmend, dass schon in der zweiten Woche nach einem punktuellen Schadensereignis die Anzahl der Hilfesuchenden mit allgemeinen Gesundheitsproblemen deutlich höher war als die Zahl neu zu versorgender primärer Katastrophenopfer.

Die unter dem Namen »Sphere Project« seit 1997 systematisch fortentwickelten Leitlinien internationaler humanitärer Hilfe stellen das Recht auf ein Leben in Würde in das Zentrum allen Bemühens und sehen die partizipative Sicherstellung von Obhut, Hygiene, Ernährung, Behausung und

Gesundheitsversorgung als hierfür unverzichtbare praktische Voraussetzungen.

In der Praxis der Soforthilfe hat sich gezeigt, dass gerade ein herrschaftsfreies und respektvolles, freundschaftlich kollegiales Gesundheitshandeln aller Auslandsdelegierten gemeinsam mit lokalen Kräften die Wesenheit gelingender Nothilfeinsätze ausmacht. Die Internationale Föderation der Rotkreuz- und Rothalbmondgesellschaften bietet daher schon lange keine für bestimmte Berufsabschlüsse vorbehalteten Ausbildungen mehr an. Als Vorbereitung für Auslandseinsätze mit den Emergency Response Units (ERU) des Roten Kreuzes ist hingegen für alle gesundheitlich Tätigen ein gemeinsamer »ERU Health Lehrgang« zu absolvieren, der in den letzten Jahren sogar immer enger mit dem »ERU Water and Sanitation Lehrgang« zusammengelegt worden ist, um hierdurch noch weitere Synergien zu fördern.

Die weithin noch übliche Entsendung akut-medizinischer Rettungs- und Nothilfeteams in Katastrophengebiete führt zwangsläufig auch zu Engpässen in der Versorgung und Nachbetreuung der primär Geretteten. In Haiti kam es nach dem Erdbeben vom 12. Januar 2010 rund um die zerstörte Universitätsklinik zu einem eklatanten Mangel an postoperativer Betreuung der soeben Operierten. Gerade in der Soforthilfe wird also die besondere Bedeutung und Verantwortung der Pflege und des Pflegemanagements für die Sicherstellung einer geordneten und kontinuierlichen Betreuung deutlich. Auch das Internationale Komitee vom Roten Kreuz betont in seinen Leitlinien zu Aufbau und Betrieb kriegschirurgischer Krankenhäuser die zentrale und limitierende Rolle der pflegerischen Berufe für die Einrichtung und Sicherstellung geordneter Abläufe.

In der Praxis internationaler Teams ist allerdings der Rückgriff auf die Kategorien europäischer Berufsabschlüsse mit ihren vorbehaltlichen Tätigkeiten wenig hilfreich, denn an vielen Einsatzorten sind hierzulande wenig bekannte Gesundheitsakteure anzutreffen wie beispielsweise »medical assistants«, »nurse practitioners«, »nurse midwives«,

»licensed health care providers«. In der neuesten Ausgabe der »Sphere Project Standards« von 2011 ist daher überwiegend auch nur noch allgemein von »health workers« die Rede, nur ausnahmsweise werden dort noch einzelne traditionelle Berufsabschlüsse wie »doctors« oder »nurses« erwähnt.

Im Einsatz wird von Pflegenden die Fähigkeit zur Stations- und Krankenhausleitung erwartet, von Hebammen die Fähigkeit zur eigenständigen Geburtshilfe und Leitung des Kreissaals und von technischem Personal die Fähigkeit zu eigenständigen und angemessenen technischen Problemlösungen. Diese Grundvoraussetzungen können nur durch fundierte Ausbildung und anschließende langjährige Berufserfahrung erworben werden. Nur die ehrenamtliche Einbindung der Expertise aus täglich gelebter Berufspraxis ermöglicht den humanitär tätigen Organisationen, das erforderliche Maß professioneller Exzellenz in den verschiedensten Berufsfeldern für die Arbeit in der Nothilfe sicherzustellen. Natürlich lassen es sich die Organisationen auch nicht nehmen, die darüber hinaus für Soforthilfetätigkeit erforderlichen Hal-

tungen, Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten in eigenen Vorbereitungskursen zu vermitteln.

Der Respekt vor den Kompetenzen einer betroffenen Population begründet den Verzicht auf Entsendung unausbildeter Kräfte in ein Katastrophengebiet, denn fachkompetentes und muttersprachliches Personal lässt sich aus der ansässigen Bevölkerung vor Ort wesentlich günstiger gewinnen und einweisen. Nothilfe orientiert sich ebenfalls an lokaler Demographie, Epidemiologie und den dortigen Therapiestandards.

Oft ist die Motivation und Abkömmlichkeit Einsatzwilliger besonders zu Beginn einer Berufstätigkeit am größten, während die unverzichtbare Professionalität und Eigenständigkeit erst nach vielen Berufsjahren erreicht wird, wodurch sich wegen zunehmender familiärer und beruflicher Fesselung an den Heimatort eine ehrenamtliche Auslandstätigkeit erschwert. Die Möglichkeit einer hauptberuflichen Tätigkeit in der Nothilfe ist aufgrund mangelnder Planbarkeit und angesichts des Dilemmas einer letztlich ja anstrebenswerten

Beschäftigungslosigkeit noch wesentlich eingeschränkter. Angehörige der pflegerischen Berufe oder entsprechender Studienabschlüsse machen einen großen Anteil der Auslandsdelegierten aus. Als eine erste Motivation und Qualifikation für die Teilnahme an internationaler Nothilfe ist daher die Einbindung katastrophenrelevanter Inhalte in die pflegerischen Erstausbildungen gemäß Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege vom 10. November 2003 (KrPflAPrV) sehr zu begrüßen. Den Nothilfeorganisationen kann sich über Lehrveranstaltungen in diesem Themenbereich eine Möglichkeit der frühzeitigen Kontaktanbahnung zu künftigen Auslandsdelegierten bieten.

→ Literatur online im Internet unter:
www.ipp.uni-bremen.de

Prof. Dr. med. Joachim Gardemann, M. san., Fachhochschule Münster, Kompetenzzentrum Humanitäre Hilfe,
www.fh-muenster.de/humanitaere-hilfe/index.php

Disaster Nursing – auch eine Rolle für deutsche Pflegefachpersonen

Weltweit nehmen Katastrophen verursacht durch Naturphänomene, wie z.B. Wirbelstürme oder Erdbeben, aber auch durch Menschen, z.B. Massenunfälle oder Kriege zu. Jedes Mal entsteht ein akuter hoher Bedarf an Gesundheitsversorgung zur Bewältigung der direkten Auswirkungen und der Folgen bzw. der Verhinderung von Folgen wie z.B. die Ausbreitung von Seuchen. In der Pflege wurde international das Konzept des Disaster Nursing entwickelt und findet zunehmend Verbreitung. Ein verwandter Bereich ist die humanitäre Hilfe in Katastrophengebieten. Wobei hier weniger die Bewältigung einer akuten Notsituation im Mittelpunkt steht, sondern anhaltende Unterversorgung in Gebieten, in denen Dürre, Hunger und Flüchtlinge verstärkt auftreten. Hier sind Pflegefachpersonen nicht selten die einzigen Gesundheitsversorger im Umkreis von hundert Kilometern.

Deutschland ist wegen seiner geographischen Lage und seiner klimatischen und geologischen Bedingungen wenig von unerwarteten Naturkatastrophen betroffen. Überschwemmungen sind die häufigsten Phänomene mit weitreichenden Auswirkungen. Wobei es kaum zu ernsthaften Problemen

in der Gesundheitsversorgung kommt. Es stehen eher materielle Schäden im Vordergrund. Häufiger sind bei uns dagegen Massenunfälle, so z.B. Bahnunglücke wie in Eschede oder die Massenpanik bei der Loveparade in Duisburg. Potenzielle Gefahren drohen bei allen Großveranstaltungen, international besonders auffällig sind Fußballspiele, oder durch terroristische Anschläge.

Die größte anzunehmende Versorgungskrise könnte bei uns durch eine Epidemie ausgelöst werden, wie sie bei der Vogelgrippe befürchtet wurde. Der Bedarf würde länger anhalten, die handelnden Fachpersonen könnten selber zunehmend wegen Ansteckung ausfallen. In einem Worst Case Szenario könnten sich die Ressourcen an Medikamenten und Material ebenfalls erschöpfen. Ohne Heilmittel wäre nur symptomatische oder palliative Behandlung möglich und die Versorgung tausender Toter erforderlich.

Erste Anlaufstelle sind in diesen Katastrophenfällen die Rettungsleitstellen und dann die Notaufnahmen der nahe gelegenen Krankenhäuser. Auf dem Papier sind die Krankenhäuser durch Katastro-

phenpläne etc. gut vorbereitet. In der Praxis sieht dies aber ganz anders aus, wie Berichte nach Katastrophen belegen. Die wenigsten Mitarbeiter scheinen um ihre Rolle in Katastrophenfällen zu wissen. Sie wissen nicht, dass sie als Gesundheitsfachkräfte erfasst sind und sie dienstverpflichtet werden können. Das heißt, sich bei einer massiven Grippeepidemie nicht um die schwerstkranken vielleicht sogar sterbenden Familienangehörigen kümmern zu können, sondern Dienst im Krankenhaus machen zu müssen.

Vor diesem Hintergrund erscheint es bedeutsam, in allen Einrichtungen des Gesundheitssystems (bei einer großen Grippeepidemie wären auch die Pflegeheime betroffen!) besser für den Ernstfall vorzubereiten und immer wieder zu schulen und zu üben. Hier ist auch auf die unterschiedlichen Anforderungen bei unterschiedlichen Notsituationen Rücksicht zu nehmen. Ein Massenunfall stellt ganz andere Anforderungen als eine anhaltende Epidemie.

Unter dem Eindruck der Terroranschläge auf das World Trade Center in New York wurde bei der Reform des Krankenpflegegesetzes 2004 ein Lernziel »Maßnahmen in Krisen- und Katastrophensituat ionen« neu aufgenommen. Ob dies Schüler/-innen auf eine reale Katastrophe vorbereitet, wenn in der Praxis hier wenig Information und Vorbereitung existiert, ist in Frage zu stellen. Am besten vor-

bereitet scheinen die Behörden auf Bundes- und Landesebene. Hier gibt es dezidierte Katastrophenpläne mit genauen Verfahrensbeschreibungen und Kommunikationsstrukturen. Nur, die beste Administration hilft den Betroffenen wenig, wenn vor Ort die Organisation nicht klappt bzw. Ressourcen fehlen. Es ist auch sinnvoll, in der Spezialisierung von Pflegefachpersonen für die Intensivpflege oder die Notaufnahme spezifische Lehrinhalte vorzusehen. Es gibt darüber hinaus Bedarf an speziell für Katastrophen ausgebildete Pflegefachpersonen. Die internationalen Erfolge mit Spezialisierungsangeboten in Disaster Nursing sind Beleg dafür. Eine

Konzeption für eine solche Spezialisierung (auch als Master-Studiengang) müsste auf unterschiedlichste Katastrophensituationen vorbereiten. Bestimmte Verfahren (z.B. Triage) sind auf verschiedene Kontexte übertragbar. Andere sind sehr spezifisch (z.B. die Versorgung in einem Hungergebiet ohne irgendeine Infrastruktur zur Gesundheitsversorgung). Eine Schnittmenge ergibt sich auch mit den – derzeit sehr unterschiedlichen – Vorbereitungen und Schulungen humanitärer Hilfsorganisationen.

Katastrophen sind ein Prüfstein für eine funktionierende Kooperation. In solchen Krisensituation

zeigt sich die Belastungsfähigkeit einer Institution und ihrer Strukturen – oder deren Versagen. Das gilt für die beteiligten Institutionen ebenso wie die einzelne/n Mitarbeiter/innen. Gerade deshalb brauchen wir speziell geschulte Experten auch aus der Pflege für Situationen, von denen wir alle hoffen, dass sie niemals auftreten werden.

**Franz Wagner MSc, RbP, Bundesgeschäftsführer DBfK,
Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe –
Bundesverband e.V., Berlin, www.dbfk.de**

Challenges of Disaster Nursing

on the Perception of the Korea Armed Forces Nursing Academy

These days every part of the globe is suffering from a variety of disasters. Such disasters vary from natural disasters including an earthquake, flooding, tsunami and hurricane to disasters associated with CBRNe agents. In effect, the Great Earthquake accompanied by the tsunami, happening in March of 2011, put Japan in a nation-wide desperate situation. The U.S. also has seen its people falling victim to terrible hurricanes. Faced with different types of disasters, many countries have been developing various policies and systems to get ready for disasters which can occur anytime anywhere. However, such systems and policies will not be helpful before people involved make efforts to make them work.

Given that disaster normally causes severe trauma to people, not surprisingly, health care professionals are part of those disaster preparedness system and policies. Among other health care professionals, nurses, whose main job is providing holistic care with the ability of managing different situations and coordinating between different professionals in different situations, are highly expected to take an essential role in responding disasters. To that end, nurses are required to improve their disaster nursing competency, including triage skills. In addition, nurses should know the disaster preparedness system and policies in their facilities. Therefore, challenges of disaster nursing will be discussed in terms of these two aspects: nursing competency; policy involvement.

With a huge number of patients from the disaster scene and shortage of resources, a health care system easily becomes another disaster scene. Consequently, nurses need to be trained to accura-

tely classify the patients according to the acuity of their injuries and they should be able to effectively allocate the limited resources to them. Adding to this, nurses need to be fully equipped with more advanced nursing knowledge and skills, involving, especially, trauma nursing and psychological nursing.

Recently a need for trauma nursing care has been growing as disasters, violent incidents and car accidents have increasingly happened. Therefore, nurses have to have the ability to provide skillful trauma nursing care. However, even for well-trained nurses, it would be challenging to take care of trauma patients at disaster sites where nothing is sufficient. Against this backdrop, disaster nursing care requires nurses to be familiar with such situations with repetitive field training and drills.

Psychological nursing care in disaster nursing is as important as trauma nursing. Psychological trauma, well known as PTSD, from a disaster lasts far longer than physical one afterwards the disaster. Some who survived the disaster, but lose their loved ones feel guilty about having survived. Others who were so frightened by the disaster repeatedly revisit and stay at the scene in their mind. These people result in finding it very hard to return to their normal life which they lived before the disaster. Indeed, psychological nursing care is necessary for everyone who has been at the disaster site, not only for victims but for those who take part in the evacuation, rescue and emergency care. In short, nurses should prepare themselves with trauma nursing care and psychological nursing care skills which are prerequisite to effective disaster nursing.

In this era of disaster, coming up with a disaster plan or policies is nothing new to health care facilities. However, unfortunately, many health care professionals including nurses do not know about the plan and their role in it well at least here in Korea. Actually, without mastering their own facility's disaster plan or policies, a nurse cannot fulfill her responsibilities when a disaster strikes. Nurses should study the plans. And the health care system should train their employees based on them on a regular basis. With such trainings and drills, the employees, surely including nurses, can learn what role to take, how to efficiently use the resources, how to work and collaborate with each other in mass casualty situations.

On top of knowing disaster plans and policies well, nurses need to participate in making them. By doing so, nurses can contribute to preparing the facility as well as themselves better for disaster and developing better disaster policies. Better yet, nurses' policy involvement will help themselves expand their roles beyond patient care in times of disaster with an insight into disaster management.

In conclusion, nurses should be a multiple player while going through from the preparedness phase to the recovery phase. They are supposed to take a significant role from community disaster preparedness to taking care of other health care professionals having involved in the disaster. Therefore, nurses need to be aware of the importance of nursing competency and policy involvement in preparing themselves for disasters. Preparedness would be one of the best ways to respond to disasters.

**Myoung Ran Yoo, RN, PhD., Director, Nursing Education
Department, Korea Armed Forces Nursing Academy,
Mail: 7179ymr@hanmail.net, 82-42-878-4550**

MSc Disaster Healthcare:

University of Glamorgan

This is a blended learning modular degree. The Award was originally validated in May of 2003 and commenced with a Summer School in August of that year. The Award is delivered in partnership with colleagues in Finland at the HAMK University of Applied Sciences, Annual Summer Schools are facilitated in alternate years by each Institution.

The Award is targeted at a specific audience both nationally and internationally, those healthcare professionals who wish to pursue careers in the aid, development and healthcare reconstruction areas or those military healthcare professionals whose work means that they are actively engaged in these areas also. The Award utilises a full range of teaching and learning strategies in order to prepare healthcare professionals for the demanding field the wish to operate within. The two week Summer School comprises of face to face seminar activities as well as conferencing and interaction within the VLE Blackboard in week one followed by a field simulation exercise within the forests of Wales or Finland. The simulation in Finland is facilitated by the Finnish Forestry Commission which has a great deal of expertise in survival training while the simulation in Wales is facilitated by 203 (Welsh) Field Hospital (V) with whom the Faculty has a training partnership agreement. The Welsh Field Hospital has a great deal of expertise in the deployment of small and large medical facilities into the field in both conflict and development roles. The simulation is directly linked to taught modules. Following the Summer School modules are delivered online via the VLE with student and staff interaction having primacy. Following the third Summer School students undertake a field placement which brings together the simulation and taught components of the course over a twelve week period. Students are facilitated through this phase by either a Non-Government Organisation (NGO) or their respective military employer British and Finnish to date.

There have been many national and international drivers behind this development for example the RCN (1996), DoH (2003) and Donaldson (2003), Salmon (2002) all of whom emphasise the positive benefits to individual development, making a difference in the field and crucially the benefits to home country health services in the UK for example the NHS because of the skills learnt while on placement in a developing world or disaster area.

With the post 9/11 changes and the lessons learnt by the curriculum team a review was undertaken to allow for the programme to be repackaged in a format fit for its time and also allow the Award to be mapped against recognised international standards for humanitarian action in disaster response (Sphere, 2004).

The MSc Disaster Relief Healthcare is delivered utilising a blend of approaches to facilitating educational experiences. It is designed to enable healthcare professionals to deploy, assess, implement and evaluate healthcare responses to disasters. The nature and complexity of the phenomena mean that the programme operates on a set of principles that prepare the student for A disaster not THE disaster. Through simulation and real time field placement students can apply those principles learnt face to face and via VLE interaction. This is a critical component of the Award and is considered by the academic team to be essential. Clearly, healthcare professionals coming to the programme have their own particular healthcare background to bring to the forum and this is recognised and acknowledged by the teaching team. This recognition stems from the understanding that given that disasters are unique and distinct what is required is the application of expertise as opposed to being labelled an expert in these circumstances. Therefore the academic team seek to:

- Encourage independent learning while bringing expertise to the VLE discussion forum
- Ensure that students explore their potential role in any given scenario, particularly during the field simulation phase of the Summer School
- Equip students with practical and analytical skills founded on sound principles that they can apply to the demands of field practice
- Enable students to examine their cultural stance by engaging in the activities of the Award and relating to a multi-national multi-cultural group of staff and students

The VLE based learning support materials were developed collaboratively by the module specific teams. The underlying ethos of the team was to generate materials that would support students in their development and understanding of the principles of healthcare response to disasters. In

addition, it was clear that the student group was to be mature, experienced healthcare professionals and as such there was a need to achieve a balance between the need to enhance the students knowledge, attitudes, values and skills while recognising that the students are of themselves a resource and are able to contribute a great deal to their own learning and that of their peers. Therefore the central educational philosophy which the Award embraces is the pre-eminence of teaching and learning strategies that are student centred, self directed and peer sharing.

Student support throughout is based on accessibility and can take many forms. The email system within Blackboard is the mode encouraged although it is recognized that when students are on placement connections may only support limited email via other accounts. When this occurs direct support is given via staff work account to the account the student is able to access (either organisational or private). This has worked well in many areas including Dafur, Sierra Leone and Afghanistan. Telephone discussions are welcome and this mode of interaction has been successful within a number of modules. Face to face contact is available when proximity allows and this has been at Faculty locations in Wales and Finland but also during opportunities where staff and students have been at international conferences where time has been found for spontaneous open forum activities. The approach of staff can be described as flexible and supportive and being aware that geographic location of students sometimes in some of the most demanding and remote places in the world need such an approach. The approach of the team reflects the University of Glamorgan Strategic Intent to promote access for all students.

→ References: www.ipp.uni-bremen.de

Professor Kevin Davies RRC, TD, QHN, Professor of Nursing and Disaster Healthcare, University of Glamorgan, Faculty of Health, Sport and Science, Glyntaff, Pontypridd, South Wales, UK



Humanitäre Katastrophen:

Schnelle Situationsanalyse und Orientierung an Standards

Internationale Katastropheneinsätze bieten ein enormes, oft unübersehbares Handlungsspektrum für Einsatzkräfte aus dem Bereich Gesundheit-Public Health. Eine zentrale Aufgabe bei der koordinierten Erkennung, Planung und Durchführung der Aufgaben kommt dem »Assessment«, der initialen Bestandsaufnahme, Einordnung und Situationsklärung zu. Aufbauend auf grundlegenden epidemiologischen Erkenntnissen, oft aus einer schnellen Zustandsbeschreibung (dem »rapid assessment«) heraus, können dann die Einsatzkräfte möglichst zielgerichtet und situationsangemessen eingesetzt werden.

Mittlerweile gibt es eine größere Zahl von internationalen Handbüchern und anderen Publikationen zu Themen rund um das Assessment und Management von Katastrophensituationen. In diesem kurzen Artikel stelle ich drei Kerndokumente vor, die zur Nutzung als Ressource dienen können, dabei in Anspruch, Anwendungsorientierung und Umfang der behandelten Themen klare Unterschiede aufweisen.

1. SMART Methodology Handbuch – Measuring Mortality, Nutritional Status and Food Security in Crisis Situations: dieses von einer vielköpfigen Expertengruppe erstellte Handbuch gibt praxisnahe Grundlagen und Hinweise zur Durchführung von Surveys mit dem Ziel der zügigen, dabei standardisierten Erfassung des Ernährungsstatus, der Sterblichkeit und der Ernährungssicherheit in Populationen, die von einer humanitären Katastrophe betroffen sind. Ein Fokus liegt dabei darauf, notwendige Informationen für das Management von Katastrophensituationen auf möglichst einfache Weise zu erheben, dabei aber Validität und Richtigkeit der erhobenen Informationen ebenfalls bestmöglich zu beachten. Praktikabilität und Einfachheit der Anwendung von Surveymethoden sind aber für die Autoren die zentralen Charakteristika, sie betonen, dass jede einzelne zusätzliche Information, die erhoben wird, einen Einfluss auf Datenqualität und vor allem Aktualität der Daten hat. Es geht um Daten für – dringend anstehende – Taten.

2. According to Need? – Bedarfsermittlung und Entscheidungsfindung im humanitären Sektor:

dieses Politikpapier des Overseas Development Institute (ODI), eines unabhängigen »Think-tanks« aus Großbritannien geht in seinen Kernkapiteln auf ähnliche Themen wie das SMART-Handbuch ein (Mortalitätssurveys, Erfassung der Ernährungssituation, Sicherheit), diskutiert aber viel stärker Konzepte und Grundlagen von Bedarfsermittlung und mündet dann in sehr interessante Kapitel zur Thematik der Bedarfsanalyse und Entscheidungsfindung. Dabei wird auch die Frage diskutiert, inwieweit nicht die Bedarfe (Needs) sondern die Möglichkeit, einen Erfolg oder »Impact« zu erreichen, die Entscheidungsfindung bezüglich Interventionsalternativen in humanitären Krisensituationen beeinflussen. Wer in entsprechenden Situationen gearbeitet hat, kennt die vielen unterschiedlichen Interessenslagen der oft zahlreichen Akteure, denen gegenüber die z.B. mit einer aktuellen Situationsanalyse ermittelten gesundheitlich prioritären Aufgaben nicht immer Vorrang genießen. Das Politikpapier gibt etliche Kennzahlen und andere Orientierungspunkte an die Hand und ist allein wegen der vielen relevanten Beispiele lesenswert.

3. SPHERE Project Handbuch. Dieses umfangreiche Manual ist hervorgegangen aus einer langjährigen Zusammenarbeit von Nicht-Regierungsorganisationen mit dem Roten Kreuz und dem Roten Halbmondes und wird beständig aktualisiert. Es formuliert eine humanitäre Charta und Minimalstandards der humanitären Hilfe. Es geht hier im Großen um Effizienz und Rechenschaftsnachweis (»accountability«) der humanitären Hilfe auf der Basis klarer humanitärer Prinzipien, im Einzelnen dann aber auch um sehr detaillierte Beschreibungen minimaler Standards in den folgenden



vier Bereichen: 1. Wasser, Sanitation, Hygiene, 2. Ernährung und Nahrungsmittelsicherheit, 3. Unterkunft, Ansiedlung, Nicht-Ernährungsaspekte 4. Gesundheit. Es werden jeweils Standards, Schlüsselaktivitäten, Kernindikatoren und weitere Anleitungen zu den einzelnen Bereichen gegeben. Das Handbuch hat einen umfassenden Anspruch und ist eine wahre Fundgrube, um bei den vielfältigen, oft über den engeren Bereich von Gesundheitssicherung und -wiederherstellung hinausgehenden Anforderungen von Katastrophen bestehen zu können. Dieses Werk macht klar, wie eng die verschiedenen Sektoren – von Ernährung über Notunterkünfte bis zu Abfallentsorgung und Gesundheitsvorsorge und -versorgung – in einer humanitären Katastrophe miteinander verwoben sind und bietet dabei zu sehr vielen Bereichen konkrete Orientierung bis hin zur Ermittlung und Analyse einfacher Kennzahlen zur Monitorierung der Situation an. SPHERE geht zudem auch konkret auf die verschiedenen Katastrophenphasen bis hin zum Übergang in die (mehr oder weniger) Normalität der Post-Katastrophen-Situation ein.

Die genannten Dokumente illustrieren nur einen kleinen Ausschnitt der vorhandenen Literatur zum Thema eines an aktuellen Situationsanalysen orientierten und zielgerichteten Einsatzes von Hilfsorganisationen in Katastrophenfällen. Professionelles Handeln in diesen extremen Situationen lässt sich mit Hilfe der genannten und anderer Informationsquellen besser planen und umsetzen, und auch für nicht zufriedenstellend verlaufene Einsätze können die Manuale in einer sich anschließenden Analyse Hinweise bieten.

→ Literatur online im Internet unter:
www.ipp.uni-bremen.de

**Prof. Dr. Hajo Zeeb, Universität Bremen,
BIPS - Institut für Epidemiologie und Präventionsforschung,
Abt. Prävention und Evaluation,**
Mail: zeeb@bips.uni-bremen.de, www.bips.uni-bremen.de



© Medair (l. Abb.); © Aktion Deutschland Hilft (r. Abb.)

Notwendigkeit einer standardisierten Ausbildung für katastrophemedizinisch tätige Ärzte und Pflegekräfte in deutschen Kliniken

Die steigende Anzahl an nationalen und internationalen Schadenslagen mit Terroranschlägen (New York, Madrid, London), Bombenattentaten, Tsunami Katastrophen, Erdbeben, Seuchen, Hochwasser (Pakistan, Elbe) und Großveranstaltungen (Love Parade) verdeutlichen die unmittelbare Notwendigkeit der Katastrophenvorsorge weltweit.

Die medizinische Versorgung im Rahmen des nationalen Katastrophenschutzes basiert im Wesentlichen auf zwei Säulen. Die Erste, das Rettungsdienstsystem, verfügt über einheitliche Strukturen (Einsatzleitung, Führungsstruktur, Raumordnung, Transport- Priorisierung) und Ausbildungskonzepte, wobei ehrenamtliche und hauptberufliche Rettungskräfte zusammenarbeiten. Dem gegenüber steht die zweite Säule, die deutschen Krankenhäuser. Unter der Zielsetzung einer möglichst individualmedizinischen Versorgung findet hier die definitive medizinische Versorgung der Katastrophenopfer statt. Somit nehmen die Kliniken eine Schlüsselrolle im Rahmen der erfolgreichen Bewältigung einer nationalen Katastrophe ein. Im Vergleich zum Rettungsdienst sind die Alarmstrukturen und katastrophemedizinisch notwendigen Vorsorgemaßnahmen jedoch nicht einheitlich geregelt. 2 von 16 Bundesländern haben keine rechtlichen Regelungen in ihren Krankenhausgesetzen oder in den Katastrophenschutzgesetzen zur Krankenhausalarmplanung, die 14 existierenden Regelungen sind heterogen. Einheitliche Regelungen zur Ausbildung existieren nicht.

Die Erfahrungen aus Katastrophen der letzten Jahre haben jedoch gezeigt, dass gesetzliche Regelungen ohne geschultes, hochqualifiziertes, klinisches Personal nicht ausreichend für eine erfolgreiche Bewältigung von Katastrophen sind. Die fachlichen Voraussetzungen für im klinischen Katastrophenschutz tätige Mitarbeiter sind jedoch weder definiert noch existieren einheitliche Ausbildungsstandards und Kurskonzepte. Kurse anderer Länder sind aufgrund eklatanter Unterschiede in den Klinikstrukturen und des Rettungssystems für den nationalen Katastrophenschutz nur bedingt geeignet und sollten deshalb nicht unreflektiert übernommen werden. Es besteht

vielmehr der dringende Bedarf zur Erstellung eines eigenen, nationalen Curriculum. Ein Schritt in die richtige Richtung stellt die Integration und Schulung katastrophemedizinischer Inhalte im Rahmen der Ausbildungsordnung des Krankenpflegegesetztes seit 2003 dar. Hier wurde die Befähigung Pflegender zu Maßnahmen in Krisen- und Katastrophenhilfe als Ziel der Pflegeausbildung ausdrücklich und verbindlich vorgegeben und definiert. Aufgrund Bundesländer spezifischer Regelungen der Pflegeausbildung gibt es jedoch auch hier kein einheitliches Curriculum. Eine Aufnahme katastrophemedizinischer Grundlagen in die Studienordnung der Humanmedizin, dem Vorbild der Pflege folgend, wäre ebenfalls wünschenswert. Die alleinige Schulung im Rahmen des Medizinstudiums oder der Pflegeausbildung ist jedoch nicht ausreichend, da wesentliche fachliche Voraussetzungen, wie ausreichende praktische medizinische Erfahrung und detaillierte Kenntnisse der klinikinternen Organisationsstrukturen, fehlen. Vielmehr besteht Bedarf an hochqualifizierten Ärzten und Pflegekräften im internationalen aber auch nationalen Katastrophenschutz, welcher aus unserer Sicht nur durch eine einheitliche Regelung der Ausbildung mit Etablierung von nationalen Kurskonzepten gedeckt werden kann.

Aktuell werden katastrophemedizinische Aufgaben in deutschen Kliniken meist durch engagierte, notfall- und katastrophemedizinische interessierte Ärzte und Pflegekräfte im Rahmen ihrer medizinischen Routinetätigkeit zusätzlich mit übernommen. Dies stellt nicht selten eine zusätzliche Belastung der Mitarbeiter dar. Die Attraktivität für Pflegekräfte und Ärzte, im klinischen Katastrophenschutz tätig zu sein, könnte durch die Kombination aus einheitlicher Ausbildung und Schaffung von gesonderten Personalstellen deutlich gesteigert werden. Dabei wäre eine Kombination der Belange der internationalen Katastrophenhilfe und des nationalen Katastrophenschutz möglich. Somit könnten Ärzten und Pflegekräfte mit humanitärer Auslandseinsatzerfahrung nach ihrer Rückkehr, unter Berücksichtigung der nationalen Gegebenheiten, ihre Fachkenntnisse und Erfahrungen in die Katastrophenvorsorge der Kliniken einbringen.

Die Verbindung einzelner Initiativen, wie zum Beispiel des »Global Disaster Nursing Course« des Instituts für Public Health und Pflegeforschung (IPP) mit Schwerpunkt auf dem Gebiet der humanitären und Katastrophenhilfe, mit Ausbildungsinhalten der Deutschen Gesellschaft für Katastrophemedizin (DGKM), des Deutschen Roten Kreuz (DRK) und dem Bundesamtes für Bevölkerungsschutzes und Katastrophenhilfe (BBK), mit dem Ziel der Erarbeitung eines gemeinsamen Curriculum der nationalen und internationalen Katastrophemedizin, würde eine optimale Voraussetzungen zur Nutzung von Synergieeffekten beider Teilbereiche der Katastrophemedizin darstellen.

Zusammenfassend ist die einheitliche Regelung und Etablierung einer standardisierten Ausbildung für katastrophemedizinisch tätige Ärzte und Pflegekräfte in deutschen Kliniken zur Sicherstellung einer suffizienten Katastrophenvorsorge dringend notwendig.

→ Literatur beim Verfasser

Dr. Christian Kleber, Prof. Dr. Dr. Norbert Haas,
Centrum für Muskuloskeletale Chirurgie, Katastrophemedizin, Charité - Universitätsmedizin Berlin,
Mail: christian.kleber@charite.de, www.charite.de



ERFAHRUNGSBERICHTE

Stefanie Dressler

Meinen Abschluss als staatlich examinierte Krankenschwester erwarb ich im Oktober 1993 an der Ludwig Maximilian Universität München. Ich arbeitete drei Jahre in einer internistischen Abteilung, bevor ich weitere sechs Jahre in einer interdisziplinären Notaufnahme, mit breit gefächertem Spektrum, als Krankenschwester tätig war.

Im Frühjahr 2002 bewarb ich mich bei »Ärzte ohne Grenzen e.V.«, die vor der ersten Aussendung für Pflegepersonal einen Tropenkurs forderten. Meine Wahl fiel auf den damals noch 7-wöchigen »Entwicklungshelfer-Kurs« am Heidelberger Tropeninstitut. Die Kursinhalte deckte neben den geforderten tropenmedizinischen Themen auch logistische Inhalte wie Wartung von Medizintechnik, Latrinenbau, Wasserfilteranlagen etc. ab. Im Anschluss an diesen Kurs nahm ich an einem 2-wöchigen Einführungsworkshop von »Ärzte ohne Grenzen« teil. Dort wurden unter anderem spezielle organisationsspezifische Inhalte vermittelt (e.g. Umgang mit Medien zur Kommunikation, Projektmanagement, Berichterstattung, Cross Culture Communication, Sicherheit).

Nach all dem Training fühlte ich mich gut vorbereitet und wartete sehnstüchtig auf meinen ersten Einsatz. Im Januar 2003 war es soweit, ich wurde als »Clinic Nurse«, zuständig für 7 Gesundheitszentren, nach Sierra Leone/Westafrika geschickt und war von einem auf den anderen Tag völlig auf mich alleine gestellt. Geplant war eine mehrtägige Übergabe mit meiner Vorgängerin, die das Projekt aus familiär bedingten Gründen vorzeitig verlassen musste. Der Projektkoordinator hatte gerade ungeplant gewechselt und war nun auch ganz neu im Projekt. Meine Aufgabe war es, täglich zusammen mit einem nationalen Mitarbeiter mit dem Landrover die einzelnen Gesundheitszentren anzufahren und dort zusammen mit dem einheimischen, meist ungelernten Gesundheitspersonal eine »Sprechstunde« abzuhalten.

Diese Aufgabe fiel mir eigentlich ganz leicht, da ich durch meine langjährige Erfahrung als Krankenschwester mit den meisten Situationen und Krankheitsbildern vertraut war. Sehr viel schaute ich mir auch von meinem nationalen Kollegen John ab. Dank der Vorbereitung durch die beiden Kurse konnte ich immer wieder auf dort Erlerntes zurückgreifen. Natürlich stand mir auch unser medizinischer Koordinator zur Seite, wenn ich Hilfe brauchte oder Fragen hatte, die wir nicht innerhalb unseres eigenen Teams lösen konnten. So gingen die ersten 6 Monate ins Land, in denen ich täglich Neues lernte. Neben den regelmäßigen »Sprech-

stunden« und Trainings organisierte ich unsere Apotheke, übernahm Bestellungen und half meinen Kollegen im Krankenhaus aus.

Ich arbeite weiterhin mit »Ärzte ohne Grenzen e.V.« und war u. a. 2008/2009 als Projektkoordinatorin beim Choleraausbruch in Simbabwe im Einsatz. Momentan bin ich im administrativen Bereich in unserem Berliner Büro tätig, plane jedoch weitere Einsätze im Ausland.

Fazit: Da ich jahrelange und vielseitige Berufserfahrung als Krankenschwester hatte, kam ich mit den alltäglichen Problemen und Anforderungen im Projekt sehr gut zurecht. Außerdem profitierte ich enorm von beiden Vorbereitungskursen, die ich durchaus als notwendig für alle »Neulinge« ansah.

Kritisch sehe ich persönlich, die geforderte »nur« 2-jährige Berufserfahrung als Voraussetzung für Krankenpflegepersonal bei »Ärzte ohne Grenzen e.V.«. Aufgrund meiner Erfahrung würde ich diese heraussetzen, da man im Projektalltag eine gewisse Souveränität sowie Führungsqualitäten benötigt, die man meiner Meinung nach erst nach einigen Jahren im Berufsleben erwirbt und somit auch erst in der Lage ist, unbekannte Situationen, wie einen plötzlichen Gelbfieberausbruch, souverän zu meistern.

Stefanie Dressler, Krankenschwester, Ärzte ohne Grenzen e.V. / Médecins Sans Frontières, Berlin,
Mail: stefanie.dressler@berlin.msf.org,
www.aerzte-ohne-grenzen.de

Elgin Hackenbruch

In Afrika zu arbeiten war meine Motivation Krankenschwester zu werden. Ich informierte mich über Entsendeorganisationen, die in den späten 80er Jahren sehr überschaubar waren. Nach einem kurzen Interview wurde ich für geeignet befunden und bekam eine Projektstelle angeboten. Mit knapp 23 Jahren hatte ich die gestellten Anforderungen erfüllt: zwei Jahre Berufserfahrung und die Teilnahme an einem zweiwöchigen tropenmedizinischen Kurs. Holpriges Englisch und rudimentäre Portugiesischkenntnisse haben ausgereicht, um mich nach Mosambik zu schicken, wo 1987 der Bürgerkrieg noch heftig wütete.

Neben der Unterstützung des Distriktkrankenhauses, kümmerte sich unser Projekt um den Wiederaufbau der Basisgesundheitsversorgung in den umliegenden Dörfern. Mein Aufgabenbereich war die Prävention: Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen von Kindern und Schwangeren und Gesundheitserziehung. Meine lokalen

Partner waren unbezahlte Mitarbeiter des nationalen Gesundheitsdienstes, die zum Teil gar keine Ausbildung hatten, und die Vertreterinnen der mosambikanischen Frauenorganisation. Meine Organisation stellte das Material und Medikamente zur Verfügung, ich musste den Umgang damit einführen und beaufsichtigen. Die Zusammenarbeit mit der Frauenorganisation diente der Veranstaltung von Aufklärungskampagnen zu Gesundheitsthemen.

War ich auf diese Aufgaben vorbereitet? Nein! Meine Ausbildung hatte noch nicht den Zusatz »Gesundheits- und Krankenpflege«. Ich wusste nicht wie präventive Maßnahmen geplant und umgesetzt werden. Aufgrund meines Alters und nur bescheidener Berufserfahrung, musste ich auch nie zuvor Kollegen etwas beibringen, weder bei der Arbeit noch formal in einem kleinen Unterricht. Beratung und Anleitung von Klienten – absolutes Fremdgebiet. Gesundheitserziehung war für mich schulmeisterliches Erklären und Ermahnen.

Diese wahrlich unzureichenden beruflichen Voraussetzungen, gepaart mit Sprachproblemen und einem Mangel an transkultureller Kompetenz, haben aus mir einen naiven Gast gemacht. Und dieser fröhliche, junge, unbedarfe Gast, bewegte sich in einem Bürgerkriegsgebiet, ohne Kenntnisse über potentielle Gefahren und den Umgang mit schwierigen Situationen. Begegnungen mit lokalen und internationalen Vertretern von Institutionen waren für mich eine Bereicherung, ich selbst aber hatte nichts zu bieten.

Rückblickend empfinde ich die mangelhafte Vorbereitung auf meinen ersten Einsatz in der medizinischen Nothilfe als Affront gegenüber den Menschen des Gastlandes, als Sicherheitsrisiko für mich und andere und als Geldverschwendug: im Prinzip hatte ich einen sechsmonatigen Einführungskurs vor Ort, basierend auf dem Lernkonzept: »learning by doing«.

In den sieben Jahren danach folgten neben vielen Einsätzen im Wechsel mit einschlägigen Fort- und Weiterbildungen, auch Zeiten in der Zentrale der Organisation: Ich leitete die Vorbereitungskurse der neuen Projektmitarbeiter – die Überzeugung für die Wichtigkeit dieser Arbeit brachte ich selbstredend mit. Später begründete ich die Einrichtung von geregelten Fort- und Weiterbildung um Mitarbeiterkarrieren in geregelte und sinnvolle Bahnen zu verhelfen.

Elgin Hackenbruch, Pflegefachkraft, MSc in Medical Education (Cardiff), Teacher in Primary Health Care (Liverpool), Gründungsmitglied der deutschen Sektion von Ärzte ohne Grenzen e.V., Mail: elgin.hackenbruch@gmx.de

PROJEKTE

1,1 Milliarden Dollar für Comparative Effectiveness Research (CER) in den USA – Eine Untersuchung der Perspektive der Nutzer(innen)

Das nachfolgend beschriebene Projekt wurde von dem Autor im Rahmen eines Harkness-Bosch-Fellowship von 2010-2011 an der University of California, San Francisco, USA durchgeführt.

Anfang 2009 beschloss der US-amerikanische Kongress ein gewaltiges Programm zur Ankurbelung der Konjunktur. Neben dem Straßenbau und der Verbesserung der Kanalisation waren 1,1 Milliarden US-Dollar für ein spezielles Forschungsförderprogramm reserviert: Comparative Effectiveness Research (CER) (zu deutsch etwa: Wirksamkeitsvergleichsforschung) soll zu einer nachhaltigen Verbesserung der Gesundheitsversorgung beitragen. CER war ein neuer Begriff, der zunächst mit Inhalt gefüllt werden musste. Das Institute of Medicine (IOM 2009) formulierte sechs Eigenschaften, die CER charakterisieren: (1) Es informiert unmittelbar klinische oder versorgungsrelevante Entscheidungen; (2) es vergleicht mindestens zwei Alternativen, jede davon muss das Potenzial haben, »best practice« zu sein; (3) die Ergebnisse werden sowohl für die gesamte Studienpopulation wie auch für Subgruppen ausgegeben; (4) es untersucht Endpunkte, die für Patient(inn)en unmittelbar relevant sind; (5) die Methoden und Datenquellen sind für die anstehenden Entscheidungen angemessen; (6) die Studiensituation entspricht möglichst dem Setting, in dem die Interventionen eingesetzt werden (sollen). Der Schwerpunkt der Themenwahl lag auf solchen Bevölkerungsgruppen, Interventionen oder Krankheiten, die bisher in der Forschung vernachlässigt wurden.

Was wurde gefördert?

Es gab vier verschiedene Förderlinien: Neben den eigentlichen Forschungsprojekten wurden Projekte zur Verbreitung und Umsetzung von CER-Forschungsergebnissen unterstützt sowie Qualifikations- und Infrastrukturmaßnahmen (insbesondere Datenbanken). Insgesamt wurden über 300 Projekte gefördert, die meisten davon waren Forschungsprojekte.

Fragestellung und Methodik der Untersuchung

Die zentrale Forderung an CER ist, dass es fundierte, für versorgungsrelevante Entscheidungen unmittelbar nutzbare Informationen liefert. Für eine Stichprobe von 19 Forschungsprojekten zu Arzneimitteln wurde untersucht, wie potenzielle Nutzer diese einschätzen. Dafür wurden zehn leitende Wissenschaftler(innen) von Institutionen befragt, die regelmäßig studienbasierte Empfehlungen zum Einsatz von Arzneimitteln und anderen medizinischen Technologien aussprechen. Die qualitativen Interviews deckten fünf Kategorien ab: Auswahl der Projekte, Studiendesign/Methodik, Studienpopulation, Intervention und Vergleichsintervention sowie Endpunkte.

Ergebnisse

Die befragten Wissenschaftler(innen) äußerten sich insgesamt sehr zufrieden mit den CER-Projekten. Allerdings gab es zu fast jeder der fünf befragten Kategorien neben Lob auch Kritik: (1) Bei der Auswahl der Projekte sei es gelungen, Fragestellungen zu fordern, die gleichzeitig relevant waren, dabei aber keine Aussicht auf private Förderung gehabt hätten. Bemängelt wurde die Zersplitterung der Themen anstelle eines abgestimmten Clusters von Projekten. (2) Bei den Studiendesigns dominierten retrospektive Kohortenstudien. Obwohl die Qualität der zugrundeliegenden Daten gelobt wurde, hielten viele der Interviewten prospektive, kontrollierte Studiendesigns für notwendig, um belastbare Aussagen zur Effektivität machen zu können. Allerdings war der Finanzierungszeitraum – die meisten Studien sollten innerhalb von zwei Jahren abgeschlossen sein – für sinnvolle prospektive Studien zu kurz. (3) Enttäuschend war die Auswahl der Studienpopulationen: Ethnische Minoritäten oder benachteiligte Bevölkerungsgruppen wurden nicht gezielt einbezogen. Dies war auch eine indirekte Folge des hohen Anteils an retrospektiven Studien: besonders valide Daten boten die Datenbanken der privaten Versicherer. Ihre Mitglieder gehören meist den privilegierten Bevölkerungsgruppen an. (4) Gut gefielen den Befragten die Vergleichsinterventionen: verschiedene Dosierungen, ein verzögerter Therapiebeginn, oder das aktive Beobachten. Zu selten wurden aus Sicht der befragten Expert(inn)en

nichtmedikamentöse Vergleichsinterventionen eingesetzt. (5) Zufrieden waren sie mit den eingesetzten Endpunkten: Diese waren in fast allen Studien unmittelbar relevant für die Lebensqualität der Patient(innen).

Was war die Lieblingsstudie der Expert(inn)en?

Lieblingsprojekt der Expert(inn)en und gleichzeitig Beispiel für die Stärken von CER war die Studie »SPRINT-Senior«: In der Studie wird untersucht, ob eine besonders intensive Therapie zur Blutdrucksenkung das Risiko für Folgeerkrankungen an Herz und Niere sowie Schlaganfällen und kognitiven Einschränkungen vermindern kann. Hintergrund waren Hinweise aus anderen Studien, dass Patient(inn)en mit bestimmten Vorerkrankungen von einer Blutdrucksenkung bis unter 130mmHg profitieren können. Eingeschlossen wurden hochbetagte (über 75 Jahre alte) Frauen und Männer mit einer kardiovaskulären Vorerkrankung und zusätzlich mindestens einem wichtigen Risikofaktor oder einer weiteren Erkrankung. Die Interventionsgruppe erhielt 3-4 Medikamente um den systolischen Blutdruck auf unter 120mmHg zu senken, der Kontrollgruppe wurden nur 1-2 Medikamente verschrieben um einen Blutdruck von 140mmHg zu erzielen. Es handelte sich um eine randomisiert-kontrollierte Studie (RCT), d.h. die Zugehörigkeit zu den Gruppen erfolgte nach dem Zufallsprinzip.

Den befragten Expert(inn)en gefiel die Auswahl der Studienpopulation (multimorbide Hochbetagte), die praxisnahe Festlegung der Interventionen (konkrete Festlegung der Medikation durch den Arzt bzw. die Ärztin) verbunden mit einem Studiendesign (RCT), das zuverlässige Ergebnisse erwarten lässt. Häufig liegt die obere Altersgrenze bei Studien dieser Art bei 65 Jahren, viele, auch häufige Ko-Morbiditäten werden ausgeschlossen und es wird ein genau definiertes Medikament verschrieben. Damit fallen oft mehr als die Hälfte der tatsächlichen Patient(inn)en aus der Studie heraus. Dennoch wird man die Intervention später auch bei ihnen anwenden. Es versteht sich, dass solch eine Studie, die mit über 12 Millionen US-Dollar gefördert wird, für ein Pharmaunternehmen uninteressant ist.

Wie geht es in den USA weiter? Was bedeutet das für Deutschland?

Die Förderung von CER wird in den USA unter leicht veränderten Zeichen durch das neu eingerichtete Patient-Centered Outcomes Research Institute (PCORI) mit bis zu 500 Millionen US-Dollar wei-

tergeführt. Die Notwendigkeit für CER besteht in Deutschland genauso. Allerdings werden hier viele wichtige gesundheitliche Fragestellungen der Industrie überlassen. Andere werden gar nicht bearbeitet. Wenn öffentliche Förderung stattfindet, orientiert sie sich meist an Technologien oder Krankheiten, wie z.B. in Form der neuen Zentren für Gesundheitsforschung. (Ausgerechnet) in den USA hat man nun erkannt, dass weder die Auswahl von gesundheitlichen Forschungsfragen noch die Art der Durchführung allein dem Markt bzw. der

Wissenschaft überlassen werden kann. In dem CER-Förderprogramm wurde ein Priorisierungsverfahren gewählt, dass sich an dem Informationsbedarf orientiert und den Fokus auf vernachlässigte (weil nicht lukrative) Erkrankungen, Interventionen und Bevölkerungsgruppen legte. Dies sollte ein Vorbild auch für zukünftige Förderlinien in Deutschland sein.

IOM (Institute of Medicine), Committee on Comparative Effectiveness Research Prioritization (2009): Initial National Priorities for Comparative

Effectiveness Research. The National Academies Press. Washington D.C. www.nap.edu/catalog.php?record_id=12648. Accessed 26 August 2009.

Prof. Dr. med. Ansgar Gerhardus, M.A., MPH,
Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Mitglied des Direktoriums und Sprecher der Abt. 1 Versorgungsforschung,
Mail: ansgar.gerhardus@uni-bremen.de, www.ipp.uni-bremen.de/pages/abteilung1/index.php

Resistenzsituation bei Harnwegsinfektionen in der Primärversorgung

Eine prospektive Beobachtungsstudie

Harnwegsinfektionen gehören zu den häufigsten Infektionen in der primärärztlichen Versorgung. Die Versorgung erfolgt überwiegend durch Hausärzte/-innen. Komplizierte Verläufe durch bestehende Begleiterkrankungen können eine zusätzliche Betreuung durch Spezialisten erfordern.

Neben einer symptomatischen Behandlung der Beschwerden wird häufig ein Antibiotikum verordnet. Die Therapie mit einem Antibiotikum führt im Vergleich zu anderen Behandlungsformen wie Hausmitteln oder einer symptomatischen Therapie mit Schmerzmitteln zu einer schnelleren Linderung der Beschwerden. Allerdings führt der zunehmende Einsatz von Antibiotika sowohl beim Menschen als auch in der Landwirtschaft zu einem Anstieg der Resistenzraten. Diese Entwicklung wird gefördert durch den übermäßigen, häufig nicht indizierten Einsatz ungeeigneter Medikamente. Am Beispiel

der Harnwegsinfektionen bedeutet dies, dass für schwere Infektionen benötigte Reserveantibiotika aufgrund zunehmender Resistenzraten nicht mehr eingesetzt werden können.

Als Grundlage für eine Behandlung sind die verordnenden Ärzte und Ärztinnen daher auf verlässliche Angaben zur regionalen Resistenzsituation der häufigsten Erreger angewiesen. Diese Zahlen liegen für den Fall von unkomplizierten Harnwegsinfektionen jedoch nicht vor, weil die Daten aus medizinischen Laboren nicht auf die Situation in der Primärversorgung übertragen werden können. Sie spiegeln die Resistenzsituation bei komplizierten Krankheitsverläufen auf einer anderen Versorgungsebene wider.

Die Ergebnisse bestehender Sentinelnetze aus medizinischen Laboren wie das »Antibiotika Resi-

stenz Monitoring Niedersachsen (ARMIN)« sind daher nicht auf die Primärversorgung übertragbar.

Um diese Informationslücke zu schließen, führt die Abteilung Versorgungsforschung am Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen in Kooperation mit den allgemeinmedizinischen Universitätsabteilungen in Hannover und Göttingen aktuell eine prospektive Beobachtungsstudie in 75 hausärztlichen Praxen durch. Über den Zeitraum von acht Wochen wird bei allen PatientInnen mit der Diagnose eines Harnwegsinfektes eine Urinkultur durchgeführt. Die teilnehmenden Praxen rekrutieren sich aus dem gesamten Bundesgebiet mit einem Schwerpunkt in Niedersachsen. Die Datenerhebung erfolgt online durch ein passwortgeschütztes Zugangssystem. Die Studie kann damit aktuelle Daten zur Resistenzsituation von Harnwegsinfektionen in der Primärversorgung liefern.

Dr. Guido Schmiemann MPH, Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Abt. 1 Versorgungsforschung,
Mail: schmiema@uni-bremen.de, www.ipp.uni-bremen.de

Die Interdiskurstheorie – eine Methode für die Gesundheitswissenschaften?

Seit Mai 2011 führt die Abteilung 2 Prävention und Gesundheitsförderung des IPP ein von der DFG gefördertes Forschungsprojekt in Kooperation mit der Universität Siegen durch. Über einen Zeitraum von zwei Jahren werden Artikel über Jugendkriminalität dahingehend analysiert, ob sich die Deutung von Delinquenz in den vergangenen 40 Jahren verändert und sich die Neigung zur Bestrafung der Jugendlichen ggf. verstärkt hat.

Was dieses Projekt u.E. für die Gesundheitswissenschaften interessant macht, ist die besondere Annäherung an das Material: Statt einen Text in seiner Gesamtheit zu interpretieren, richten wir den Fokus auf den Zusammenhang zwischen sprachlichem Handeln und gesellschaftlichen Strukturen. Wie bei der klassischen Diskursanalyse wird dabei davon ausgegangen, dass Sprache zwar einerseits Wirklichkeit konstruiert, dass sie aber zugleich auch gesellschaftlich und kulturell verankert ist –

dass es also Grenzen des Sagbaren gibt. Gerade was die wissenschaftlichen Spezialdiskurse (also etwa den medizinischen, den psychologischen oder den juristischen Diskurs) angeht, besteht eine fundamentale Grenze der Sagbarkeit in ihrer charakteristischen Spezialisierung (Link & Parr 2011). Wofür sich nun die Interdiskursanalyse interessiert, sind genau jene Diskuselemente, die spezialdiskursübergreifend, also »interdiskursiv« sind, und deren Spezialität gerade ihre Nicht-Spezialität ausmacht. Diese interdiskursiven Elemente sind deshalb interessant, weil sie den Blick auf die Wissensvermittlung richten: Dabei geht die kritische Diskursforschung davon aus, dass in einer immer komplexer werdenden Gesellschaft die Übermittlung von Fachwissen nach einem

konsistenten Prinzip verläuft. So wird nach Jürgen Link aus »Spezialdiskursen« mithilfe z.B. von so genannten Kollektivsymbolen Wissen in einen »Elementardiskurs« übersetzt, also z.B. komplexe wissenschaftliche Zusammenhänge für Laien verständlich gemacht (vgl. Jäger 2010). Dieser Übersetzungsschritt wird als Interdiskurs bezeichnet. Bei den an den »Kopplungsstellen« (Link & Diaz-Bone 2006) sitzenden Kollektivsymbolen handelt es sich um ein begrenztes Ensemble rhetorischer Figuren (um Allegorien, Metaphern, Embleme, Vergleiche etc.). Diese Figuren strukturieren die kollektiven Deutungsmuster der Mitglieder der jeweiligen kulturellen Gemeinschaft. Wichtiges Erkennungszeichen dieser Kollektivsymbole ist, dass wir den Sinn dieser rhetorischen Figuren sowie die intendierten Konsequenzen spontan verstehen: Nur durch diese scheinbar unproblematischen Verstehensoptionen (vgl. Parr 2008) erscheinen uns die durch ihre bildliche Logik nahe gelegten Handlungsempfehlungen plausibel.

Ein im Gesundheitsbereich seit einigen Jahren besonders gern benutztes Kollektivsymbol ist z.B. das der »Epidemie«. So etwa in einem von der Süddeutschen Zeitung vom 08.02.2008 zitierten WHO-Zitat: »Tabak entwickelt sich zu einer der größten Gesundheitskatastrophen der Mensch-

heitsgeschichte. Wir müssen jetzt handeln, um die weltweite Tabak-Epidemie einzudämmen und Millionen Leben zu retten.“

Epidemien sind eigentlich zeitlich-örtliche Häufungen von Infektionskrankheiten in der menschlichen Population. Trotzdem geht z.B. die WHO dazu über, von einer »Raucher-Epidemie« (WHO 1997) oder einer Tabak-Epidemie (The World Bank 2003) zu sprechen, oder in anderem Zusammenhang Übergewicht und Adipositas als Epidemie (WHO 2000; 2006) zu bezeichnen.

Diese Bildhaftigkeit der rhetorischen Figur, in unserem Fall die Epidemie, bezeichnen wir nach Link (1990) als *pictura*. Eine *pictura* entfaltet im Text einen impliziten Sinn, dessen Gehalt als *subscriptio* bezeichnet wird. Diese *subscriptio*, in unserem Beispiel die dramatische Situation, in der sich unsere Welt befindet, erfassen wir über die Bildlichkeit der Epidemie intuitiv – und zwar auch dann, wenn wir gar keine Ahnung von Adipositas oder den Schäden des Rauchens haben. Zugleich plausibilisiert das Bild der Epidemie, dass alle denkbaren Maßnahmen zu ihrer Eindämmung getroffen werden müssen und damit – angesichts der Bedrohung – auch legitim sind.

Für die Gesundheitswissenschaften könnten Interdiskursanalysen Gewinn bringend sein, wenn es z.B. um die mediale Präsentation der Verbreitung, der Ursachen oder der Therapien bestimmter Krankheiten oder Risiken geht. Andererseits könnte auch die Frage nach einer Veränderung der Darstellung eines Krankheitsbildes über z.B. ein Jahrhundert untersucht werden. Ebenso wäre auch die Kommunikation von Ärzten und Ärztinnen oder auch von Pflegenden zu Patienten und Patientinnen mit dieser Methode zu befragen: Mit welcher Bildlichkeit vermitteln Health Professionals Wissen, Diagnosen und Therapien? Mit welcher Bildlichkeit versuchen sie Compliance zu erzeugen? Die Interdiskursanalyse könnte insofern ein ganz neues Licht auf zentrale Fragen der Gesundheitswissenschaften werfen.

Prof. Dr. Henning Schmidt-Semisch, Mona Urban,
Universität Bremen, Institut für Public Health
und Pflegeforschung (IPP), Abt. 2 Prävention
und Gesundheitsförderung,
Mail: schmidt-semisch@uni-bremen.de,
www.ipp.uni-bremen.de

Bedarfe und Evaluation pflegerischer Versorgungsstrukturen im ambulanten Sektor am Beispiel niedrigschwelliger Angebote

Aktuell leben im Land Bremen 21.340 Pflegebedürftige, von denen gut 75% entweder ausschließlich von ihren Angehörigen oder in Kooperation mit ambulanten Pflegediensten zu Hause gepflegt und/oder betreut werden.

Die Betreuung von Pflegebedürftigen kann sich für die Angehörigen rasch zu einer psychischen, physischen und finanziellen Belastung entwickeln, insbesondere dann, wenn eine dementielle Erkrankung der betreuten Person vorliegt. Genau an dieser Stelle setzt das Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz von 2002 bzw. 2008 an: Es hat zum Ziel, durch die Bereitstellung von zusätzlichen Betreuungsleistungen Angehörige zu entlasten und für die Betroffenen vielfältige niedrigschwellige Betreuungsangebote zu schaffen. In diesen kommen zumeist ehrenamtliche Helfer/innen unter

pflegefachlicher Anleitung zum Einsatz, die sich in Form einer Einzel- oder Gruppenbetreuung um die Betroffenen kümmern, während sich die Angehörigen eine Auszeit von der Betreuung nehmen können. Wie dieses Ziel im Land Bremen aus der Sicht der betreuenden Angehörigen sowie der Anbieter bisher umgesetzt wurde, bildet den Schwerpunkt des Forschungsprojektes. Das Projekt wird von der Senatorin für Soziales, Kinder, Jugend und Familie sowie von den Pflegekassen des Landes Bremen gefördert. Es konzentriert sich auf die Beantwortung folgender Fragen:

- Welche niedrigschwellige Betreuungsangebote stehen im Land Bremen zur Verfügung?
- Werden diese den Entlastungs- und Betreuungsbedarfen der betreuten Personen und der

- betreuenden Angehörigen gerecht?
- Wie schätzen die Anspruchsberichtigten das Ausmaß an Zufriedenheit, Entlastung und Wohlbefinden durch die zusätzlichen Betreuungsleistungen ein?
- Was sind die Gründe der Nicht-Inanspruchnahme sowie für den Abbruch bereits in Anspruch genommener Angebote durch die berechtigten Personen?
- Welche Hilfen oder Herausforderungen bestehen aus der Sicht der betreuenden Angehörigen bei der Vermittlung, der Antragstellung sowie der Abrechnung der zusätzlichen Betreuungsleistungen?
- Welche Barrieren der Inanspruchnahme niedrigschwelliger Betreuungsangebote bestehen und wie lassen sich diese erklären?
- Auf welche Kompetenzen legen Anbieter von Betreuungsangeboten bei der Auswahl der ehrenamtlichen Helfer/innen Wert und wie erfolgt die Qualifizierung dieser?
- Wie gestaltet sich die Kooperation zwischen den betreuenden Angehörigen, ehrenamtlichen Helfer/innen und professionellen Pflegekräften?
- Welche anspruchsberichtigten Personen werden systematisch vernachlässigt?

Zur Beantwortung dieser Forschungsfragen werden drei Erhebungen durchgeführt:

1. Eine Online-Befragung der Anbieter niedrigschwelliger Betreuungsangebote gibt Aufschluss über die Angebotspalette, Auslastung, Implementierung, Öffentlichkeitsarbeit, Rekrutierung und Qualifizierung der ehrenamtlichen Helfer/innen sowie Einbeziehung der betreuenden Angehörigen in die inhaltliche Gestaltung der Angebote.

2. Die betreuenden Angehörigen werden zur aktuellen Betreuungssituation, Zufriedenheit mit dem/n gewählten Angebot/en, zu den Gründen der Nicht-Inanspruchnahme sowie dem Abbruch bereits in Anspruch genommener Betreuungsleistungen schriftlich befragt. Zusätzlich werden soziodemografische Daten zu den betreuten Personen und betreuenden Angehörigen erhoben.

3. Letztere stehen als betreuende Personen, die trotz Berechtigung niedrigschwellige Betreuungs-

angebote nicht nutzen oder bereits in Anspruch genommene Betreuungsangebote abbrachen, im Fokus von zwei Gruppeninterviews. In diesen geht es darum, hemmende Faktoren bei der Nutzung der Angebote auf einer qualitativen Ebene aufzudecken.

Im Ergebnis wird das Projekt aufzeigen, ob es im Land Bremen annähernde Übereinstimmungen oder gar Diskrepanzen zwischen bestehenden niedrigschwelligeren Angeboten und den individuellen Bedarfen der betreuten Personen und deren betreuenden Angehörigen gibt. Die Ergebnisse können zudem Hinweise dazu liefern, ob die Inanspruchnahme von niedrigschwelligeren Betreuungsangeboten tatsächlich zur Minderung des Belastungsempfindens betreuender Angehöriger beiträgt. Sie stellen außerdem Zugangsbarrieren der Inanspruchnahme niedrigschwelliger Betreuungsangebote sowie die Motive der Nicht-Inanspruchnahme und des Abbruches bereits in Anspruch genommener Betreuungsangebote aus der Perspektive der pflegenden Angehörigen fest. Auf der Basis dieser

Ergebnisse kann auch eine Einschätzung über den Einsatz von ehrenamtlichen Helfer/innen in der Betreuung von Personen mit einem erhöhten Bedarf an Zuwendung im Land Bremen erfolgen. In diesem Kontext könnte ein Vergleich mit anderen Bundesländern im Hinblick auf die Frage, ob ehrenamtliches Engagement als Äquivalent an der Schnittstelle zwischen familiärer und professioneller Betreuung und Pflege eine Zukunft hat, von Vorteil sein.

Prof. Dr. Stefan Görres (Geschäftsführender Direktor IPP),

Dr. Svenja Schmitt, Sabine Blom M.A.,

Alexandra Baumkötter MPH, Universität Bremen,

Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP),

Abt. 3 Interdisziplinäre Alters- und Pflegeforschung,

Mail: sgoerres@uni-bremen.de, www.ipp.uni-bremen.de

Ideenwettbewerb

»Gesunde Pflegeausbildung«

Das Projektvorhaben im Auftrag der Berufsgenossenschaft für Wohlfahrtspflege (BGW) ist der zweite Baustein innerhalb des Gesamtprojektes: »Bundesweite Vollerhebung zu Gesundheitsförderung und Prävention an Pflegeschulen« (vgl. IPP-Info 09/2011). In einem ersten Schritt wurden die Basisdaten aller bundesdeutschen Pflegeschulen sowie deren Auszubildenden erhoben und analysiert. Themen waren u.a. Relevanz und Transfer von Gesundheitsschutz und Prävention und der Gesundheitszustand der Auszubildenden (vgl. Bomball, Schwanke, Stöver, Görres 2010). Die Ergebnisse des ersten Bausteines lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Gesundheitsförderung/Prävention sind in den meisten Schulen curricular verankert.
- Die Umsetzung bleibt aber bislang hinter den Ansprüchen der Schulleitungen zurück.
- Angehende Pflegekräfte sind schon in der Ausbildung gesundheitlich belastet.
- Optimierungsbedarf besteht vor allem in den Bereichen Ernährung, Bewegung und Stressprävention.
- Unzureichende Rahmenbedingungen in den Schulen und die fehlenden Unterstützung durch die Praxisorte erschweren die Umsetzung

gesundheitsrelevanten Wissens.

- Relativ gute Ergebnisse zeigten sich dagegen bei der Prävention klassischer Risikofaktoren (z.B. Hautschutz, Infektionsschutz, Hygiene und Unfallprävention).

Die Ergebnisse zeigen einen deutlichen Unterstützungsbedarf der Pflegeschulen insbesondere im Bereich des Theorie-Praxis-Transfers auf. Es fehlt vor allem an einer systematischen Umsetzung praxisorientierter Konzepte und konkreter Handlungsempfehlungen. Ziel des zweiten Bausteines ist es daher, zukunftsweisende Ideen und Konzepte zu sammeln, auszuwerten und einer breiten Öffentlichkeit im Sinne von Best Practice »Gesunde Pflegeschule« zur Verfügung zu stellen. Hierzu werden diejenigen Pflegeschulen, die bereits Maßnahmen im Rahmen von Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflegeausbildung vornehmen, in Form eines bundesweiten Ideenwettbewerbes angeregt, ihre Konzeptionen und Erfahrungen zu veröffentlichen. Die Ausschreibung richtet sich insbesondere an Bildungseinrichtungen und Berufsfachschulen, die partnerschaftliche Ideen und Konzepte zur theoretischen Vermittlung und berufspraktischen Umsetzung von arbeitsschutz- und gesundheitsrelevanten Kenntnissen in

enger Kooperation mit Pflegeunternehmen verfolgen. Die Prämierung der Preisträger/innen findet im Rahmen des Berliner Hauptstadtkongresses »Medizin und Gesundheit« im Mai 2012 statt. Es werden insgesamt Preisgelder in Höhe von 31.500 Euro vergeben.

Die zu erwartenden Ergebnisse des Ideenwettbewerbs liegen, neben einer Verfestigung konzeptioneller und praktischer Handlungsorientierungen im Sinne von Best Practice, vor allem in einer generellen Sensibilisierung für konkrete Gesundheits- und Präventionsmaßnahmen und deren Transfer in den Pflegealltag. Darüber hinaus werden ein nachhaltiges gesundheitsförderndes Verhalten und eine Optimierung des Arbeitsschutzes erwartet. Mittel- bis langfristig trägt eine »Gesunde Pflegeschule« zur Belastungsreduzierung und geringer Fluktuation und Krankheitsstände bei. Angesichts des schlechten Images der Pflegeberufe könnten gezielte Gesundheitsangebote in den Schulen die Attraktivität der Ausbildung deutlich steigern. Dies hat insbesondere in Zeiten von zunehmendem Fachkräftemangel eine hohe Bedeutung.

Dr. Martina Stöver, Dipl. Soz. Jacqueline Bomball,

Dipl. Ökotroph. Aylin Schwanke M. Eval.,

Prof. Dr. Stefan Görres (Geschäftsführender Direktor IPP),

Universität Bremen, Institut für Public Health und

Pflegeforschung (IPP), Abt. 3 Interdisziplinäre Alters- und

Pflegeforschung (iap), Mail: sgoerres@uni-bremen.de,

www.ipp.uni-bremen.de

Demenzsensible nicht medikamentöse Konzepte in Pflegeschulen

Vermittlung pflegerischer Kompetenzen in der Ausbildung, die zur nachhaltigen Verbesserung von Menschen mit Demenz in Akutkliniken beitragen. Eine bundesweite Vollerhebung.

Immer mehr Patient/innen in deutschen Krankenhäusern weisen neben ihrer akuten Erkrankung eine Demenz auf. Dies stellt die Krankenhäuser und die dort tätigen Mitarbeiter/innen vor eine große Herausforderung, denn auf die (Mit-) Versorgung von dementiellen Erkrankungen sind sie nicht eingearichtet. Es fehlt an entsprechenden Konzepten ebenso wie an einem spezifischen Fachwissen quer durch alle Berufsgruppen. Vor allem die Pflegenden in Krankenhäusern fühlen sich im Umgang mit an Demenz erkrankten Patient/innen häufig überfordert und alleine gelassen. Denn bei der Versorgung von Menschen mit Demenz sind eine ganze Reihe von fachlichen und sozialen Kompetenzen gefragt, die viele von ihnen speziell für diese Situation nicht gelernt haben.

Um den veränderten Anforderungen Rechnung zu tragen, müssen die notwendigen Kompetenzen deshalb bereits in der Ausbildung erworben werden. Bislang ist allerdings wenig bekannt darüber, inwieweit in den Ausbildungsstätten demenzsensible Konzepte überhaupt vermittelt werden. Dieses Erkenntnisdefizit wird mit der von der Schönwald-Stiftung geförderten Studie aufgegriffen. Ziel ist es, mittels der Ergebnisse einer bundesweiten Online-Befragung von Schul- bzw. Bereichsleitungen (Krankenpflege- und Altenpflegeschulen) sowie Pflegeauszubildenden Aufschluss darüber zu bekommen, inwieweit und in welchem Umfang pflegerische Kompetenzen zur Versorgung an Demenz erkrankter Menschen bereits im Rahmen der Pflegeausbildung vermittelt werden und – im Falle festgestellter Schwachstellen – die Situation gegebenenfalls verbessert werden kann.

→ Für dieses Projektvorhaben wurde das Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen (Prof. Dr. Stefan Görres und Dr. Martina Stöver) am 9.10.2010 im Rahmen des 6. Deutschen Alzheimer Kongresses mit dem Schönwald Preis ausgezeichnet. Mit dem Preisgeld konnte die vorliegende Studie durchgeführt werden. Dafür danken wir der Dr. Karl und Ruth Schönwald-Stiftung, angegliedert bei der deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V.

Insgesamt konnten die Daten von 678 Pflegeschulen sowie 564 Pflegeauszubildenden ausgewertet werden. Zusammenfassend zeigen die Studienergebnisse sehr eindrucksvoll, dass die Vermittlung demenzspezifischer Kompetenzen vor allem im Rahmen der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung zukünftig deutlich stärker zu berücksichtigen ist. Eine intensivere Auseinandersetzung mit diesem Thema ist vor allem in der Ausbildung dringend notwendig, aber auch für alle im Krankenhaus bereits beschäftigten Pflegekräfte gezielt einzufordern. Denn: obwohl dem Thema Demenz von der Mehrheit der Befragten eine große Relevanz zugeschrieben wird und eine curriculare Verankerung durchaus bestätigt werden kann, findet das vermittelte Wissen bei den Kompetenzen der Auszubildenden keinen entsprechenden Niederschlag. Dies gilt insbesondere für die im Setting Krankenhaus tätigen Auszubildenden in der Pflege. Die Empfehlung eines dringend notwendigen nachhaltigen Kompetenzerwerbs gilt auch für alle anderen therapeutisch tätigen Gruppen.

Vor dem Hintergrund der empirischen Daten richten sich die inhaltlichen Optimierungsempfehlungen insbesondere auf eine stärkere Orientierung des Themas Demenz auf Betreuungs-, Wahrnehmungs-, und Körperorientierte Ansätze. In der stationären Langzeitpflege werden diese bereits häufig eingesetzt. Die aus diesem Setting bekannten Konzepte wie z. B. tagesstrukturierende Maßnahmen, Biographiearbeit, Validation ect. sollten im Hinblick auf ihre Wirksamkeit für die Krankenhauspflege überprüft, modifiziert und übertragen werden.

Dies setzt eine gezielte Kompetenzvermittlung in der Ausbildung ebenso voraus wie die Sicherstellung eines erfolgreichen Theorie-Praxis-Transfers von der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung in die Versorgungspraxis. Um dies zu gewährleisten müssen über die schulische Vermittlung hinaus kontinuierliche Trainingsmöglichkeiten von demenzsensiblen Konzepten in die Praxis des Arbeitsalltags etabliert werden (workplace learn-

ing). Darüber hinaus sollte eine Ausweitung der Praxiseinsätze in der Ausbildung erfolgen: z. B. in Einrichtungen der geriatrischen Rehabilitation, der Gerontopsychiatrie, Tagespflege, Memorykliniken und betreuten Wohngruppen, um das gesamte Spektrum an Möglichkeiten im Umgang mit an Demenz erkrankten Menschen kennen zu lernen.

Schließlich sind öffentliche Entscheidungsträger, Krankenkassen, Versorgungseinrichtungen und Forschung vermehrt nach ernsthaften und gezielten Bemühungen gefragt, um angesichts der aktuellen und zukünftig noch höheren demenzspezifischen Erfordernissen, Krankenhäusern als auch anderen Settings, die Implementation und Etablierung adäquater Konzepte zu ermöglichen. Dies wird nicht nur die Versorgungsqualität, sondern auch die Arbeitszufriedenheit deutlich erhöhen.

Prof. Dr. Stefan Görres (Geschäftsführender Direktor IPP),
Dr. Martina Stöver, Dipl. Soz. Jaqueline Bomball, Dipl. Ökotroph. Aylin Schwanke M. Eval., Universität Bremen,
Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Abt. 3
Interdisziplinäre Alters- und Pflegeforschung (iap),
Mail: sgoerres@uni-bremen.de, www.ipp.uni-bremen.de

PUBLIKATION

S. Görres, M. Stöver, J. Bomball, A. Schwanke (2012)

Demenzsensible nicht medikamentöse Konzepte in Pflegeschulen



Gutachten zur Situation der pflegerischen Versorgung in den hessischen Akutkrankenhäusern

Gemeinsam mit den Kollegen Bernard Braun (Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen) und Klaus Stegmüller (Fachhochschule Fulda) erhielt Ingrid Darmann-Finck vom Hessischen Sozialministerium den Auftrag, ein Gutachten zur Situation der pflegerischen Versorgung in den hessischen Akutkrankenhäusern zu erstellen. Gegenstand des Gutachtens ist zum einen eine Bestandserhebung in den hessischen Krankenhäusern. Zum anderen sollen Zusammenhänge zwischen verschiedenen institutionellen und personellen Bedingungen der pflegerischen Versorgung einerseits und ausgewählten patienten- sowie pflegendenbezogenen Outcomeparametern andererseits untersucht werden. Neben einer systematischen Sichtung der internationalen Fachliteratur sind mehrere empirische Erhebungen vorgesehen, nämlich eine schriftliche standardisierte Befragung der Leistungen einer repräsentativen Stichprobe hessischer Krankenhäuser, eine schriftliche standardisierte

Befragung der Pflegekräfte in diesen Krankenhäusern und qualitative Feldstudien auf ausgewählten Stationen. Des Weiteren werden voraussichtlich pflegespezifische BQS-Daten genutzt.

Für die Konzeption des Forschungsdesigns stützen sich die Forscherinnen und Forscher auf ein aus der Unterrichtsforschung adaptiertes Wirkungsmodell, wonach verschiedene Einflussfaktoren auf der Mikro-, Meso- und Makroebene beim Zustandekommen der Ergebnisqualität zusammenwirken. Im deutschsprachigen Raum gibt es bisher noch keine Studien, in denen die Auswirkungen der Arbeitsbedingungen auf die pflegerische Ergebnisqualität erforscht wurden. International existiert mittlerweile eine breite Forschung zu dieser Fragestellung. Darin konnte nachgewiesen werden, dass neben dem Personalschlüssel und der Qualifikation der Pflegenden auch Umgebungsfaktoren, wie die Zusammenarbeit mit Ärzten oder mit der Manage-

mentebene, einen erheblichen Einfluss auf die Mortalitätsrate von verschiedenen Patientengruppen (z.B. chirurgische Patientinnen und Patienten oder Patientinnen und Patienten mit einer akuten internistischen Erkrankung) sowie auf die Burnout-rate und die Berufszufriedenheit von Pflegenden haben.

In der Feldstudie, die sich auf teilnehmende Beobachtungen auf vier ausgewählten Stationen und insgesamt zwanzig leitfadenstrukturierte Interviews stützt, soll zudem untersucht werden, wie Pflegende mit erhöhter Arbeitsbelastung aufgrund höheren Arbeitsanfalls oder fehlenden Personals umgehen und wie sich die Prozessqualität sukzessive beispielsweise durch Rationierung und Priorisierung verändert. Dabei werden Vergleiche zwischen chirurgischen und geriatrischen Stationen angestellt. Das gesamte Gutachten wird im Frühjahr 2012 vorliegen.

**Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck, Universität Bremen,
Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP),
Mitglied des Direktoriums und Sprecherin der Abt. 4
Qualifikations- und Curriculumforschung,**
Mail: darmann@uni-bremen.de, www.ipp.uni-bremen.de

Evaluation von Vornoten in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung

Gegenwärtig wird die Abschlussnote für das Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegeexamen ausschließlich durch die drei Prüfungsteile der Abschlussprüfung generiert. Da punktuelle Prüfungen für die Schülerinnen und Schüler zum Teil mit erheblichen psychischen und physischen Belastungen einhergehen und die gezeigte Leistung infolgedessen nicht unbedingt das tatsächliche Leistungsvermögen widerspiegelt, sind die Noten vermutlich nur eingeschränkt valide und entsprechen möglicherweise nicht dem tatsächlichen Leistungsstand der Absolventinnen und Absolventen. Indem außerdem keine der im Verlauf der Ausbildung stattfindenden Prüfungen in die Endnote einfließen, können diese auch nur begrenzt pädagogisch für die Steigerung der extrinsischen Leistungsmotivation der Schülerinnen und Schüler genutzt werden. Im Rahmen eines von der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und

Soziales, Bremen genehmigten Modellversuchs sollen daher im Zeitraum vom 1. April 2009 bis zum 31. Dezember 2014 examensrelevante Vornoten in der Gesundheits- und Krankenpflege- bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpflegeausbildung an den fünf im Land Bremen ansässigen Schulen erprobt werden. Ausbildungsbegleitend erworbene Noten werden folglich zu einem bestimmten Anteil in die Abschlussnote eingerechnet.

Das IPP, Abt. Qualifikations- und Curriculumforschung, wurde mit der Evaluation dieses Modellprojekts beauftragt. Auftraggeber ist das Norddeutsche Zentrum zur Weiterentwicklung der Pflege (NDZ). Die Evaluation liegt ein komparatives Studiendesign zugrunde. Das Vorhaben verfolgt die Frage nach Unterschieden zwischen den Abschlussnoten, der Einschätzung der Angemessenheit der Abschlussnoten und dem Lernendenverhalten bei

Schülerinnen und Schülern mit und ohne Einbezug der Vornoten in die Abschlussnote. Verglichen werden Schülerinnen und Schüler, die 2009, 2010 und 2011 die Ausbildung beendet haben (Vergleichskurse), mit Schülerinnen und Schülern, die 2012, 2013 und 2014 die Ausbildung abschließen (Modellkurse). Methodisch kommen standardisierte und qualitative Befragungen von Schülerinnen und Schülern sowie von Lehrerinnen und Lehrern zum Einsatz. Gegenwärtig liegen die Daten der Vergleichskurse vor, da erst im Jahr 2012 die ersten Modellkurse die Ausbildung abschließen werden.

Inzwischen wurden die Daten von 23 Vergleichskursen mit insgesamt 398 Schülerinnen und Schülern erfasst. Bei einem Rücklauf von 95% (Lehrerinnen und Lehrer) bzw. 65% (Schülerinnen und Schüler) kam die Studie bislang zu folgenden Ergebnissen: Die Mehrheit der Schülerinnen und Schüler hat in allen drei Prüfungen (schriftlich, mündlich, praktisch) mit den Noten »gut« oder »befriedigend« abgeschnitten. Durchschnittlich erreichten die Schülerinnen und Schüler in der schriftlichen Prüfung die Note 2,7, in der mündlichen Prüfung die Note 2,56 und in der praktischen Prüfung die Note 2,63. Über alle Prüfungsformen hinweg wurden 53-mal die Noten »mangelhaft« bzw. »ungenü-

gend« vergeben. Ca. 20% der Schülerinnen und Schüler erhielten in der praktischen Prüfung die Note »ausreichend« oder schlechter. Ca. 74% der Schülerinnen und Schüler geben an, bei Einbezug der Vornoten in die Abschlussnoten mehr Mühe in die ausbildungsbegleitenden Leistungskontrollen zu investieren, ca. 12% der Schülerinnen und Schüler stimmen dieser Aussage nicht zu und ca. 14% stehen der Aussage neutral gegenüber. Eine große Mehrheit (93,41%) der Schülerinnen und Schüler ist der Meinung, dass der Einbezug von Vornoten zu angemesseneren Abschlussnoten führt.

In der Mehrzahl der Fälle schätzen sowohl Schülerinnen und Schüler (83,9%, 85,5% und 66,8%) als auch Lehrerinnen und Lehrer (74,5%, 69,3% und 62,3%) die derzeit vergebenen Examensnoten

für die schriftlichen, mündlichen bzw. praktischen Leistungen der Schülerinnen und Schüler als angemessen ein. Am wenigsten angemessen ist beiden Gruppen zufolge die praktische Note. In 29,3% (Lehrerinnen und Lehrer) bzw. 31,9% (Schülerinnen und Schüler) der Fälle werden die Noten auffallend übereinstimmend als zu schlecht bewertet. Die Ergebnisse der schriftlichen und der mündlichen Prüfungen werden von beiden Seiten zwischen 12,7% und 15,7% für zu schlecht befunden.

Unterschiede lassen sich im Hinblick auf die Einschätzung der Examensnoten als »zu gut« erkennen. Schülerinnen und Schüler bewerten ihre schriftlichen, mündlichen und praktischen Leistungen weniger kritisch/streng als Lehrerinnen und Lehrer dies tun. Während die Schülerinnen und

Schüler die erhaltenen Noten nur in wenigen Fällen als »zu gut« (1,7%, 1,8% bzw. 1,3%) einstufen, tun die Lehrerinnen und Lehrer dies dagegen in 10,3% (schriftlich), 14,9% (mündlich) bzw. 8,4% (praktisch) der Fälle.

Ob sich die Noten, die geschätzte Angemessenheit der Noten und das Lernendenverhalten durch die Einbeziehung der Vornoten verändern, werden die Erhebungen ab 2012 zeigen.

**Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck, Universität Bremen,
Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP),
Mitglied des Direktoriums und Sprecherin der Abt. 4
Qualifikations- und Curriculumforschung,**

Mail: darmann@uni-bremen.de, www.ipp.uni-bremen.de

QUALIFIKATIONSARBEITEN

Gesundheitsförderung für Pflegeheimbewohner

Gesundheitsförderung und Prävention haben in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen, insbesondere im Zuge des demografischen Wandels und damit verbundener Aspekte wie Hochaltrigkeit, Zunahme chronischer Erkrankungen und Multimorbidität. Ein Blick auf Initiativen zur Gesundheitsförderung im Alter zeigt, dass sich diese primär an Menschen im Alter 50+ bzw. 60+ richten und in erster Linie die Vermeidung von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit zum Ziel haben. Für diejenigen alten Menschen, die bereits pflegebedürftig sind, fehlen spezielle gesundheits-

fördernde Maßnahmen, vor allem dann, wenn sie in einer stationären Pflegeeinrichtung leben. Demzufolge bestehen bislang auch keine Konzepte für eine gezielte Förderung der Gesundheit von Pflegeheimbewohnern.

Diesen Bedarf aufgreifend, verfolgte die Forschungsarbeit das Ziel, auf Basis der gesundheitsbezogenen Bedürfnisse von Pflegeheimbewohnern geeignete gesundheitsfördernde Maßnahmen zu entwickeln. Zur Analyse dieser Gesundheitskonzepte und Bedürfnisse wurden leitfadengestützte qualitative

Interviews mit 12 Bewohnerinnen und 3 Bewohnern geführt. Resultierend aus ihrer jeweiligen Biografie und den individuellen Erfahrungen mit Gesundheit und Krankheit zeigte sich bei den Teilnehmern eine große Spannbreite an Vorstellungen über Gesundheit und deren Bedingungsfaktoren.

Die Analyse ergab bei vielen Bewohnern ein überaus komplexes Gesundheitsverständnis, das neben körperlichen Aspekten psychische, soziale und ethische Dimensionen umfasste, denen von der Zielgruppe eine besondere Bedeutung in Bezug auf ihr Gesundheitserleben in der aktuellen Lebenssituation zugeschrieben wurde. Anhand der Gesundheitsvorstellungen der befragten Pflegeheimbewohner ließen sich zehn Interventionen ableiten, die einen wesentlichen Beitrag zu Gesundheit und Wohlbefinden im Pflegeheim liefern können: Unterstützung von Selbstständig-

Geriatriepreis gewonnen

Der 15. Wissenschaftspreis der Stiftung Parkwohnstift Bad Kissingen und der Stadt Bad Kissingen wurde am 12. September 2011 an drei junge Wissenschaftlerinnen verliehen. Dr. Svenja Schmitt von der Uni Bremen erhielt den mit 5000 Euro dotierten Hauptpreis, den je zur Hälfte Stadt Bad Kissingen und Parkwohnstift finanziell ausloben.



Preisübergabe:
Den Geriatriepreis von Stadt und Parkwohnstift überreichte
Cornel Sieber an Hauptpreisträgerin Svenja Schmitt.
Brigitte Sdun und Rebecca Diekmann erhielten Förderpreise (von links).
Foto: Peter Rauch



Foto: AOK Medienanst

keit und Eigeninitiative, Angebote zum Verlassen des Zimmers und des Hauses, Förderung sozialer Kontakte innerhalb und außerhalb der Einrichtung, Förderung von Selbstbestimmung durch Entscheidungsmöglichkeiten, Berücksichtigung individueller Gewohnheiten und Wünsche, Angebote zur abwechslungsreichen Beschäftigung, Angebot und Übertragung von Aufgaben und Verantwortung, Vermittlung und Gewährleistung von Zuverlässigkeit und Sicherheit, Unterstützung individueller gesundheitsbezogener Überzeugungen und Verhaltensweisen sowie Förderung und Bewusstmachung gesunder Anteile.

Die Forschungsarbeit liefert hiermit eine wissenschaftlich fundierte Basis für eine gesundheits- und

ressourcenorientierte stationäre Langzeitversorgung, welche als ein wesentliches Qualitätsmerkmal der Heimversorgung gilt. Will man diesen Weg in Richtung Gesundheitsorientierung zielgerichtet und nachhaltig weiterverfolgen, ergeben sich indes noch erhebliche Handlungsbedarfe, insbesondere bezüglich der Organisationsstrukturen in Pflegeheimen und der Qualifikation der Mitarbeiter/innen.

**Dr. Svenja Schmitt, Universität Bremen,
Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP),
Abt. 3 Interdisziplinäre Alters- und Pflegeforschung (iap),
Mail: sschmitt@uni-bremen.de, www.ipp.uni-bremen.de**



Lebensqualität aus der Sicht darmkrebskranker Frauen und Männer

Rekonstruierte Lebens- und Krankengeschichten und ihre Bedeutungen für eine patientInnenorientierte Versorgung

Problemhintergrund

Im Vergleich zur steigenden Inzidenz nimmt die Mortalität bei darmkrebskranken Frauen und Männern stetig ab (GEKID 2010). Krebskrankungen des Dickdarms haben zusehends einen chronischen Verlauf, bei dem immer häufiger Fragen nach der Qualität des Überlebens und der Versorgung im Raum stehen. Dabei sind auch geschlechterspezifische Merkmale zu berücksichtigen (Kuhlmann & Kolip 2005). Der Forschungsstand über Lebensqualität von Darmkrebsbetroffenen unter Genderaspekten ist aus der Perspektive der Versorgungsforschung, aufgrund ihres Rückgriffs auf Erhebungen subjektiver Lebensqualität mittels objektivierender Messverfahren, noch als lückenhaft einzustufen.

Zentrale Fragestellung

Welche Vorstellungen von Lebensqualität haben darmkrebskranke Frauen und Männer und welche Bedeutung haben diese für eine patientInnen- resp. genderorientierte Versorgung?

Theoretisches Rahmenkonzept

Die Theorie der Krankheitsverlaufskurve von Corbin und Strauss (1988, 2004) diente vorrangig als »heuristisches« Theoriegerüst.

Methode

Die empirische Studie basiert auf dem Forschungsansatz der Grounded Theory (Glaser & Strauss 1968). Es wurden sechs narrativ-biografische Interviews (Schütze 1977) mit darmkrebskranken Frauen und Männern geführt, die nach der Methodik biografischer Fallrekonstruktionen (Rosenthal 1995) ausgewertet wurden.

Ergebnisse

Eine zentrale biografische Vorstellung von Lebensqualität beider Geschlechter drückt sich darin aus, inwieweit Möglichkeiten und Chancen zur Teilhabe bzw. Partizipation im alltäglichen Leben bestehen (z.B. bei der Arbeit, in Beziehungen). Dabei ist sowohl die Genese dieser Vorstellung als auch das Erleben partizipativer Handlungsstrategien und die Art und Weise der erzählerischen Präsentation darüber, mitunter genderspezifisch zu bezeichnen. Möglichkeiten zur Partizipation wünschen sich die darmkrebskranken Frauen und Männer insbesondere in der direkten Interaktion mit Health Professionals; kommunizieren dies aber nicht immer klar und deutlich. Dieses Interaktionsbedürfnis, das im Rahmen der Bewältigung krankheits- und alltagsbezogener Arbeit (Corbin & Strauss 2004) zu Tage tritt, wurde in der Studie als Versorgungsbeziehung kategorisiert.

Schlussfolgerungen

Lebensqualität aus der Sicht darmkrebskranker Frauen und Männer wird nicht als ein deterministischer Zustand erklärbar, sondern als ein biografisch, mitunter genderspezifisch und interaktionistisch geprägter Prozess verstehtbar. Anhaltspunkte für die Weiterentwicklung »lebensqualitätsorientierter« Versorgungskonzepte beziehen sich insbesondere auf: 1) Verbesserung der Health Professional-PatientIn-Interaktion (Versorgungsbeziehung), z.B. durch gendersensible empirische Forschung sowie eine intensivere Auseinandersetzung mit Kommunikationstheorien und Erkenntnissen aus der Emotionsforschung, 2) Entwicklung bzw. Stärkung von gendersensiblen Maßnahmen der Tertiärprävention und Gesundheitsförderung, die vor allem die psychosozialen Belastungen und Ressourcen (z.B. Teilhabekompetenzen) der Betroffenen berücksichtigen.

Dr. Martina Wachtlin, Master of P. H.,

Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Abt. 2 Prävention und Gesundheitsförderung,
Mail: wachtlin@uni-bremen.de, www.ipp.uni-bremen.de

PROMOTIONS KOLLEG

NUTZERINNENORIENTIERTE GESUNDHEITSSICHERUNG

Das von der Hans-Böckler-Stiftung (HBS) mit acht Plätzen geförderte Kolleg ist am Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen angesiedelt und wird in Kooperation mit Kolleginnen des Zentrums für Sozialpolitik der Universität Bremen und der Jade Hochschule (Standort Oldenburg) durchgeführt. Mit dem Begriff der NutzerInnenorientierung ist die Erwartung verbunden, dass die Position der LeistungsempfängerInnen im Gesundheitssystem gestärkt, ihre Partizipationsmöglichkeiten erweitert und Fremdbestimmung abgebaut werden. Ziel des Promotionskollegs ist es, anhand von empirischen Analysen zielgruppenspezifische Kompetenz- und Bedürfnismuster zu ermitteln und daraus Ansätze zielgruppenorientierter Gesundheitsversorgung zu entwickeln. Die Nachbesetzung der letzten drei Förderplätze ist inzwischen abgeschlossen.

Sprecherin des Kollegs:

Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck, Universität Bremen,
Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP),
Mitglied des Direktoriums und Sprecherin der
Abt. 4 Qualifikations- und Curriculumforschung,
Mail: darmann@uni-bremen.de, www.ipp.uni-bremen.de/
pages/promotionskolleg/promotionskolleg.php

Promotionsprojekt

Chronisch krank beim Übergang ins Erwachsenenleben: Zwischen erfolgreicher Bewältigung und Exklusion – Biographische Krankheitsbewältigung junger Morbus Crohn-PatientInnen



Der Übergang in das Erwachsenenleben stellt für viele Jugendliche eine sensible Lebensphase dar. Dies gilt insbesondere dann, wenn zu den »normalen« Herausforderungen dieser Statuspassage, wie der Aufbau einer eigenständigen Existenz und daran geknüpfte gesellschaftliche Erwartungen, eine chronische Krankheit in das eigene Lebenskonzept integriert werden muss. Beim Morbus Crohn handelt es sich um eine chronisch entzündliche Darmerkrankung (CED), von der in Deutschland nach derzeitiger Erkenntnis rund 150.000 Menschen betroffen sind. Auch wenn die Krankheit in jedem Alter auftreten kann, wird

die höchste Anzahl an Erstmanifestationen im zweiten und dritten Lebensjahrzehnt verzeichnet. Neben den physischen Beschwerden, die sich aus dem Morbus Crohn und den Behandlungsfolgen ergeben, sind die Betroffenen mit Einschnitten in ihrer Lebenswelt konfrontiert. Die Frage, wie das soziale Umfeld auf die Krankheit reagiert bzw. reagieren könnte und die gesellschaftliche Tabuisierung von assoziierten Beschwerden, treten zum Belastungshintergrund der körperlichen Beeinträchtigung hinzu. Mittels narrativ-biographischer Interviews mit jungen Erwachsenen soll in diesem Forschungsvorhaben untersucht werden, welche

unterschiedlichen Bewältigungsstrategien in der Jugendphase verfolgt und auf welche Bewältigungsressourcen dabei zurückgegriffen wurde. Daran anknüpfend wird der Frage nachgegangen, inwiefern sich Strategien und Ressourcen nach Geschlecht, Sozialstatus und Bildungsniveau unterscheiden und wo sich Zugangsbarrieren ausmachen lassen.

Dennis Wernstedt, Dipl. Politikwissenschaftler, Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Mail: dennis.wernstedt@uni-bremen.de

Promotionsprojekt

Die narrative Anamnese im Rahmen einer biographischen »Diagnostik« im pflegerischen Setting der kardiologischen Rehabilitation. Eine konzeptuelle Entwicklung



Ein Problem der kardiologischen Rehabilitation ist, dass bei der Planung der Interventionen kein Instrument zur Verfügung steht, welches ermöglicht die individuellen Probleme und Ressourcen der Patienten einzuschätzen. Dadurch werden bestehende individuelle, soziale, geschlechts- und altersspezifische Anforderungen der Rehabilitation zu wenig berücksichtigt. Die Ziele der Rehabilitation, wie die Änderung der eigenen Lebensführung, welche die Risiken einer koronaren Erkrankung

bedingt, können daher nur eingeschränkt erreicht werden. Eine narrative Anamnese trägt dazu bei, diese Anforderungen zu erfassen. Im Gegensatz zu Frage-Antwort-Gesprächen, gelangt man durch biographisches Erzählen zu subjektiven Bedeutungsstrukturen, die sich systematischem Abfragen versperren. Im Promotionsvorhaben wird ein Anamneseinstrument entwickelt, mit dem sich die multiperspektivischen individuellen Probleme und Ressourcen von Patienten der kardiologischen

Rehabilitation erfassen lassen. Eine Anamnese, welche stärker an der Relevanz des Patienten orientiert ist, erweitert nicht nur die Einschätzung der Pflegenden, sondern fördert auch das Verständnis der Betroffenen für die Veränderung der eigenen Lebensführung.

Miriam Tariba Richter, Dipl. Berufspäd. Pflegewissenschaft, Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Mail: miriam.richter@uni-bremen.de

Promotionsprojekt

Zum professionellen Selbstbild Pflegender in der stationären Gesundheits- und Krankenpflege – eine explorative Bestandsaufnahme der NutzerInnenorientierung im klinischen Setting



Im Rahmen meiner Dissertation wird vermittelt, einer qualitativen Befragungsstudie eruiert, ob und inwiefern das Paradigma der NutzerInnenorientierung, das eine grundlegende Revision des konventionellen Patientenbildes intendiert, im professionellen Selbstbild Pflegender subjektiv repräsentiert wird. Die im Vordergrund stehenden Subjektdeutungen jener Akteure, die im stationären Setting den dichtesten Patientenkontakt vollziehen,

sollen die Datengrundlage zur Erfassung einer »klinischen NutzerInnenorientierung« abbilden. Sind passivierende, expertokratische und/oder (neo-) paternalistische Strukturen im professionellen Selbstbild der Befragten oder eher Prinzipien einer genuinen NutzerInnenorientierung abbildung? Die generierten Daten, so eine Arbeitshypothese, perpetuieren sich hinsichtlich deren Bedeutungsgehalt durch den Fokus vulnerabler Patienten. Dies offe-

riert eine valide Basis bezüglich der explorativen Bestandsaufnahme der Etablierung einer klinischen NutzerInnenorientierung.

**Nicki Gobrecht, M.A., Universität Bremen,
Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP),
Mail: gobrecht@uni-bremen.de**

INTERNATIONALES

Pflege in China

Ein Besuch mit vielversprechenden Eindrücken

Prof. Dr. Stefan Görres, geschäftsführender Direktor des IPP, und Dr. Martina Stöver, Projektleiterin im Arbeitschwerpunkt Ausbildungsforschung, besuchten zusammen mit einer Doktorandin des Instituts vom 9.5. bis 17.5.2012 die School of Nursing an der Jilin University in Changchun, einer 7-Millionen Stadt im Nordosten Chinas, im Dreieck zwischen der Mongolei, der Russischen Föderation und Nordkorea gelegen.

Die Jilin Universität ist eine der wichtigsten Universitäten, die unter der direkten Leitung des Bildungsministeriums in China Forschung betreiben. Sie rangiert unter den 10 Besten in China und gehört darüber hinaus weltweit zu den 500 besten Universitäten. In China ist sie die größte Universität und bietet Studierenden zahlreiche Möglichkeiten der Ausbildung in allen akademischen Disziplinen. Die neue Jilin Universität ist ein Zusammenschluss aus fünf früheren Universitäten in Changchun. Die School of Nursing der Jilin Universität wurde im September 1939 im Bezirk Tang der Provinz Hebei, in der anti-japanischen Widerstandsbasis Jinzhaji, gegründet. Das Programm wurde 1999 zu einer

Schule erweitert, angeschlossen an die frühere Norman Bethune University of Medical Science. Die School of Nursing der Jilin Universität ist eine der ersten Nursing Schools in China überhaupt. Das Studium der Pflege und damit die Bereitstellung eines Bildungsangebotes zur Pflege hat an der Universität von Jilin eine lange Tradition. Sie ist auch die erste School of Nursing, die ein postgraduiertes Studienprogramm in Pflege im Nordosten Chinas anbietet und die eine Anerkennung ihres Programms vom chinesischen Bildungsministerium im Jahr 2010 bekam. Das Angebot des Grundstudiums ist bereits im Jahr 2000 gestartet. 2002 kam das postgraduierte Programm dazu. In den letzten Jahren hat sich die Schule aktiv an die Entwicklung der internationalen Ausbildung im Bereich Pflege angepasst und erfüllt die Bedürfnisse der chinesischen Gesundheitssystemreform. Darüber hinaus sieht die Schule die Ausbildung innovativer Talente in der Pflege mit internationaler Vision und hoher sozialer Verantwortung als ihre ganz eigene Aufgabe an. Forschungsschwerpunkte der Nursing School dort sind u.a. die pädagogische Pflegewissenschaft, die Klinische Pflegeforschung, Disaster

Nursing sowie die pflegewissenschaftliche Versorgungsforschung.

Die Reise der IPP-Mitglieder diente der Vorbereitung eines engen Austauschs mit der Pflegewissenschaft und Pflegeausbildung in China, wo man auf eine wesentlich längere Geschichte als in Deutschland zurückblicken kann. Neben Hospitationen in Veranstaltungen der dortigen BA- und MA-Studiengänge waren auch Besichtigungen des Experimental Teaching Centers der School of Nursing, von Krankenhäusern und zweier Community Health Care Centers ebenso Bestandteil des Programms wie der Besuch einer Veranstaltung der Nursing School anlässlich des »Nurse Days«, der weltweit am 12. Mai begangen wird. Zum Abschluss des Besuchs erfolgte die Unterzeichnung eines Kooperationsvertrags. Im August dieses Jahres erfolgt ein einwöchiger Gegenbesuch an die Universität Bremen und im Anschluss daran die gemeinsame Teilnahme an der »2012 World Society of Disaster Research Conference« in Cardiff, Wales. Prof. Görres und sein Team sind dort in die Organisation des 2. Weltkongresses verantwortlich eingebunden.

**Prof. Dr. Stefan Görres, Universität Bremen,
Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP),
Geschäftsführender Direktor IPP und Sprecher der Abt. 3
Interdisziplinäre Alters- und Pflegeforschung,
Mail: sgoerres@uni-bremen.de, www.ipp.uni-bremen.de**

Forschungsreise in die Republik Moldau

Für vier Wochen sind die Studentinnen Anna-Lena Strehlow und Julia Fleige-Völker aus dem Masterstudiengang Public Health im Rahmen der empirischen Erhebung für die Masterarbeit in die Republik Moldau gereist.

Aufgrund der massiven pflegerischen und medizinischen Unterversorgung der ländlichen Bevölkerung startete im vergangenen Jahr das Modellprojekt »Aufsuchende Gemeindepflege« von der Stiftung Agapedia (Jürgen-Klinsmann-Stiftung), unterstützt von der Robert Bosch Stiftung. Insgesamt wurden 13 Frauen im Alter zwischen 22 und 45 Jahren zu Gemeindepflegerinnen ausgebildet. Die gezielt niedrigschwellig gehaltene zweimonatige Ausbildung soll den Frauen zum einen eine Zukunftsperspektive bieten, da die rurale Arbeitslosigkeit enorm ist. Zum anderen soll die Versorgung von alten, kranken und sozial benachteiligten Menschen auf diese Weise gewährleistet werden können. Seit Anfang 2011 übernehmen die Gemeindepflegerinnen die soziale, pflegerische, basismedizinische und hauswirtschaftliche Versorgung von Bedürftigen in ihren Heimatorten. Zu ihrem Aufgabengebiet kommt die Organisation von Freiwilligendiensten (z.B. Nachbarschaft) hinzu, für eine bestmögliche Reintegration der Patienten in die Gemeinde. Ziel ist eine größtmögliche Selbstständigkeit wieder herzustellen und möglichst unabhängig von der Versorgung durch das Projekt zu werden.

Entstanden ist die Projektidee aus dem seit einigen Jahren laufenden Projekt »MobiMed«, bei dem ein Ärzteam in die ländlichen Regionen fährt und vor Ort Sprechstunden und Aufklärungsgespräche anbietet. Da nicht immer Mediziner benötigt und in vielen Fällen auch eine tägliche Versorgung notwendig ist, entstand die Idee zum Projekt »Aufsuchende Gemeindepflege«. Beide Projekte werden vom sozial-medizinischen Zentrum in Chisinau koordiniert und eine enge Verzahnung beider Versorgungskonzepte besteht nach wie vor. Das Besondere an dem Projekt ist, dass es eine Versorgung dieser Art vor allem auf dem Land nicht gibt. Lediglich in den größeren Städten gibt es eine Art häusliche Pflege, welche jedoch keineswegs mit derjenigen in Deutschland vergleichbar ist.

Die erste Projektphase ist nun abgeschlossen und es wurde eine anwendungsorientierte Zwischen-evaluation geplant, welche wir durchführten. Da das Ziel des Projekts eine nachhaltige Versorgung in Form einer Implementierung in das moldauische Gesundheitssystem ist, wurden zum einen insgesamt drei Gruppeninterviews mit den Gemeindepflegerinnen hinsichtlich der Zufriedenheit mit der Ausbildung und dem Arbeitsalltag geführt. Auf diese Weise soll das Optimierungspotenzial aufgedeckt werden. Zum zweiten wurden sechs Experteninterviews mit politischen Akteuren hinsichtlich deren Einschätzung der Implementie-

rungschancen in das staatliche Gesundheitssystem durchgeführt.

Neben den Besuchen für die Interviews konnten wir uns vor Ort ein Bild von der Versorgungssituation machen. Wir haben Dörfer besucht, Versorgungsstützpunkte auf dem Land, mit Patienten gesprochen, anderen Dorfbewohnern und auch den Koordinatoren des Projekts. Insgesamt war die Reise sehr erfolgreich. Sowohl die Projektmitarbeiter als auch die übrigen Interviewpartner sind sehr angetan vom Projekt und dem bisherigen Verlauf. Die Offenheit uns als »Nachwuchsforscherinnen« und unserem Vorhaben gegenüber war beeindruckend und hat uns positiv überrascht.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass nach den anfänglichen Schwierigkeiten bezüglich der Akzeptanz des neuen Konzepts und des Berufsbildes das Projekt nun sehr gut angenommen wird und sich erfolgreich entwickelt. Die Ausbildung wurde von allen Gemeindepflegerinnen als sehr gut und ausreichend eingestuft. Lediglich der Mangel an infrastrukturellen und pflegerischen Ressourcen stellt für die Frauen ein Problem dar. Ob eine dauerhafte und vollständige Implementierung in das Gesundheitssystem möglich ist, bleibt jedoch aufgrund der vielfältigen strukturellen, politischen und gesellschaftlichen Problematiken vorerst offen.

Julia Fleige-Völker MPH,
Absolventin Masterstudiengang Public Health,
Universität Bremen



Konsens Etyka?

Ethisch-rechtliche Entscheidungsfindung polnisch/deutscher PflegestudentInnen in Poznań



Foto: Nancy Starck

Wie können Pflegende zu einer guten und begründeten moralischen Entscheidung gelangen?

Dieser Frage widmete sich die Lehrveranstaltung: »Ethische Entscheidungsfindung in der Pflege anhand von Fallbesprechungen«, welche im September 2011 gemeinsam mit polnischen und deutschen PflegestudentInnen in Polen durchgeführt wurde und die Lehrkooperation zwischen der Medizinischen Universität Poznań und der Universität Bremen im Bereich Pflegewissenschaft zum dritten Mal fortsetzte (vgl. IPP-Info 9). Eine Woche lang durften die deutschen BA-Studierenden und die Dozentinnen Manuela Schoska und Miriam Tariba Richter die polnische Gastfreundschaft genießen und wurden u.a. herzlich vom Rektor der Universität, Prof. Dr. Wysocki, einer Abgeordneten des polnischen Sejm, Frau Łybacka, und den polnischen SeminarteilnehmerInnen begrüßt.

Die Pflege wird besonders im Umgang mit PatientInnen mit Fragen der Ethik konfrontiert. Soll beispielsweise eine aussichtslos erscheinende Behandlung fortgesetzt werden? Die Betroffenen werden dabei von verschiedenen Berufsgruppen mit jeweils eigenen Sichtweisen betreut, was zwangsläufig zu unterschiedlichen Vorstellungen von ethisch Richtigem oder Falschem führt. In solchen Fällen können keine allgemeingültigen Entscheidungen getroffen werden, vielmehr

fordert Remmers (2000), das Prinzip der Kontextualität zu berücksichtigen und empirische wie subjektive Daten sowie die prognostizierten Folgen einzubeziehen. Im diesem Sinne wurde in der Lehrveranstaltung das methodische Vorgehen des Nijmegener Modells zu Grunde gelegt. Mit dem Modell wird versucht im Rahmen eines moderierten und strukturierten Gesprächs, zu einer ethisch begründbaren Entscheidung zu gelangen.

Im Rahmen des Seminars haben sich die StudentInnen für den Fall einer hirntoten jungen Frau in der 18. Schwangerschaftswoche entschieden, welche sich nach einem Verkehrsunfall auf der Intensivstation befand. Anhand einer juristischen Position, der Konflikte aus Sicht der Pflegekräfte, des mutmaßlichen Willens der Verstorbenen, der medizinischen Probleme und Möglichkeiten, der Position der Familie, der möglichen Probleme in der Entwicklung des Kindes und der religiösen Aspekte, wurde von den Vertretern der Positionen eine Fallbesprechung simuliert. Obwohl einige Fragen, z.B. wann die Selbstbestimmung eines Menschen beginnt bzw. endet, offenblieben, konnte am Ende der Fallbesprechung ein Konsens gefunden werden.

So wurde entschieden, dass das Recht des Ungeborenen Kindes auf Leben in dem Fall mehr wiegt als das Recht der Mutter auf ein würdevolles Sterben und die derzeitige Therapie daher weitergeführt werden sollte, um dem Ungeborenen das Leben zu ermöglichen.

Interessanterweise definierten die polnischen Studentinnen andere Probleme als ethisch relevant. Sie wurden eher in dem Bereich allgemeiner pflegerischer Verantwortung, wie der korrekten Durchführung pflegerischer Tätigkeiten, gesehen. Als ein großes Problem wurde der Umgang mit und die Meldung von Pflegefehlern betrachtet. Es wurde deutlich, dass die Ängste und emotionalen Probleme, die im Zusammenhang mit der Meldung von Pflegefehlern in Polen auftraten, nur vor dem Hintergrund eines Landes verstanden werden können, in dem es Zeiten einer von staatlicher Gewalt initiierten Denunziation gab.

Über die inhaltliche Arbeit hinaus bestand im Rahmen des Seminars die Möglichkeit, verschiedene Einrichtungen in Poznań zu besuchen. So konnten verschiedene Krankenhausabteilungen, z.B. Gynäkologie, Onkologie und Intensivstation besichtigt werden. Eine Besonderheit stellte der Besuch der polnischen Pflegekammer dar, welche als Interessenvertretung fungiert und außerdem die Rahmenbedingungen und die Gerichtsbarkeit des Berufstandes definiert. Die Schaffung einer solchen Einrichtung wird auch in Deutschland seit einiger Zeit diskutiert. Darüber hinaus konnten sich die TeilnehmerInnen des Seminars mit der deutsch-polnischen Geschichte des Nationalsozialismus bei der Besichtigung des ehemaligen Konzentrationslagers Fort VII. in Poznań auseinander setzen, in welchem überwiegend politische Gefangene inhaftiert und ermordet worden sind.

Die Reise nach Poznań wurde mit der Hoffnung auf kulturellen Austausch und dem Ziel des gemeinsamen Lernens angetreten. Die unterschiedlichen Systeme warfen auf beiden Seiten Fragen auf, die aber im Dialog bearbeitet werden konnten. Das gemeinsame Lernen in der Gruppe zeigte für die Beteiligten neue Formen des Miteinanders auf. Der Lernprozess bezog sich ebenso auf einen kulturellen Austausch, welcher neben der inhaltlichen Auseinandersetzung stattfand. Die Symbiose aus Wissen und Kultur förderte ein gegenseitiges Verständnis und bereitete den TeilnehmerInnen nebenbei auch große Freude.

**Miriam Tariba Richter, Universität Bremen,
Institut für Public Health und Pflegeforschung,
Abt. 4 Qualifikations- und Curriculumforschung,**
Mail: miriam.richter@uni-bremen.de

**Peter Kratochwill, Student der Universität Bremen,
Studiengang BA Pflegewissenschaft**

PERSONALIA

Ansgar Gerhardus besetzt Professur Versorgungsforschung

Zum 01. April 2011 hat Ansgar Gerhardus die Professur Versorgungsforschung am Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen übernommen. Ansgar Gerhardus studierte Medizin in Heidelberg, Columbia, MO und Strassburg, Politikwissenschaften und Ethnologie in Heidelberg und Mannheim sowie Public Health in Hannover. Mit einer Studie zur Malaria prophylaxe in Peru promovierte er 1995 an der Universität Heidelberg und habilitierte sich 2010 zum Thema Evidence-based-Public-Health an der Universität Bielefeld.

Von 1996-1998 arbeitete Ansgar Gerhardus als Arzt in einem Distriktkrankenhaus in Moshudi (Botswana) und in der tropenmedizinischen Ambulanz der Universitätsklinik Heidelberg. Als

Wissenschaftler arbeitete er von 1998 bis 2010 an den Universitäten Heidelberg, Bremen und Bielefeld sowie an der Medizinischen Hochschule Hannover. 2010-2011 forschte er als Harkness/Bosch Fellow an der University of California, San Francisco.

Mit seinem Antritt der Professur Versorgungsforschung an der Universität Bremen übernahm Ansgar Gerhardus am IPP die Leitung und den Neuaufbau der Abteilung 1 Versorgungsforschung sowie die Lehre im Studiengang Public Health am Fachbereich 11 Human- und Gesundheitswissenschaften der Universität Bremen. Arbeitsschwerpunkte von Ansgar Gerhardus und seinem Team sind Evidenzbasierung, Patientenorientierung und Interdisziplinäre Forschung.



→ Kontakt:

Prof. Dr. med. Ansgar Gerhardus, M.A., MPH,
Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Mitglied des Direktoriums und Sprecher der Abt. 1 Versorgungsforschung,
Mail: ansgar.gerhardus@uni-bremen.de,
www.ipp.uni-bremen.de/pages/abteilung1/index.php

IPP-Direktorium

Der Institutsrat des Instituts für Public Health und Pflegeforschung wählte am 15.7.2011 Prof. Dr. Ansgar Gerhardus als neues Mitglied in das Direktorium des Instituts. In dem dreiköpfigen Direktorium des Instituts vertritt er den Bereich Gesundheitsforschung. Geschäftsführender Direk-

tor des IPP ist seit 2008 Prof. Dr. Stefan Görres. Er ist zudem Leiter der Abteilung 3 Interdisziplinäre Alters- und Pflegeforschung, stellvertretender Dekan des Fachbereiches 11 und gehört dem Direktorium bereits seit Gründung des IPP in 2005 an. Ebenfalls Mitglied im Direktorium des IPP ist Prof.

Dr. Ingrid Darmann-Finck. Sie gehört dem Direktorium bereits seit 2008 an und ist Leiterin der IPP-Abteilung 4 Qualifikations- und Curriculumforschung.

→ Kontakt:

Prof. Dr. Stefan Görres, Universität Bremen,
Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP),
Geschäftsführender Direktor IPP und Sprecher der Abt. 3
Interdisziplinäre Alters- und Pflegeforschung,
Mail: sgoerres@uni-bremen.de, www.ipp.uni-bremen.de

Stefan Görres

Mitglied im Expertenbeirat zur Ausgestaltung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs

Prof. Dr. Stefan Görres, geschäftsführender Direktor des Instituts für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen, ist vom Bundesgesundheitsministerium als Mitglied in den »Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs« berufen worden. In dem von Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr einberufenen Ausschuss sollen Kriterien zu Pflegebedürftigkeit und Leistungsansprüche neu definiert sowie der Pflegebedürftigkeitsbegriff diskutiert werden. Die Experten werden sich auch mit neuen Leistungs- und Begutachtungssystemen auseinandersetzen, um beispielsweise eine eindeutige

Ableitung von Leistungsansprüchen möglich zu machen. Der Beirat setzt sich zusammen aus Vertreterinnen und Vertretern der wichtigsten Pflegeorganisationen der Länder, des Bundes und der Wissenschaft. Den Vorsitz teilen sich Wolfgang Zöller, Patientenbeauftragter der Bundesregierung, und Karl-Dieter Voß, ehemaliger Vorstand des GKV-Spitzenverbandes.

Der Ausschuss setzt die Arbeit des letzten Beirats fort, der 2009 unter der Gesundheitsministerin Ulla Schmidt seine Berichte vorgelegt hat. An diesem war Stefan Görres über ein Gutach-

ten ebenfalls bereits beteiligt, das Maßnahmen zur Schaffung eines neuen, umfassenden Pflegebedürftigkeitsbegriffes zum Inhalt hatte. Der neu berufene Expertenbeirat soll bisher noch ungeklärte fachliche Fragen bearbeiten, die für die gesetzgeberische Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes relevant sind.

→ Informationen:

Prof. Dr. Stefan Görres, Universität Bremen,
Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP),
Geschäftsführender Direktor IPP und Sprecher der Abt. 3
Interdisziplinäre Alters- und Pflegeforschung,
Mail: sgoerres@uni-bremen.de, www.ipp.uni-bremen.de

www.bmg.bund.de/ministerium/presse/pressemitteilungen/2012-01/beirat-zum-pflegebeduerftigkeitsbegriff.html

PUBLIKATIONEN

Ingrid Darmann-Finck & Miriam Tariba Richter (Hrsg.)

Biographieorientierung in der Pflegebildung.

Unter diesem Titel ist Band 2 der Reihe »IPP-Pflegeforschung« erschienen.

Mit dem Konzept der Biographieorientierung bzw. des biographischen Lernens werden die Begründungen und Methoden der Biographieforschung für die Förderung des Selbstverständens der Pflegenden und des Fremdverständens von zu Pflegenden in der Pflegeaus-, -fort- und -weiterbildung nutzbar gemacht. Das Buch hat zum Ziel, den Ansatz des biographischen Lernens theoretisch zu begründen, empirische Erfahrungen weiterzugeben sowie konkrete Anhaltspunkte für die Unterrichtsgestaltung zu vermitteln.

Die Herausgeberinnen:

Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck, Professorin am Studiengang Pflegewissenschaft der Universität Bremen; Sprecherin der Abteilung Qualifikations- und Curriculumforschung sowie Mitglied des Direktoriums am Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen.

Miriam Tariba Richter, Diplom-Berufspädagogin; Stipendiatin im HBS-Promotionskolleg »NutzerInnenorientierte Gesundheitssicherung« an der Universität Bremen.

Frankfurt; Berlin; Bern; Bruxelles; New York; Oxford;

Wien: Peter Lang



Bernd Dollinger & Henning Schmidt-Semisch (Hrsg.) (2011)

Gerechte Ausgrenzung? Wohlfahrtsproduktion und die neue Lust am Strafen.

Wie realistisch ist das Bild einer zunehmend punitiv geprägten Praxis sozialer Wohlfahrtsproduktion? Durch die Neufassung institutioneller sozialer Dienstleistungen ist in den vergangenen Jahren der Eindruck einer zunehmenden Lust am Strafen entstanden. Deshalb ist zu prüfen, ob und in welchem Umfang Punitivität als neue Maxime zu

verstehen ist, die den gegenwärtigen Umgang mit sozialen (und auch gesundheitlichen) Problemen steuert. In dem Band wird bewusst nach einzelnen Handlungszusammenhängen differenziert, um etwaige punitive Tendenzen zu konkretisieren.

Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften



Maren Stamer (2011)

Der Umgang mit Risiken. Hausärztliche Versorgung zwischen Tradition und Moderne.

Der Umgang mit Krankheitsrisiken ist eine hausärztliche Aufgabe mit wachsender Bedeutung.

Mit dieser Arbeit wird das Thema der Primärprävention im Kontext der Versorgung von Menschen mit einem erhöhten kardiovaskulären Gesamtrisiko aus gesundheits- und sozialwissenschaftlicher Perspektive aufgegriffen. Neben einer kritischen Reflexion des Compliance Konzeptes umfasst die Arbeit eine Auseinandersetzung mit dem Konzept

Shared Decision Making wie auch mit dem Konzept medizinischer Leitlinien. Auf der Grundlage einer qualitativen Untersuchung wird am Beispiel kardiovaskulärer Primärprävention verdeutlicht, wie bedeutend der Zusammenhang zwischen ärztlichen Haltungen im Umgang mit Entscheidungen im Behandlungsprozess und mit medizinischem Wissen ist.

Weinheim; Basel: Beltz Juventa





Annelie Keil (2011)

Auf brüchigem Boden Land gewinnen. Biografische Antworten auf Krankheit und Krisen.

Leben ist ein fortwährender Prozess der Wandlung, unvorhersagbar und voller Überraschungen. Zwischen Chaos und Ordnung, Anpassung und Widerstand, Freiheit und Abhängigkeit sind wir ohne Navigator in der Fremde unterwegs und herausgefordert, eine einzigartige biografische Welt zu gestalten, die unseren Namen trägt.

- Von der Lust, der Neugier und der Begeisterung, leben zu wollen
- Vom biografischen Umgang mit Lebenskrisen und Krankheit
- Von der Abenteuerreise durch Gefühls- und Denklandschaften
- Dem eigenen Leben auf die Spur kommen

Lust, Glück, Angst, Hoffnung, Abschied, Verzweiflung, Gelingen und Scheitern stehen wie Gesundheit und Krankheit auf der Tagesordnung. Wer leben will, muss älter werden, Erfahrungen sammeln und Land gewinnen!

Das Buch hilft, biografische Fragen zu stellen und die eigenen Antworten und Lebensmuster zu erkennen.

Prof. Dr. Annelie Keil, Gesundheitswissenschaft und Krankenforschung in Biografie und Lebenswelt; Hochschullehrerin an der Universität Bremen von 1971-2004; Angehörige des Instituts für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Mitbegründerin und Mitarbeiterin des Weiterbildungsstudiums Palliativ Care an der Universität Bremen.
www.anneliekeil.de

München: Kösel-Verlag



Karl Reif, Ulrike de Vries, Franz Petermann & Stefan Görres (2011)

Wege aus der Erschöpfung. Ratgeber zur tumorbedingten Fatigue.

Dieser praxisorientierte Ratgeber zeigt, wie Menschen mit einer Tumorerkrankung besser mit den Symptomen einer extremen Müdigkeit und Erschöpfung (Fatigue) zureckkommen können. Konkret, verständlich und anschaulich beantwortet der Ratgeber die Fragen:

- Was ist eine krebsbedingte Erschöpfung (Fatigue)?
- Welches sind die Ursachen der Fatigue?
- Was kann man gegen Fatigue und extreme Müdigkeit tun?
- Wie kann man seine Kräfte einteilen und mit Zeit und Energie angemessen haushalten?
- Wie kann man neue Kräfte durch angepasstes Bewegungstraining gewinnen?
- Wie kann man neue Energie durch Entspannung und Schlaf sammeln?
- Wie lässt sich Niedergeschlagenheit überwinden

und das Leben (wieder) genießen? Der Anhang enthält zahlreiche Adressen, Literaturhinweise und Materialien zu den Themen Bewegungstraining, Energiemanagement, Entspannung und Kultivierung des »inneren Gartens«.

Die Publikation basiert auf dem Forschungsprojekt »Entwicklung und Evaluation einer Patientenschulung bei tumorbedingter Fatigue - FIBS-Studie«, das am Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen unter der Leitung von Prof. Dr. Stefan Görres und in Kooperation mit dem Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation, Leitung Prof. Dr. Franz Petermann, durchgeführt wurde. Informationen zum Projekt unter: www.ipp.uni-bremen.de

Bern: Hans Huber

Ansgar Gerhardus, Jürgen Breckenkamp, Oliver Razum, Norbert Schmacke & Helmut Wenzel (Hrsg.) (2010)

Evidence-based Public Health.

Darf die Teilnahme an der Krebsvorsorge zur Pflicht werden? Müssen wir Übergewichtige zum Abnehmen drängen? Gegen welche Grippeformen sollen wir uns impfen lassen?

Public-Health-Maßnahmen haben zu vielen gesundheitlichen Verbesserungen geführt. Aber auch gut gemeinte Interventionen können gesundheitliche Schäden hervorrufen, Teile der Bevölkerung stigmatisieren oder Kosten verursachen, die in keinem Verhältnis zum Nutzen stehen.

Probleme wie auch Lösungsansätze aus dem Bereich Public Health werfen gesundheitliche, ökonomische, ethische, soziokulturelle und rechtliche Fragen auf. Evidence-based Public Health hilft bei der Suche nach Antworten: Anhand von Fallbeispielen wird in diesem Buch gezeigt, wie von der Formulierung des Gesundheitsproblems bis zur

Umsetzung der Maßnahmen alle Phasen systematisch geprüft werden können.

Das Buch wendet sich an Studierende und Forscher im Bereich der Gesundheitswissenschaften sowie an Entscheidungsträger und Praktiker, die einen Ansatz suchen, um Public-Health-Probleme systematisch zu analysieren und geeignete Interventionen planen zu können.

»Das vorliegende Buch stellt aus Sicht der Rezessentin eine der wertvollsten und spannendsten Publikationen im Gebiet Public Health in den letzten Jahren dar.« (Aus: Rezension von Dr. Dagmar Starke, Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen, Referentin für Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung) www.socialnet.de/rezensionen/9697.php

Bern: Hans Huber

Christian Günster, Joachim Klose & Norbert Schmacke (Hrsg.)

Versorgungs-Report 2012. Schwerpunkt: Gesundheit im Alter.

Der Versorgungs-Report nimmt jährlich relevante Themen der Versorgung von Patienten im deutschen Gesundheitswesen unter die Lupe.

Der Versorgungs-Report 2012 setzt sich schwerpunktmäßig mit der Gesundheit im Alter auseinander. Er beleuchtet das Thema aus verschiedenen Perspektiven unter der Leitfrage, welche Schritte für eine bedarfsgerechte medizinisch-pflegerische und präventive Versorgung notwendig sind.

Hierzu analysieren die Autoren Versorgungsrealitäten, sie zeigen aber auch auf, wie Reformansätze zu stabilisieren und zu stärken sind. Die medizinischen und ökonomischen Auswirkungen der demografischen Entwicklung werden ebenso diskutiert wie deren Herausforderungen für die Versorgungsstrukturen; Letzteres geschieht

sowohl auf der Systemebene als auch anhand konkreter Projekte.

Mit Beiträgen u. a. von Prof. Dr. Norbert Schmacke, Prof. Dr. Stefan Görres, Dr. Svenja Schmitt und Prof. Dr. Markus Zimmermann (Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen).

Internetportal zum Buch (Online-Zugang): Alle Abbildungen und Tabellen sind im Internetportal (www.versorgungs-report-online.de) zum Versorgungs-Report abrufbar. Das Internetportal bietet dem interessierten Leser die Möglichkeit, alle Tabellen und Abbildungen unter Berücksichtigung des Copyrights auf seinem Rechner weiterzuverarbeiten und in eigene Arbeiten zu übernehmen.

Stuttgart: Schattauer





Ulrike de Vries, Karl Reif, Franz Petermann & Stefan Görres (2011)

Fatigue individuell bewältigen (FIBS). Schulungsmanual und Selbstmanagementprogramm für Menschen mit Krebs.

Unter diesem Titel stellen die AutorInnen Ulrike de Vries, Karl Reif, Franz Petermann und Stefan Görres ein neues Programm vor, das Schulung und Selbsthilfe für Menschen mit Krebs beinhaltet. Menschen mit Krebserkrankungen leiden häufig an extremer Müdigkeit, die als tumorbedingte Fatigue bezeichnet wird. Pflegerische Aufgabe ist es, Betroffene zu informieren und zu beraten, wie sie die Symptome von Fatigue erkennen, Ursachen verstehen und selbst etwas gegen die quälende, ihren Alltag beeinträchtigende Müdigkeit tun können. Dazu bietet dieses Schulungsmanual umfangreiche, detaillierte und fundierte Hintergrundinformationen und einzelne Bausteine, die direkt in der

Schulung eingesetzt werden können.

Die Publikation basiert auf dem Forschungsprojekt »Entwicklung und Evaluation einer Patientenschulung bei tumorbedingter Fatigue - FIBS-Studie«, das am Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen unter der Leitung von Prof. Dr. Stefan Görres und in Kooperation mit dem Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation, Leitung Prof. Dr. Franz Petermann, durchgeführt wurde. Informationen zum Projekt unter: www.ipp.uni-bremen.de

Bern: Hans Huber

IMPRESSUM



IPP-Info, Ausgabe 10, 7. Jahrgang

ISSN 1864-4074 (Printausgabe)

ISSN 1864-452X (Internetausgabe)

→ Bestelladresse:

Institut für Public Health und Pflegeforschung
Universität Bremen, Fachbereich 11
Grazer Straße 4, 28359 Bremen
Telefon: +49 421 218-68880
Mail: health@uni-bremen.de
www.ipp.uni-bremen.de

Herausgeber: Direktorium des Instituts für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen: Prof. Dr. Stefan Görres (Geschäftsführender Direktor), Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck, Prof. Dr. Ansgar Gerhardus

Kontakt: Heike Mertesacker MPH, Universität Bremen, Fachbereich 11, Geschäftsstelle des Instituts für Public Health und Pflegeforschung, Grazer Straße 4, 28359 Bremen, Telefon: +49 421 218-68980, Mail: hmertesa@uni-bremen.de

Redaktion: Prof. Dr. Stefan Görres, Niels Harenberg, Dörte Magens, Ewa Sander, Heike Mertesacker

Beiträge: Alexandra Baumkötter, Sabine Blom, Jacqueline Bomball, Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck, Prof. Kevin Davies RRC TD QHN, Stefanie Dressler, Julia Fleige-Völker, Prof. Dr. Joachim Gardemann, Prof. Dr. Ansgar Gerhardus, Prof. Dr. Stefan Görres, Nicki Gobrecht, Prof. Dr. Dr. Norbert Haas, Elgin Hackenbruch, Niels Harenberg, Prof. Dr. Annelie Keil, Dr. Christian Kleber, Peter Kratochwill, Theresia Krieger, Dörthe Magens, Heike Mertesacker, Prof. Dr. Karl Reif, Miriam Tariba Richter, Ewa Sander, Prof. Dr. Norbert Schmacke, Dr. Guido Schmiemann, Prof. Dr. Henning Schmidt-Semisch, Dr. Svenja Schmitt, Dr. Maren Stamer, Dr. Martina Stöver, Aylin Schwanke, Monika Urban, Dr. Martina Wachtlin, Franz

Wagner, Dennis Wernstedt, Myoung Ran Yoo RN PhD, Prof.

Dr. Hajo Zeeb

Sekretariat: Ines Brauer, Sekretariat IPP-Geschäftsstelle, Universität Bremen

Redaktionsschluss der vorliegenden Ausgabe:

15.12.2011

Auflage: 2.000 Exemplare

Gestaltung: Patel Design, Bremen, www.patel-design.de

Druck: ASCO STURM DRUCK, Bremen

Bildnachweis: S. 1: Medair und Mélanie Frey; S. 6: Medair und Odile Meylan; S. 7: Medair (linke Abb.); Aktion Deutschland Hilft (rechte Abb.); S. 8: Medair; S. 16: Peter Rauch (linke Abb.), AOK Mediendienst (rechte Abb.); S. 20: Julia Fleige-Völker; S. 21: Nancy Starck; S. 28: Stefanie Schniering; S. 17, 18, 19, 21: privat

Erscheinungsweise: 1x jährlich

Namentlich gekennzeichnete Artikel geben die Meinung der Autorin/ des Autors wieder, nicht unbedingt die der Redaktion. In einigen Beiträgen des vorliegenden IPP-Infos wurde aus Gründen der besseren Lesbarkeit die männliche Form verwendet, auch wenn Frauen und Männer gleichermaßen gemeint sind.

VERANSTALTUNGEN

Disaster Nursing: Developing and Realising the Potential

→ 23. and 24. August 2012

The University of Glamorgan Faculty of Health, Sport and Science as a founder member of the World Society of Disaster Nursing will be hosting the above conference on the 23rd and 24th of August 2012.

The venue will be City Hall Cardiff. For details please see: www.wsdn2012.com

In bringing together our global disaster nursing community in Wales we will discuss, learn, explore and debate the nursing professions' contribution in disasters and hear the best practice of recent times. We aim to ensure that delegates are challenged and enthused. In short; at a time when the challenges have perhaps never been greater, we want to enable professionals to have access to the most up

to date information on which to base their practice. We feel that the themes of our conference reflect the broad church that is disaster nursing and trust that all within the profession of nursing will feel they have a place and a contribution to make.

Objectives for the Conference:

- To showcase and share the current best practice in disaster nursing.
- To explore the themes of the conference in order to engage the full spectrum of nursing within a disaster context.
- To empower practitioners by showcasing research reports, analysing the challenges of delivering nursing care in challenging environments in order to enhance capability.

- To enable practitioners to network with colleagues from across the globe who share a commitment to delivering the highest standards of care in the most challenging of environments.

As I write I am conscious that it seems that not a week goes by where we do not see disasters affecting communities, countries and continents. In the first eleven years of this new century we have seen the impact of earthquakes, flooding, fires, famine and Tsunamis on a global scale. Superimposed on this are the many conflicts that have developed and evolved over this time that are having very serious consequences for populations at risk who are displaced and in dire need of high quality healthcare. Colleagues we are living in very challenging times and the contribution of the nursing profession is making significant inroads in meeting the complexity of the healthcare delivery difficulties we face.

Professor Kevin Davies RRC,TD, QHN,
Faculty of Health, Sport and Science,
University of Glamorgan, Glyntaff, Pontypridd,
South Wales, UK

Bremer Summerschool

Global Disaster Management

→ 06. – 09. Juni 2012

Weltweit steigt der Bedarf an gut ausgebildetem Personal in der Humanitären Nothilfe. Neben technischem und medizinischem Personal werden auch vermehrt Pflegekräfte in der internationalen Katastrophenhilfe eingesetzt. Die erste Bremer Summerschool »Global Disaster Management«

will hiermit einen Beitrag zur adäquaten Wissensvermittlung für Angehörige von Pflege- und Gesundheitsberufen leisten. Das Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) bietet die viertägige Weiterbildungsveranstaltung an der Universität Bremen an. Zielgruppen sind Pflegekräfte mit ersten

Erfahrungen in der Humanitären Hilfe sowie Studierende der Studiengänge Pflegewissenschaft und Public Health (ab 4. Semester mit nachgewiesener Arbeitserfahrung im außereuropäischen Ausland).

www.ipp.uni-bremen.de/pages/veranstaltungen.php

Workshop

Qualitative Methoden für Evidence-based Public Health

→ 28. und 29. Juni 2012

Der diesjährige EbPH-Workshop mit dem Thema Qualitative Methoden für Evidence-based Public Health findet am 28. und 29. Juni 2012 in Bremen statt. Der Workshop wird gemeinsam von der Abteilung Versorgungsforschung des Instituts für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen (Leitung: Prof. Dr. Ansgar Gerhardus) und der Abteilung Prävention und Evaluation des

BIPS – Instituts für Epidemiologie und Präventionsforschung GmbH (Leitung: Prof. Dr. Hajo Zeeb) ausgerichtet und ist eine Aktivität des Fachbereichs Public Health im Deutschen Netzwerk Evidenzbasierte Medizin. Weitere Mitveranstalter sind die Pettenkofer School of Public Health, LMU München sowie die Deutsche Gesellschaft für Public Health. Ziel des Workshops ist es, die Rolle qualitativer

Forschungsmethoden für Evidence-based Public Health zu untersuchen und Evidenzsynthese unter Einbeziehung qualitativer und quantitativer Methoden auch praktisch zu erschließen.

www.evidencebasedpublichealth.de

Bericht

»Jetzt geht's los! Bremen auf einem neuen Weg für die Pflege: Ausbildung + Studium«

→ Fachtag am 13.10.2011 an der Universität Bremen



Fotos: Stefanie Schrieberg

Mit dem Ziel der Professionalisierung, der langfristigen Sicherung einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung und der Vereinheitlichung der europäischen Bildungsmodelle ist die Akademisierung eines Teils der Pflegerstausbildung derzeit eine gesellschaftliche Notwendigkeit.

Bereits im Jahr 2009 gab die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales der Freien Hansestadt Bremen mit dem Auftrag für eine Machbarkeitsstudie »Konzeption und Überprüfung einer akademischen Erstausbildung von Pflegeberufen auf der Basis des Pflegewiderrufungsge setzes im Land Bremen« den Startschuss für die Entwicklung eines dualen Bachelorstudiengangs in Kooperation zwischen der Universität Bremen und zehn Pflegeschulen sowie den assoziierten Pflegeeinrichtungen in Bremen und Bremerhaven.

Inzwischen hat das positiv akkreditierte Studienprogramm zum Sommersemester 2012 begonnen.

Am 13. Oktober 2011 fand an der Universität Bremen nun ein Fachtag statt, auf dem sich Lehrerinnen und Lehrer, Praxisleiterinnen und – anleiter sowie andere Pflegefachkräfte umfassend über die zu erwartenden Veränderungen informieren konnten. Neben zwei Vorträgen von Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck (Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen) und der Landespflegereferentin Antje Kehrbach (Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit, Bremen) zum Studienkonzept und zu den Hintergründen einer Akademisierung, gab ein »Marktplatz« Einblick in die curricularen Grundlagen des Studiums und konnten in einer abschließenden Podiumsdiskussion mit Vertreterinnen der Universität, der Schulen und der Gesundheitsbehörde noch offen

gebliebene Fragen geklärt und diskutiert werden. In einer weiteren Veranstaltung im Anschluss an den Fachtag nahmen ca. 30 Studieninteressierte die Möglichkeit wahr, die duale Konzeption kennenzulernen und ihre Fragen zu klären.

→ Informationen zum dualen pflegewissenschaftlichen Studienprogramm an der Universität Bremen sind erhältlich unter www.fb11.uni-bremen.de/sixcms/detail.php?id=1556 sowie bei Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck (0421/218-68940) und Nicole Duveneck (0421/218-68942).

Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck, Universität Bremen,
Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP),
Mitglied des Direktoriums und Sprecherin der Abt. 4
Qualifikations- und Curriculumforschung,
Mail: darmann@uni-bremen.de, www.ipp.uni-bremen.de