

AUF DEM WEG ZUR „GESUNDHEITSGESELLSCHAFT“?

**Gemeinsamer Kongress der österreichischen,
deutschen und Schweizer Fachgesellschaften
für Gesundheits- und Medizinsoziologie**

27. - 29. März 2008

**FH JOANNEUM, Bad Gleichenberg
(Steiermark/Österreich)**

**Sektion für Gesundheits- und
Medizinsoziologie der
Österreichischen Gesellschaft
für Soziologie**



**Sektion Medizin- und
Gesundheitssoziologie der
Deutschen Gesellschaft für
Soziologie**



**Komitee Gesundheitssoziologie
der Schweizerischen
Gesellschaft für Soziologie**

Schweizerische Gesellschaft für
Société suisse de **soziologie**
Swiss Sociological Association

WISSENSCHAFTLICHES KOMITEE

Johann Behrens, Martin-Luther-Universität-Halle-Wittenberg, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft

Rudolf Forster, Universität Wien, Institut für Soziologie (Vorsitz)

Oliver Hämmig, Universität Zürich, Institut für Sozial- und Präventivmedizin

Monika Jungbauer-Gans, Christians-Alberts-Universität zu Kiel, Institut für Sozialwissenschaften

Karl Krajic, Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie, Wien

Adelheid Kuhlmeier, Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften Berlin, Institut für Medizinische Soziologie

Elisabeth Mixa, Lektorin an der Universität Wien, Institut für Soziologie

Maja Mylaeus-Renggli, Spitex Verband Schweiz

Julie Page, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Department Gesundheit

Christa Peinhaupt, Gesundheitsfonds Steiermark

Christa Them, private Universität für Gesundheitswissenschaften, UMIT, Hall/Tirol

LOKALES ORGANISATIONSTEAM

Eva Adamer-König

Maria Auer

Daniel Binder

Elisabeth Wieseneder

Nicole Brunner

Katharina Gsell

Manuela Gruber

Maria Hardinger

Stefanie Heilinger

Sabine Höfler

Christopher Janisch

Christine Knaller

Claudia Kocher

Michaela Kraxner

Elisabeth Nöst

Marlene Trolp

Christoph Uitz

WISSENSCHAFTLICHE KOOPERATIONEN

Österreichische Gesellschaft für Public Health

Universitätslehrgang für Public Health an der Medizinischen Universität Graz

Deutsche Gesellschaft für Medizinische Soziologie

Pflegeforschungsverbund Mitte Süd, Deutschland

ISIS – Institut für Supervision Institutionsanalyse u. Sozialforschung, Deutschland

Sonderforschungsbereich 580, Gesellschaftliche Entwicklung nach dem Systemumbruch, Deutschland

In den letzten Jahren nimmt in allen hoch entwickelten Gesellschaften die Bedeutung von „Gesundheit“ rasant zu. Gesundheit wird individuell und gesellschaftlich hoch bewertet, eröffnet einen dynamischen Markt für Informationstechniken, Dienstleistungen und Produkte und bildet einen neuen Fokus in den politischen Diskursen um die Umgestaltung der Krankheitsversorgung und der solidarischen Finanzierung. Gesundheit wird dabei zunehmend als aktiv hergestellt aufgefasst und stellt traditionelle Krankheits- und Behandlungskonzepte verstärkt in Frage. Kickbusch (2006) hat für diese Entwicklungen den eingängigen Begriff der „Gesundheitsgesellschaft“ geprägt.

Im Rahmen dieses Kongresses sollen unterschiedliche Facetten dieser Entwicklung aus theoretischen Perspektiven erörtert und unter Nutzung empirischer Forschungsergebnisse differenziert werden. Auszugehen ist davon, dass diese Diskussionen kontrovers verlaufen werden - sowohl was den Begriff der „Gesundheitsgesellschaft“ als auch die Einschätzung der damit verbundenen Entwicklung betrifft. Denn was die einen als Chance für die Umgestaltung von einem „Krankheitssystem“ in ein „Gesundheitssystem“ ansehen, wird von den anderen vor allem als Risiko für zunehmende Entsolidarisierung und verstärkte Ungleichheit, für mehr Manipulation und Überwachung thematisiert.

Inhaltsverzeichnis

Plenarvorträge

Thomas Abel

Achieving Health: Neue Richtungen für die Erforschung gesundheitlicher Ungleichheit 13

Johann Behrens

Die 'Gesundheitsgesellschaft' - Entstehung, Chancen, Risiken und Nebenwirkungen 14

Monica Greco

The health society: polemics and problematizations 17

Ilona Kickbusch

Die Gesundheitsgesellschaft - eine Herausforderung für Theorie und Praxis 18

Jürgen M. Pelikan

'Gesundheitsgesellschaft' oder Funktionssysteme für Krankenbehandlung und/oder Gesundheitsförderung in der Weltgesellschaft - eine soziologisch systemtheoretische Perspektive. 20

Parallele Vorträge und Posterpräsentationen

Christine Anderwald, Martin Sprenger¹

Die Caritas Marienambulanz – Ein innovatives Primärversorgungsprojekt für Randgruppen im Raum Graz / Österreich 25

Ullrich Bauer, Lukas Slotala

„Das können wir uns nicht mehr leisten“ - Leistungsorientierung im Gesundheitswesen zwischen Bedarfsgerechtigkeit und ökonomischen Anforderungen 26

Milena Bister

Gewebe spende im Krankenhauskontext: Wie PatientInnen zu SpenderInnen werden 27

Uwe Borchers, Olaf Iseringhausen

Gesundheitsförderliche Organisationsgestaltung
Zur Reform der Expertenorganisation Krankenhaus: Hemmnisse und Perspektiven 28

Gudrun Braunegger-Kallinger, Peter Nowak, Rudolf Forster, Karl Krajic, Sonja Österreicher

PatientInnen- und Angehörigenorganisationen im Krankenbehandlungssystem der Gesundheitsgesellschaft – theoretische und methodische Überlegungen in Zusammenhang mit einer österreichweiten Fragebogenerhebung 30

Regina Brunnett

Zum Mehrwert von Gesundheit im Postfordismus 31

Stefan Dreßke

Körperbehinderte Menschen: Gesund oder krank? 32

Wolfgang Dür, Sonja Geyer, Mona Mathis Gesundheit im schulischen Qualitätsmanagement	33
Helga Flaschberger Gesundheit, der 6. Kondratieff-Zyklus? Eine Betrachtung auf technologischer, wirtschaftlicher und gesellschaftlicher Ebene anhand ausgewählter Indikatoren	34
Katalin Formádi, James Miller Professionalism in Health and Wellness Tourism A Cross-cultural Perspective	35
Katalin Formádi, Peter Mayer, Erzsébet Péntzes, Krisztina Priszinger Spa's supply and profession in comparison A Cross-cultural Perspective	36
Rudolf Forster, Peter Nowak Kollektive Partizipation in der Gesundheitsgesellschaft zwischen Ideal und Realität	37
Ulrich Frick, Hannah Frick „Heavy User“ als Gegenstand der Medizinischen Versorgungsforschung: Forschungsüberblick mit Methodischen und ideologiekritischen Anmerkungen	38
Raimund Geene Gesundheitliche Ungleichheit und Healthismus	40
Siegfried Geyer Welchen Beitrag können die traditionellen Indikatoren sozialer Differenzierung zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten leisten?	41
Gerlinde Grasser Konsum von Medical Wellness und Komplementärer und Alternativer Medizin von Frauen als eine Herausforderung für die Gesundheitsgesellschaft	42
Gerlinde Grasser, Christa Peinhaupt, Karin Reis-Klingspiogl Gesundheitsziele Steiermark. Gesundheitspolitische Beteiligungsprozesse als Teil einer Gesundheitsgesellschaft	43
Robert Griebler, Wolfgang Dür Gesundheits(un)kultur in der Organisation Schule - Zum Zusammenhang von Schule, Qualität und Gesundheit	44
Madlen Güntert-Schlegel, Bernhard J. Güntert Langfristige Sicherstellung der Altenpflege – eine (etwas andere, langfristige) ökonomische Perspektive	45
Willi Haas, Ulli Weisz Gefährden die unerwünschten Nebenwirkungen der Gesundheitsgesellschaft unser aller Gesundheit?	46
Susanne Hartung Braucht es eine andere Förderung von Sozialkapital für gesellschaftlich Benachteiligte? Gesundheitsförderung auf einem anderen Weg.	47
Monika Häußler-Sczegan, Sabine Wienholz Jung, arm, weiblich und schwanger – generationen- und geschlechtsspezifische Benachteiligungen im Gesundheitssystem von Minderjährigen Schwangeren in Ostdeutschland	48

Claudia Heilig Durch Pharmamarketing zum Gesundheitskult	49
Josefine Heusinger, Birgit Wolter, Maja Schuster Gesundheitsförderliche Potenziale und Grenzen eines quartiersbezogenen Netzwerkes	50
Claudia Hornberg, Rainer Beckers Möglichkeiten und Grenzen telemedizinischer Anwendungen als präventiver Ansatz in der Früherkennung chronischer Erkrankungen	51
Volker Hüfken Verstärkt die gesundheitliche Lage die digitale Kluft? Oder, der Nutzen von Patienteninformationen via Web am Beispiel des diabetes mellitus.	52
Kai Illing Medical Wellness Konsumentenbedürfnisse im Spannungsfeld von Sozialversicherung und Selbstzahlermedizin	54
Julia Inthorn „Lieber ein halbes Jahr kürzer, aber dann mit Lebensqualität“ Konzepte von Gesundheit am Lebensende	55
Olaf Iseringhausen Anspruch und Wirklichkeit des Qualitätsmanagements im Gesundheitswesen – Eine organisationssoziologische Verortung der Problemlage	56
Ursula Karl-Trummer, Sonja Novak-Zezula Health Care in NowHereLand – Bessere Versorgung für Menschen ohne Papiere	58
Fabian Karsch, Willy Viehöver Der neue Triumph der Medizin: Medikalisierung jenseits von Krankheit	59
Monika Köppel, Monika Jungbauer-Gans Bildung und Bildungsförderung als Instrumente der Salutotherapie	60
Karl Krajcic, Christina Dietscher, Jürgen Pelikan Gesundheitsförderung – eine Perspektive für die Reorientierung der Krankenbehandlung in der Gesundheitsgesellschaft? Konzepte und Erfahrungen am Beispiel Krankenhaus	61
Lars Eric Kroll, Thomas Lampert Entwicklung gesundheitlicher Ungleichheit in Deutschland 1984-2006 - Analysen auf Basis national repräsentativer Studien am Beispiel des Tabakkonsums, der subjektiven Gesundheit und der Lebenserwartung	62
Mario Kunczicky „Es ist verdammt hart der Beste zu sein ... “ – eine empirische Untersuchung zum Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitshandeln von jungen erwachsenen Männern der Mittelschicht	63
Thomas Lampert, Lars Eric Kroll, Annalena Dunkelberg Einkommensdifferenzen in der allgemeinen und gesunden Lebenserwartung in Deutschland	64
Gert Lang, Katharina Resch, Charlotte Strümpel Evidenzbasierte Richtlinien zur Gesundheitsförderung von Älteren: Soziale Determinanten, Ungleichheit und Nachhaltigkeit? (healthPROelderly)	65
Gert Lang, Katharina Resch, Charlotte Strümpel Die Selektivität der Gesundheitsförderung für ältere Menschen in Europa	66

Gerlinde Mauerer, Bettina Zehetner Frauengesundheitsforschung und Feministische Theorien	67
Peter Mayer, Harald A. Friedl Der Mythos von der Ethik des gesunden Lebens Warum die Zwänge der Postmoderne der Verbreitung einer autonomen Gesundheitsdisziplinierung entgegenstehen.	68
Andrea Mayerhofer, Elisabeth Mixa Transpersonale Energiearbeit als komplementäre Heilmethode	69
Marion Michel, Beate Dietrich Menschen mit Behinderungen in der Gesundheitsgesellschaft – zwischen Tabus und Ausgrenzung	70
Elisabeth Mixa Wellness als Gesundheitskultur und Symptom postmoderner gesellschaftlicher Formationen	71
Peter Nowak Patientenempowerment – ein Trick der „Gesundheitsgesellschaft“? – kritische Reflexionen am Beispiel der Arzt-Patient-Interaktion	73
Heike Ohlbrecht, Susanne Bartel Zur Situation in der Notaufnahme - ein Projekt zur Gewaltprävention	74
Julie Page, Peter C. Meyer Innovation in Gesundheit ist Trumpf! Neue Funktionen nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe in der Gesundheitsgesellschaft	75
Christoph Pammer Möglichkeiten zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Folterüberlebenden in der Steiermark. Eine Analyse.	77
Andrea Pauli, Claudia Hornberg, Thomas Claßen Soziale Ungleichheit im Kontext Umwelt und Gesundheit	78
Holger Penz, Olivia Kada Männer bleiben außen vor: Zur Manifestation der traditionellen Frauenrolle als Caretakerin der Gesundheit.	79
Claudia Peter, Olaf Iseringhausen, Uwe Borchers Das Krankenhaus im Wandel. Entwicklung einer organisations- und professionstheoretischen Forschungsperspektive	80
Christian Pihl Soziale Ungleichheit und informelle Unterstützungspotenziale bei Pflegebedürftigkeit	81
Petra Plunger Perspektiven Patientenorientierter Versorgung chronischer Krankheiten: Wie können alternative und komplementäre Heilverfahren dazu beitragen? – Beispiel Homöopathie	82
Heidrun Rader Mädchengesundheitsförderung in der außerschulischen Jugendarbeit – Eine Bestandsaufnahme	83
Ursula Reichenpfader, Hubert Langmann, Karin Tropper „Vorsorgeuntersuchung Neu“ in Österreich: TeilnehmerInnenzufriedenheit und Aufklärung Über Risiken und Nutzen von Untersuchungen zur Krebsfrüherkennung	84
Jan D. Reinhardt, Yvonne Bucher, Franziska Egli «It takes two to tango» revisited – participation and integration of people with spinal cord injury in Europe from an insider perspective	85

Katharina Resch, Karin Rainer, Sophie Böhm „Lebenswerte Arbeit im Gesundheitssektor“ – ein wichtiges Ziel einer „gesunden“ Gesellschaft?	86
Matthias Richter Substanzkonsum im Jugendalter: Die Bedeutung familiärer Herkunft und „eigenem“ sozialen Status	87
Benedikt Rogge Mental health as a matter of identity (in)congruence. The value of sociological identity theory for understanding mental health disparities.	88
Gunhild Sagmeister Gesundheit im Setting Universität	89
René Schaffert Pflegende im Teufelskreis zwischen steigenden Erwartungen und Personalmangel?	90
Kurt Schalek Professionell entscheiden mit Pflegediagnosen? Professionalisierung in der Gesundheits- und Krankenpflege	91
Eva Schulc Einfluss von Bewegungstraining im hohen Lebensalter auf die Entwicklung einer Demenz – Eine systematische Literaturanalyse	92
Reinhard Schunck, Benedikt Rogge Arbeitslosigkeit und Gesundheitsverhalten. Eine handlungstheoretische Rekonstruktion gesundheitlicher Ungleichheit	93
Markus Schweiger, Ines Spath-Dreyer, Ursula Reichenpfader Individuelle Gesundheitsarbeit und Prävention: Zur Nicht-Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen am Beispiel Österreich	94
Ulrich Siering Die deutschen Disease Management Programme (DMP) – Chance für chronisch Kranke und Herausforderung für etablierte Berufe der Krankenbehandlung?	95
Kathrin Sommerhalder Gesundheitskompetenz in der Schweiz: Eine Querschnittstudie zur Ausprägung und Verteilung der Gesundheitskompetenz in der deutsch- und französischsprachigen Schweiz	97
Ingrid Spicker Gesundheitsförderung stärken. Kritische Aspekte und Lösungsansätze (Buchprojekt)	98
Eric Stoiser, Waltraud Haas-Wippel, Beate Leiner, Getraud Stocker Bedarfsgerechtes, abgestuftes Versorgungsangebot für ältere Menschen und chronisch Kranke	99
Gunnar Stollberg Shared decision making und Patientenbeteiligung – Probleme der Entscheidungskompetenz von Patientinnen und Patienten	100
Willibald Julius Stronegger „faire vivre“ – Der Weg zur modernen Gesundheitsgesellschaft. Eine Analyse unter Verwendung der Konzepte von Michel Foucault.	101
Christa Them „Altern in Würde – ein wissenschaftliches Projekt im Auftrag der Tiroler Landesregierung“	102
Marianne Waldmann Barrierefreie Systeme	103

Carlos Watzka

Selbsttötung statt Streben nach Gesundheit?

Zeitlicher Wandel und soziale Ungleichheiten in der Suizidalität in Österreich

104

Ulli Weisz, Willi Haas, Sylvia Hartl, Michael Prebio

Angebotsplanung im Krankenhaus im Kontext der Gesundheitsgesellschaft. Erfahrungen aus einem Pilotprojekt.

105

Plenarvorträge

Für den Inhalt der einzelnen Beiträge sind die jeweiligen AutorInnen verantwortlich.

Achieving Health: Neue Richtungen für die Erforschung gesundheitlicher Ungleichheit

Thomas Abel *

Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Bern

Die Wahrscheinlichkeit, gesund zu sein, ist nach wie vor deutlich grösser in oberen Sozialschichten. Während die sozialepidemiologische Datenlage diesen Sachverhalt immer detaillierter zu beschreiben vermag, hapert es an überzeugenden Ansätzen zur Erklärung von strukturellen und handlungsbezogenen Einflüssen auf die sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit.

Mein Vortrag konzentriert sich auf die Zusammenhänge von strukturell bedingter Ressourcenausstattung und gesundheitsrelevantem Verhalten. Im Sinn einer aktivierenden und unterstützenden Gesundheitsförderung rücke ich dabei die Handlungsspielräume für gesundheitsförderliche Lebensstile in den Mittelpunkt. Im Rückgriff auf Armatya Sen's „Capability Approach“ (CA) beschreibt der Vortrag den Raum der gesundheitsförderlichen Verwirklichungschancen als Zielgrösse moderner Gesundheitsförderung.

Aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht lassen sich jedoch auch bedeutsame Schwachstellen in dem letztlich individuums-zentrierten CA ausmachen. Insbesondere bleibt darin die soziale Strukturierung gesundheitsrelevanter Lebensstile noch ungeklärt. Um diese Lücke zu schliessen, werden im Vortrag die kulturellen, sozialen und ökonomischen Ressourcen des Gesundheitsverhaltens genauer betrachtet und auf deren sozial strukturierende Bedeutung für den Raum der gesundheitsförderlichen Verwirklichungschancen verwiesen.

Anhand eines Modells zur Interaktion von Ressourcenausstattung und gesundheitsförderlichen Entscheidungs- und Handlungsspielräumen werden neue theoretische und empirische Fragen für die Gesundheitsforschung sichtbar. Diese drehen sich konkret um die Zusammenhänge von sozialer Position, Verfügbarkeit und Zusammenspiel von unterschiedlichen Kapitalarten, den Raum der Verwirklichungschancen und der erreichten Gesundheit.

* unter Mitarbeit von Dominik Schori

Die 'Gesundheitsgesellschaft' - Entstehung, Chancen, Risiken und Nebenwirkungen

Johann Behrens

Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Jede Soziologin, jeder Soziologe, die auf sich halten, taufen die Gesellschaft auf die von ihnen zentral untersuchte Variablen oder Phänomene. So haben sich in den letzten Jahrzehnten die „Erlebnisgesellschaft“, die „nivellierte Mittelstandsgesellschaft“, die „Überflusgesellschaft“, die „Risikogesellschaft“ und andere Gesellschaften in rascher Folge nicht nur abgelöst, sondern sie stehen weiterhin nebeneinander, wie die Phänomene gleichzeitig existieren, denen sie ihren Namen verdanken.

Dennoch kann – wie 1983 vertreten – der Begriff „Gesundheitsgesellschaft“ als gesellschaftswissenschaftliche Fremdbestimmung immer noch taugen, weil gesund-ungesund seine Relativierung im Diskurs immer weniger in anderen Systemen findet. Der Begriff bezeichnete nämlich vor 25 Jahren eine gesellschaftliche Selbstbeschreibung eines - Anrechte begründenden - Bezugs aufs richtige Leben im wissenschaftshistorischen Wandel, der sich recht präzise beschreiben ließ. Von allen Lehren des richtigen und insofern guten Lebens, die das Leben minutiös vom Geschlechts- bis zum Geschäfts- und Gefechtsverkehr beraten und anleiten, war 1983, also lange vor 1989, eigentlich nur die Gesundheitslehre übrig geblieben. Alle anderen Lehren, die vorher mit Autorität das richtige und gute Leben normiert hatten, von den religiös-theologischen über die absolutistisch-ökonomischen, die philosophisch-nationalistischen, die demokratischen und sozialistischen Theorien hatte nur die Gesundheitslehre nicht an Autorität verloren und sich nicht, wie die Theologie und Philosophie, vom Anspruch detaillierter normativer Regelung aller Lebensbereiche zurückgezogen. Allein die Diätetik, jene auf Kos 400 Jahre vor unserer Zeitrechnung in ihrem umfassenden Anspruch formulierte normative Theorie der Pflege (Selbst- und Fremdpflege) war übrig geblieben. Infolgedessen wurde nun unter Bezug auf Gesundheit begründet, was vorher unter Bezug auf Religion, Nation, Sozialismus und Demokratie begründet worden war: Während vorher für höhere religiöse oder nationale Ziele durchaus die Gesundheit hintanzustellen war, rechtfertigten Städtebauer und Architekten jetzt ihre Gebäude als gesund, Betriebe mussten nicht nur Geld machen, sondern ihre Arbeitsbedingungen sollten gesund sein, Oberbürgermeister rechtfertigten ihre Stadtentwicklungen als gesund - sie durften keinesfalls ungesund sein - , und die vorher allein demokratisch oder sozialistisch begründete „participation“ , die Teilhabe am sozialen Leben, wurde jetzt in der Internationalen Klassifikation funktionaler Gesundheit der WHO als Gesundheitszustand, der gesundheitlich unverzichtbar sei, sehr gut begründet. Armut und schlechte Wohnung waren vor allem aus gesundheitlichen, nicht mehr (nur) aus demokratischen Gründen zu bekämpfen. Strafe wurde weder mit Rache noch Vergeltung, sondern als Resozialisierung der Täter und präventive Maßnahme für die Tatgefährdeten begründet; wer medizinisch als nicht hinreichend zurechenbar schuldig befunden worden war, wurde konsequent vom Gericht zu Therapie statt Strafe zugeteilt.

Die sozialistische (und in Familien weit verbreitete) Norm „Jeder nach seinen Fähigkeiten, jedem nach seinen Bedürfnissen“ überlebte am besten im Bereich des Gesundheitswesens:

Jeder hat dort unabhängig von seiner Kaufkraft Anspruch auf das medizinisch Notwendige („jedem nach seinen Bedürfnissen“) und bezahlt in die Krankenkasse ein nach seiner finanziellen Fähigkeit („jeder nach seinen Fähigkeiten“). Erst vor dieser Norm wurde und wird „health inequality“, wird auch ungleiche Gesundheitsversorgung zum Skandal, während ungleiche Versorgung mit Wohnungen und Einkommen vielfältige Rechtfertigung fand. Heute gewinnt die soziologische Theorie sozialer Ungleichheit vor allem aus der Verletzung jener in allen schriftnutzenden Gesellschaften der Erde proklamierten Norm die Skandalisierbarkeit ihres Gegenstands, jeder habe unabhängig von seiner Zahlungs- oder Rückgabefähigkeit Anspruch auf die gesundheitlich notwendige Versorgung.

Die enorme Autorität, die Wissenschaft in modernen Gesellschaften gewonnen hat, ist offenbar nicht unabhängig von der Entwicklung zur Gesundheitsgesellschaft: Allein Wissenschaft „weiß“ noch in ihren esoterischsten Verästelungen, was gesund und was ungesund ist.

Insofern erschien uns vor nahezu 25 Jahren der Begriff der „Gesundheitsgesellschaft“ nicht völlig inadäquat, weil der Bezug auf Gesundheit in der Tat über das im Sinne Luhmanns ausdifferenzierte System der Krankenbehandlung, das viele Krankheiten, aber nur eine Gesundheit kennt, hinausgeht: der Code gesund-ungesund und der Code gepflegt-ungepflegt geht über den Code krank-gesund, der das System der Krankenbehandlung dominiert, weit hinaus und leitet nach dem Rückzug der theologisch-religiösen, philosophischen, nationalistischen, sozialistischen und sogar z.T. demokratischen Theorien eines detailliert normierten guten Lebens in der Tat die Selbstbeschreibungen von Gesellschaften. Auch wenn wir nicht mehr krank sind, müssen wir uns weiterhin pflegen und dafür sorgen, dass die Um-Welt gesund ist. Für dieses Argument ist unerheblich, dass häufig wechselt, was als gesund gilt. Was als „gesund“ gilt, wechselt mit neuen Erkenntnissen; dass alles „gesund“ sein und „gepflegt“ werden muss, bleibt.

Gesundheit wurde von einem Mittel oder einer Nebenbedingung (Gadamer: Gesundheit als „Leben im Schweigen der Organe“) zu einem Ziel, das durch kein anderes mehr zu relativieren war. Die vormals absolutistisch-ökonomische begründete Notwendigkeit des Wirtschaftswachstums zum Beispiel wurde nun damit begründet, dass das Wirtschaftswachstum notwendig sei, um die Gesundheitsförderung zu bezahlen. Gesundheit erschien und erscheint als gesellschaftlich machbares Ziel. Jede Entscheidung erwies und erweist sich als Entscheidung mit gesundheitlichen Folgen. Lebensstile erwiesen sich als Gesundheitsstile (Bourdieu, Abel).

Woher kam vor 25 Jahren dieser kritische Unterton beim Gebrauch des Begriffs „Gesundheitsgesellschaft“, warum nahmen wir den Rückzug aller anderen normativen detaillierten Lehren außer der Diätetik nicht als Fortschritt der Aufklärung und der Befreiung des Menschen aus selbstverschuldeter Unmündigkeit? Die Antwort lautet nicht nur, dass der Begriff der „Volksgesundheit“ durch die nationalsozialistische Fraktion der Sozialmediziner so diskreditiert war, dass bis heute fast alle der sozialmedizinischen Tradition (auch der der vertriebenen und ermordeten Sozialmediziner) zugehörigen Begriffe nur als englische benutzt werden: für „public health“ wird bis heute keine Rückübersetzung ins Deutsche gebraucht, dann schon lieber eine ins Lateinische.

Die Antwort lautet darüber hinaus, dass in der öffentlichen Gesundheitsförderung der – professionstypische - Respekt vor der Autonomie der Lebenspraxis der Klienten keinen systematischen Platz mehr zu haben schien, wenn Gesundheit zum Ziel wurde und nicht

mehr als Mittel zu relativieren war: Als zu bearbeitende, bedenkliche Unbelehrbarkeit und als „Mangel an Bewusstsein“ betrachteten die „Gesundberatungsstellen für Erwachsene (GBE)“ des Berliner Senats damals, was im ausdifferenzierten System der Krankenbehandlung als Mangel an „Compliance“ und später als Mangel an „Adherence“ bearbeitet wurde.

Die Kritik an der Gesundheitsgesellschaft lautete drittens und vor allem, dass die Maßnahmen der Gesundheitsförderung und des Gesundheitsschutzes als ungeplante Nebenwirkung diejenigen belaste, ja krank mache, die ihr nicht genügen könnten. Dabei bezog sich diese „Nicht-Genügen-Können“ keineswegs nur auf mangelnde „Capability“, wie sie der indische Nobelpreisträger Armatya Sen später im Ansatz des „Capability Approach“ als Ziel auch der Gesundheitsförderung fasste, sondern auf ungleiche milieuspezifische Lebensstile, oder anders gesagt, auf milieuspezifische Ausdeutungen der Bewährungsaufgabe jedes Lebens.

Nach 25 Jahren ist es Zeit, die damalige Diskussion zur Gesundheitsgesellschaft erneut aufzunehmen und im Hinblick auf die soziologische Theorie der Gesellschaft und der sozialen Ungleichheit in dem Vortrag zu diskutieren.

The health society: polemics and problematizations.

Monica Greco

Goldsmiths, University of London

This paper critically reviews the contribution of Foucauldian scholarship to the analysis of health and health promotion, and articulates the continuing relevance of this approach to the contemporary context as defined by the notion of a 'health society'. Foucault's work, and its reception and development through what have since become known as 'governmentality studies', offered an early diagnosis of some of the key features of the health society, and of their implications for critical analysis. Through the concepts of biopower and biopolitics, this approach was among the first in sociology to highlight the general relevance of 'health' to the constitutive dynamics of modern (and eventually late-modern) societies. Accordingly, already in the mid-1970s, Foucault articulated the limitations inherent in framing critical analysis in terms of an alternative between 'medicine' (or medicalization) and 'anti-medicine' – pointing instead to the need to examine the more diffuse ground of health-related assumptions shared by medicine and its critics alike. More recently, scholars in the field have addressed the emerging aspects of citizen participation and marketization through concepts such as biosociality, biological citizenship, biovalue, and somatic individuality. These contributions can be understood as correcting sociological assessments of recent developments in biotechnology, in so far as these continue to be based on reductive conceptions of power or on essentialist assumptions concerning, for example, the relationship between 'nature' and 'culture'. For the most part, Foucauldian scholarship on health and health promotion has been informed by a critical ethos that would appear, at least prima facie and in principle, incompatible with the task of health promotion itself. For some readers, this is enough to confine the relevance of the approach to the 'ivory tower of the academy' (eg Hofmeister 2005). Moreover, to the extent that the features of a health society are now more widely articulated as an explicit subject for public debate, it may be argued that the critical function initially offered through the notion of 'governmentality' has become somewhat redundant. Against this background, the paper will seek to specify how a Foucauldian approach may continue to be relevant in the contemporary context and how, if at all, it may contribute to the project of health promotion as defined by the Ottawa Charter. The starting point for this argument will be the consideration that, in Foucault, any descriptive analyses were always methodologically designed to be displaced by historical developments. Similarly, his concepts were never intended to provide the foundation for a stable narrative framework. It is therefore important to return to the 'methodological' Foucault in order to articulate the relevance of his approach 'beyond governmentality', so to speak. More specifically, the paper examines Foucault's framing of the research task as one of identifying 'problematizations' (as distinct from 'polemics') for the purposes of analysis. The intended outcome of an analysis in terms of problematization is to produce a shift in the types of questions that are being asked of any given phenomenon, by examining the assumptions held in common by parties engaged in polemical argument. On this basis, the paper will identify and discuss what aspects of the health society are amenable to this type of analysis, and the ways in which the analysis may be said to contribute to the task of health promotion. The presentation will illustrate the approach through relevant examples from recent research, and will relate the core aspects of the argument to the other key perspectives represented at the conference.

Die Gesundheitsgesellschaft - eine Herausforderung für Theorie und Praxis

Ilona Kickbusch

Kickbusch Health Consult, Brienz

Wir sind mit Verspätung in der dritten Gesundheitsrevolution angekommen. Die erste sicherte uns das Überleben, die zweite den Zugang zur medizinischen Versorgung – die dritte handelt von der Förderung der Gesundheit angesichts zunehmender Individualisierung und Differenzierung in einer rapide sich verändernden Welt.

An den Schnittstellen der vier Domänen der Gesundheit, der persönlichen und öffentlichen Gesundheit, der Medizin und des Gesundheitsmarktes, entsteht auf neue Art und Weise ein Bild, das ich „Gesundheitsgesellschaft“ nenne. Die Entwicklungsdynamik und die Konsequenzen der Gesundheitsgesellschaft sind bisher weder theoretisch noch praktisch klar erfasst. Meine Annäherung an den Begriff Gesundheitsgesellschaft umfasst drei Prozesse:

- die De-Territorialisierung von Gesundheit: sie ist überall
- Gesundheit als gesellschaftliche Triebkraft: sie ist machbar
- Gesundheit als aktives Handeln: jede Entscheidung ist auch eine Gesundheitsentscheidung.

Am Anfang des 21. Jahrhunderts kommt der Gesundheit – ähnlich wie in der großen Umbruchssituation des 19. Jahrhunderts - eine zentrale Rolle zu. Wenn Gesundheit überall ist, dann kann jeder Ort oder jedes Setting in der Gesellschaft Gesundheit unterstützen oder bedrohen und jede Entscheidung ist demnach potenziell auch eine Gesundheitsentscheidung. Aufgrund einer grundsätzlichen Veränderung des Gesundheitsbegriffes unterscheidet sich dieser Prozess von dem der Medikalisierung: er stellt eher eine neue Kombination aus Individualisierung und Kommodifikation, Empowerment und enhancement, sozialer Einbindung und Ausgrenzung, des öffentlichen und des privaten Bereiches dar. Beide Prozesse befinden sich in Expansion, überschneiden sich, bekämpfen sich und gehen Verbindungen ein.

Das zieht eine radikale Umorientierung und Neugestaltung von Gesundheitsangeboten und Krankheitsversorgung in unserer Gesellschaft nach sich. Gesundheit wandert aus dem Versorgungssystem (wo sie nie ganz angekommen war) heraus in das soziale und wirtschaftliche Leben - ihr Leitsatz ist Expansion, ihre Ausdrucksform Kommunikation. Es bildet sich ein neues aktives und sehr weit gefasstes Gesundheitsverständnis heraus, inklusive spiritueller Verästelungen. Gesundheit ist in allen Lebensbereichen präsent und zunehmend virtuell vermittelt: „Lebensstile“ sind „Gesundheitsstile“ und Gesundheitskompetenz wird immer bedeutsamer. Der Markt und die Selbstfindung bietet jedem „seine“ Gesundheit und „die gesunde Wahl“ ist nun Marketingprämisse so mancher Produzenten von Konsumgütern – angetrieben auch von den neuen „Epidemien“ wie Adipositas oder Diabetes, sowie dem demographischen und ökonomischen Druck der baby boomers. Wellness ist einer der am schnellsten wachsenden Wirtschaftszweige im Privatsektor und Gesundheitsinformationen erzielen mehr Hits im Internet als Pornografie.

Dabei ergeben sich Paradoxien, Ambivalenzen und Ungleichheiten, die uns im Gesundheitsalltag überall begegnen. Denn die Gesundheitsgesellschaft ist nicht per se „gesünder“, sie ist von weit reichenden Ungleichheiten geprägt und von neuen Problemen gefordert: z.B. psychische Erkrankungen, Altersdemenz, virtuelle Süchte. Derzeit gibt es wenige politische Mechanismen, die eine adäquate Antwort auf diese neuen de-territorialisierten „Gesundheitslandschaften“ ermöglichen könnten. Erst Ansätze vermitteln sich im neuen Ansatz der „Gesundheit in allen Politikbereichen.“

Aber es geht nicht nur um neue Strategien, sondern auch um eine Diskussion über die Werte und ethischen Grundlagen der Gesundheitsgesellschaft. BürgerInnen, Politik und Markt müssen auf neue Weise zusammen wirken um nachhaltige Gesundheit zu ermöglichen - sonst verspielen wir die Erfolge der ersten zwei Gesundheits-Revolutionen nicht nur für uns selbst, sondern besonders für die kommenden Generationen. Denn schon bahnt sich die vierte Gesundheitsrevolution mit ihrem Fokus auf der prädiktiven Medizin, dem enhancement, der Machbarkeit von Gesundheit und der Perfektion an.

‘Gesundheitsgesellschaft’ oder Funktionssysteme für Krankenbehandlung und/oder Gesundheitsförderung in der Weltgesellschaft - eine soziologisch systemtheoretische Perspektive.

Jürgen M. Pelikan

Universität Wien

Der Terminus „Gesundheitsgesellschaft“ wurde zur Charakterisierung spätmoderner Verhältnisse bereits in den 90ziger Jahren erwogen (Bauch 1996), definitiv vorgeschlagen wurde er von Kickbusch (2006, 2007). Die Gesellschaft zu einem bestimmten Zeitpunkt mit einer Diagnose zu belegen folgt einer von Mannheim begründeten Tradition und hat dazu geführt, dass von den Sozialwissenschaften inzwischen eine Mehrzahl von konkurrierenden Diagnosen vorgeschlagen wurden um die spätmoderne Gesellschaft auf den Begriff zu bringen. Neben der Frage, wie sich diese unterschiedlichen Diagnosen zueinander verhalten, muss vor allem interessieren, was mit der Diagnose „Gesundheitsgesellschaft“ an spezifischen Erkenntnissen über die Gesellschaft bzw. über Gesundheit gewonnen wird. Wie weit trägt die Diagnosen-Metapher, welche Symptome, Ätiologie, Prognose und Therapien sind mit ihr verbunden. Während Kickbusch in ihrem Gesellschaftsverständnis vor allem auf Giddens und Beck rekurriert wollen wir in diesem Beitrag die Perspektive der soziologischen Systemtheorie sensu Niklas Luhmann einnehmen.

Innerhalb dieser wird zunächst zu klären sein, ob es sich bei der „Gesundheitsgesellschaft“ um eine Reflexionstheorie eines entstehenden Gesundheitssystems bzw. innerhalb der Gesundheitswissenschaften – mit einer entsprechenden Tendenz zur Hypostasierung - handelt, oder um eine sozialwissenschaftliche Fremdbeschreibung. Die Theorie der funktionalen Differenzierung geht mit Luhmann davon aus, dass sich im Konzert der Funktionssysteme auf jeden Fall ein Funktionssystem der Krankenbehandlung (Medizin) mit beträchtlichen Wachstumstendenzen ausdifferenziert hat, auch wenn es von den unterschiedlichen Autoren nicht immer gleich benannt und in seinen Dimensionen übereinstimmend rekonstruiert wird. Zu fragen ist dann erstens, inwieweit können die Phänomene, die mit dem Begriff Gesundheitsgesellschaft angesprochen werden, diesem Funktionssystem zugeordnet werden. Und, inwieweit können sie mit einer von der Medizinsoziologie immer wieder argumentierten Tendenz zur Medikalisierung (der Gesellschaft) (Bauch) erklärt werden?

Wenn das nicht ausreicht, ist dann zweitens zu klären, kann das, was die Gesundheitsgesellschaft ausmachen soll, dadurch erfasst werden, dass in anderen Funktionssystemen, also z.B. der Politik, der Wirtschaft, den Medien und auch der Krankenbehandlung, bzw. in den diesen zugeordneten Organisationen und Rollenbeziehungen, das Thema oder die Referenz Gesundheit an Bedeutung zugenommen hat und krankheits- oder gesundheitsbezogene Kriterien zusätzlich zu deren spezifischen Codes in der Kommunikation verwendet werden. Drittens ist zu fragen, hat sich neben dem Funktionssystem der Krankenbehandlung (oder auch über diesem) ein eigenes

„Gesundheitssystem“ ausdifferenziert, das die Kriterien für Funktionssysteme in der Systemtheorie erfüllt.

Um die Vorfrage und die drei spezifischen von der Systemtheorie angeleiteten Fragen diskutieren zu können, wird es notwendig sein zunächst zu analysieren, was mit der Diagnose Gesundheitsgesellschaft von ihren BefürworterInnen im Detail gemeint ist. Auch muss vorweg geklärt werden, wie Gesundheit und Krankheit theoretisch so bestimmt werden können, dass es sich um zwei klar unterschiedene Konzepte handelt, die beide Anlass für je ein spezifisches Funktionssystem oder zu mindestens für unterschiedliche Semantiken in der gesellschaftlichen Kommunikation abgeben können. Der Beitrag wird sich bemühen durchwegs die Fremdperspektive einer Soziologie der Gesundheitsgesellschaft einzunehmen und nicht die Binnenperspektive einer Soziologie in der Gesundheitsgesellschaft oder in den Gesundheitswissenschaften.

Parallele Vorträge und Posterpräsentationen

Für den Inhalt der einzelnen Beiträge sind die jeweiligen AutorInnen verantwortlich.

Die Caritas Marienambulanz – Ein innovatives Primärversorgungsprojekt für Randgruppen im Raum Graz / Österreich

Christine Anderwald, Martin Sprenger¹

Ambulatorium Caritas Marienambulanz, Graz

¹ *Medizinische Universität Graz*

Hintergrund

Gemäß ihrem **Leitbild** bietet die Marienambulanz seit ihrer Eröffnung im April 1999 eine niederschwellige allgemeinmedizinische Primärversorgung für jene Menschen an (**Zielgruppe**), die keine Krankenversicherung haben (In- und AusländerInnen), illegal in Österreich leben, aber auch für versicherte Personen (In- und AusländerInnen), die aus den unterschiedlichsten Gründen die Schwelle in das öffentliche Gesundheitswesen nicht überwinden können.

Das PatientInnenalter liegt zwischen Säuglingsalter und 73 Jahren, das Durchschnittsalter ist 30 Jahre. Der Anteil der Männer betrug 2005 64%, der Anteil der Frauen 36% und der Anteil der Kinder 10%. Das Verhältnis von AusländerInnen zu InländerInnen lag 2005 bei 60:40.

Strategien

In den Jahren seit ihrem Bestehen hat sich die Marienambulanz zu einem Kompetenzzentrum für die zielgruppenspezifische Versorgung von Randgruppen entwickelt. Sie hat eine hohe Akzeptanz in einer PatientInnengruppe, die höherschwellige extramurale Versorgungseinrichtungen in der Regel nicht in Anspruch nimmt.

Die Zielgruppe wurde in der Prävention und Gesundheitsförderung lange vernachlässigt. Deshalb ist der erzielte Präventionsgewinn in Relation zum finanziellen Aufwand sehr groß. Die Versorgungskette über die niederschwellige Marienambulanz zu FachärztInnen ermöglicht eine bedarfsgerechte Integration von Betroffenen in das öffentliche Gesundheitswesen. Dadurch ergibt sich eine Verbesserung der Versorgung und Mitarbeit der Betroffenen und die Wahrscheinlichkeit, dass Behandlungen zu dem gewünschten Ergebnis führen, wird erhöht. Die Erfahrungen in der zielgruppenorientierten Versorgung verringern das Risiko von Kommunikationsdefiziten, Missverständnissen und Behandlungsabbrüchen.

Wissenschaftliche Grundlagen

Im Jahr 2003 fielen 1.044.000 Personen in Österreich unter die Armutsgefährdungsschwelle von 60% des Medianeinkommens. Das sind 13,2% der Gesamtbevölkerung. Armutsgefährdete haben mit 13% einen doppelt so hohen Anteil bei jener Gruppe, die gesundheitlich stark beeinträchtigt ist. Es ist heutzutage unbestritten, dass Armut nicht nur kränker macht, sondern auch zu Ungleichheiten in der Versorgung von Krankheit führt.

„Das können wir uns nicht mehr leisten“ Leistungsorientierung im Gesundheitswesen zwischen Bedarfsgerechtigkeit und ökonomischen Anforderungen

Ullrich Bauer, Lukas Slotala

Fakultät für Gesundheitswissenschaften , Universität Bielefeld

Gesundheitspolitische Reformstrategien sind Bestandteil eines in den 1980er Jahren einsetzenden Strukturwandels, bei dem die Organisation der Gesundheitsversorgung in der Bundesrepublik Deutschland eine Anpassung an das Modell der marktwirtschaftlichen Steuerung erfährt. Hierdurch geraten die Grundprinzipien der Gesundheitsversorgung unter Veränderungsdruck, wenn das Verhältnis der neuen ökonomischen Steuerungslogik auch auf der Ebene des beruflichen Handelns von Ärzten und Pflegenden neu bemessen wird. Im Kern wird hier der traditionelle Entwurf der Krankenversorgung berührt, demzufolge therapeutisches Handeln sich nicht primär an marktförmigen Prinzipien der Nutzenmaximierung orientieren sollte, sondern gesundheitsbezogene Bedarfsprinzipien das ärztliche und pflegerische Verhalten leiten sollten.

Der Beitrag geht der Frage nach, inwiefern sich der marktwirtschaftliche Umbau des Versorgungssystems auf der Ebene des beruflichen Handelns von Ärzten und Pflegekräften bemerkbar macht und welchen Konsequenzen dieses für das Prinzip der Bedarfsgerechtigkeit bei der Versorgung mit Gesundheitsleistungen zu Folge hat. Die zu diskutierenden empirischen Erkenntnisse der Bielefelder Pflegebefragung für den Krankenhausbereich verweisen darauf, dass die Ökonomisierungstendenzen im Gesundheitswesen in Form von betriebswirtschaftlicher Rationalisierung und Personalabbau weit in die Autonomie von Pflegekräften hineinreichen. Die infolge des massiven Kostendrucks einsetzende systematische Rationierung von Pflegeleistungen und steigender Arbeitsbelastung in der Pflege führen zu vielfältigen berufsethischen Konflikten bei den betroffenen Akteuren, aber auch zu normativen Anpassungsprozessen an die neuen ökonomischen Imperative. Damit scheinen die Pflegekräfte selbst tief verunsichert, wenn unter dem ökonomischen Umbruch darüber verhandelt wird, ob die Berufsgruppe der Pflege zukünftig primär für den betriebswirtschaftlichen Erfolg ihrer Institution in die Pflicht genommen werden soll. Im Anschluss an ökonomisierungstheoretische Ansätze muss hier von einer Erosion der Bedarfsgerechtigkeit im Gesundheitssystem gesprochen werden. Ärzte und Pflegekräfte verlieren zunehmend ihre strukturelle Autonomie gegenüber der Logik des Marktes und müssen sich den neuen ökonomischen Zielen unterordnen.

Gewebespende im Krankenhauskontext: Wie PatientInnen zu SpenderInnen werden

Milena Bister

Institut für Wissenschaftsforschung, Universität Wien

Biomedizinische Forschung gewann in den letzten Jahrzehnten besonders in den westlichen Gesellschaften verstärkt an Bedeutung. Mit der wachsenden Forschungstätigkeit ging ein Wandel von einer Symptome behandelnden Medizin zu einer Medizin, die sich der Erforschung von Krankheitsrisiken gesunder Menschen widmet, einher. Überdies wurde durch diese Entwicklung, die auch als „Biomedikalisierung“ (Clarke et al. 2003) der Gesellschaft bezeichnet wird, die Verantwortung, seine Gesundheit zu erhalten bzw. wieder zu erlangen, verstärkt der/dem Einzelnen übertragen.

Da biomedizinische Studien oftmals auf Verwendung menschlicher Körpersubstanzen angewiesen sind, finden sich immer mehr Menschen in einer Doppelrolle als PatientIn und SpenderIn wieder. In meiner Dissertation beforsche ich die Entscheidungsfindung von Personen, die während der Vorbereitung auf einen plastisch-chirurgischen Eingriff an einer österreichischen Universitätsklinik mittels Informed Consent um die Spende des ohnedies operativ entfernten Hautgewebes gebeten werden. Während bioethische Prinzipien davon ausgehen, dass sich PatientInnen aufgrund der dargebotenen Information für oder gegen eine Einwilligung entscheiden, zeigt die empirische Arbeit, welche Umstände und Überlegungen im konkreten Fall dazu geführt haben, dass alle PatientInnen, ohne Ausnahme, ihre Zustimmung zur wissenschaftlichen Weiterverwendung ihres Gewebes gaben.

Die Dissertation beruht auf teilnehmender Beobachtung von Informed Consent Prozessen und auf anschließenden qualitativen Interviews mit den PatientInnen. Beobachtungsprotokolle wurden mit Hilfe des Kodierparadigmas der Grounded Theory analysiert (Strauss & Corbin, 1996) und Interviewtranskripte in einem inhaltsanalytischen Verfahren mittels induktiver Kategorienbildung (Mayring 1997) ausgewertet.

Im Rahmen dieses Vortrages möchte ich anhand einiger Analyseergebnisse ein Verständnis von Informed Consent anregen, das über den dominanten Diskurs des eigenverantwortlichen Entscheidens hinausgeht.

Gesundheitsförderliche Organisationsgestaltung - Zur Reform der Expertenorganisation Krankenhaus: Hemmnisse und Perspektiven

Uwe Borchers, Olaf Iseringhausen¹

Zentrum für Innovation in der Gesundheitswirtschaft Ostwestfalen-Lippe (ZiG)

¹ Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften

Die Analyse von Reformpotenzialen professioneller Organisationen folgt dabei dem Konzept der Expertenorganisation, die sich von anderen Organisationen durch die Dezentralisierung von Entscheidungen, die Vielfalt berufsgruppenspezifischer Interessenlagen, die lose Kopplung von Arbeitseinheiten, die kollegiale Koordination sowie weitgehende Entscheidungsautonomie professionell Handelnder und durch die organisationsexterne Standardsetzung bezogen auf betriebliche Kernprozesse unterscheiden lassen. Bei einer genaueren Betrachtung des Krankenhauses als professioneller Organisation wird sehr schnell deutlich, dass sich ein großer Teil ihrer Mitglieder – die Ärzteschaft – stärker an Standards der eigenen Standes- bzw. Fachgesellschaften als an organisationsintern formulierten Regeln und Zielen orientieren, die zunehmend an betriebswirtschaftlichen Kriterien ausgerichtet werden. Zudem sind Organisationseinheiten im Krankenhaus durch Fach- bzw. Expertenwissen und durch den Einsatz von Technologien stark differenziert. Zugleich zeichnen sich die verschiedenen Organisationsbereiche auf der Ebene des operativen Kerns durch ein erhebliches Einfluss- bzw. Machtpotenzial hinsichtlich managerieller Entscheidungen aus, was insgesamt dazu führt, dass der Einfluss der Führung auf das Verhalten der Organisationsmitglieder begrenzt ist. Die Aufgabe des Managements in Expertenorganisationen besteht daher zu großen Teilen darin, die Widersprüche zwischen Differenzierung und organisatorischer Integration, berufsgruppenspezifischen Kulturen (Medizin, Pflege, Verwaltung) sowie zwischen professionellen Standards und organisationalen Zielen zu bearbeiten.

Die „Lösungen“, die sich derzeit im Zusammenhang mit dem Umbau des Krankensektors mit dem Ziel der Kostenreduktion (Budgetierung und die Einführung von Fallpauschalen) bei gleichzeitiger Sicherung der Versorgungsqualität ausbreiten, beinhalten einerseits Modelle und Entwürfe, die den Veränderungsprozess unterstützen sollen, bewirken andererseits aber auch, dass damit weder die alten medizinischen noch die neuen ökonomischen und organisatorischen Probleme gelöst werden (Klinke 2007, 54). Die Einführung von den Reformprozess unterstützenden Modellen wie z. B. Qualitätsmanagement, Case Management, medizinische Dokumentation usw. tragen – wie Untersuchungen neueren Datums zeigen – ihrerseits auch dazu bei, die Arbeitsbedingungen aus Sicht der Mitarbeiter zu verschlechtern (Buhr & Klinke 2006; Klinke 2007; Klinke & Kühn 2006; vgl. auch Blum, Müller & Offermanns 2004).

Gegenwärtig kann man davon ausgehen, dass es nicht an Zielen, Ideen und Konzepten zur Organisationsgestaltung im Krankenhaus mangelt. Zugleich kann beobachtet werden, dass es in der Umsetzung von Reformprojekten zu Verzögerungen, Zielkonflikten und

Mikropolitiken kommt, die in gut gemeinten Veränderungsvorhaben zum Scheitern führen können. Im Sinne von Change Management scheint es eine geradezu typische Erfahrung zu sein, dass Projekte der Organisationsgestaltung mit dem Risiko der Versandung und des Frustes der beteiligten Akteure einhergehen (beispielhaft für das Krankenhaus: Bandemer 2005; Hansen 2004, Iding 2008, März 1996, Siewerts & Badura 2004). Damit ist das sog. „Verpuffen“ von Reformimpulsen angesprochen. Prinzipiell besteht das Risiko, dass anfängliche Bestrebungen für die Unterstützung von Maßnahmen, die nicht zum Kern organisationaler Leistungserstellung gerechnet werden, ergebnislos enden, weil den Mitarbeitern entweder Zeit oder finanzielle Ressourcen fehlen, entsprechende Maßnahmen zu unterstützen oder sie die Sinnhaftigkeit über einen längeren Zeitverlauf nicht mehr erkennen können (z. B. Kühl 2000; 2001; 2002). Der Beitrag sondiert Gestaltungsoptionen im Bereich der Krankenhausentwicklung und fragt, *wie* mit für professionelle Organisationen typischen Widersprüchen in Reformprojekten umgegangen werden kann.

Referenzen

- Bandemer, von S. 2005: Verbesserung von Qualität, Wirtschaftlichkeit und Arbeitsbedingungen in Krankenhäusern. In: Badura, B., Schellschmidt, H., Vetter Chr. (Hrsg.). Fehlzeiten-Report 2004. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Bereichen der Wirtschaft. Berlin u. a.: Springer. 125-139.
- Blum, K. 2006: Krankenhausversorgung. In: Hurrelmann, K., Laaser, U. & Razum, O. (Hrsg.) Handbuch Gesundheitswissenschaften. 4. vollst. überarbeitete Aufl. Weinheim & München: Juventa. 901-924.
- Blum, K., Müller, U. & Offermanns, M. 2004: Auswirkungen alternativer Arbeitszeitmodelle. Abschlussbericht Deutsches Krankenhausinstitut e. V.: Düsseldorf
- Brock, D. M., Powell, M. J. & Hinings, C. R. (Hrsg.) 1999: Restructuring the Professional Organization. Accounting, Health Care and Law. London, New York: Routledge.
- Buhr, P. & Klinke, S. 2006: Qualitative Folgen der DRG-Einführung für Arbeitsbedingungen und Versorgung im Krankenhaus unter Bedingungen fortgesetzter Budgetierung, Bd. SP I 2006-311, Discussion Papers, Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- Grossmann, R. & Scala, K. 2002: Intelligentes Krankenhaus. Innovative Beispiele der Organisationsentwicklung in Krankenhäusern und Pflegeheimen. Wien/New York: Springer.
- Hansen, H. 2004: Die Kennzahlen in der Praxis: Anforderungen und Umsetzungsbedingungen. In: Pfaff, H., Lütticke, J., Badura, B., Piekarski, C., Richter, P. (Hrsg.) 2004: „Weiche“ Kennzahlen für das strategische Krankenhausmanagement. Stakeholderinteressen zielgerichtet einbeziehen. Bern u.a.: Hans Huber. 209-229.
- Iding, H. 2008: Beratung im Krankenhaus – macht meint Struktur in Organisationen. In: Vogd, W., Saake, I. (Hrsg.): Moderne Mythen der Medizin. Studien zur organisierten Krankenbehandlung. Wiesbaden: VSVerlag. 87-108
- Klinke, S. 2007: Auswirkungen des DRG-Entgeltsystems auf Arbeitsbedingungen und Berufliches Selbstverständnis von Ärzten und die Versorgungsqualität in deutschen Krankenhäusern Teil II - Detaillierergebnisse einer Befragung Hessischer Krankenhausärzte im Jahre 2004. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health, Schwerpunkt Arbeit, Sozialstruktur und Sozialstaat, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB).
- Klinke, S. & Kühn, H. 2006: Klinke, Sebastian; Kühn, Hagen, 2006: Auswirkungen des DRG-Entgeltsystems auf Arbeitsbedingungen von Krankenhausärzten und die Versorgungsqualität in deutschen Krankenhäusern, Bd. SP I 2006-309, hrsg. von WZB, Discussion Papers, Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- Kühl, S. 2000: Das Regenmacher-Phänomen. Widersprüche und Aberglaube im Konzept der Lernenden Organisation. Frankfurt am Main: Campus.
- Kühl, S. 2001: Über das erfolgreiche Scheitern von Gruppenarbeitsprojekten. Rezentralisierung und Rehierarchisierung in Vorreiterunternehmen der Dezentralisierung. In: Zeitschrift für Soziologie, Jg. 30(2001), 199-222.
- Kühl, S. 2002: Sisyphus im Management. Die verzweifelte Suche nach der optimalen Organisationsstruktur. Weinheim et al.: Wiley. März, R. 1996: WHO-Modellprojekt in Wien. Eine Zwischenbilanz. In: Schweizer Spital, Heft 10, 21-25.
- Mintzberg, H. 1992: Die Mintzberg-Struktur. Organisationen effektiver gestalten. Landsberg/Lech: Verlag Moderne Industrie.
- Rosenbrock, R. & Gerlinger, T. 2006: Gesundheitspolitik Eine systematische Einführung. 2. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern, Göttingen, Seattle, Toronto: Verlag Hans Huber.
- Siewerts, D. & Badura, B. 2004: Gesundheitsmanagement als Beispiel für die Anwendung Von biopsychosozialen Kennzahlen. In: Pfaff, H., Lütticke, J., Badura, B., Piekarski, C., Richter, P. (Hrsg.) 2004: „Weiche“ Kennzahlen für das strategische Krankenhausmanagement. Stakeholderinteressen zielgerichtet einbeziehen. Bern u.a.: Hans Huber. 187-208.

PatientInnen- und Angehörigenorganisationen im Krankenbehandlungssystem der Gesundheitsgesellschaft – theoretische und methodische Überlegungen in Zusammenhang mit einer österreichweiten Fragebogenerhebung

**Gudrun Braunegger-Kallinger², Peter Nowak¹, Rudolf Forster²,
Karl Krajic¹, Sonja Österreicher²**

¹ *Ludwig Boltzmann Institut für Gesundheitsförderungsforschung, Wien*

² *Institut für Soziologie der Universität Wien*

Patientinnen- und Angehörigenorganisationen werden, insbesondere im Bereich der Selbsthilfe, als ein wesentlicher Teil der Entwicklung einer „Gesundheitsgesellschaft“ gesehen. Die österreichische soziologische Forschung hat bisher noch auffallend wenig Notiz von diesen Entwicklungen genommen und kann nur punktuell auf empirische Studien über Patientinnen- und Angehörigenorganisationen verweisen. Eine österreichweite Fragebogenerhebung, die sich an deutschen, Schweizer und britischen Vorbildern orientiert, wird erstmals einen systematischen Überblick über die Strukturen, Leistungen, Umwelt-Beziehungen, Unterstützungsbedingungen und politischen Beteiligungsmöglichkeiten dieser Organisationen und Gruppen schaffen.

Dieser Beitrag versucht, mit Bezug auf exemplarisch ausgewählte Forschungsansätze in den erwähnten Ländern, theoretische Konzepte zu Patientinnen- und Angehörigenorganisationen zu identifizieren und in Hinblick auf ihre Erfassbarkeit im Rahmen einer quantitativen Fragebogenerhebung zu diskutieren.

Im Einzelnen geht es u.a. um folgende Fragen:

- Wie werden lose Gruppen, formelle Organisationsformen und übergreifende Zusammenschlüsse konzeptuell gefasst und unterschieden?
- Wie können Spannungsfelder zwischen ehrenamtlichem Engagement und professionellen Ansprüchen, zwischen dem „selbst organisierten Bewegungscharakter“ und Institutionalisierungstendenzen dokumentiert und analysiert werden?
- Wie können die Aktivitäten dieser Gruppen/Organisationen nach ihren gesellschaftlichen Funktionen systematisch beschrieben und gesellschaftstheoretisch eingeordnet werden (z.B. als komplementäre oder alternative Angebote in der Krankenbehandlung; als Beitrag der Qualitätsentwicklung für Krankenbehandlungsorganisationen; als Beitrag zur Governance des Gesundheitssystems)
- Wie kann der gesellschaftliche Nutzen dieser Aktivitäten beschrieben werden und in Zusammenhang mit ihren Ressourcen / „Kapitalien“ gebracht werden?
- Lassen sich die Umweltbeziehungen der Gruppen/Organisationen als soziale Netzwerke analysieren und kategorisieren (z.B. als gegenseitige Unterstützung, Beteiligung oder Mitbestimmung, aber auch als Instrumentalisierung)?

Zum Mehrwert von Gesundheit im Postfordismus ¹

Regina Brunnett

Department Soziale Arbeit & Pflege, Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Die gesellschaftlichen Umbrüche des Wandels der Arbeit, der Individualisierung, der zunehmenden Kommodifizierung von Lebensbereichen und der Pluralisierung von Lebensstilen führten spätestens in den 1990er Jahren zu einem paradigmatischen Wandel in der hegemonialen Gesundheitskultur der Bundesrepublik Deutschland. Gesundheit wurde zu einem symbolischen Wert, zur „symbolischen Gesundheit“, in der das Subjektive, Konsum und Lebensstile aufs Engste miteinander verzahnt sind.

Welche Leitbilder, Praktiken und strukturellen Merkmale liegen symbolischer Gesundheit zugrunde? Durch welchen Mehr-Wert zeichnet sie sich aus? Wie (und durch welche sozialen Gruppen) wird dieser produziert und angeeignet?

In dem geplanten Beitrag werden die Transformationen in der Gesundheitskultur der Bundesrepublik Deutschland als – konstituierter wie auch konstitutiver – Bestandteil des Strukturwandels vom Fordismus zum Postfordismus seit den 1970er Jahren analysiert. In einer Sekundäranalyse empirischer Untersuchungen aus den Sozial-, Gesundheits-, Kultur- und Politikwissenschaften wird der Wandel der hegemonialen Gesundheitskultur im Kontext des Strukturwandels der Gesellschaft nachgezeichnet. Es wird der Frage nachgegangen, ob und auf welche Weise „symbolische Gesundheit“ die Strukturierungen postfordistischer Gesellschaften stützt und auf welche Weise sie Reibungen und Widersprüche erzeugt, durch die diese (möglicherweise) unterlaufen werden.

¹ Der Beitrag stützt sich auf meine Dissertation mit dem Titel „Symbolische Gesundheit und Arbeit. Eine hegemonietheoretische Studie zum Mehrwert von Gesundheit im Postfordismus“, die im November 2007 an der Universität Hamburg im Department für Sozialwissenschaften angenommen wurde.

Körperbehinderte Menschen: Gesund oder krank?

Stefan Dreßke

Institut für Sozialpolitik und Organisation Sozialer Dienste, Universität Kassel

Für Körperbehinderte wird gefordert, dass sich „Rehabilitation“ als lebenslanger Prozess nicht auf Behandlungszeiten im Krankenhaus beschränkt. Aus der Perspektive der Medizin sollen Patienten zu „Experten ihrer Behinderung“ werden. Damit sind sie aufgefordert, kontinuierlich für sich Sorge zu tragen. „Krankheit“ wird entgrenzt und Medizin und Therapie so zu Lebensbegleitern, über die Alltagsfähigkeiten wiedererlangt und aktualisiert werden. Gleichzeitig sollen therapeutische Eingriffe soweit wie möglich aus dem Alltag ausgeblendet und ein Leben, so normal wie möglich gelebt werden.

Es ist zu testen, ob die Codierung von gesund/ krank bei Behinderungen durch andere Leitorientierungen ersetzt bzw. ergänzt werden muss. Anzuführen wären Konzepte von Natürlichkeit/ Künstlichkeit z.B. in Bezug auf Transplantate und Prothesen, durch die Körpergrenzen erweitert werden. Oder es sind die Dimensionen Abhängigkeit/ Unabhängigkeit in Bezug auf die Nutzung von technischen Hilfsmitteln bzw. persönlichen Hilfen zu diskutieren. Dabei geht es immer um veränderte und institutionell zu organisierende Identitätsausstattungen, Normalitätswürfe und Körperkonzepte, die schließlich auch im Alltag Platz greifen müssen.

Es werden Ergebnisse aus einer Beobachtungs- und Interviewstudie vorgestellt, die zur Erstbehandlung von querschnittgelähmten Patienten in einem Krankenhaus durchgeführt wurde.

Gesundheit im schulischen Qualitätsmanagement

Wolfgang Dür, Sonja Geyer, Mona Mathis

Ludwig Boltzmann Institut für Gesundheitsförderungsforschung, Wien

Die Implementierung der Gesundheitsförderung in Schulen, wie sie über viele Jahre im europäischen Netzwerk der gesundheitsfördernden Schulen (ENHPS) praktiziert worden ist, wird in der Differenz von zusätzlicher Aufgabenstellung (add-on) und Verstärkung der schulischen Kernaufgaben (added value) diskutiert. Im ersten Fall führt Gesundheitsförderung zu einer weiteren Belastung des ohnedies fordernden Schulalltags, im zweiten Fall wird Gesundheitsförderung als Unterstützung für die Realisierung des Schulunterrichts verstanden.

Die entscheidende Frage dabei ist, inwieweit es gelingt, Prinzipien und Maßnahmen der Gesundheitsförderung mit allgemeinen Qualitätsaspekten und Qualitätsmanagement in der Schule zu verbinden. Als Problem erweist sich dabei, dass Qualitätsmanagement, das auf ausgereiften Qualitätskonzepten beruhen würde, in den Schulen nur rudimentär und selbst das nicht flächendeckend etabliert ist.

In jüngster Zeit sind Qualitätsmodelle entworfen und zur Diskussion gestellt worden, die dieses Problem zu lösen versuchen. Der Beitrag wird eine Auswahl dieser Modelle darstellen und analysieren. Als Ergebnis der kritischen Würdigung wird der weitere Entwicklungsbedarf herausgearbeitet, der aus systemtheoretischer Perspektive vor allem in der Erfassung und operativen Gestaltung des Zusammenhangs von fachlichen und sozialen Bedingungen der schulischen Prozesse liegt.

Gesundheit, der 6. Kondratieff-Zyklus? Eine Betrachtung auf technologischer, wirtschaftlicher und gesellschaftlicher Ebene anhand ausgewählter Indikatoren

Helga Flaschberger

Diplomarbeit verfasst an der: FH Kärnten, Studiengang „Gesundheits- und Pflegemanagement“

Die tägliche mediale Berichterstattung zur wirtschaftlichen Lage entwickelter Nationen vermittelt den Menschen das Gefühl, dass das Wirtschaftssystem nicht mehr richtig funktioniert. Steigende Arbeitslosenzahlen, zunehmende Insolvenzen und das Fehlen einer Zukunftsperspektive beschäftigen alle Bereiche unserer Gesellschaft.

Ebenso beängstigend sind Prognosen, wonach das Gesundheitssystem, wie wir es kennen, aufgrund verschiedener Einflussfaktoren, wie der demographischen Entwicklung und der Zunahme chronischer Erkrankungen, in Zukunft nicht mehr finanzierbar sein wird.

Es wird die Hypothese aufgestellt, dass gerade das Gesundheitssystem, welches stets negative Erwähnung aufgrund seiner unmöglichen Finanzierbarkeit findet, theoretisch in der Lage wäre für einen weit reichenden Wirtschaftsaufschwung zu sorgen.

Kondratieffzyklen sind Konjunkturfluktuationen über Zeiträume von je 40 bis 60 Jahren. Zeiten wirtschaftlicher Auf- und Abschwünge wechseln sich dabei ab. Ausgelöst werden die Wirtschaftsaufschwünge durch die Entdeckung so genannter Basisinnovationen, welche die Marktwirtschaft der folgenden 40 bis 60 Jahre maßgeblich beeinflussen. Bisher konnten seit der Entstehung der Theorie fünf Kondratieffzyklen nachgewiesen werden, beginnend mit der Erfindung der Dampfmaschine und der Textilindustrie zwischen 1800 und 1850, bis hin zur 5. Welle der Informationstechnologie in den 1990er Jahren.²

Ziel

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurde versucht mittels ausgewählter Indikatoren auf technologischer, wirtschaftlicher und gesellschaftlicher Ebene

- eindeutige Indizien dafür zu finden, dass die Gesundheit der 6. Kondratieff ist
- festzustellen ob der 6. Kondratieff bereits begonnen hat bzw. wann dieser beginnen wird.

Literatur

Nefiodow, Leo A. (2006): Der sechste Kondratieff; Wege zur Produktivität und Vollbeschäftigung im Zeitalter der Information. Rhein-Siegel Verlag: Sankt Augustin.

² Vgl. Nefiodow (2006)

Professionalism in Health and Wellness Tourism A Cross-cultural Perspective

Katalin Formádi, James Miller¹

Tourism Department, Pannonia University, Veszprém

¹ *Department of Health Management in Tourism,
FH JOANNEUM University of Applied Sciences, Bad Gleichenberg*

The health and wellness tourism sector has experienced considerable growth in the past two decades. Accompanying this growth there has been an increase in the need for personnel in the sector, but as is generally the case with such newly emerging sectors of the economy, the training of such personnel has lagged behind the demand. In many countries the absence of a developed professional culture means that there is also huge variation in the qualification level of persons offering wellness services. Wellness coaches whose training amounts to little more than four weeks at an uncertified fly-by-night training institute compete on the market with graduates of university-level programs. In addition, there is considerable variation from country to country within Europe regarding professional qualifications in the field.

This paper will examine the emergence of this new profession by comparing the level of specialization, required skills and competencies in health and wellness tourism in seven European countries, Hungary, Austria, Romania, the Czech Republic, Italy, Germany and Greece, based on research completed for „Making Tourism Work,” a Leonardo da Vinci pilot project. The level of professionalization from country to country is mirrored in the level of specialization in health and wellness tourism jobs and by the level of development of the sector generally. This development will be examined within the framework of theories of professionalization as articulated in classics such as Greenwood (1957) and more recent approaches such as that of Evetts (2004, 2005, 2006).

Spa's supply and profession in comparison A Cross-cultural Perspective

Katalin Formádi, Peter Mayer, Erzsébet Péntzes, Krisztina Priszinger

Tourism Department, Pannonia University, Veszprém

The rapidly growing HWT sector is relatively diversified including traditional spas, health centers, wellness-hotels and wellness-related accommodations (e.g. farm accommodations with a focus on natural healing and relaxation). In this conference paper we intend to focus only on the wellness spas.

The study has twofold aims: to measure and compare the health and wellness related services offered in the Hungarian and Austrian spas and to interconnect with the existing health and wellness occupations in the examined countries. We assume that the offered services correlated with client expectations, but in frame of this research we cannot tell whether the service offer follows the client expectations (demand) or the other way around.

The supply side analysis is based on internet research, investigating and evaluating the Austrian and Hungarian spas and their services by their characteristics, types and also by their geographical locations. We will compare the characteristics of supply as an explanatory variable of the occupational structure of the spas. We inquire whether there are differences in the structure of jobs in the spas which could be traced back to the service offer. We compare results according to the level of specialization, to geographical location (including national differences). This paper is strongly connected to the occupational classification schemes investigated in former research completed for the Leonardo da Vinci project, „Making Tourism Work”.

Kollektive Partizipation in der Gesundheitsgesellschaft zwischen Ideal und Realität

Rudolf Forster, Peter Nowak¹

Institut für Soziologie, Universität Wien

¹ *Ludwig Boltzmann Institut für Gesundheitsförderungsforschung, Wien*

Beteiligung/Partizipation ist zu einem Schlüsselbegriff in zahlreichen neueren gesundheitspolitischen Dokumenten auf internationaler und nationaler Ebene geworden. Dabei wird zum einen auf vermehrte Eigenverantwortung und einen aktiven Beitrag einzelner BürgerInnen und PatientInnen für die Erhaltung und Wiederherstellung ihrer Gesundheit abgestellt. Zum anderen wird kollektives Engagement für eine patientenorientierte Gestaltung der Gesundheitsdienstleistungen und für eine gesundheitsförderliche Gestaltung von Lebensstilen und Lebensbedingungen als Ideal propagiert.

Partizipation ist trotz der hohen Popularität und häufigen Verwendung ein wissenschaftlich wenig bearbeitetes und untersuchtes Konzept geblieben. Das gilt insbesondere für kollektive Partizipation. Der Beitrag hat zum Ziel, den Stand der theoretischen Diskussion in diesem Feld exemplarisch zu veranschaulichen und einen Überblick über die empirische Forschungsevidenz bezüglich der Voraussetzungen, Prozesse und Wirkungen von kollektiven Partizipationsansätzen zu geben.

Als theoretische Konzepte werden die in der gesundheitsbezogenen Partizipationsforschung einflussreichen Arbeiten von Arnstein („Ladder of participation“), Hirschmann („Exit, voice and loyalty“) und Rappaport („Community empowerment“) sowie aktuelle Weiterführungen diskutiert. Unter den empirischen Arbeiten werden drei Forschungsstränge bezüglich unterschiedlich konstituierter Teile der Öffentlichkeit unterschieden: die Untersuchung von „top-down“-Initiativen der Politik/Verwaltung oder von Organisationen des Gesundheitssystems zur Einbeziehung interessierter PatientInnen und BürgerInnen; die Erfahrungen mit „bottom-up“-Initiativen von selbst-organisierten Gruppen; und die Ergebnisse von Gesundheitsförderungsinitiativen, in denen die Mobilisierung von „communities“ als integraler Bestandteil angesehen wird. Insgesamt ist die Forschungsevidenz für den oftmals behaupteten Zusammenhang von kollektiver Partizipation und Gesundheit bislang rar, vielmehr verweist diese Forschungsevidenz auf eine Vielzahl von Voraussetzungen, unter denen Partizipationspotentiale (nicht) realisiert werden sowie auf Tendenzen zur Instrumentalisierung und Legitimation.

Die Schlussfolgerungen des Vortrags konzentrieren sich auf offene Fragen und Desiderata einer künftigen soziologischen Forschung über kollektive Partizipation in Gesundheitsbelangen.

„Heavy User“ als Gegenstand der Medizinischen Versorgungsforschung: Forschungsüberblick mit methodischen und ideologiekritischen Anmerkungen

Ulrich Frick, Hannah Frick¹

Bereich Gesundheit und Pflege, Fachhochschule Kärnten, Österreich

¹ *Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung, Zürich, Schweiz*

Ihren Ausgangspunkt nahm die Diskussion zum Thema „Heavy User“ bei der Beobachtung innerhalb mancher Versorgungsinstitutionen, dass ein relativ geringer Prozentsatz von PatientInnen einen relativ großen Anteil an allen Behandlungstagen „konsumiert“. Die sprachliche Formulierung dieser Beobachtung legt in vielen Fällen schon durch die Wortwahl nahe, dass hier ein besonders zu beachtendes und dringlich zu lösendes „Problem“ bestünde. Es wird gezeigt, dass mit der Formulierung des Forschungsgegenstandes als „soziales Problem“ unhinterfragte Annahmen über die Problemstellung, über die Problemträger, und auch bereits über die anzustrebenden Lösungen eingegangen werden.

Dass „Heavy User“ seit nahezu 50 Jahren ein Thema der medizinischen Versorgungsforschung darstellen, speist sich aus der Hoffnung, durch den Einsatz gezielter Maßnahmen für diese Patientengruppe ließen sich die aufzubringenden Kosten deutlich senken. Ein systematischer Überblick über die bisherige Forschung in Allgemeinmedizin, Notfallversorgung und psychiatrisch/psychotherapeutischer Versorgung zeigte aber, dass seit 1959 kein wesentlicher Erkenntnisgewinn erzielt wurde. „Heavy User“ lassen sich nicht durch einen irgendwie gearteten „Biomarker“ als solche identifizieren. Eine allgemeinere Theorie über die Natur und Bedingungsfaktoren von intensiver Nutzung bzw. Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ist daraus nicht entstanden.

Es wird mit dem Begriff „Heavy User“ eine Ungerechtigkeit in der Verteilung von Ressourcen auf die PatientInnen suggeriert, ebenso wie dies in den eingesetzten Messmethoden (Lorenzkurven, Gini-Koeffizienten und verwandte Maße) als „disproportionale Inanspruchnahme“ schon vorweggenommen wird. Die Maße transportieren implizit vorgegebene, an der Realität des Krankheitsgeschehens aber vorbeilaufende Vorstellungen von Verteilungsgerechtigkeit.

Die bisherigen Studien zu „Heavy Use“ lassen sich einteilen entlang der medizinischen Leistungsbereiche (Zahl und Dauer stationärer Aufenthalte, Kontaktdichte im ambulanten Bereich, Intensität von eingesetzten Prozeduren, Kosten). Als wichtige Erkenntnis aus zu vielen Arbeiten, die sich mit Detailspekten von Inanspruchnahmen in isolierten Leistungsbereichen befasst haben, lässt sich die Forderung ableiten, möglichst viele Leistungsebenen simultan zu erfassen, damit auch wechselseitige Kompensationsmöglichkeiten berücksichtigt werden können. Zudem muss ein ausreichender Zeitraum erfasst werden, weil sonst der dynamische Aspekt einer initial höheren Inanspruchnahme mit später potenziell niedrigeren Aufwendungen unberücksichtigt bleibt.

In der methodischen Ausrichtung der Forschung kann unterschieden werden nach deskriptiven versus analytischen Methoden: Unabhängig vom untersuchten Leistungsausmaß erhebt sich in jeder Studie die Frage, ob „Heavy User“ als separierbare Gruppe in möglichst vielen und deutlichen Unterschieden zu den „normalen“ Nutzern dargestellt werden, oder ob „Heavy User“ als Spitze eines Nutzungskontinuums verstanden werden, und damit der Fokus auf die Bedingungsfaktoren für das Ausmaß der Inanspruchnahme (bzw. der Bedarfe) gelegt wird.

Abschließend geben wir einen Ausblick auf eine Analyse der Nationalen Entlassungsstatistik der Schweizer Spitäler (Vollerhebung aus 2003-2005), die sich den Versorgungswegen von PatientInnen mit jemals einer psychiatrischen Hauptdiagnose widmet.

Gesundheitliche Ungleichheit und Healthismus

Raimund Geene

Hochschule Magdeburg-Stendal, Stendal

In Deutschland gibt es inzwischen ein stark gestiegenes Bewusstsein über den Zusammenhang von sozialer Lage und Gesundheit. Eine klare Datenlage, z.T. zielgerichtete gesetzliche Vorgaben (hier insb. § 20 (1) SGB V) und erfolgreiche Praxismodelle (Good Practice in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten) untermauern die praktische Relevanz.

Dies steht in einem irritierenden Kontrast zur politischen und wissenschaftlichen Programmatik. Am Beispiel ausgewählter Diskurse (Übergewicht/Adipositas, Schwangerschaftsbetreuung und Vorsorgeuntersuchungen für Kleinkinder, Umsetzung des Setting-Ansatzes) zeigt sich, dass die konkrete Praxis der Programme zumeist verhaltensorientiert ausgerichtet ist und es an Empathie für die jeweilige Zielgruppe mangelt. Die Probleme der Zielgruppen werden mitunter funktionalisiert für eine Skandalisierung, die weniger auf konkrete Problembearbeitung denn vielmehr auf einen Bedeutungsgewinn der jeweiligen Professionen abzielt.

In verwandten politischen Handlungsfeldern wie der Sozialpädagogik (insb. mit dem Konzept der lebensweltorientierten Sozialpädagogik), der Elementarpädagogik (siehe die aktuellen Bildungsprogramme in zahlreichen Bundesländern für den Kita-Bereich) oder der Heilpädagogik (Salamanca-Erklärung) sind bereits klientenzentrierte, Empowerment fördernde Konzepte entwickelt, die in dem Beitrag vorgestellt werden. Die positive Wertschätzung der Differenz (Diversity) und die darauf aufbauende Strategie der sozialen Inklusion bilden dafür einen konzeptionellen Rahmen.

Der Beitrag schließt mit dem Appell an die sozialogenbezogene Gesundheitsforschung, den Schwerpunkt auf Erforschung der spezifischen Lebensrealitäten der Zielgruppen zu legen und davon ausgehend Strategien der Patienten-, Konsumenten- und Klientensouveränität sozial Benachteiligter in der gesundheitlichen und sozialen Versorgung zu entwickeln.

Welchen Beitrag können die traditionellen Indikatoren sozialer Differenzierung zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten leisten?

Siegfried Geyer

Medizinische Hochschule Hannover, Hannover

Bei der Untersuchung gesundheitlicher Ungleichheiten wird soziale Differenzierung meist mit den drei Indikatoren „Schulbildung“, „berufliche Position“ und „Einkommen“ abgebildet. Meist wird nur ein einziger Indikator verwendet. In neueren Veröffentlichungen werden jedoch auch mehrere nebeneinander betrachtet, ihre Interdependenzen werden jedoch üblicherweise nicht thematisiert. Die Annahme hoher Interkorrelationen und damit die Option wechselseitiger Ersetzbarkeit hat sich als nicht zutreffend erwiesen, die relative Höhe der Effekte variiert jedoch deutlich in Abhängigkeit von den gewählten Maßen gesundheitlicher Beeinträchtigung.

Vor diesem Hintergrund wird anhand unterschiedlicher Formen gesundheitlicher Beeinträchtigungen (subjektive Gesundheit, manifeste Erkrankungen sowie Beschwerden mit unklarem Krankheitswert) sowie unterschiedlichen Datengrundlagen untersucht, ob Effekte von Schulbildung, beruflicher Position und Einkommen als unabhängig voneinander gesehen werden müssen, ob die Effekte im Sinn kumulativer Benachteiligungen oder im Sinn von Statusinkonsistenz zu interpretieren sind, oder ob die relativen Effekte der drei Indikatoren in Abhängigkeit von der betrachteten Alterskohorte (also lebensphasenspezifisch) variieren.

Konsum von Medical Wellness und Komplementärer und Alternativer Medizin von Frauen als eine Herausforderung für die Gesundheitsgesellschaft

Gerlinde Grasser

*Department of Health Management in Tourism,
FH JOANNEUM University of Applied Sciences, Bad Gleichenberg*

Hintergrund

Eine Eigenschaft der Gesundheitsgesellschaft ist die Auffassung von Gesundheit als konsumierbares Gut. Diese Eigenschaft gepaart mit einer Medizin kritischen Haltung führt zu einer steigenden Nachfrage nach Komplementär und Alternativ Medizinischen (KAM) und Medical Wellness Dienstleistungen, im speziellen bei Frauen. Die Frage nach der Qualität und Wirksamkeit dieser Dienstleistungen bleibt allerdings meist unbeantwortet.

Ziel

Diese Analyse hat zum Ziel, die KAM- und Medical-Wellness-Angebote für Frauen in Krankenhäusern und im Gesundheitstourismus in Österreich zu beschreiben und der vorhandenen Evidenz über deren Wirksamkeit gegenüberzustellen.

Methode

Literatur- und Internet-Recherche, Abfragen aus dem Spitalskompass, E-Mail-Befragung unter Thermen und Wellness-Hotels, Telefon-Interviews

Ergebnisse

88 Krankenhausabteilungen für Gynäkologie und Geburtshilfe bieten KAM an: 94% Homöopathie, 90% Aromatherapie, 81% Akupunktur and 73% Bachblütentherapie. Die meisten Abteilungen bieten mehr als ein und im Durchschnitt vier KAM-Verfahren an. 56% der kontaktierten Thermen und Wellness-Hotels nahmen an der E-Mail-Befragung teil. Es wird eine Vielzahl an KAM- und Medical Wellness Methoden speziell für Frauen angeboten. Die Angebote werden mit dem Ziel der Prävention und Behandlung von Menstruationsschmerz, Wechselbeschwerden, Krampfadern, Osteoporose und in der Brustkrebsnachsorge angeboten.

Die Wirksamkeit von Akupunktur ist für bestimmte Fälle nachgewiesen. Die Wirksamkeit von Homöopathie ist wissenschaftlich umstritten, während für die Anwendung der anderen genannten Angebote keine Evidenz für deren positiven und/oder negativen gesundheitlichen Auswirkungen vorliegt.

Conclusio

Die Sicherheit, Effektivität und Qualität der Methoden am öffentlichen wie auch am privaten Gesundheitsmarkt muss (auch aus Sicht des KonsumentInnenschutzes) sichergestellt werden. Darüber hinaus unterstreichen diese Ergebnisse die Wichtigkeit von Ansätzen zur Verbesserung der Health Literacy unter KonsumentInnen.

Gesundheitsziele Steiermark. Gesundheitspolitische Beteiligungsprozesse als Teil einer Gesundheitsgesellschaft

Gerlinde Grasser¹, Christa Peinhaupt², Karin Reis-Klingspiegl³

¹ *Kompetenzzentrum für Gesundheitsberichterstattung, Studiengang Gesundheitsmanagement im Tourismus, FH JOANNEUM, Bad Gleichenberg*

² *Geschäftsstelle des Steirischen Gesundheitsfonds, Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Graz*

³ *Styria vitalis, Graz*

Hintergrund

Ilona Kickbusch definiert drei zentrale gesellschaftliche Handlungsbereiche für Gesundheitsgesellschaften – einen davon nennt sie Gesundheit als Teilhabe. Diese bedeutet u.a. auch die Mitgestaltung von Gesundheitspolitik durch AkteurInnen und durch die Bevölkerung. In Gesundheitsgesellschaften, in denen die Gesundheitsentwicklung maßgeblich durch Entscheidungen außerhalb des Gesundheitswesens beeinflusst wird, gewinnen Partizipations- und Diskussionsprozesse in der Entwicklung von Gesundheitszielen besondere Bedeutung.

Ziel

Entwicklung und Dissemination der Gesundheitsziele Steiermark unter Beteiligung von AkteurInnen und MultiplikatorInnen aus der Bevölkerung

Methode

- Beteiligung von ExpertInnen und AkteurInnen aus verschiedenen gesundheitsbezogenen Bereichen durch die Einrichtung eines Fachbeirats und durch die Steirische Gesundheitskonferenz;
- Beteiligung von politischen EntscheidungsträgerInnen durch die Einrichtung einer Steuerungsgruppe, durch die Beschlussfassung der Ziele in der Gesundheitsplattform, der Landesregierung und im Landtag;
- Diskussion der Ziele mit MultiplikatorInnen in elf Regionalkonferenzen und Beteiligung der Regionen an der Umsetzung der Ziele;

Ergebnisse

Grundsätze, Gesundheitsziele und Strategien zur Erreichung dieser Ziele wurden breit diskutiert, einstimmig, parteien- und sektorenübergreifend beschlossen. Die Beteiligung von ExpertInnen, AkteurInnen und MultiplikatorInnen aus der Bevölkerung war hoch, was zu hoher Akzeptanz der Ziele auf allen Ebenen führt.

Schlussfolgerungen

Der regionale Beteiligungsprozess zur Entwicklung der Gesundheitsziele hat gezeigt, dass EntscheidungsträgerInnen, AkteurInnen und die Bevölkerung mit Interesse, Engagement und aktiver Mitarbeit die gesundheitspolitische Strategieentwicklung unterstützen. Eine Voraussetzung hierfür ist allerdings politisches Commitment von den zentralen EntscheidungsträgerInnen des Gesundheitswesens.

Gesundheits(un)kultur in der Organisation Schule - Zum Zusammenhang von Schule, Qualität und Gesundheit

Robert Griebler, Wolfgang Dür

Ludwig Boltzmann Institut für Gesundheitsförderungsforschung, Wien

Leben wir in einer Gesundheitsgesellschaft oder wird das Thema Gesundheit vorrangig von der Wellness-Industrie propagiert? In einer Gesellschaft, die gerne auch als Organisationsgesellschaft bezeichnet wird, müsste man das Vorhandensein der Gesundheitsgesellschaft daran erkennen können, dass Organisationen – darunter auch Schulen – das Thema Gesundheit bereits systematisch aufgegriffen oder aber zumindest ansatzweise in ihre Entscheidungsprozesse aufgenommen haben. Bisher scheint dies jedoch an österreichischen Schulen eher nicht der Fall zu sein. Indizien dafür liefern aktuelle Studien zur Gesundheit von SchülerInnen und LehrerInnen, die auf Defizite in der Qualität der Schulorganisation hinweisen.

Es werden deshalb die Fragen erörtert:

- welchen Stellenwert Gesundheit und Qualitätsmanagement an österreichischen Schulen haben,
- welche Probleme österreichische Schulen dabei haben, Gesundheit in ihr Qualitätsverständnis und in ihr Qualitätsmanagement einzubauen und
- in welchem Ausmaß an österreichischen Schulen gesundheitsförderliche Maßnahmen realisiert sind?

Als Datengrundlage für die empirischen Analysen werden die aktuellen Daten des 7. österreichischen „Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)“ Survey herangezogen, der sowohl Daten zur Gesundheit von SchülerInnen und LehrerInnen als auch zur Schule als Organisation bereitstellt.

Die Indikatoren der HBSC-Studien zur SchülerInnen- und LehrerInnengesundheit werden dabei auf das Schweizer Ergebnismodell appliziert und im Zusammenhang gesundheitsförderlicher Fragestellungen diskutiert.

Langfristige Sicherstellung der Altenpflege – eine (etwas andere, langfristige) ökonomische Perspektive

Madlen Güntert-Schlegel, Bernhard J. Güntert

*Medizinische Informatik und Technik,
UMIT Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Hall in Tirol*

Forschungsfrage

Wie kann die gesellschaftlich bedeutsame und – aufgrund der demographischen Entwicklung – wachsende Nachfrage nach Pflegeleistungen bei den sich verschlechternden Rahmenbedingungen langfristig gedeckt werden?

Gesundheitsleistungen haben aus der ökonomischen Perspektive sowohl den Charakter eines öffentlichen, als auch eines privaten Gutes. Öffentliches Gut, da durch die Pflichtversicherung niemand vom Konsum ausgeschlossen wird. Eine Rivalität beim Konsum bleibt bei knappem Leistungsangebot. Privates Gut, weil ein Teil der verursachten Kosten selbst zu tragen ist, entweder weil die Leistung bei Nicht-Vertragsärzten nachgefragt wird oder weil sie nicht gedeckt wird. Letzteres trifft speziell bei Pflegeleistungen zu.

Gesundheitsleistungen sind auf jeden Fall Leistungen von öffentlichem Interesse. Gesundheit – zumindest bei jüngeren Menschen – gilt als Treiber der Wirtschaft und das Versorgungssystem und die damit verknüpften Bereiche als wichtiger Wirtschaftssektor. Altenpflege ist Teil der Gesundheitsgesellschaft, ein historisch gewachsener Versorgungsbereich von „Wohnversorgung zu Pflegeversorgung“ mit extra- und intramuralen Aufgaben bei fließenden Übergängen. Dies zeigt sich in den unterschiedlichen Versorgungsmodellen, welche angeboten und von der Bevölkerung nachgefragt werden.

Der Altenpflegebereich ist in einer Umbruchssituation, die Grenzen der Machbarkeit sichtbar. Die demographische Entwicklung und die zur Gewohnheit gewordene Selbstverwirklichung dieses Bevölkerungssegments auf der einen, abnehmende personale und finanzielle Ressourcen auf der anderen Seite, zwingen zum Handeln. Neben dem Ausgleich der bereits bestehenden Unterfinanzierung gilt es, Strukturen und Prozesse innerhalb und zwischen den Einrichtungen zu optimieren und auf breiter Basis Personalentwicklung zu betreiben, zumal Pflegeorganisationen ihre Wertschöpfung weitestgehend aus den Personalressourcen generieren.

Literaturrecherchen und Datenerhebungen in einer Region der Schweiz machen deutlich, dass die Ressource MitarbeiterInnen und deren Arbeitsbiographien ganz zentral wird und Professionalisierung, Personalentwicklung, Gesundheitsförderung in Verbindung mit organisationalen Anpassungen notwendig werden, um die Pflegeleistungen Ressourcen schonend abdecken und (als öffentliches Gut sowie Gut mit öffentlichem Interesse) langfristig gewährleisten zu können.

Stichworte

Altenpflege, Unterfinanzierung, Pflegefinanzierung, Personalentwicklung, Professionalisierung, Gesundheitsförderung in der Pflege

Gefährden die unerwünschten Nebenwirkungen der Gesundheitsgesellschaft unser aller Gesundheit?

Willi Haas, Ulli Weisz

IFF Institut Für Soziale Ökologie, Universität Klagenfurt, Standort Wien

Die Modernisierung der letzten Jahrhunderte bringt erhöhte Lebenserwartung, verbesserte öffentliche Gesundheit, Wohlfahrtsentwicklung, mehr Mobilität, Massenkonsum wie auch eine zunehmende Pluralisierung der Lebensstile. Der andauernde Modernisierungsprozess strebt hin zu komplexen, differenzierten und reichen Industriegesellschaften. Gleichzeitig ist die Modernisierung aber mit nicht intendierten Neben- und Langzeitwirkungen verbunden. Internationale Arbeitsteilung führt zu enormen Ungleichheiten bezüglich Ressourcenverteilung, Wohlstand und Gesundheit, aber auch zu asymmetrischen Verteilungen von Risiken für Umwelt und Mensch. Neben den Verteilungsproblemen sind die globalen ökologischen Langzeitwirkungen nicht nachhaltiger Entwicklungen wie dem Klimawandel eine noch ungelöste Herausforderung. Global, national und individuell gesehen ist Gesundheit nicht nur eines der angestrebten Ergebnisse, sie wird auch zunehmend durch die Neben- und Langzeitwirkungen der Modernisierung gefährdet.

Was bedeutet dies nun für eine sich in den entwickelten Ländern abzeichnende „Gesundheitsgesellschaft“, wenn Gesundheit zum wichtigsten Faktor des Wirtschaftswachstums geworden ist und damit selbst die Zunahme von gesundheitsgefährdenden Neben und Langzeitwirkungen verursacht? Schreibt die Gesundheitsgesellschaft die Modernisierung mitsamt der Neben- und Langzeitwirkungen fort oder sind alternative Entwürfe vorstellbar, die auf eine Entkoppelung von ökonomischem Wachstum und „health risks“ abzielen?

Mit dieser grundlegenden Frage der Gesundheitsgesellschaft wollen wir uns in unserem Beitrag beschäftigen. Aus der Perspektive der Nachhaltigkeitsforschung wollen wir gesundheitskritische Wirkungszusammenhänge herausarbeiten und Wege diskutieren, die eine Entkoppelungsdynamik versprechen.

Braucht es eine andere Förderung von Sozialkapital für gesellschaftlich Benachteiligte? Gesundheitsförderung auf einem anderen Weg.

Susanne Hartung

Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld

Vorgestellt wird ein Dissertationsvorhaben zum Thema „Mehr Gesundheit durch vertrauensvolle Beziehungen und gemeinsame Werte. Eine empirische Studie zum Sozialkapital gesellschaftlich Benachteiligter“. Der Beitrag geht der Frage nach: Welche Unterschiede beim Sozialkapital von sozial Benachteiligten feststellen lassen und wie diese quantitativ und qualitativ beschrieben werden können? Es ist davon auszugehen, dass sozial Benachteiligte (wie z.B. Arbeitslose oder Migranten) zwar über Sozialkapital verfügen, dies aber anders beschaffen ist, als bei privilegierten Gruppen der Bevölkerung. In empirischen Studien zu Sozialkapital konnte zum einen gezeigt werden, dass Sozialkapital einen Teil der sozialen Unterschiede im Gesundheitszustand erklären kann (Kawachi et al. 1997, 2000; Helliwell 2003). Zum anderen zeigt sich aber auch, dass nur wenige Erkenntnisse über die Prozesse der sozialen Einflussnahme vorliegen.

Die von Putnam (2000) eingeführte Unterscheidung zwischen überbrückendem und verbindendem Sozialkapital kann ein Hinweis auf die Wirkungsweise von Sozialkapital sein. Hinsichtlich der Einbeziehung des Sozialkapitalkonzepts zur Planung von bevölkerungsbezogenen Interventionen für mehr Gesundheit, stellt sich demnach die Frage, ob die Förderung von Sozialkapital wirklich uneingeschränkt günstig für Gesundheit ist und welche Formen von Sozialkapital vorzuziehen sind. Das Anliegen der Arbeit ist es, sowohl Sozialkapital sozial Benachteiligter zu beschreiben, als auch der Frage nachzugehen, welche Rückschlüsse sich für die Gesundheitsförderung ziehen lassen. Zur Analyse wird auf Daten einer Elternstudie zurückgegriffen, in der Instrumente zur Erfassung von Sozialkapital eingebunden wurden. Da die qualitative Dimension im Mittelpunkt steht, soll diese mit Hilfe von Interviews vertiefend untersucht werden. Im Workshop sollen theoretische Grundlagen des Vorhabens und erste Ergebnisse der Befragungen diskutiert werden.

Literatur

- Hartung, S. (2007): Förderung von Sozialkapital als Präventionsmaßnahme? Einige theoretisch-normative Implikationen. In: Bittlingmayer, U. H./D. Sahrai/P. Schnabel (Hrsg.), Normativität und Public Health. Dimensionen gesundheitlicher Ungleichheit, Wiesbaden: VS, (im Erscheinen)
- Helliwell, J. F. (2003): How`s life? Combining individual and national variables to explain subjective well-being. In: Economic Modelling, Vol. 20 (2): 331-360.
- Kawachi, I. /L. F. Berkman (2000): Social Cohesion, Social Capital, and Health. In: L. F. Berkman and J. Kawachi. Social Epidemiology. Oxford: University Press, 174-190.
- Kawachi, I./ B. P. Kennedy, et al. (1997): Social Capital, Income Inequality, and Mortality. In: American Journal of Public Health Vol. 87 (9): 1491-1498.
- Putnam, R. D. (2000): Bowling alone: the collapse and revival of American community. Simon&Schuster: New York

Jung, arm, weiblich und schwanger – generationen- und geschlechtsspezifische Benachteiligungen im Gesundheitssystem von Minderjährigen Schwangeren in Ostdeutschland

Monika Häußler-Sczepan, Sabine Wienholz

Hochschule Mittweida

Anhand der Ergebnisse einer 2006 im Auftrag der deutschen Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) durchgeführten Studie zum Thema „Teenagerschwangerschaften in Berlin und Brandenburg“ werden die Auswirkungen der großen demografischen und sozialstrukturellen Veränderungen für die Gruppe der minderjährigen Schwangeren, die im deutschen Gesundheitssystem nicht „vorgesehen“ sind, aufgezeigt.

Der demografische Wandel bedingt neue Ungleichheiten. Jugend wird an den Rand der Gesellschaft gedrängt, minderjährige Schwangere sind weder medizinisch-gynäkologisch, noch beraterisch-psychologisch eine relevante Zielgruppe. Sie fallen durchs Netz der Beratungs- und Hilfeangebote bzw. treffen auf Personen und Angebote des professionellen Systems, die eine „Teenagerschwangerschaft“ nur als gescheiterte Prävention deuten und erfassen können. Die Bedürfnisse und Hoffnungen der minderjährigen Schwangeren sind in den professionellen Vorgaben nicht existent.

Insbesondere in den überalterten und strukturschwachen Regionen im Osten Deutschlands muss das Phänomen der „minderjährigen Mutter“ auch als Antwort auf die gesellschaftliche Situation und als identitätsstiftendes Angebot verstanden werden. Gesundheitskompetenzen umfassen in diesem Bereich nicht nur Aufklärungskonzepte, sondern auch Anforderungen und Aufgaben einer Elternschaft sowie die Chance, die eigene Jugend und Berufsperspektive zu verwirklichen. Diese zu vermitteln, ist eine Aufgabe, die neues Denken, neue Wege und neue (besser ausgebildete) Personen und Hilfeangebote des Gesundheitssystems erfordert.

Durch Pharmamarketing zum Gesundheitskult

Claudia Heilig

Universität Bremen

Fragestellung

Welchen Einfluss hat das Marketing der Pharmaunternehmen sowie deren gezielten Werbestrategien, die sich direkt an den Arzneimittelendverbraucher wenden und wie wird dadurch der „Gesundheitskult“ in seiner Ausbreitung gefördert („Healthismus“)?

Methodik

Im ersten Schritt werden die Ergebnisse der Evaluation allgemein verfügbarer Publikationen im Hinblick auf Werbe- und Marketingmaßnahmen dargestellt. Im zweiten Schritt sollen die Zwischenergebnisse einer eigenen empirischen Untersuchung im Rahmen einer Online-Befragung und den vertiefenden Interviews mit Arzneimittelendverbrauchern, Ärzten und Apothekern aufgezeigt werden. Mit beiden Untersuchungen soll erklärt werden, auf welche Form der Ansprache durch die pharmazeutischen Unternehmen Arzneimittelendverbraucher, Ärzte und Apotheker reagieren, welche sie ablehnen und welche für ihr Leben bzw. für ihr Berufsleben eine wichtige und für Entscheidungen relevante Rolle spielen.

Ergebnis

Es konnte festgestellt werden, dass schon bei kleinsten Missbefindlichkeiten bzw. bei dem kleinsten Unwohlsein Arzneimittel verabreicht bzw. als OTC-Präparate in den Apotheken nachgefragt werden. Dies führte auch dazu, dass Märkte für Krankheiten erschlossen wurden, die es bis dahin noch gar nicht gab (Disease Mongering), da der angebliche Krankheitszustand als normal, also als nicht behandlungsbedürftig, galt. Mit gezielten Werbemaßnahmen wird auf diese Weise das Gesundheitsbewusstsein der Gesellschaft und des einzelnen beeinflusst. Für jeden gibt es die Botschaft, wie einfach es ist, von der Gesellschaft anerkannt zu sein bzw. zu bleiben, wenn er nur das richtige Arzneimittel nimmt, das seinen Bedürfnissen entspricht.

Gesundheitsförderliche Potenziale und Grenzen eines quartiersbezogenen Netzwerkes

Josefine Heusinger, Birgit Wolter, Maja Schuster

Institut für Gerontologische Forschung e. V., Berlin

In einer in den 70er Jahren errichteten Großwohnsiedlung am Rande (West-) Berlins mit rund 80% sozialem Wohnungsbau ist der Anteil der über 65jährigen BewohnerInnen schon heute überdurchschnittlich hoch. Unter dem Motto „Hier will ich bleiben“ hat sich seit 2003 ein selbstorganisiertes Netzwerk aus Beratungsstellen, Wohnungswirtschaft, Pflegeanbietern, Ärzten, Apotheken, Kommunalverwaltung, Handwerksbetrieben, Schulen, Kirchengemeinden etc. gebildet, das den älteren, alten und sehr alten Menschen im Viertel durch die Koordination von Angeboten und Weiterentwicklung der Nachbarschaftlichkeit den Alltag erleichtern und den Verbleib in den eigenen vier Wänden ermöglichen will.

Ausgehend von einem umfassenden Gesundheitsbegriff (WHO) und der These, dass die Stärkung der sozialen, kulturellen und ökonomischen Ressourcen der Betroffenen ihrer Gesundheit förderlich ist, untersuchen wir (finanziert vom BMBF) die gesundheitsförderlichen Wirkungen der Arbeit dieses Netzwerkes auf drei Ebenen: 1. Geschichte und laufende Arbeit des Netzwerkes, vor allem Motivationen seiner Mitglieder (qualitative Interviews und teilnehmende Beobachtung), 2. Außenwirkung des Netzwerkes auf die Zielgruppe der älteren BewohnerInnen (Repräsentativbefragung, Teilnehmerbefragungen bei Angeboten, Fokusgruppen mit sozial benachteiligten SeniorInnen), 3. Entwicklung und Erprobung von partizipativen Qualitätssicherungselementen.

Vorgestellt werden das Netzwerk, die Konzeption der Untersuchung sowie erste Ergebnisse, auf deren Grundlage sich Potenziale und Grenzen solcher quartiersbezogener Netzwerke sowohl für die Kompetenzentwicklung bei der Zielgruppe als auch für die Weiterentwicklung der regionalen (Gesundheits-) Infrastruktur diskutieren lassen.

Möglichkeiten und Grenzen telemedizinischer Anwendungen als präventiver Ansatz in der Früherkennung chronischer Erkrankungen

Claudia Hornberg, Rainer Beckers¹

Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld

¹ *ZTG Zentrum für Telematik im Gesundheitswesen GmbH, Krefeld*

Gesundheitstelematik, d.h. die Anwendung von Informationstechnologien zur telemedizinischen Fernüberwachung von Körperfunktionen, verspricht angesichts zunehmender Differenzierung von Gesundheitsbedürfnissen und Versorgungsoptionen innovative Lösungen einer individuell angepassten Gesundheitsversorgung. Darüber hinaus verlangt die Zunahme chronischer Krankheiten, deren Krankheitsverlauf z.B. durch die Vermeidung von Folgeschäden und Komorbiditäten positiv beeinflusst werden kann, nach neuen Möglichkeiten einer stärkeren Fokussierung auf Gesundheitsförderung und Prävention. Ob und inwieweit telemedizinische Anwendungen in der sich etablierenden „Gesundheitsgesellschaft“ neue Potenziale zur Förderung von Gesundheitsressourcen eröffnen und wo diese an ihre Grenzen stoßen, soll im vorliegenden Beitrag am Beispiel des drahtlosen Schlafmonitorings im häuslichen Umfeld erörtert werden.

Vorgestellt wird ein technologisches Konzept zur telemetrischen Datenerfassung, das derzeit im Rahmen eines EU-geförderten Projektes unter Beteiligung des Zentrums für Telematik im Gesundheitswesen (ZTG GmbH) Krefeld, der Universität Bielefeld und weiterer internationaler ExpertInnen aus Irland und Spanien entwickelt und erprobt wird. Ziel ist die Implementierung eines Risikoscreenings zur Früherkennung und ursächlichen Behandlung schlafbezogener Atemstörungen, die als Indikatoren für eine Vielzahl bedeutender chronischer Krankheitsbilder (z.B. Herzinsuffizienz, Hypertonie, neurodegenerative Erkrankungen) gelten.

Erste Ergebnisse einer begleitenden Analyse der Studienlage zum präventiven Telemonitoring und der Implementierungsbedingungen als Public Health-Strategie zeigen, dass telemedizinische Anwendungen ein hohes präventives Potenzial im Bereich informationstechnischer Gesundheitsdienstleistungen haben. Dabei gilt es eine Vielzahl spezifischer Anforderungen organisatorischer, datenschutzrechtlicher, gesundheitsökonomischer und ethischer Art zu berücksichtigen. Diese betreffen insbesondere die Kommunikation zwischen medizinischen ExpertInnen und PatientInnen sowie die Frage nach den Chancen unterschiedlicher Risiko- und Zielgruppen (z.B. hinsichtlich Alter, Sozialstatus, Wohnregion, Beruf etc.) an diesen Innovationen zu partizipieren.

Verstärkt die gesundheitliche Lage die digitale Kluft? Oder, der Nutzen von Patienteninformationen via Web am Beispiel des diabetes mellitus.

Volker Hüfken

Sozialwissenschaftliches Institut, Düsseldorf

Fragestellung

Mindestens jeder zweite Bundesbürger nutzt das Internet. Auch als Informationsquelle zur Beschaffung von gesundheitsrelevanten Informationen gewinnt das Internet an Bedeutung. Es stellt sich jedoch die Frage ob über die soziodemographischen und sozioökonomischen Faktoren hinaus die Nutzung des Internet durch gesundheitliche Merkmale bestimmt ist. Nicht geklärt ist zudem, inwieweit es subgruppenspezifische Unterschiede zwischen chronisch Erkrankten und nicht Erkrankten in der Internetnutzung gibt. Darüber hinaus wird an zwei bedeutenden Informationsanbietern zum Diabetes mellitus dargestellt welche Bevölkerungsgruppen Informationen via Diabetesportal nutzen und ob sich positive Effekte für die Diabetiker beobachten lassen.

Methoden

2946 Personen im Alter von 18 Jahren und älter wurden im Rahmen des ALLBUS 2004 (Allgemeine Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften) per CAPI befragt. Grundlage der Stichprobe bildet eine zweistufige Zufallsauswahl aus dem Einwohnermelderegister.

Basis der Nutzung von Patienteninformationen via web bilden Online-Befragungen der Besucher der Diabetesportale „diabetesgate“ und „diabetes-deutschland“. Die 1867 befragten Personen verteilen sich wie folgt: 1132 diabetes-deutschland Besucher nahmen in der Ersterhebung von 2002 teil. In der Vergleichsuntersuchung von 2005 nahmen 610 diabetes-deutschland-Besucher und 125 diabetesgate-Besucher teil. Die Feldzeit betrug 8 Wochen. Jeder hatte in dieser Zeit einmalig die Gelegenheit sich an der Befragung zu beteiligen (self-recruited sample). Anhand repräsentativer Bevölkerungsumfragen, unter anderem am Bundesgesundheitsurvey des Robert-Koch-Institutes, wurden die Ergebnisse aus den Onlineumfragen auf der Ebene der Verteilung von Geschlecht, Alter, Diabetes Typ 1 und Typ2, validiert.

Ergebnisse

Der Anteil der Internetnutzung beträgt 2004 in Deutschland 54 %. Bei chronisch Erkrankten liegt dieser mit 47 % etwas unter dem Durchschnitt. Unter Personen die ihre Gesundheit als eher mittel bzw. als schlecht oder sehr schlecht einschätzen, beträgt der Anteil der Internetnutzer lediglich 36 %. Noch seltener wird das Internet von den Diabetikern genutzt, deren Anteil nur noch 24 % beträgt. In den multivariaten Analysen, zeigt sich, dass die gesundheitsrelevanten Effekte auf die Internetnutzung, im Wesentlichen auf die sozialen Merkmale zurückgehen. Subgruppenspezifische logistische Regressionen machen zudem deutlich, dass das Internet ähnlich wie in der allgemeinen Bevölkerung auch bei chronisch Erkrankten sowie bei Diabetikern eher Jüngeren, Männern, Personen aus höheren sozialen Schichten und von in Westdeutschland lebenden Personen genutzt wird.

Die beiden Informationsportale werden nicht nur von einer breiten Bevölkerungsschicht sondern auch von jedem dritten Besucher regelmäßig genutzt. Auf der Ebene der Portale konnten unterschiedliche Nutzergruppen ermittelt werden. „Diabetesgate“-Nutzer sind eher Männer, Jünger und besser Gebildet als die Nutzer von „diabetes-deutschland“. Zudem konnte gezeigt werden, dass die regelmäßigen Portalbesucher von einer höheren Gesundheitskompetenz berichten. Besucher der Seiten auf diabetes-deutschland berichten zudem von einem positiven Effekt der Portalbesuche auf die eingeschätzte Arzt-Patientenbeziehung.

Zusammenfassung

Die dargestellten Befunde machen deutlich, dass die Internetnutzung in allen Bevölkerungsgruppen seine Verbreitung gefunden hat. Auch konnte gezeigt werden, dass die Internetnutzung nicht von der gesundheitlichen Lage bzw. einer chronischen Erkrankung unabhängig ist. Bei den chronisch Erkrankten aber auch bei den Diabetikern zeigten sich zudem extreme Unterschiede in der altersabhängigen Nutzung. Die digitale Kluft zwischen Gesunden und Erkrankten ließe sich insbesondere durch altersgemäße Zugangs- und Aneignungsmöglichkeiten verringern.

Die Ergebnisse der Portalbesucherbefragungen machen deutlich, dass nicht per se angebotene Informationen auf Diabetesportalen von einer breiten Diabetikergruppe genutzt werden. Dennoch lassen die Besuche und die Nutzung der Informationen, insbesondere durch die regelmäßigen Besuche, aus der Sicht der Diabetiker erkennen, dass dies nicht unwesentlich zur Verbesserung ihrer Gesundheitskompetenz beiträgt.

Medical Wellness Konsumentenbedürfnisse im Spannungsfeld von Sozialversicherung und Selbstzahlermedizin

Kai Illing

*Department of Health Management in Tourism,
FH JOANNEUM University of Applied Sciences, Bad Gleichenberg*

Der Begriff Medical Wellness steht wie kein anderer als Symbol einer sich wandelnden Zeit, in der sich der von seiner Sozialversicherung zunehmend Mangelversorgte mehr und mehr um seine eigene Gesundheit kümmern muss und auch möchte, da er unabhängig vom Leistungskatalog seiner Krankenversicherung sehr viele Konsumbedürfnisse im Kontinuum von Gesundheit, Wohlbefinden und Bodystyling entwickelt. Medical Wellness kann als Brückenschlag zwischen Medizin einerseits und begleitenden Ansprüchen formuliert werden, die der Selbstzahler formuliert, wenn er als weitgehend autonomer und selbst zahlender Konsument auftritt. In einer Gesundheitskultur im Kontinuum von Medizin und Hedonismus sind es nicht mehr allein die von Ärzten und Verwaltern der Sozialversicherungen formulierten Leistungskataloge, sondern Produkte aller Art, deren Heilungs- bzw. Verkaufserfolg nicht mehr nur dem Primat des Heilens, sondern mehr und mehr vom Primat des Verkaufens und der Gewinnmaximierung definiert wird.

Der Beitrag fußt einerseits auf soziologischen Trendstudien und andererseits auf Forschungen der Konsumentenforschung in Rehabilitationskliniken und Gesundheitshotels, die allesamt neue, zum Teil erst 2006 publizierte Ergebnisse liefern, nämlich wie der Endverbraucher (Patient) seine Ansprüche in einer Medizin jenseits des Leistungskataloges der Sozialversicherungen definiert. Der Vortrag wählt einen induktiven Ansatz, in dem er zunächst aktuelle Ergebnisse referiert, um diese dann in einen soziologisch-makroökonomischen Zusammenhang zu stellen.

„Lieber ein halbes Jahr kürzer, aber dann mit Lebensqualität“ Konzepte von Gesundheit am Lebensende

Julia Inthorn

Institut für Ethik und Recht in der Medizin, Universität Wien

Gesundheit und Sterben scheinen sich gegenseitig auszuschließen – dennoch spielt in vielen Bildern vom guten Sterben – aus der Mitte des Lebens oder als friedliches Einschlafen im Kreis der Familie – Krankheit keine Rolle. In der Auseinandersetzung mit den Vorstellungen vom eigenen Sterben, wie sie bei der Errichtung einer Patientenverfügung zum Ausdruck kommen, stoßen die Bilder von Gesundheit und Sterben aufeinander. Patientenverfügungen bieten hierbei ein Instrument, selbstbestimmt Einfluss zu nehmen auf die Gestaltung des eigenen Sterbeprozesses.

Der vorliegende Beitrag beschäftigt sich mit dem Wechselverhältnis von Gesundheit und Sterbeprozess, wie es bei der Errichtung von Patientenverfügungen thematisiert wird und der Frage, welche Vorstellungen von Gesundheit für das Lebensende für den Einzelnen bedeutsam sind. Hierzu wurden bei Beratungsgesprächen von PatientInnen mit ÄrztInnen und JuristInnen bei der Errichtung verbindlicher Patientenverfügungen teilnehmende Beobachtungen durchgeführt.

Bei den Überlegungen zum Lebensende zeigt sich, dass die Idee von Gesundheit eng verbunden ist mit der Vorstellung, aktiv am Leben teilzuhaben. Hierbei spielen soziale Komponenten, Mobilität, Autonomie und Kommunikationsfähigkeit eine zentrale Rolle aber auch die Vorstellung, nicht zu leiden. Das Stichwort Lebensqualität dient in den Beratungsgesprächen als Chiffre, die als Graubereich gewussten Übergänge zwischen gesund und krank am Lebensende in Entscheidungssituationen umdeuten zu können.

Anspruch und Wirklichkeit des Qualitätsmanagements im Gesundheitswesen – Eine organisationssoziologische Verortung der Problemlage

Olaf Iseringhausen

Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld

Hintergrund, Gegenstand und Fragestellung

Den Hintergrund der hier vorgestellten Untersuchung stellt die Beobachtung dar, dass gegenwärtig unzählige Qualitätsverbesserungsprogramme im Gesundheitswesen geplant und durchgeführt werden und somit langfristig zur Sicherstellung der Qualität in Gesundheitswesen dienen sollen. Dies allerdings ohne bisher einen empirisch überzeugenden Nachweis erbracht zu haben, dass die hierzu eingesetzten Verfahren auch die tatsächlichen erwünschten Wirkungen sowohl auf der Ebene der professionellen Organisation – im Sinne einer erhöhten Problemlösungsfähigkeit der Organisation gegenüber einer sich dynamisch verändernden Umwelt – als auch auf der Ebene der von ihr erbrachten Ergebnisse (den Outcomes) zu erzielen (z.B. Geraedts 2007; Grol 2001; Grol, Wensing & Eccles 2005; Wensing, Wollersheim & Grol 2006). Es kann vermutet werden, dass sich der Prozess des Qualitätsmanagements unter Umständen zu einem teuren und wirkungslosen Ritual verselbständigen kann (Power 1997).

Die Untersuchung wird von der Annahme geleitet, dass die Einführung qualitätsverbessernder Verfahren im Gesundheitswesen in erster Linie der Erlangung von Legitimation dient und nicht per se zur substantziellen Veränderung des real stattfindenden Behandlungsgeschehens beiträgt (Scott 2005). Diese Annahme folgt zentralen Einsichten der Organisationsforschung, die vielfach deutlich gemacht hat, dass Organisationen nur sehr eingeschränkt nach allgemein formulierten Rationalitätsannahmen funktionieren (z. B. Brunsson 1989; Brunsson & Jacobsson 2000; March 1990; Meyer & Rowan 1977; Simon 1976). Sofern sich Organisationen anders verhalten als beispielsweise in Managementprogrammen propagiert, wird dieser Aspekt nicht als defizitärer Zustand beschrieben, sondern als ein wesentlicher Bestandteil von organisationaler Realität anerkannt. Die zentralen Fragestellungen in diesem Zusammenhang lauten daher:

- Welche Vorstellungen zu Qualitätsstandards von Struktur- und Prozessaspekten gibt es?
- Auf welcher Wissensbasis werden welche Standards zur Entwicklung von „Qualitätsorganisationen“ im Gesundheitswesen formuliert?
- Wie wird den Standards gefolgt bzw. welche Effekte sind im Hinblick auf den damit beabsichtigten Prozess organisatorischer Veränderung hin zur „Qualitätsorganisation“ beobachtbar (Gibt es gesicherte Zusammenhänge zwischen den Qualitätsstandards von Struktur- und Prozessaspekten einerseits und Ergebnissen/ Outcomes andererseits)?
- Welcher Nutzen entsteht durch Einführung qualitätssichernder und –verbessernder Verfahren?

Methodik

Ziel der Analyse ist es, ein realitätsnahes Verständnis von Prozessen organisatorischer Veränderung unter besonderer Berücksichtigung der Einführung qualitätsverbessernder Verfahren in Organisationen des Gesundheitswesens am Beispiel von fünf Rehabilitationseinrichtungen zu vermitteln. Entsprechend dieser Perspektive wird der qualitativen Methodik bzw. qualitativen Fallstudien der Vorzug gegeben, um das organisationale Geschehen aus der Sichtweise der handelnden Subjekte wiederzugeben (Kühl & Strodtholz 2002).

Ergebnisse

Ein zentrales Ergebnis der Untersuchung besteht darin, dass die Einführung qualitätsverbessernder Verfahren nur sehr bedingt organisationale Veränderungsprozesse in Gang setzt. Organisationen entkoppeln ihre tatsächliche Aktivitätsstruktur von dem, was sie symbolisch gegenüber ihrer Umwelt darlegen. Dieser Prozess der Entkopplung zeigt sich vor allem innerhalb der professionellen Organisationsstruktur von Einrichtungen der Gesundheitsversorgung, die davon geprägt sind, dass auf der Ebene der Führung oder des Managements das allgemeine Vokabular des Qualitätsmanagements genutzt wird, dass aber gleichzeitig relativ unbeeindruckt davon auf der Ebene des operativen Kerns „business as usual“ stattfindet (Iseringhausen 2007). Die Ergebnisse entsprechen zentralen Einsichten der Organisationsforschung, die vielfach deutlich gemacht hat, dass die Einführung qualitätsverbessernder Verfahren hauptsächlich der Erlangung von Legitimation dient und nicht ausschließlich im Zusammenhang mit tatsächlichen Steigerungen von Qualität und Wirtschaftlichkeit innerhalb der Versorgung angesehen werden kann (Kitchener 1999; Scott 2005).

Referenzen

- Brunsson, N. 1989: *The Organization of Hypocrisy: Talk, Decisions and Actions in Organizations*. Chichester u.a.: Wiley.
- Brunsson, N. & Jacobsson, B. (Hrsg.) 2000: *A World of Standards*. Oxford: University Press.
- Geraedts, M. 2007: Auswirkungen von Qualitätsregulierungen auf das Angebot von Krankenhausleistungen. In: Klauber, J.; Robra, B.-P.; Schellschmidt, H.: *Krankenhausreport 2006*. Stuttgart: Schattauer Verlag. 187-203.
- Grol, R. 2001: Improving the Quality of Medical Care Building Bridges Among Professional Pride, Payer Profit, and Patient Satisfaction. In: *JAMA*, 28, 2001—Vol 286, No. 20, 2578-2585.
- Grol, R. Wensing, M. & Eccles, M. 2005: *Improving Patient Care. The Implementation of Change in Clinical Practice*. Edinburgh u.a.: Elsevier.
- Iseringhausen, O. 2007: *Die Qualität der Qualität. Anspruch und Wirklichkeit des Qualitätsmanagements im Gesundheitswesen*. Stuttgart: Ibidem.
- Kühl, S., & Strodtholz, P. (Hrsg.) 2002: *Methoden der Organisationsforschung: ein Handbuch*. Reinbek bei Hamburg.
- March, J. G. (Hrsg.) 1990: *Entscheidung und Organisation. Kritische und konstruktive Beiträge, Entwicklungen und Perspektiven*. Wiesbaden: Gabler.
- Meyer, J. W. & Rowan, B. 1977: Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony. In: *American Journal of Sociology* 83, 340-363.
- Power, M. 1997: *The Audit Society. Rituals of Verification*. Oxford u. a.: Oxford Univ. Press.
- Scott, W. R. 2005: Evolving Professions: An Institutional Field Approach. In: Klatetzki, T. & Tacke, V. (Hrsg.) 2005: *Organisation und Profession*. VS Verlag für Sozialwissenschaften. 119-141.
- Simon, H. A. 1976: *Administrative Behavior: A Study of Decision-Making Processes in Administrative Organization*. 3. Aufl. New York: Macmillan.
- Wensing, M., Wollersheim, H. & Grol, R. 2006: Organizational Interventions to Implement Improvements in Patient Care: A Structured Review of Reviews. *Implementation Science* 2006, 22; 1:2.

Health Care in NowHereland – Bessere Versorgung für Menschen ohne Papiere

Ursula Karl-Trummer, Sonja Novak-Zezula

Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie, Wien

Illegale Zuwanderung ist für die Gesundheitswesen der EU - Mitgliedsstaaten ein zunehmendes Problem: Gesundheitsrisiken für die Bevölkerung werden größer (u.a. Tuberkulose, HIV), notwendige Gesundheitsversorgung für illegalisierte MigrantInnen ist in einen Graubereich gedrängt. Ziel des Projekts ist eine Verbesserung der Wissenslage zu gesetzlichen/finanziellen Regulierungen, Gesundheitsstatus und - Verhalten von illegalisierten MigrantInnen, und zu Modellen guter Praxis innerhalb der EU 27.

Damit werden gezielte Maßnahmen zur effizienten Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Illegalisierten und zur Prävention von Krankheitsrisiken der Gesamtbevölkerung möglich gemacht.

Das Projekt wurde von einem österreichischen Projektteam entwickelt und erfolgreich der Europäischen Kommission, DG Sanco, vorgeschlagen. Europäische Partner sind: PICUM International Platform for Undocumented Migrants, University of Brighton, AUSL di Reggio Emilia, CIES / INSA, Universität Malmö und Universität Genf. Die Verbreitung der Ergebnisse wird unterstützt durch HOPE European Hospital and Healthcare Federation, IOM International Organization for Migration, WHO European Office for Integrated Health Care Services und United for Intercultural Action.

Der neue Triumph der Medizin: Medikalisierung jenseits von Krankheit

Fabian Karsch, Willy Viehöver

Lehrstuhl für Soziologie, Universität Augsburg

Innerhalb gesellschaftlicher Medikalisierungsdynamiken kann ein Trend zur Gesundheitsorientierung beobachtet werden. Kommt es durch die Ausweitung medizinischer Diagnose zunächst zu einer problematischen Pathologisierung sozialer Verhaltensweisen, wird neuerdings auch der gesunde Mensch therapiebedürftig, ohne dabei zwangsläufig als krank definiert zu werden. So werden populär-medizinische Maßnahmen, wie etwa die ästhetische Chirurgie oder diverse Anti-Aging-Therapien zu einem großen Teil ohne das Vorhandensein einer Krankheitsindikation durchgeführt.

Die Aufgaben der Medizin beschränken sich mithin nicht mehr nur auf die Behandlung und Eindämmung von Krankheit, zunehmend rücken Pflege und sogar Verbesserung von Gesundheit, Leistungsfähigkeit und Schönheit ins Zentrum des Interesses. Dieses lukrative – weil prinzipiell unabschließbare – Projekt der Verbesserung von Defiziten oder unliebsamer Varianten der Norm, erschließt einen völlig neuen Gesundheitsmarkt, in dem der Patient als aktiver Agent von Medikalisierungsprozessen in Erscheinung tritt. Die medizinischen Möglichkeiten und Versprechen von Schönheit und Leistungsfähigkeit bis ins hohe Alter lassen den körperlichen Status Quo zunehmend kontingent und verbesserungswürdig erscheinen. Durch diese Dynamik werden nicht nur Fragen nach dem Wert des „natürlichen“ menschlichen Körpers aufgeworfen; darüber hinaus geraten bislang handlungsleitende Unterscheidungen zwischen Krankheit und Gesundheit oder zwischen Therapie (Heilung) und Optimierung („Enhancement“) unter Druck, werden unscharf und müssen gesellschaftlich neu ausgehandelt werden.

In dem Vortrag greifen wir die Ergebnisse mehrerer von uns durchgeführter Gruppendiskussionen zum Thema Schönheitschirurgie und Anti-Aging auf, um diese vor dem Hintergrund der Annahme einer Tendenz zur Medikalisierung von Gesundheit zu diskutieren. Dabei soll u.a. erörtert werden, in wie weit sich neue Köpfernormen durchsetzen und welche Begrenzungsmechanismen auf institutioneller, professioneller und alltagsnaher Ebene regulierend eingreifen.

Bildung und Bildungsförderung als Instrumente der Salutotherapie

Monika Köppel, Monika Jungbauer-Gans

Institut für Sozialwissenschaften Christian-Albrechts-Universität Kiel

In diesem Beitrag wird diskutiert, ob und wie Bildungsförderung genutzt werden kann, um der Salutotherapie und Gesundheitsförderung zu dienen. Einleitend werden die generellen Implikationen der Salutogenese für Bildungsprozesse diskutiert. Dass Bildungsförderung in diesem Zusammenhang eine zentrale Bedeutung hat, wird belegt mit empirischen Daten, die zeigen, dass Bildung eng und in vielerlei Hinsicht mit Gesundheitschancen korreliert.

Flankiert wird diese Argumentation mit Analysen von sozialen Mechanismen, die versuchen, den Weg der Einflussnahme von Bildung auf Gesundheit aufzuschlüsseln. Im Hauptteil des Beitrags wird gezeigt, welchen grundlegenden Anforderungen Bildungsprozesse genügen sollten, um der Salutogenese zu dienen und somit zu einem Instrument der Salutotherapie zu werden. Anschließend werden zwei Beispiele für salutotherapeutischen Interventionen dargestellt, die den Bildungsaspekt hervorheben. Bildung und Bildungsförderung können als nachhaltige Mechanismen der Gesundheitsförderung angesehen werden.

Gesundheitsförderung – eine Perspektive für die Reorientierung der Krankenbehandlung in der Gesundheitsgesellschaft? Konzepte und Erfahrungen am Beispiel Krankenhaus

Karl Krajic, Christina Dietscher, Jürgen Pelikan

Ludwig Boltzmann Institut für Gesundheitsförderungsforschung, Wien

Für die Soziologie der Gesundheit und Medizin übt das Konzept der Gesundheitsförderung seit seiner Ausformulierung in den 80er Jahren eine erhebliche Faszination aus (Gerlinger 2006) – als Analyseinstrument und als Basis für die Entwicklung komplexer Interventionen. Die Ottawa Charta für Gesundheitsförderung 1986 beschreibt „Reorientierung der Gesundheitsdienste auf Gesundheit“ als fünftes wesentliches Handlungsfeld. Eine aktuelle Bewertung der Fortschritte in diesem Bereich fällt aber ernüchternd aus: Trotz entwickelter Konzepte, vieler Einzelprojekte und etablierter internationaler Netzwerke muss die Tiefe und Nachhaltigkeit der Reorientierung von Krankenbehandlungssystemen, Organisationen wie Krankenhäusern, Professionellen und konkreten Interaktionen in Richtung eines komplexen Gesundheits- und Gesundheitsförderungskonzepts in Frage gestellt werden (Wise & Nutbeam 2007).

Was bedeutet nun das wachsende Gewicht des Themas Gesundheit in vielen gesellschaftlichen Bereichen, das als Entwicklung zu einer „Gesundheitsgesellschaft“ verstanden werden kann, für die Krankenbehandlung? 1) Welche Rolle spielen die etablierten Gesundheitsdienste in dieser Entwicklung – in welche Richtung versuchen sie zu steuern? Eher in die einer Fortführung des Status Quo – im neuen Gewande – oder in die einer konsequenten Reorientierung im Sinne der Ottawa Charta? 2) Was bedeutet umgekehrt die Veränderung der gesellschaftlichen Umwelt für das Krankenbehandlungssystem, seine Organisationen und Akteure? Welche neuen Chancen und Herausforderungen ergeben sich für die Verbreitung, effektive Umsetzung und nachhaltige Verankerung von Gesundheitsförderung in der Krankenbehandlung – und damit für eine Transformation des Systems? Oder geht es dabei vielleicht weniger um reale Veränderungen der Kernprozesse der Krankenbehandlung als eher um „moderne Mythen“ der Medizin (Saake/ Vogd 2007), die der Gesundheitsgesellschaft vielleicht angemessener sind als die mechanistischen Bilder der High-Tech Diagnose- und Reparaturwerkstätten?

Anhand dieser Fragen wird der Beitrag aktuelle Entwicklungen rekonstruieren und soziologisch reflektieren, insbesondere auch Diskussionen und Erfahrungen aus dem internationalen Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen.

Referenzen

- Gerlinger, Thomas: Historische Entwicklung und theoretische Perspektiven der Gesundheitssoziologie. In: Wendt, Claus, Wolf, Christof: Soziologie der Gesundheit. KZfSS Sonderheft 46/2006
- Saake, Irmhild, Vogd, Werner: Moderne Mythen der Medizin. Studien zur organisierten Krankenbehandlung. VS Verlag Wiesbaden 2007-12-02
- Wise, Marylin, Nutbeam, Don: Enabling health systems transformation: what progress has been made in re-orienting health services? In: Promotion & Education, Supplement 2, 2007.

Entwicklung gesundheitlicher Ungleichheit in Deutschland 1984-2006 - Analysen auf Basis national repräsentativer Studien am Beispiel des Tabakkonsums, der subjektiven Gesundheit und der Lebenserwartung

Lars Eric Kroll, Thomas Lampert

Robert Koch-Institut, Berlin

Hintergrund

In den letzten Jahren konnten eine Reihe von Studien eine Ausweitung von sozialen Ungleichheiten in der Gesundheit in Europa aufzeigen [1-3]. Für Deutschland liegen bisher nur wenige Ergebnisse zur Entwicklung gesundheitlicher Ungleichheit vor.

Datenbasis und Indikatoren

Auf Basis repräsentativer Daten (Gesundheitssurveys des Robert Koch Institutes n= 47,283; Mikrozensus n=436,588; Sozio-oekonomischen Panels n= 185,275) werden Ergebnisse eigener Analysen für den Zeitraum 1984-2006 vorgestellt. Als Gesundheitsindikatoren werden der aktuelle Tabakkonsum, der subjektiv beurteilte Gesundheitszustand (*weniger gut/schlecht vs. zufriedenstellend oder besser*) und die Lebenserwartung herangezogen. Ergebnisse werden für die Sozialindikatoren Bildung (*Schulabschluss*), Berufstatus (*Arbeiter vs. Angestellte*), Einkommen (*Nettoäquivalenzeinkommen*) und Arbeitslosigkeit (*Arbeitslos vs. Vollzeit erwerbstätig*) geschlechtsspezifisch dargestellt.

Ergebnisse

Im Vergleich der Perioden 1990-4, 1995-9 und 2000-6 hat sich der Raucheranteil bei Männern nach Berücksichtigung von Altersunterschieden verringert, während er bei Frauen weiter angestiegen ist. Für das Risiko eines eingeschränkten Gesundheitszustandes und das altersstandardisierte Mortalitätsrisiko zeigt sich im Zeitverlauf ein Rückgang bei Männern und Frauen. Für alle drei Gesundheitsindikatoren wurde eine Ausweitung sozialer Unterschiede beobachtet. Beim Rauchverhalten haben sich insbesondere die Bildungsunterschiede vergrößert. Beim Gesundheitszustand haben Einkommensungleichheiten und die Unterschiede zwischen Erwerbstätigen und Arbeitslosen zugenommen. In der Lebenserwartung wurde bei Männern eine Ausweitung der Bildungsunterschiede beobachtet.

Diskussion

Die Ergebnisse aus Deutschland stehen im Einklang mit internationalen Befunden, die mehrheitlich auf eine Ausweitung sozialer Unterschiede in der Gesundheit hindeuten. Vor dem Hintergrund einer zunehmenden Auseinanderentwicklung der Lebensverhältnisse, steht für Deutschland somit auch in Zukunft nicht die Herausbildung einer „Gesundheitsgesellschaft für alle“ zu erwarten.

[1] Giskes K, Kunst AE, Benach J et al. (2005) Trends in smoking behaviour between 1985 and 2000 in nine European countries y education. J Epidemiol Community Health 59 (5): 395-401

[2] Kunst AE, Bos V, Lahelma E et al. (2005) Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 10 European countries. Int J Epidemiol 34 (2): 295-305

[3] Mackenbach JP, Bos V, Andersen O et al. (2003) Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries. Int J Epidemiol 32 (5): 830-837

**„Es ist verdammt hart der Beste zu sein ... “ –
eine empirische Untersuchung zum Gesundheitsbewusstsein
und Gesundheitshandeln von jungen erwachsenen
Männern der Mittelschicht**

Mario Kunczicky

Diplomarbeit bei Herrn Prof. Dr. Jürgen M. Pelikan, Institut für Soziologie, Universität Wien

Gesundheit ist in unserer Gesellschaft ein Thema, das sowohl auf individueller als auch auf institutioneller Ebene zunehmend an Bedeutung gewinnt. In der öffentlichen Diskussion ist dabei ein Paradigmenwechsel von Krankheitsdiskursen hin zu Gesundheitsdiskursen festzustellen.

Außerdem wird immer deutlicher, dass es bezüglich der Erwartungen, Zugänge, Erfahrungen und Bedürfnisse, vor allem aber der Chancen im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit, geschlechtsspezifische Unterschiede gibt.

Befunde der geschlechtsspezifischen Gesundheitsforschung zeigen eine klare Benachteiligung und Vulnerabilität der Männer in gesundheitlichen Belangen.

Das vorliegende Forschungsprojekt setzte sich deshalb das Ziel, diese geschlechtsspezifischen Differenzen soziologisch zu (er)klären.

Mit offen geführten Interviews wurde das Gesundheitsbewusstsein von Männern – einschließlich ihrer Gesundheits-, Krankheits- und Körperkonzepte – untersucht.

Die Lebenssituation, sowie die Lebens- und Denkweise wurden dabei in den Mittelpunkt gerückt: Die Männer sind Laien, die in ihrem Alltagsleben Wissen darüber angesammelt haben, wie sie ihre Gesundheit erhalten.

Dieses Laienwissen sollte keinesfalls unterschätzt werden. Es stellt einen Erfahrungsschatz dar, der den wissenschaftlichen Theorien von WissenschaftlerInnen nicht unterlegen sein muss.

Die Forschungsergebnisse, die mit der qualitativen Interpretationsmethode der Feinstrukturanalyse (nach Froschauer/Lueger) zum Vorschein kamen, machen erkennbar, wie Mittelschichtmänner aufgrund ihrer Lebenssituation ein bestimmtes Gesundheitsbewusstsein entwickelt haben und wie weit sie in der Lage sind, in ihrer Lebenspraxis bestimmte Aktivitäten zur Gesundheitserhaltung – ein Gesundheitshandeln – zu setzen oder auch nicht.

Einkommensdifferenzen in der allgemeinen und gesunden Lebenserwartung in Deutschland

Thomas Lampert, Lars Eric Kroll, Annalena Dunkelberg

Robert Koch-Institut, Berlin

Einleitung

Angesichts des anhaltenden Anstiegs der Lebenserwartung und des damit verbundenen demographischen Wandels stellt sich zunehmend die Frage, in welchem Gesundheitszustand die hinzugewonnen Lebensjahre verbracht werden können. Um die Ausgangslage zu beschreiben, wurden mit Daten des Sozio-oekonomischen Panels die allgemeine und die gesunde Lebenserwartung analysiert und der Einfluss der Einkommensungleichheit bestimmt.

Methode

Beim Sozio-oekonomischen Panel handelt es sich um eine jährliche Haushaltsbefragung des Deutschen Wirtschaftsinstituts, die eine zeitnahe Erfassung des politischen und wirtschaftlichen Wandels in Deutschland ermöglicht. Durch sorgfältige Nacherfassung der Studienteilnehmer können Todesfälle und das genaue Sterbedatum relativ gut ermittelt werden. Die Schätzung zur Lebenserwartung basieren auf Informationen für den Zeitraum 1995 bis 2005 (n=32.500). Betrachtet werden die Lebenserwartung bei Geburt und die Lebenserwartung ab einem Alter von 65 Jahren. Die gesunde Lebenserwartung bezieht sich auf die Lebensjahre, die bei guter Gesundheit verbracht werden. Um Aussagen über die Einkommensungleichheit treffen zu können, werden ausgehend vom mittleren Netto-Äquivalenzeinkommen fünf Einkommenspositionen unterschieden: < 60% (Armutrisiko), 60-80%, 80-100%, 100-150% und 150% und mehr des gesellschaftlichen Medians.

Ergebnisse

Das altersstandardisierte Mortalitätsrisiko von Männern und Frauen aus der Armutrisikogruppe ist im Verhältnis zu dem der höchsten Einkommensgruppe um den Faktor 2,7 bzw. 2,4 erhöht. Bei Männern ist auch in den mittleren Einkommensgruppen ein erhöhtes Mortalitätsrisiko festzustellen. Bezogen auf die mittlere Lebenserwartung bei Geburt beträgt die Differenz zwischen der niedrigsten und höchsten Einkommensgruppe bei Männern 11 Jahre und bei Frauen 8 Jahre. Betrachtet man nur die in guter Gesundheit verbrachten Lebensjahre belaufen sich die Differenzen zwischen dem unteren und oberen Ende der Einkommensskala sogar auf 14 und 10 Jahre.

Diskussion

Auch in einem hoch entwickelten Land wie Deutschland gilt: Je höher das Einkommen, desto eher besteht die Aussicht auf ein langes und gesundes Leben. Die Ergebnisse entsprechen weitgehend denen, die für andere europäische Länder berichtet werden. Selbst in den skandinavischen Wohlfahrtsstaaten variiert die Lebenszeit stark mit der jeweiligen Einkommensposition. Trotz zunehmender Bemühungen hat es bislang noch kein Land vermocht, das Auseinanderdriften der Mortalitätsrisiken der benachteiligten und begünstigten Bevölkerungsgruppen zu verhindern.

Evidenzbasierte Richtlinien zur Gesundheitsförderung von Älteren: Soziale Determinanten, Ungleichheit und Nachhaltigkeit? (healthPROelderly)

Gert Lang¹, Katharina Resch², Charlotte Strümpe³

^{1,2} *Forschungsinstitut des Wiener Roten Kreuzes*

³ *Österreichisches Rotes Kreuz*

Hintergrund

Das Ziel des ersten Europäischen Public Health Programms (2003-2008) ist, die gesundheitliche Informations- und Wissenserhöhung, die Gesundheitsförderung und der Gesundheitsdeterminanten. healthPROelderly ist ein Projekt (EU, FGÖ) in diesem Programm (Laufzeit: 2006-2008) und widmet sich der Gesundheit älterer Menschen gemeinsam mit 18 europäischen Partnern.

Projektziele

Das Hauptziel des Projektes healthPROelderly ist die Unterstützung der Gesundheitsförderung für ältere Menschen durch die Entwicklung von evidenzbasierten Leitlinien und Handlungsempfehlungen für potentielle Akteure auf EU-, nationaler und lokaler Ebene. Im Fokus des Projekts steht die Identifikation jener Kriterien, die Gesundheitsförderungsprojekte für Ältere erfolgreich machen und die eine nachhaltige Wirkung zeigen.

Projekthalte

Dazu ist es erforderlich, die Bestimmungsfaktoren von Gesundheit für Ältere zu analysieren und einen Kriterienkatalog zur Sammlung, Auswahl und Evaluierung von Gesundheitsförderungsprojekten zu entwickeln.

Um die Projektziele zu erreichen wird das Projekt in fünf Phasen durchgeführt:

- Phase 1: Analyse der Gesundheitsförderungsliteratur für Ältere (50+) zw. 1995-2006.
- Phase 2: Sammlung von europäischen „good-practice“ Gesundheitsförderungsprojekten für ältere Menschen
- Phase 3: Evaluation von jeweils drei „best-practice“ Gesundheitsförderungsprojekten pro Partnerland (insgesamt 33 Projekte)
- Phase 4: Öffentliche Diskussion der Leitlinien und Handlungsempfehlungen
- Phase 5: Erstellung evidenzbasierter Leitlinien und Handlungsempfehlungen zur Gesundheitsförderung für ältere Menschen (im Besonderen: soziale Determinanten, Ungleichheit, Nachhaltigkeit)

Erwartete Ergebnisse

Mit den Ergebnissen wird ein Beitrag zur Evidenzbasierung der Gesundheitsförderung in Europa geleistet. Die angestrebten Leitlinien sollen vor allem durch die breit angelegte Vernetzung mit beteiligten AkteurInnen aus Wissenschaft aber vor allem aus Politik und Praxis dienen. Das Projekt bietet daher die Möglichkeit, die Lücke zwischen diesen AkteurInnen zu schließen.

Die Selektivität der Gesundheitsförderung für ältere Menschen in Europa

Katharina Resch¹, Gert Lang², Charlotte Strümpel³

^{1,2} *Forschungsinstitut des Wiener Roten Kreuzes*

³ *Österreichisches Rotes Kreuz*

Eine Gesundheitsgesellschaft für alle?

Gesundheit gilt als Grundrecht aller Europäischen BürgerInnen. Das EU-Projekt healthPROelderly widmet sich seit 2006 speziell den älteren Menschen in Europa und deren Gesundheit(sförderung). Von über 160 europäischen Gesundheitsförderungsprojekten für Ältere werden in lediglich 36 benachteiligte ältere Menschen (50+) angesprochen, wie Minderheiten, MigrantInnen und Menschen mit niedrigem Bildungsstatus³.

Eine europaweiten Literaturrecherche konnte außerdem nachweisen, dass in den letzten 10 Jahren lediglich 17% der Gesundheitsförderungsliteratur von Diversität sprach und ca. 20% von (sozialen) Ungleichheiten. Nur ca. jeder fünfte Literaturbeitrag nennt einen Genderansatz (19%). Dabei wird klar, dass Gesundheitsförderung für Ältere äußerst selektiv ist, d.h. *nicht* alle Zielgruppen angesprochen werden⁴.

Vermittlung von Gesundheitskompetenzen

In der Gesundheitsförderungsliteratur wird berichtet, dass Gesundheitskompetenzen für Ältere⁵ vor allem durch Partizipation (44%) und Empowerment (35%) vermittelt werden. Jedoch werden Älteren nur in jedem vierten Fall tatsächlich involviert (25%). Diese Vermittlung von Kompetenzen geschieht größtenteils über den sog. Settingansatz⁶: 77% der publizierten Literatur nennt entweder die Gemeinde, den Arbeitsplatz, das „Zuhause“ oder die Nachbarschaft. Durch Gesundheitsförderung angesprochene Zielgruppen sind überwiegend die 60-70jährigen (67%), weniger die unter 60jährigen (24%) oder gar die über 70jährigen (9%).

Conclusio: Verschärfen sich die traditionellen Ungleichheiten?

„Die sozialen Ungleichheiten [...] vergrößern sich in allen hoch entwickelten Gesellschaften.“

⁷ Auch die Analyse der Publikationen in Europa zwischen 1996 und 2006 lässt erkennen, dass die Förderung der Gesundheit sehr selektiv ist und sich nur in „Ausnahmefällen“ Gender, Diversität und gesundheitlichen Ungleichheiten von Älteren annimmt. Um die Ungleichheiten in der Gesundheit Älterer beseitigen zu können, sind noch ausstehende wissenschaftliche Erkenntnis vonnöten.

Baric, Leo/Conrad, Günter (1999): Gesundheitsförderung in Settings. Konzept, Methodik und Rechenschaftspflichtigkeit zur praktischen Anwendung des Settingsansatzes der Gesundheitsförderung. Gamburg: Verl. für Gesundheitsförderung.

Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus (Hg.) (2006): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Strümpel, Charlotte/Billings, Jenny (2007), Overview on Health Promotion Literature for Older People in Europe. A Literature Review of Eleven EU-Countries (1995-2006), Austrian Red Cross, Vienna.

WHO (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung.

http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German (4. Okt. 2007).

³ www.healthproelderly.com/database/; Stand 2007-10-08

⁴ vgl. Strümpel/Billings 2007

⁵ vgl. WHO 1986

⁶ vgl. Baric/Conrad 1999

⁷ Richter/Hurrelmann 2006, S. 9

Frauengesundheitsforschung und Feministische Theorien

Gerlinde Mauerer, Bettina Zehetner

Universitätslektorinnen am Institut für Soziologie, Universität Wien

In der Präsentation werden wechselseitiger Einflussnahmen zwischen Frauengesundheitsforschung, Genderforschung in der Gesundheits- und Medizinsoziologie (u.a. Maschewsky-Schneider 1996, 1997; Doyal 1995; Hurrelmann/ Kolip 2002; Kolip/ Altgeld 2006) und Feministischer Theoriebildung (u.a. Braidotti 2007, Mauerer 2002, von Braun 1985) beleuchtet. Fokussiert werden hierbei gemeinsame Ziele und praktische Anwendungen einer feministisch-kritischen Analyse an bestehenden Herrschaftsverhältnissen auch in der Medizin und gesundheitlichen Versorgung von Frauen.

Unterschiedliche Herangehensweisen werden im historischen Rückblick analysiert mit dem Ziel, Handlungsstrategien und sich überlagernde Interessen und Arbeitsbereiche zum einen Feministischer Theoriebildung und Genderforschung, sowie zum anderen von Frauengesundheitsforschung/-praxis bzw. gesundheits- und medizinsoziologischer Genderforschung darzustellen.

Thematisiert werden wechselseitige Bereicherungen zwischen beiden Forschungs- und Arbeitsbereichen, sowie aktuelle Entwicklungen sowohl in der Frauenberatungspraxis heute und in ihrer theoretisch-methodischen Reflexionen, sowie Anwendungsbereiche von Feministischer Theoriebildung und Genderforschung in der Gesundheits- und Medizinsoziologie, in der Frauengesundheitspraxis und Gender Medizin.

Folgende Fragestellungen werden unter Einbeziehung der Arbeiten von FrauengesundheitsforscherInnen (Groth/ Rásky 1999, Annandale/ Hunt 2000, Verein „Frauen beraten Frauen u.a. 2002) und von feministischen Theoretikerinnen diskutiert:

- Was heißt „sich Wohlfühlen als Frau“ jenseits davon, „Wellness-trendig“ (reduziert) zu sein?
- Wie sind individuelle und kollektive Veränderungsstrategien gestaltet, die nicht der „bloßen“ (reduzierten) Wiederherstellung „gesunder“ und leistungsfähiger Frauen dienen, im Hinblick auf eine weitere Funktionstüchtigkeit in einer nach wie vor männlich dominierten Umwelt (beruflich, privat, kulturell, sozial, politisch, ...)?
- Wie lässt sich die Gratwanderung zwischen Feminismus und „Frauenwohl“ beschreiben bzw. wie sieht diese in der individuellen und kollektiven Gestaltung von Frauen(leben) aus?

Der Mythos von der Ethik des gesunden Lebens Warum die Zwänge der Postmoderne der Verbreitung einer autonomen Gesundheitsdisziplinierung entgegenstehen.

Peter Mayer, Harald A. Friedl¹

Tourism Department, Pannonia University, Veszprém

¹ *Department of Health Management in Tourism,*

FH JOANNEUM University of Applied Sciences, Bad Gleichenberg

Die neuen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen (Liberalisierung, Deregulierung, Privatisierung,) verlagern zunehmend die Verantwortung für den Erhalt der individuellen Gesundheit vom Staat auf den Betroffenen. Dahinter steht die Ansicht, die nachhaltige Funktionsweise des öffentlichen Gesundheitssystems könne angesichts steigender Kosten nur dann nachhaltig funktionieren, wenn der Wandel von einer Kultur der Kosten intensiven „Reparatur-Medizin“ hin zu einer präventiven Gesundheitskultur gelinge. Als Modell für diese neue „Gesundheitskultur“ böte sich das Konzept der „High-Level-Wellness“ von Dunn (1959) bzw. Ardell (1978) an, wonach der mündige Bürger in einem Balance-Akt sein umfassendes Wohlbefinden gleichsam aktiv optimiert. Der Soziologe Peter Mayer kann aufgrund seiner Forschungsergebnisse über Mobilität im Alltag darstellen, dass eben diese zentrale Rahmenbedingung der Postmoderne, jene zunehmende Mobilisierung, der Verwirklichung dieses Ideals der selbstaufgelegten Gesundheitsdisziplinierung aus Ressourcengründen entgegen steht. Denn aufgrund des wachsenden Zwangs zur Überwindung immer größerer Distanzen bzw. zur häufigeren Nutzung von technischen Kommunikationsmitteln wächst tendenziell die Notwendigkeit zu sitzenden Tätigkeiten und sinkt gleichzeitig die verfügbare Freizeit für gesundheitsfördernde Aktivitäten. Auch der Genuss von Fastfood resultiert ja letztlich aus diesem „iron cage“ (Ritzer) der Rationalisierung von (Lebens)Prozessen.

Das Ressourcen-orientierte Konzept führt der Tourismusethiker Harald Friedl weiter und versucht nachzuweisen, dass die Hoffnung auf einen moralischen Wandel der Gesellschaft hin zu einer „Ethik der Gesundheitsgesellschaft“ auf überkommenen ethischen Paradigmen beruht. Geht man nämlich von modernen neurophysiologischen, erkenntnistheoretischen und kommunikationswissenschaftlichen Grundlagen aus, dann erklärt sich individuelles „moralisches“ Handeln stets als Ausdruck der Bewertung von Situationen, wie sie vor dem Hintergrund der individuellen Prägung wahrgenommen und bewertet werden. Ethische Entscheidungen sind somit notwendig konservativ, weil lust- bzw. schmerzempfindlich. Eine gesunde Lebensführung wird demnach nur dann als erstrebenswert empfunden werden, wenn sie als lustvoll – oder als letzter Ausweg zum „Heil“ im Sinne einer protestantischen Ethik (Weber, 2004) - wahrgenommen wird. Die „freiwillige“ Selbstdisziplinierung hin zu einer Gesundheitsdisziplin stellt hingegen ein moralisches Paradox dar.

Quellen

Ardell, D. B. (1978). High Level Wellness: An Alternative to Doctors, Drugs and Disease. Emmaus, PA: Rodale Books.

Dunn, H. L. (1959). High-Level Wellness for Man and Society. In: Am J Public Health Nations Health. June; 49(6): 786–792.

Ritzer, G. (2006). Die McDonaldisierung der Gesellschaft. Konstanz: Uvk (4. A.).

Weber, M. (2004). Die protestantische Ethik und der Geist des Kapitalismus. München: Beck (2. A.)

Transpersonale Energiearbeit als komplementäre Heilmethode

Andrea Mayerhofer, Elisabeth Mixa¹

*Verein zur Förderung des Universellen Bewusstseins, Ausserkasten,
¹ Universität Wien, Institut für Soziologie*

Gegenwärtige westliche Gesundheitskulturen sind gekennzeichnet durch ein breites Spektrum an neuen Gesundheitspraktiken. Neben einer beginnenden Anerkennung von fernöstlichen medizinischen Ansätzen wie TCM, der Verbreitung fernöstlicher Massagetechniken und unterschiedlichsten Wassertherapien, scheint die Vielfalt insbesondere durch einen Methoden-Mix charakterisiert. Ein weiteres gemeinsames Merkmal der unterschiedlichen Ansätze ist ihre sinnliche und spirituelle Dimension. Besonders beachtenswert ist, dass sich mit diesen Therapieformen zugleich ein neues Körper- und Selbstverständnis mitetabliert. Das Körper-Psyche Modell scheint sich durch eine völlig neuartige Körperkonzept zu überformen: Vorstellungen von Energien im osmotischen Austausch, entwerfen u.a die Haut als permeable Grenze von Innen und Außen. In einer kategorialen Grauzone taucht eine potenzierte Machbarkeitsvorstellung von Körperlichkeit und Empfindungen auf.

Im Kontext mit der Reflexion über neue Gesundheitskulturen, möchte dieser Beitrag Einblicke in Konzepte und Praktiken alternativer Energiearbeit geben. Als ein symptomatisches ebenso wie einzigartiges Beispiel neuer Körper- und Gesundheitsverständnisse, wird *transpersonale Energiearbeit* als eine Mischung alter und neuer Heilmethoden, orientiert an aktuellsten Erkenntnissen und verbunden mit kontinuierlicher Forschung und Reflexion, in Grundzügen vorgestellt.

Der Therapieansatz beinhaltet Mental-, Emotional-, Seelen-, Reinkarnations-, Archetypen-, Körper-, Kinesiologie-, Wahrnehmungs-, Meridian-, Prozess- und Chakrenarbeit. Es wird an Körper-, Geist-, Psyche- und Seele gearbeitet, die in Harmonie gebracht werden wollen. Die Trainer sind geschult, die Bedeutung eines Symptoms wahrzunehmen und aus dem angeführten Spektrum an Interventionen, die für die KlientInnen richtige Form zu wählen. Dabei geht es stets um das Auffinden von Stress und Blockaden, Spannungen, die über energetische Frequenzen aufgelöst werden können. Ziel ist es, die eigenen Kräfte der KlientInnen zu aktivieren und diese Potenziale sichtbar und für sie verfügbar zu machen.

Menschen mit Behinderungen in der Gesundheitsgesellschaft – zwischen Tabus und Ausgrenzung

Marion Michel, Beate Dietrich

Universität Leipzig

Von der Änderung des Grundgesetzes im Jahr 1997 bis zur UN-Charta über die Rechte der Menschen mit Behinderungen im Jahr 2006 verbesserte sich kontinuierlich die rechtliche Position behinderter Menschen. In der Realität wird die Teilhabe an der Gesellschaft nach wie vor durch vielfältige Barrieren eingeschränkt.

Auf der Basis einer Repräsentativbefragung zu Einstellungen zu behinderten Eltern (2002) sowie schriftlicher und leitfadengestützter mündlicher Befragungen von behinderten Müttern, Ärzten, Einrichtungen der Jugend- und Behindertenhilfe sowie Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen in Sachsen (vier Studien aus den Jahren 2006 – 2007) werden ideelle, materielle, bauliche und kommunikative Benachteiligungen aufgezeigt, auf die Menschen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen treffen, wenn sie an der Gesundheitsgesellschaft teilhaben oder Leistungen des Gesundheitssystems in Anspruch nehmen wollen.

Das Recht auf uneingeschränkte Teilhabe wird besonders in Frage gestellt, wenn es um das Recht auf eine eigene Familie geht. Behinderung und Elternschaft sind im öffentlichen Bewusstsein ebenso wenig etabliert wie in der Ausbildung des medizinischen Personals. Möglichkeiten der Pränataldiagnostik lassen den Traum vom perfekten Kind erreichbar werden, die Entscheidung gegen die Diagnostik oder für ein zu erwartendes behindertes Kind setzen Eltern unter einen enormen Druck. Menschen mit Lernschwierigkeiten treffen in dieser Situation auf das geringste Verständnis und die größten Ausgrenzungen, sie können am wenigsten selbstbestimmt entscheiden und eine erfüllte Elternschaft erleben.

Die Gesundheitsgesellschaft darf nicht zur Ausgrenzung behinderter Menschen führen – neue Sichtweisen sind besonders in der Medizin erforderlich.

Wellness als Gesundheitskultur und Symptom postmoderner gesellschaftlicher Formationen

Elisabeth Mixa

Universität Wien, Institut für Soziologie

Seit den 1990er Jahren hat *Wellness* in westlichen Gesellschaften eine enorme Verbreitung gefunden. Sowohl der Begriff als auch entsprechende Einrichtungen und Praktiken sind im Zuge eines regelrechten Wellness Booms zur nunmehr selbstverständlichen Einrichtung und Normalität geworden. Wellness als Kulturphänomen bringt entscheidende Veränderungen des Körper- und Gesundheitsverständnisses mit sich. Gleichsam als ‚best of mix‘ von aktuellen bio- und schulmedizinischen high tech Interventionen und alternativmedizinischen, meist fernöstlichen Präventivpraktiken, bezieht Wellness nicht nur die klassischen Dimensionen des Gesundheitsspektrums wie Ernährung, Bewegung, Vorsorge etc ein, sondern erweitert diese insbesondere um mentale und spirituelle Aspekte. Im Zuge der „Guten Gesundheit“ werden alle Gesunden zu Behandlungsbedürftigen, wodurch sich auch neue Schichtungen und Ab-normalitäten etablieren. Innerhalb bemerkenswert kurzer Zeit hat sich auch das Spektrum der Gesundheitsberufe erweitert (z.B. Gesundheitscoach). Neben einer diffusen Grauzone zeichnet sich schon jetzt eine Professionalisierungstendenz über die Verwissenschaftlichung bzw. den Einzug von Wellness als Lehrfach von Universitäten und Fachhochschulen ab. Aus all diesen Gründen erscheint Wellness als beachtenswertes und analysebedürftiges Phänomen und als postmodernes Symptom westlicher gesellschaftlicher Entwicklungen.

Methoden

Basis der vorgestellten Thesen ist eine mehrjährige Forschungsarbeit: im Zuge eines als kulturanalytische Feldforschung konzipierten Forschungsprozesses wurden Einzelfallanalysen durchgeführt, welche die Grundlage einer Gesamtdiskursanalyse bildeten. Damit stand die Frage nach der Produktion von gesellschaftlichen Bedeutungen und dem Zustandekommen von Selbstverständlichkeiten, nicht die Detailanalyse einzelner Praktiken oder die Frage nach der Rezeption der KonsumentInnen im Fokus. Das Wellness-Phänomen wurde schwerpunktmäßig in Österreich zwischen 1995 und 2005 untersucht.

Ergebnisse

- Im gegenständlichen Beitrag werden vier zentrale Thesen zur Diskussion gestellt
- *Die „Gute Gesundheit“ – ein neuer Begriff und veränderte Selbstverständlichkeiten*
Mit Wellness und im Kontext von *healthism* vollzieht sich eine Ausweitung des Gesundheitsbegriffs, wobei alle irgendwie rekonvaliszent und behandlungsbedürftig erscheinen. Im Zentrum steht die Arbeit am *Wohlfühlen*, womit eine tendenzielle Pathologisierung von Un-Wohlfühlen einhergeht.

- *„Relax-Appeal“ und Safest Sex – neue Einschnitte und Entkörperlichungen*
„Schönheit“ wird Basis von Wohlgefühlen, wobei alles positiv erscheint, was dazu dient. Damit werden beispielsweise auch Schönheits-OPs normalisierter Teil der neuen Ästhetisierungswelle. Einer Sexualisierung von zumeist als Dienstleistung käuflicher Praktiken am eigenen Körper korrespondiert eine Entgeschlechtlichung. Grenzen zwischen privat und öffentlich lösen sich auf.
- *„Weil ich es mir wert bin“ – Privatisierung von Kosten und neue Schichtungen*
Im Kontext postmoderner Konsumkulturen steht die finanzielle Eigenleistung und Investition in sich selbst. Steigende Kosten in die lebenslange Gesunderhaltung erscheinen als zu leistender Luxus, nicht als Privatisierung. Nicht nur die Sternenkategorien von Wellness-Hotels verweisen auf neue Stratifikationen.
- *„Paradise now!“ – Wellness als (Ersatz)Religion*
- Die Wellness-Oase ist eine verbreitete gesellschaftliche Einrichtung und zugleich Synonym eines mentalen, Zustandes, dem „Mentalparadies“, geworden. Paradiesische Zustände werden heute über Gebote und Genuss-Imperative, nicht Verbote und Sünden erreicht. Der Wellness-(Er)Schöpfungs-Mythos und seine (Körper)Rituale entwerfen das Selbst als letzten sakralen Ort.

Patientenempowerment – ein Trick der „Gesundheitsgesellschaft“? – kritische Reflexionen am Beispiel der Arzt-Patient-Interaktion

Peter Nowak

Ludwig Boltzmann Institut für Gesundheitsförderungsforschung, Wien

Die Diskussion über „Empowerment“ von Patient/inn/en in der Krankenbehandlung ist nicht neu. Vielfach wurde die Notwendigkeit einer Neuorientierung der Patientenrolle aus unterschiedlichen Perspektiven argumentiert und eingefordert. Der Paternalismus von Parsons' Definition der Patientenrolle scheint überholt und durch Konzepte der Partnerschaft, der Koproduktion und Selbstbestimmung ersetzt. Auch die Formulierung einer „Gesundheitsgesellschaft“ baut u.a. auf diesen Konzepten auf. Gleichzeitig wird ernst zu nehmende Kritik an der tatsächlichen Realisierung von „Patientenempowerment“ in zumindest in drei Richtungen geübt:

- 1) im Alltag der (akuten) Krankenbehandlung finde sie kaum statt und bleibt ein Lippenbekenntnis aufgeklärter Vertreter/innen der Gesundheitsberufe
- 2) „Empowerment“ würde zum Instrument des Abschiebens von Verantwortung dort, wo sie am unangenehmsten im medizinischen Diskurs ist – bei unerklärbaren oder unheilbaren Erkrankungen
- 3) (schwer kranke) Patient/inn/en wollen nicht selbstbestimmt handeln.

In Hintergrund stehen theoretische Unsicherheiten zur Definition von Empowerment, das als psychologisches, interaktives, organisationales oder politisches Konzept gesehen wird. Der Beitrag untersucht diese Problemstellungen am Beispiel der Arzt-Patient-Interaktion, die als grundlegende „Produktionseinheit“ des Krankenbehandlungssystem begriffen, zentrale Stellung im Empowerment-Diskurs haben kann. Ein komplexes Modell von Einflussgrößen auf dieses Interaktionssystem wird entwickelt. Anhand linguistischer Analysen von „empowernden“ interaktiven Handeln von Ärzt/inn/en soll der spezifische Beitrag des sprachlichen Handelns zum Empowerment im Interaktionssystem untersucht werden.

Zur Situation in der Notaufnahme - ein Projekt zur Gewaltprävention

Heike Ohlbrecht, Susanne Bartel

Institut für Rehabilitationswissenschaften, Humboldt-Universität zu Berlin

Die Notaufnahme bildet eine Schnittstelle zwischen Rettungsdienst und Krankenhaus, die hohe Anforderungen an die fachlichen und individuellen Kompetenzen und die Belastbarkeit der Mitarbeiter, aber auch an die Gestaltung der Arbeitsabläufe stellt. In diesem Arbeitsfeld, das zwischen außer- und innerklinischer Notfallversorgung angesiedelt ist, muss die Versorgung der Patienten mit begrenzten diagnostischen Mitteln zügig und zielgerichtet sowie ohne Reibungsverluste wie sie Krisen mit gewaltförmigen Situation darstellen, erfolgen, um die Patienten für die weitere Behandlung und Therapie an die jeweiligen Fachabteilungen zu übergeben (vgl. Altemeyer et al 2007, Walter und Fleischmann 2007).

Neben den von Ärzten oder der Unfallrettung eingelieferten Notfallpatienten kommen zunehmend Patienten/-innen von sich aus in die Notaufnahme, um sich wegen akuter Beschwerden behandeln zu lassen; bei einem Teil dieser Patienten/-innen handelt es sich um Kranke, die erst dann zum Arzt gehen, wenn es gar nicht mehr anders geht, die nicht versichert sind (wie z.B. Obdachlose) oder die über keinen Hausarzt verfügen (Menschen mit Migrations- oder/und Flüchtlingshintergrund). Dabei zeigt sich eine überproportional häufige Nutzung der Notaufnahme durch sozial benachteiligte Gruppen und ethnische Minderheiten (David et al. 2006, Borde et al. 2004). Mit Blick auf die Studie Sudnow (1967), in der belegt wird, dass es gemäß des sichtbaren Sozialstatus und Bildungsstandards zu Unterschieden in der Behandlungsintensität und im Engagement in der medizinischen Versorgung kommt, richten wir unseren Blick auf diese Umstände, da diese möglicherweise Quellen indirekter Gewalt sind.

Eine Darlegung und Untersuchung dieser Selektionsmechanismen im Rahmen dieses Projektes kann damit einen Beitrag zur Reduktion ungleich verteilter Gesundheitschancen liefern. Obwohl Phänomene der Gewalt in der Notaufnahme in der internationalen Diskussion breit dokumentiert und diskutiert werden, existiert bislang weder ein präzises Wissen über ihre Ursachen und Bedingungen noch gibt es - mit Ausnahme des Bereichs der Psychiatrie - überprüfte und strukturierte Präventionsprogramme in diesem Bereich für Deutschland.

Innovation in Gesundheit ist Trumpf! Neue Funktionen nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe in der Gesundheitsgesellschaft

Julie Page, Peter C. Meyer

Departement Gesundheit, Züricher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

Ausgangslage

In der Gesundheitsgesellschaft denken Menschen grundsätzlich anders über Gesundheit, was in neuen Herausforderungen, Chancen und Verpflichtungen für den Staat, das Gesundheitssystem, für das Individuum sowie für Marktakteure resultiert.

Ziel des Beitrags

Im Beitrag werden ausgewählte Merkmale einer Gesundheitsgesellschaft hinsichtlich ihrer Bedeutung für nicht-ärztliche Gesundheitsberufe wie Ergo-, PhysiotherapeutInnen oder Pflegende thematisiert. Der Rollenwandel und die neuen Perspektiven dieser Berufe werden aufgezeigt.

Methode

Literatur- / Internetrecherche, theoretische Reflexionen, Interviews mit Schlüsselpersonen

Erste Ergebnisse

- *Steigende Bedeutung von Gesundheitsförderung und Prävention:*
 - Gesundheitsberufe orientieren sich vermehrt explizit am Konzept der Gesundheitsförderung bzw. weisen auf den gesundheitsförderlichen sowie präventiven Charakter ihrer traditionellen Tätigkeiten hin (z.B. DACHS Projekt: Festlegung der Berufsidentität der deutschsprachigen Ergotherapeutinnen Europas; Umweltpassung als klassische ergotherapeutische Kompetenz = Verhältnisprävention).
 - Neue Tätigkeitsbereiche in der Gesundheitsförderung und Prävention werden erschlossen (siehe z.B. Schweizerischer Kongress der ErgotherapeutInnen 2007).
- *Forderung nach Einschränkung der Kosten des Gesundheitssystems*
 - Krankenkassen verlangen zunehmend Wirksamkeitsnachweise hinsichtlich der von Gesundheitsberufen erbrachten Leistungen, damit sie bezahlt werden. Des Weiteren, dass evidenzbasiert gearbeitet wird.
 - Ökonomisierung: Steigende Anzahl von PatientInnen müssen in gleicher Zeit behandelt werden; die von der Grundversicherung vergüteten Tarife werden niedrig gehalten
 - Übertragung von Aufgaben, die bisher ÄrztInnen übernommen haben, auf Gesundheitsberufe (z.B. Pflegende auf der Intensivstation)

- *Wachsender Gesundheitsmarkt ausserhalb der Sozialversicherungen und des medizinischen Systems*
 - Neue Tätigkeitsbereiche bei besserer Bezahlung und weniger Belastung (z.B. wenden PhysiotherapeutInnen ein breites Spektrum von innovativen Interventionen an z.B. in einem Wellnesshotel).
 - Selbständige Erwerbstätigkeit mit Angeboten, die nicht über Krankenkassen abgerechnet werden (z.B. *ergoplan* oder „*Barrierefreies Wohnen*“: Beratung von Verwaltungen, Privatpersonen durch ErgotherapeutInnen in Bezug auf Anpassungen und/oder Bau von Arbeitsplätzen, Gebäuden)

Schlussfolgerungen

Die Gesundheitsgesellschaft bietet Gesundheitsberufen Chancen, aber auch Risiken in Bezug auf ihre Berufsrolle, Berufsidentität und ihre Professionalisierung.

Möglichkeiten zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Folterüberlebenden in der Steiermark. Eine Analyse.

Christoph Pammer

Public Health Lehrgang, Medizinische Universität Graz

Hintergrund

In der Steiermark leben 2004 etwa 3500 Asylwerber/innen und anerkannte Flüchtlinge in überwiegend ländlichen Quartieren. Die bestehenden Betreuungsnetze gewähren eine Abdeckung der Grundbedürfnisse sowie Zugang zu medizinischer Basisversorgung. Bis zu 50 % davon sind Folterüberlebende, Opfer von politischer Gewalt („men-made disasters“) und anderer traumatischer Erfahrungen und leiden unter chronischen Schmerz- und Stressyndromen. Ziel der qualitativen Studie ist, aus bisherigen Erfahrungen im Aufbau von Behandlungsstrukturen zu lernen und den politischen Entscheidungsträgern umsetzbare Zielvorschläge zu unterbreiten.

Methoden

16 Falldokumentationen von Asylwerber/innen, die aufgrund ihrer Problemlagen beim Grazer Behandlungs- und Therapiezentrum Verein Zebra oder in einem von 3 psychosozialen Zentren in Hartberg, Leibnitz und Bruck/Kapfenberg psychotherapiert und/oder psychosozial betreut wurden. Deskriptive Auswertung und Inhaltsanalyse offener Antwortkategorien. Plausibilisierung und Diskussion der Ergebnisse im Rahmen einer Fokusgruppe mit 15 Psychotherapeut/innen und Sozialarbeiter/innen.

Ergebnisse

Die Klient/innen sind trotz ihres geringen Durchschnittsalters (36 Jahre) gesundheitlich sehr stark belastet, die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems ist sehr hoch. Gleichzeitig führt eine Reihe von Faktoren zu einem schlechten qualitativen Zugang zum Gesundheitswesen. Die Patient/innen fühlen sich mehrheitlich schlecht aufgeklärt und unzureichend behandelt. Dementsprechend sind mehr als die Hälfte der Klient/innen nicht aufgeklärt und fühlen sich unzureichend behandelt. Durch die Inanspruchnahme psychosozialer Beratung steigt die Behandlungsqualität und die typischen Probleme nehmen ab.

Diskussion

Wie können die Behandlungsstrukturen ausgebaut werden? Durch welche organisationalen Strategien kann der Prozess der interkulturellen Öffnung im Gesundheitswesen beschleunigt werden? In welchem Bezug stehen die derzeitige Versorgungslage und die vorzuschlagenden Lösungsmöglichkeiten zu den ethischen Prinzipien der Gleichheit und Gerechtigkeit?

Soziale Ungleichheit im Kontext Umwelt und Gesundheit

Andrea Pauli, Claudia Hornberg, Thomas Claßen

Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld

Im Kontrast zur wachsenden Bedeutung von Gesundheit zeigen verschärfte soziale und gesundheitliche Unterschiede die Grenzen der sich etablierenden „Gesundheitsgesellschaft“ auf. Während Erklärungsansätze gesundheitlicher Ungleichheit in der Vergangenheit vorwiegend auf sozialdeterminierte, gesundheitsbeeinträchtigende Verhaltensmuster und Lebensstile fokussierten, erweitert sich die Perspektive zunehmend um die gesundheitliche Relevanz der Risiken und Ressourcen sowohl der sozialen, als auch der natürlichen, der physikalisch-gebauten und der chemisch veränderten Lebensumwelt, die unmittelbar mit der sozialen Lage assoziiert sind. Die Kopplung von Umwelteinflüssen mit Merkmalen der sozialen Schicht knüpft an den US-amerikanischen Diskurs um „Environmental Justice“ an. Unter dem Begriff „Umweltungerechtigkeit“, im Sinne der sozial und räumlich ungleichen und demzufolge „ungerechten“ Verteilung von gesundheitsschädlichen Umweltbelastungen und gesundheitsfördernden Umweltressourcen, erweist sich diese Debatte auch in Deutschland als bedeutsam.

Die Wahrnehmung und Kommunikation von Umweltgerechtigkeit als Teilaspekt sozialer Gerechtigkeit befindet sich hier jedoch erst am Anfang. Anknüpfend an die in den USA und in anderen Staaten geführten Kontroversen erfolgt zunächst ein exemplarischer Überblick über die länderspezifische Problemwahrnehmung von Umweltungerechtigkeit. Der Schutz insbesondere sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen vor umweltbezogenen Gesundheitsrisiken wird angesichts der Zunahme von Erkrankungen, für die Umwelteinflüsse als relevant anzunehmen sind (z.B. Lärm, Feinstaub), zu einer zentralen Herausforderung nicht nur des Gesundheitssystems. Lösungsansätze, die gesundheits-, umwelt- und sozialpolitische Strukturen und Strategien integrieren, sind vor allem auf der lokalen Ebene in den Kommunen zu realisieren.

Mit dem Fokus auf Deutschland werden mögliche Umsetzungsstrategien zur Realisierung von Umweltgerechtigkeit im Rahmen integrierter Stadtentwicklungsprogramme vorgestellt und Anknüpfungspunkte umweltbezogener Gesundheitsförderung und Prävention aufgegriffen, die einen Zugewinn an Gesundheitskompetenzen und Wohlbefinden erwarten lassen.

Männer bleiben außen vor: Zur Manifestation der traditionellen Frauenrolle als Caretakerin der Gesundheit.

Holger Penz, Olivia Kada

Studienbereich Gesundheit und Pflege, Fachhochschule Kärnten

Fragestellung

In der Gesundheitsförderung sind gewisse Zielgruppen schwer erreichbar, insbesondere Männer. Es stellt sich die Frage, inwiefern die tägliche Praxis der Gesundheitsförderung geschlechtliche Ungleichheit reproduziert.

Methoden

Auf drei Ebenen eines bundeslandbezogenen Gesundheitsförderungsprogramms (Bevölkerung, Gemeindearbeitskreise, Landesverwaltung) liegen Daten aus Fragebogenerhebungen und Leitfadeninterviews vor. In einem Triangulationsdesign werden die auf jeder Ebene getrennt ermittelten Ergebnisse zur geschlechterspezifischen Arbeit integriert.

Ergebnisse

Frauen kennen das Programm deutlich besser als Männer, berichten eine höhere Bekanntheit hinsichtlich des Programms und hinsichtlich der Arbeitskreise. Außerdem geben Frauen eine höhere Inanspruchnahme der angebotenen Maßnahmen an. Keinen Geschlechtsunterschied gibt es hinsichtlich des Interesses zur Mitarbeit an gesundheitsbezogenen Initiativen. Frauen stellen in den Arbeitskreisen den Großteil der Mitglieder und fungieren öfter als Arbeitskreisleitung. Zielgruppen der Arbeitskreise sind fast durchwegs die Gemeindegemeinschaften, Frauen bzw. Männer werden kaum explizit angesprochen. Auch auf Landesebene sind überwiegend Frauen tätig.

Diskussion

Das Selbstverständnis innerhalb des Programms dürfte die tatsächlichen Effekte überdecken: Obwohl die Gesamtbevölkerung als Zielgruppe betrachtet wird, werden Frauen eher erreicht. Dies äußert sich strukturell darin, dass in der Praxis überwiegend Frauen mitarbeiten und entscheiden. Verstärkt wird der Effekt dadurch, dass für die Beurteilung durchgeführter Maßnahmen das persönliche Erleben der Arbeitskreismitglieder eine große Rolle spielt, wodurch erneut Männer anteilmäßig unterrepräsentiert sind. Folglich wissen Männer weniger über das Programm Bescheid, fühlen sich in ihren Interessen weniger getroffen und nehmen seltener an den Aktivitäten teil. Um bei gleicher Grundbereitschaft zur Mitarbeit mehr Männer zu einer tatsächlichen Beteiligung an den Aktivitäten der gemeindebezogenen Gesundheitsförderung zu bewegen, sollten ihre Bedürfnisse und Interessen explizit in den Planungen berücksichtigt werden.

Das Krankenhaus im Wandel. Entwicklung einer organisations- und professionstheoretischen Forschungsperspektive

Claudia Peter¹, Olaf Iseringhausen¹, Uwe Borchers²

¹ *Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften*

² *Zentrum für Innovation in der Gesundheitswirtschaft Ostwestfalen-Lippe (ZIG)*

Der Diskurs zum Prozess des Wandels von Organisationen der Krankenbehandlung wird innerhalb der deutschsprachigen Medizin- und Gesundheitssoziologie überwiegend unter dem Leitgedanken des professionellen Handelns thematisiert (z.B. Bollinger, Gerlach & Pfadenhauer 2005). Den Kern dieser Auseinandersetzung im Zusammenhang mit dem Wandel von Organisationen bilden Berufs- und Professionssoziologische Untersuchungen zu den Themen: Professionalisierung der Pflege, Entwicklung des ärztlichen Berufs sowie die Frage nach dem Bedeutungsverlust der medizinischen Profession (z.B. Vogd 2006).

Organisationsbezogene Zugänge zum Untersuchungsfeld Krankenhaus werden in erster Linie aus dem Feld von Managementkonzepten gewählt – z.B. Management by Measurement als Konzept, wobei es vorwiegend um die rationale Durchstrukturierung von Organisationen geht. Aus dem Blick gerät dadurch die Besonderheit der Organisationsform Krankenhaus, die sich durch die „Produktion“ von Humandienstleistungen im Sinne von Einzelfallkrisenlösungen charakterisiert.

Erst in den Anfängen befindet sich dagegen eine speziell organisationssoziologische Diskussion, die nach Theorien und konzeptionellen Zugängen für empirische Forschung sucht (Saake & Vogd 2008). Sinnvoll ist allerdings ein kombinierter Zugang, um Prozesse und Wandel im Krankenhaus empirisch zu untersuchen, da das Krankenhaus aktuell in den Fokus steigender Verantwortung bezogen auf mehr Qualität und weniger Fehlern mit geringeren Kosten gerät. Das Ziel des Beitrages besteht darin, professions- und organisationssoziologische Perspektiven zusammenzuführen und an einem Praxisbeispiel die gegenseitige Durchdringung von Organisationsformen und professionellem Handeln zu demonstrieren (Peter 2006).

Referenzen

- Bollinger, H., Gerlach, A. & Pfadenhauer, M. (Hrsg.) 2005: Gesundheitsberufe im Wandel. Soziologische Beobachtungen und Interpretationen. Frankfurt am Main: Mabuse.
- Peter, C. (2006): Beziehungskonstellationen zwischen Patienten und Professionellen im organisatorischen Kontext des Krankenhauses – drei Beispiele. Zeitschrift für qualitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung 7, Nr.1, 69-92
- Saake, I. & Vogd, W. (Hrsg.) 2008: Moderne Mythen der Medizin. Studien zur organisierten Krankenbehandlung. Wiesbaden: VS-Verlag
- Vogd, Werner (2006): Die Organisation Krankenhaus im Wandel. Eine dokumentarische Evaluation aus Perspektive der Ärztlichen Akteure Bern. Ua.: Huber

Soziale Ungleichheit und informelle Unterstützungspotenziale bei Pflegebedürftigkeit

Christian Pihl

Lehrstuhl für Sozialpolitik und öffentliche Wirtschaft, Ruhr-Universität Bochum

Bedingt durch die steigende Lebenserwartung ist ein in Zukunft kontinuierlich steigender Anteil pflegebedürftiger älterer Menschen zu erwarten. Pflegeabhängigkeit wird bereits zum erheblichen Teil durch professionelle Dienste abgedeckt. Ein wichtiger Eckpfeiler in der pflegerischen Versorgung stellen darüber hinaus familiäre Beziehungen wie Partner und Kinder, sowie Freundes- und Nachbarschaftsnetzwerke dar. Dieses Sozialkapital als Ressource steht aber nicht allen Personen gleichermaßen zur Verfügung, sondern ist in der Bevölkerung ungleich verteilt.

Dieser Bereich sozialer Ungleichheit wird in dem Beitrag auf Grundlage der Daten des Sozio-ökonomischen Panels (SOEP) untersucht. Dazu werden unterschiedliche Angaben von Befragten, die Ansprechpartner (Partner, Kinder, Eltern und Freunde/Nachbarn) bei einer längerfristigen Pflegeabhängigkeit nennen sollten, analysiert. Ziel des Beitrags ist es mittels multivariater Statistik Faktoren zu isolieren, die diese Unterstützungspotenziale positiv oder negativ beeinflussen. Neben demografischen Merkmalen Alter und Geschlecht wird der Einfluss regionaler Eingebundenheit und der Ressourcenausstattung der Individuen (Erwerbsstatus und Einkommen) auf das Unterstützungspotenzial in der zweiten Lebenshälfte Gegenstand der Untersuchung sein.

Vor dem Hintergrund von Individualisierungstendenzen und einer geringen Fertilität besteht zu befürchten, dass zukünftig informelle Unterstützungspotenziale abnehmen und verstärkt Maßnahmen von sozialpolitischer Seite ergriffen werden müssen, um diese Effekte zu kompensieren. Mit der Identifizierung der (de-)stabilisierenden Faktoren des Sozialkapitals können solche Maßnahmen optimiert werden.

Perspektiven Patientenorientierter Versorgung chronischer Krankheiten: Wie können alternative und komplementäre Heilverfahren dazu beitragen? – Beispiel Homöopathie

Petra Plunger

Abteilung Palliative Care und OrganisationsEthik, IFF, Alpen-Adria Universität Klagenfurt

Alternative und komplementäre Heilverfahren werden von Menschen mit chronischen Erkrankungen verstärkt nachgefragt, insbesondere dann, wenn Defizite der konventionellen Versorgung nach alternativen Zugängen suchen lassen. Exemplarisch soll anhand der Nutzung von Homöopathie aus dem Blickwinkel der PatientInnen dargestellt werden, wie und in welchem Ausmaß die Behandlung und Betreuung durch HomöopathInnen eine an den Wünschen und Bedürfnissen der Betroffenen orientierte Versorgung unterstützen kann.

Dabei interessieren vor allem folgende Fragestellungen: Um welche Bedürfnisse handelt es sich, wie wird eine gute Versorgung gewährleistet und organisiert, und welche Schlüsse lassen sich vor dem Hintergrund gesundheitspolitischer und gesamtgesellschaftlicher Entwicklungen – Patientenorientierung, Empowerment, Individualisierung und Privatisierung der Versorgung, Genderaspekte u.a.m. – für die Versorgung von Menschen mit chronischen Krankheiten ziehen? Der Beitrag bezieht sich auf Ergebnisse aus qualitativen Interviews mit PatientInnen im Rahmen der Studie „Homöopathie als Alternative zu schulmedizinischer Behandlung?“.

Diese zielte darauf ab, aus der Perspektive von PatientInnen und von homöopathisch tätigen ÄrztInnen Potentiale und Herausforderungen einer patientenorientierten Versorgung chronischer Krankheiten durch Homöopathie nachzuzeichnen. Methodisch wurde nach der „Grounded Theory“ vorgegangen.

Mädchengesundheitsförderung in der außerschulischen Jugendarbeit – Eine Bestandsaufnahme

Heidrun Rader

*Department of Health Management in Tourism,
FH JOANNEUM University of Applied Sciences, Bad Gleichenberg*

Hintergrund und Forschungsfrage

Gesundheitsförderungsinterventionen im Kinder- und Jugendalter zu setzen ist wichtig. Geschlechtssensibilität wird vermehrt als Erfolgskriterium für Interventionen erkannt. Das Setting außerschulische Jugendarbeit ist als Ergänzung zur Gesundheitsförderung in der Schule relevant, aber wenig erforscht. Vor diesem Hintergrund wurde die Frage behandelt, wie Gesundheitsförderungsangebote für Mädchen in der außerschulischen Jugendarbeit gestaltet werden müssen, um deren Bedürfnissen zu entsprechen und damit für möglichst viele Mädchen erfolgreich gesundheitsförderlich wirken zu können. Die Umsetzung solcher Programme in der Praxis wurden erforscht, um daraus Empfehlungen für künftige Projekte ableiten zu können. Besonders für ein geplantes Mädchenförderungsprojekt in der Steiermark sollte eine Basis erarbeitet werden.

Methode

Eine Literaturrecherche in Fachliteratur aus Gender-, Jugend- und Gesundheitsforschung wurde durchgeführt. Darauf basierend wurden zur Abbildung der aktuellen Projektpraxis Modelle guter Praxis analysiert. Eine Bestandsaufnahme der außerschulischen Jugendarbeit in einem steirischen Modellbezirk wurde durchgeführt.

Resultate

Gesundheitsförderungsprogramme für Mädchen sollen zielgruppenspezifisch mit einem positiven, ganzheitlichen Ansatz Schutzfaktoren stärken, um riskante Verhaltensweisen zu verhindern. Die Programme müssen inhaltlich und strukturell theoriegeleitet aufgebaut sein und vor allem Bedarf erheben und evaluieren. Die untersuchten Modelle guter Praxis entsprechen inhaltlich dem Stand der Forschung, auf Bedarfserhebung und Evaluation wird teilweise verzichtet. Im regionalen in der Steiermark Bereich wird weder Mädchenarbeit noch Gesundheitsförderung umgesetzt. Es besteht kein Bewusstsein für die Notwendigkeit von Mädchenarbeit.

Schlussfolgerungen

Vorhandene Theorien müssen den heutigen Lebensrealitäten von Mädchen angepasst und umgesetzt werden. Die Projektpraxis hat hinsichtlich struktureller und organisatorischer Theoriehintergründe Verbesserungsbedarf. Im Bereich der Jugendarbeit in der Steiermark sind Sensibilisierung und Weiterbildung in Sachen Gesundheitsförderung und Mädchenarbeit nötig.

„Vorsorgeuntersuchung Neu“ in Österreich: TeilnehmerInnenzufriedenheit und Aufklärung Über Risiken und Nutzen von Untersuchungen zur Krebsfrüherkennung

Reichenpader Ursula, Hubert Langmann, Karin Tropper

*Wissenschaftszentrum Gesundheitsförderung/Prävention der VAEB
(Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau), Graz*

Die Vorsorgeuntersuchung (VU) wird in Österreich seit 1974 angeboten. In der im Jahr 2005 mit einem überarbeiteten medizinischen Programm eingeführten „VU Neu“ sollte der ärztlichen Information und Beratung sowie der Unterstützung bei der gesundheitsfördernden Veränderung des Lebensstils ein hoher Stellenwert zukommen. Österreichweit wurde 2006 das allgemeine Untersuchungsprogramm 791.370mal in Anspruch genommen; dies entspricht einer TeilnehmerInnenquote von 11,8 % der Zielgruppe.

Im Rahmen des Projektes zur Qualitätssicherung und Evaluierung der Vorsorgeuntersuchung Neu (VU Neu) wurde vom Wissenschaftszentrum für Gesundheitsförderung und Prävention der VAEB der „Fragebogen zur Erfassung der PatientInnenzufriedenheit mit der Servicequalität bei der Vorsorgeuntersuchung Neu“ (FEPS) entwickelt. Nach Durchführung eines Pretests an 1000 Versicherten mit einer Rücklaufquote von knapp 40 % und der darauf aufbauenden Adaptierung des Instrumentes wurde der Fragebogen im Oktober 2007 in einer österreichweiten Befragung an insgesamt 26.000 TeilnehmerInnen der VU Neu verschickt (geschlechtsproportional stratifizierte Zufallsstichprobe von 2.000 Personen pro teilnehmenden Sozialversicherungsträger mit einer Gleichverteilung bezüglich Altersklassen). Die Netto-Rücklaufquote betrug mit Ende November 2007 28 % (7287 Personen, 59 % Frauen und 41 % Männer, Alter: M=54 Jahre, SD=16 Jahre).

Im Rahmen des Beitrags werden unter anderem Ergebnisse zu den Bereichen Interaktionsqualität sowie Erwartungen an und Zufriedenheit mit der VU Neu unter Einbezug sozioökonomischer Faktoren wie Alter, Geschlecht, Ausbildung und Einkommen vorgestellt. Insbesondere wird dabei auf die im Rahmen der VU Neu angebotene ärztliche Beratung zu Risiken und Nutzen der empfohlenen Untersuchungen zur Krebsfrüherkennung eingegangen.

«It takes two to tango» revisited – participation and integration of people with spinal cord injury in Europe from an insider perspective

Jan D. Reinhardt, Yvonne Bucher, Franziska Egli

Swiss Paraplegic Research, Guido A. Zäch Institut (GZI), Nottwil

To be part of society is important to everyone. Participation in various social areas such as partnership, work or leisure is essential to personal identity, to the building of social capital and to wellbeing in general. Hence, it is alarming that various studies show restrictions of social participation and integration among people with spinal cord injury (SCI). So far, however, only a limited amount of variance can be explained and factors that have a positive or negative impact on participation/integration are still far from being clearly understood.

By the same token, people living with SCI are seldomly asked what they themselves understand by participation or integration and what their goals are in this respect. However, people living with SCI are the first and most important experts regarding this question.

Based on the idea of the qualitative study «It takes two to tango: The integration of people with disabilities into society» by van de Ven et al.¹ the ongoing project **«It takes two to tango» revisited** focuses on the insider perspective of people with SCI in order to explore

- the understanding of integration and participation,
- personal and environmental factors that are perceived as facilitating or hampering integration and participation,
- strategies to achieve participation and integration,
- how and where such strategies were developed and
- whether people with SCI think that such strategies can be adopted by others.

¹ van de Ven L, Post M, de Witte L, van de Heuvel W. It takes two to tango: the integration of people with disabilities into society. *Disability & Society* 2005; 20 (3): 311-329.

„Lebenswerte Arbeit im Gesundheitssektor“ – ein wichtiges Ziel einer „gesunden“ Gesellschaft?

Katharina Resch, Karin Rainer, Sophie Böhm

Forschungsinstitut des Wiener Roten Kreuzes

Geht man davon aus, dass sich unsere Gesellschaft auf dem Weg zu einer „gesunden“, d.h. lebenswerten Gesellschaft befindet, stellt sich die Frage, wie es Menschen geht, die im Gesundheitssektor arbeiten. Drei junge Forscherinnen vom Forschungsinstitut des Wiener Roten Kreuzes widmeten sich in der Studie „Lebenswerte Arbeit. Arbeitsbedingungen, Gesundheitsförderung und Trends in der mobilen Pflege und Betreuung“⁸ dieser Thematik.

Problemstellung

Ausgangspunkt der Studie war die Tatsache, dass Beschäftigte in der mobilen Pflege und Betreuung oftmals nicht das gesetzliche Pensionsalter erreichen und aufgrund von arbeitsbedingten Belastungen, wie Stress, lange Wegzeiten und anspruchsvollen Betreuungssituationen, frühzeitig aus dem Beruf ausscheiden⁹. Es liegt demnach in der Verantwortung der Trägerorganisationen in der mobilen Pflege und Betreuung, möglichst „lebenswerte“, d.h. gesunde Arbeitsbedingungen zu schaffen, um dem steigenden Pflegebedarf der zunehmend alternden Gesellschaft Stand halten zu können¹⁰.

Methodik

Die Studie¹¹ beleuchtet anhand von ExpertInneninterviews mit Führungskräften in ostösterreichischen Trägerorganisationen und anschließender Analyse der Interviewtranskripte u.a. neue Perspektiven zu gesunden Arbeitsbedingungen und die Chancen der Gesundheitsförderung in der mobilen Pflege und Betreuung¹².

Ergebnisse

Um mit steigenden Erwartungen und dem demographisch bedingten Bedarf an Pflege und Betreuung¹³ umzugehen, haben einige Trägerorganisationen Wege zu einer gesünderen Arbeitsgestaltung geschaffen, wie z.B. die Vereinbarung von Zeiträumen von 45 Minuten statt Zeitpunkten bei den KlientInnen, um den Zeitdruck zu vermindern, oder die Einrichtung einer Telefonhotline zur Entlastung von HeimhelferInnen. Der Weg zu einer „gesunden Arbeit“ bzw. zu einer „Gesundheitsgesellschaft“ wird von einigen Trägerorganisationen bereits wahrgenommen und bestritten. Andere wiederum haben Nachholbedarf.

⁸ Gefördert aus Mitteln des Bundessozialamtes Landesstelle Wien, des Europäischen Sozialfonds und des Fonds Gesundes Österreich im Rahmen des EQUAL Projektes BlickWechsel – Neue Perspektiven für den Gesundheits- und Sozialbereich.

⁹ **ÖBIG**, 1997: Arbeitssituation ambulante Pflege- und Sozialdienste Wiens. Im Auftrag des Dachverbandes Wiener Pflege- und Sozialdienste. Wien: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen.

¹⁰ **Kytir, Josef**, 2006: Demographische Entwicklungen und Prognosen. S. 38-51. In: Sprengseis, Gabriele und Gert Lang (Hg.): Vom Wissen zum Können. Forschung für NPOs im Gesundheits- und Sozialbereich. Wien: Facultas.

¹¹ **Resch, Katharina**, Karin Rainer und Sophie Böhm, 2007: Lebenswerte Arbeit. Arbeitsbedingungen, Gesundheitsförderung und Trends in der mobilen Pflege und Betreuung. Ergebnisse einer qualitativen Befragung mit ausgewählten Trägerorganisationen in Ostösterreich. Wien: Forschungsinstitut des Wiener Roten Kreuzes.

¹² **Meuser, Michael** und Ulrike Nagel, 2005: ExpertInneninterviews - vielfach erprobt, wenig bedacht. S. 71-94. In: Bogner, Alexander, Beate Littig und Wolfgang Menz (Hg.): Experteninterview – Theorie, Methode, Anwendung. Opladen: Leske+Budrich.

¹³ **Pochobradsky, Elisabeth**, Franz Bergmann, Harald Brix-Samoylenko, Henning Erfkamp und Renate Laub, 2005: Situation pflegender Angehöriger. Endbericht. Wien: Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen.

Substanzkonsum im Jugendalter: Die Bedeutung familiärer Herkunft und „eigenem“ sozialen Status

Matthias Richter

Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld

Bei einer kritischen Bewertung des Forschungsstandes zu gesundheitlichen Ungleichheiten im Jugendalter wird deutlich, dass die Belege für einen Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheitsverhalten eher inkonsistent sind. Da nach wie vor wenig über das Ausmaß und das Erscheinungsbild gesundheitlicher Ungleichheiten im Jugendalter in Deutschland bekannt ist, wird untersucht, ob und für welche Indikatoren des Gesundheitsverhaltens sozioökonomische Unterschiede vorliegen. Datenbasis ist die deutsche Teilstichprobe der Studie „Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)“ aus dem Jahr 2006 (n = 7274). Die HBSC-Studie ist eine alle vier Jahre durchgeführte repräsentative Befragung von 11- bis 15-Jährigen in über 30 europäischen Ländern. Der Effekt der familiären und persönlichen Statusindikatoren auf das Risikoverhalten wurde - getrennt für Jungen und Mädchen - mit Hilfe separater logistischer Regressionsmodelle unter Kontrolle des Alters berechnet.

Die Analysen zeigen, dass persönlichen Statusindikatoren (Schultyp und schulische Leistungen) im Jugendalter eine wichtige Bedeutung bei der Entwicklung gesundheitsschädlicher Konsummuster zukommt. Jungen und Mädchen, die ihre Leistungen als eher durchschnittlich bzw. unterdurchschnittlich bezeichnen, berichten bis zu dreimal so häufig von riskanten Konsummustern als ihre leistungsstärkeren Mitschüler. Der Einfluss familiärer Statusindikatoren auf den Substanzkonsum tritt hingegen in den Hintergrund. Ein Einfluss konnte lediglich für den Alkohol- und Cannabis- jedoch nicht für den Tabakkonsum beobachtet werden.

Die wenigen signifikanten Ergebnisse zeigen, dass Jungen aus weniger wohlhabenden Familien seltener regelmäßig Alkohol konsumieren und seltener über alkoholbedingte Rauscherfahrungen berichten als Jungen mit einem hohem familiärem Wohlstand. Die Analyse konnte die These einer Angleichung gesundheitlicher Ungleichheiten im Jugendalter für Deutschland zumindest teilweise bestätigen. Die Ergebnisse weisen insgesamt darauf hin, dass Faktoren aus dem Umfeld der Schule und der Peer-group möglicherweise einen homogenisierenden Effekt auf gesundheitliche Ungleichheiten im Jugendalter ausüben.

Mental health as a matter of identity (in)congruence. The value of sociological identity theory for understanding mental health disparities.

Benedikt Rogge

Graduate School of Social Sciences, University of Bremen

The paper addresses the mechanisms behind mental health disparities. In the scope of sociological identity theory, mental health is conceived as an effect of identity congruence. Advantages of the approach and emerging research subjects are described.

Mental health is unequally distributed across social strata: People with lower educational backgrounds and income levels suffer more often from poor mental health, depression and anxiety symptoms. Although health researchers have lately directed their attention to psychosocial variables such as network size, coping, mastery and personal control, these variables account only for a portion of the effects of social status. Large parts still remain unexplained.

In this paper, I demonstrate how sociological identity theory (e.g. Stryker & Burke, 2000) can help to better understand mental health disparities. Key concepts of the theory include

- an emphasis on **subjective meaning** and the **relative centrality to an individual's self** of factors such as prestige, income and social embeddedness;
- the **interrelatedness of self and society** that is individuals' making reference to social norms, for instance, through social comparison processes (reference groups);
- an individual's **embeddedness in interaction** contexts in which not only size and quantity of support but also qualitative aspects matter;
- the potential for **dynamic change of identity and context** over time;
- the notion of **identity (in)congruence** that is the match of self standards and situational experiences. The latter concept is particularly well suited for mental health research as congruence levels have been related directly to the emergence of negative and positive emotions.

Gesundheit im Setting Universität

Gunhild Sagmeister

Institut für Soziologie, Alpen-Adria-Universität Klagenfurt

Die Alpen-Adria-Universität Klagenfurt hat sich entschlossen, Gesundheitsmanagement zu implementieren: Excellence in der Leistung erfordert gesunde Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in förderlichen Rahmenbedingungen.

Seit September 2007 läuft ein vom Fonds Gesundes Österreich gefördertes Projekt zur betrieblichen Gesundheitsförderung.

Im Sinne eines partizipativen Ansatzes (vgl. Hurrelmann 2003) wurde eine Befragung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gestartet, die Aufschluss über den Ist-Zustand in den Bereichen Betriebsklima, Zusammenhang von Leistungsfähigkeit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz sowie die gesundheitsrelevanten Verhältnisse und das entsprechende Verhalten am Arbeitsplatz Universität geben soll.

Das Erkenntnisinteresse richtet sich insbesondere auf folgende Fragen:

- Werden die Arbeitsbedingungen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im administrativen Bereich als stressbelasteter empfunden als von denen des wissenschaftlichen Bereiches?
- Hat der Grad der sozialen Unterstützung in der Organisation einen Einfluss auf das Belastungsempfinden und die Motivation?
- Ist das Gesundheitsbewusstsein der Mitarbeiterinnen auf allen Ebenen höher als das der Mitarbeiter, oder sinkt diese mit der Höhe der Position bei Frauen?
- Wirken sich Befristungen in den Verträgen negativ auf die Leistungsmotivation aus?

Im Rahmen des Beitrages sollen empirische Ergebnisse zu den genannten Fragen präsentiert und mit anderen aktuellen Forschungsergebnissen hierzu verglichen werden, z.B.:

„Leistungsbereitschaft, Flexibilität und Innovationskraft eines Menschen hängen maßgeblich ab von seiner körperlichen Gesundheit und seinem seelischen Wohlbefinden.“ (Badura 2000 S. 22)

Selbstvertrauen, Selbstwertgefühl und Arbeitsfähigkeit hängen von Handlungsspielräumen, Qualität sozialer Beziehungen, Möglichkeiten der Einflussnahme sowie den Perspektiven und Erfolgserlebnissen ab. Diese haben direkten Einfluss sowohl auf das psychosoziale Wohlbefinden als auch auf die körperliche Gesundheit, z.B. das Herz-Kreislaufsystem oder das Immunsystem.

Überlegungen zu Veränderungsansätzen, sowohl an den Verhältnissen als auch am Verhalten, sollen abschließend vorgestellt und zur Diskussion gestellt werden.

Pflegende im Teufelskreis zwischen steigenden Erwartungen und Personalmangel?

René Schaffert

Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

Im Rahmen einer Zweitanalyse einer repräsentativen Umfrage unter Pflegenden im Kanton Bern konnten Zusammenhänge zwischen verschiedenen Determinanten der Arbeitssituation und der Pflegequalität in Spitälern untersucht werden. Die gewonnen empirischen Erkenntnisse bekräftigen einerseits die bereits anhand internationaler Studien belegten Einsichten, dass für eine qualitativ gute Pflege eine ausreichende Personalbelegung notwendig ist. Andererseits lädt die ebenfalls nachweisbare große Bedeutung eines wahrgenommenen Konfliktes zwischen Arbeitsrealität und Überzeugung zu einer weiterführenden Interpretation der gefundenen Resultate ein.

Vor dem Hintergrund der Anomietheorie von Robert K. Merton können die Ergebnisse so gedeutet werden, dass Pflegende unter einer Spannung zwischen den ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln und ihren Zielen stehen und Wege suchen, diese Spannung zu verringern. Möglichkeiten dazu bieten sich ihnen beispielsweise in der von rund zwei Dritteln der Pflegenden gewählten Teilzeitarbeit oder in einer Förderung der eigenen Professionalität. Solche Reaktionen führen aber, wie dies mit Giddens Strukturierungstheorie postuliert werden kann, zu nicht intendierten Nebenfolgen.

Konkret können sich durch Teilzeitarbeit und Professionalisierung im Sinne solcher Nebenfolgen der Arbeitsaufwand und die Erwartungen der Pflegenden erhöhen. Dadurch entsteht die Gefahr eines Teufelskreises zwischen steigenden Erwartungen und Personalmangel. Diese wird von Tendenzen und Entwicklungen im Rahmen einer so genannten Gesundheitsgesellschaft weiter akzentuiert. So wird der Erwartungsdruck an Pflegende auch von PatientInnenseite grösser und im Rahmen demographischer Veränderungen ist mit einer weiteren Zunahme des gesamtgesellschaftlichen Pflegeaufwandes zu rechnen.

Angesichts der grossen Bedeutung des Pflegebereichs innerhalb der Gesundheitsversorgung verdient die Arbeitssituation der Pflegenden auch im Hinblick auf die Sicherstellung einer guten Betreuungsqualität gerade in Zeiten des Wandels Beachtung.

Professionell entscheiden mit Pflegediagnosen? Professionalisierung in der Gesundheits- und Krankenpflege

Kurt Schalek

Grundlagenreferat für Pflege und Hospiz, Caritas Österreich

Problem/Fragestellungen

Die Gesundheits- und Krankenpflege (GuKP) ist mit einer Reihe von Herausforderungen konfrontiert. Es herrschen Bedingungen von knappen Ressourcen, die einen hohen Rationalisierungsdruck zur Folge haben. Gleichzeitig verändern sich die Erwartungen der Gesellschaft an das Gesundheits- bzw. Krankenversorgungssystem. Damit werden auch in der GuKP traditionelle Auffassungen in Frage gestellt.

Für die GuKP ist Professionalisierung eine Option, um auf die Anforderungen zu reagieren. An eine Professionalisierung werden hohe Erwartungen hinsichtlich der Qualität der Pflege und der Verbesserung des Berufsstatus geknüpft. Pflegediagnosen werden dabei als ein zentrales Instrument der Veränderung gesehen, doch bislang weiß man nur wenig über die Auswirkungen ihrer Anwendung. Was bewirken Pflegediagnosen in der patientInnenbezogenen Entscheidungsfindung von Pflegenden? Wie wird die Rolle der PatientInnen definiert? Was bedeutet der Einsatz von Pflegediagnosen für den Umgang mit dem Effizienzdruck?

Hauptsächliche Ergebnisse

Interviews mit diplomierten Pflegepersonen in Wien – mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet – boten Einblick in die Effekte, die Pflegediagnosen auf die pflegerische Alltagspraxis haben.

Auswirkungen zeigten sich in der Arbeitsorganisation (z. B. erhöhter Anteil der schriftlichen Kultur, subjektiv mehr patientInnenferne Tätigkeiten), in der Definition über die Aufgaben der Pflege (Pflegediagnosen markieren das „Feld der Pflege“), in der patientInnenbezogenen Entscheidungsfindung (z. B. Wahrnehmung der PatientInnen, Prüfung von diagnostischen Hypothesen) und im Umgang mit den strukturellen Rahmenbedingungen beruflicher Pflege (Pflegediagnosen ermöglichen standardisierte Verfahren).

Conclusio

Gemessen an den theoretischen Kriterien des professionalisierten Handelns (Oevermann 1997) kann das pflegerische Handeln nicht als vollständig professionalisiert bezeichnet werden. Pflegediagnosen werden derzeit zur Bewältigung des Effizienzdrucks eingesetzt, die Anwendung zur Individualisierung der Pflege wird nicht im angestrebten Ausmaß erreicht.

Einfluss von Bewegungstraining im hohen Lebensalter auf die Entwicklung einer Demenz - Eine systematische Literaturanalyse

Eva Schulc

UMIT, Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Hall in Tirol

Hintergrund

Demenzen zählen zu den häufigsten und folgenreichsten psychiatrischen Erkrankungen im hohen Alter. Das Auftreten von Demenzen steigt kontinuierlich an. Der positive Einfluss von Bewegung auf kognitive Funktionen und die Entwicklung einer Demenz wird in der Literatur widersprüchlich aufgezeigt.

Ziel

Die Studie sollte aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht anhand eines Systematic Review klären, ob ein Bewegungstraining Einfluss auf die mögliche Entwicklung einer kognitiven Beeinträchtigung, Demenz bzw. Alzheimer Demenz bei Personen über 60 Jahren nimmt.

Methode

Mittels Literaturrecherche in einschlägigen Datenbanken werden die Forschungsergebnisse zum Thema systematisch analysiert.

Ergebnisse

Es zeigte sich, dass von zehn Publikationen neun einen statistisch negativen Zusammenhang zwischen regelmäßiger Bewegung und der Entwicklung einer kognitiven Beeinträchtigung, Demenz bzw. Alzheimer Demenz feststellten. Eine Publikation sprach davon, dass körperliche Aktivität alleine nicht gegen den kognitiven Abbau bei älteren Menschen schützt.

Schlussfolgerung

Dass der Alternsprozess bei Menschen sich nicht aufhalten lässt, ist evident. Einen wesentlichen Faktor gegen den Alternsprozess stellt die Bewegung dar. So gilt, dass für die Bearbeitung von spezifischen Bewegungsprogrammen und Empfehlungen für gesundes Altern nicht nur geeignete altersgerechte Bewegungsformen berücksichtigt werden sollen, sondern auch deren Belastungsdosierung pro Tag bzw. pro Woche.

Schlüsselwörter

Systematic Review, körperliche Aktivität, Belastungsdosierung, kognitive Beeinträchtigung, Risiko für Demenz

Arbeitslosigkeit und Gesundheitsverhalten. Eine handlungstheoretische Rekonstruktion gesundheitlicher Ungleichheit

Reinhard Schunck, Benedikt Rogge

Graduate School of Social Sciences (GSSS), Universität Bremen

Der Beitrag befasst sich mit dem Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Gesundheitsverhalten. Der negative Effekt der Arbeitslosigkeit auf das Gesundheitsverhalten wird im Rahmen eines eigenen handlungstheoretisch fundierten Modells erklärt.

Wie neuere Studien zeigen, wirkt sich Arbeitslosigkeit negativ auf das Gesundheitsverhalten - Rauchen, Alkoholkonsum, Ernährung, Bewegung - aus. Für diesen Effekt stehen bislang keine soziologisch befriedigenden Erklärungen bereit. Stress- und deprivationstheoretische Modelle gehen zwar über die rein deskriptive Ausrichtung eines Großteils der sozialepidemiologischen Forschung hinaus. Der explanatorische Wert solcher Ansätze findet seine Grenze jedoch bei der Frage, warum Arbeitslose vermehrt ausgerechnet auf *gesundheitsschädliche* Kompensationshandlungen zurückgreifen. Das Postulat einer ‚handlungstheoretisch-soziologischen Interpretation‘ sozialepidemiologischer Befunde (Behrens, 2001) ist hier noch nicht erfüllt.

Die vorliegende Arbeit schlägt darum eine handlungstheoretische Rekonstruktion des Gesundheitsverhaltens von Arbeitslosen vor. Sie trägt der Perspektive des Akteurs, seinen biographischen Plänen und besonders seiner subjektiven Zeitperspektive, ausdrücklich Rechnung. Die in der Arbeitslosenforschung vielfach dokumentierte Verkürzung der Zeitperspektive bei den Betroffenen, so wird angenommen, führt zu einer Bevorzugung von Handlungen mit kurzfristigen Belohnungseffekten. Zudem kommt es zu einer Unterschätzung der mittel- und langfristigen Konsequenzen gesundheitsschädlichen Verhaltens. Der Rückgriff des arbeitslosen Akteurs auf gesundheitsschädliches Verhalten erfolgt schließlich innerhalb sozialer Milieus und Sozialkontexte.

Anhand des Mikrozensus 2003 untersuchen wir unter besonderer Berücksichtigung des sozialen Nahumfelds (Familie und Haushalt) den Einfluss von Arbeitslosigkeit auf das Rauch- und Ernährungsverhalten (BMI). Sowohl Arbeitslosigkeit als auch der Sozialkontext treten als eigenständige Determinanten des Gesundheitsverhaltens auf. Auch die Zeitperspektive stellt sich als wichtige Determinante des Gesundheitsverhaltens heraus.

Individuelle Gesundheitsarbeit und Prävention: Zur Nicht-Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen am Beispiel Österreich

Markus Schweiger, Ines Spath-Dreyer, Ursula Reichenpfader

Wissenschaftszentrum für Gesundheitsförderung und Prävention der VAEB, Graz

Das Vorantreiben von individueller Gesundheitsarbeit, Vorsorge und Eigenverantwortung spielt in den westlichen Gesundheitssystemen eine immer wichtigere Rolle. Ein österreichischer Aspekt dieser individuellen Gesundheitsarbeit ist die Vorsorgeuntersuchung Neu, welche von allen über 18-Jährigen einmal im Jahr kostenlos in Anspruch genommen werden kann. Trotz dieser niedrigen Zugangsbarriere gibt es einen hohen Anteil Anspruchsberechtigter, welche auf diese Präventionsmaßnahme nicht zurückgreifen. Das hier vorgestellte Paper widmet sich diesem Fall und präsentiert erste Ergebnisse aus einem mehrjährigen Forschungsprojekt zur Vorsorgeuntersuchung Neu.

Im Rahmen dieses Forschungsprojekts sind auch jene Personen Gegenstand der Analyse, welche trotz Anspruchsberechtigung nicht an der Vorsorgeuntersuchung Neu teilnehmen. Für diese Gruppe sollen Faktoren (Einstellungen, Werte, Normen, sozioökonomische Bedingungen) ausfindig gemacht werden, die für die Nicht-Teilnahme an der Vorsorgeuntersuchung Neu ausschlaggebend sind. Da es zu dieser speziellen Fragestellung bisher nur wenige relevante Studien gibt ist es erforderlich, ein eigenes Untersuchungsinstrument zu entwickeln um valide Aussagen über die Nicht-TeilnehmerInnen treffen zu können.

Basierend auf einer ausführlichen Analyse der vorhandenen Literatur, den Ergebnissen von Fokusgruppen sowie einer Sekundäranalyse der Daten der von Statistik Austria durchgeführten österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 werden im Rahmen des Vortrags erste theoretische Überlegungen präsentiert, die einem Untersuchungsinstrument zugrunde liegen, welches es zukünftig ermöglichen soll, Gründe für die Nichteilnahme an der Vorsorgeuntersuchung Neu ausfindig zu machen.

Die deutschen Disease Management Programme (DMP) – Chance für chronisch Kranke und Herausforderung für etablierte Berufe der Krankenbehandlung?

Ulrich Siering

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), Köln

Hintergrund

Nachdem 2002 in Deutschland die rechtlichen Voraussetzungen für die Einführung von DMP geschaffen wurden, werden heute über 2 Millionen chronisch Kranke in DMP für Diabetes, KHK, Asthma/COPD und Brustkrebs behandelt.

Ziel und Fragestellung

Besitzt die Einführung von DMP in Deutschland das Potential für strukturelle Veränderungen in der Versorgung chronisch Kranker?

Methoden

Für die 9-Länder-Studie "Caring for people with chronic conditions - a health system perspective" [1] wurde eine Länderfallstudie für Deutschland erstellt. Dieser liegt ein vom „European Observatory on Health Systems and Policies“ auf Basis des „Chronic Care Model“ [2,3] und des "Assessment of Chronic Illness Care" survey [4] entwickelter strukturierter Leitfaden zugrunde. Für die deutsche Fallstudie wurden die Ergebnisse einer Recherche nach rechtlichen Vorgaben, DMP-Verträgen, Qualitätsberichten, Zeitungsartikeln, Pressemitteilungen und Studien für den Zeitraum von 2001 bis Mai 2007 qualitativ ausgewertet.

Ergebnisse

Die Vorgaben für die deutschen DMP sind vielfach konsistent mit dem „Chronic Care Model“. Dies betrifft insbesondere die Förderung der Eigeninitiative der Patienten, die Evidenzbasierung der inhaltlichen Vorgaben, die Einführung intelligenter Maßnahmen zur internen Qualitätssicherung sowie die externe Evaluation. Durch ihre Ausrichtung auf einzelne Diagnosen wird der Aspekt Multimorbidität jedoch nur unzureichend abgebildet.

Die deutschen DMP führen zu keinen wesentlichen Änderungen in den Versorgungsstrukturen. Die Leistungserbringung erfolgt weiterhin durch niedergelassene Haus- und Fachärzte sowie Krankenhäuser im Rahmen bestehender Versorgungsstrukturen. Es kommt zu keiner nachhaltigen Veränderung in der Aus- und Weiterbildung. Eine Integration nichtärztlicher Gesundheitsberufe erfolgt nicht. Die Schnittstellenproblematik zwischen stationärem und ambulantem Versorgungssektor bleibt unverändert.

Diskussion

Die deutschen DMP beinhalten Chancen für eine bessere Versorgung chronisch Kranker. Durch ihre Orientierung an bestehenden Versorgungsstrukturen und die Fokussierung auf ärztliche Leistungserbringer bleibt die Möglichkeit einer indikationsübergreifenden und multidisziplinären Reorganisation der Versorgung ungenutzt.

Literatur

1. Nolte E, McKee M (eds). Caring for people with chronic conditions - a health system perspective. Maidenhead: Open University Press/McGraw-Hill Education, forthcoming.
2. Wagner EH, Davis C, Schaefer J, Von Korff M, Austin B. A survey of leading chronic disease management programs: are they consistent with the literature? *Managed Care Quart* 1999;7:56-66.
3. Epping-Jordan JE, Pruitt SD, Bengoa R, Wagner EH. Improving the quality of care for chronic conditions. *Qual Saf Health Care* 2004;13:299-305.
4. MacColl Institute for Healthcare Innovation, Group Health Cooperative. Assessment of chronic illness care. Version 3.5, 2000.

Gesundheitskompetenz in der Schweiz: Eine Querschnittstudie zur Ausprägung und Verteilung der Gesundheitskompetenz in der deutsch- und französischsprachigen Schweiz

Kathrin Sommerhalder

Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Abteilung Gesundheitsforschung, Universität Bern

Einleitung

Die Gesundheitskompetenz ist eine Schlüsselkompetenz für den Erwerb und die Nutzung von Gesundheitswissen und eine wichtige Voraussetzung für das alltägliche Gesundheitshandeln. US-amerikanische Studien weisen darauf hin, dass die Gesundheitskompetenz in der Gesellschaft ungleich verteilt ist. Die hier vorliegende Studie untersucht die Ausprägung und Verteilung der Gesundheitskompetenz in der Schweiz.

Methodik

Die Daten wurden bei 705 erwachsenen Schweizer und Schweizerinnen der deutsch- und französischsprachigen Schweiz mit standardisierten Interviews erhoben. Die Gesundheitskompetenz wurde mit fünf neu entwickelten Items erfasst. Diese Items wurden aus der Literatur entwickelt und erfassen die selbst eingeschätzte Gesundheitskompetenz.

Ergebnisse

Zwei Drittel der deutsch- und französischsprachigen Schweizer und Schweizerinnen bezeichneten ihre Gesundheitskompetenz als gut, ein Viertel als teils gut/ teils schlecht und 5 bis 10% schätzten ihre Gesundheitskompetenz als schlecht ein. Menschen älter als 64 Jahre schätzten ihre Gesundheitskompetenz schlechter ein als jüngere Menschen und Menschen mit einem niedrigen Bildungs- und Einkommensniveau schlechter als sozioökonomisch besser gestellte Menschen. Ebenso bezeichneten Menschen mit schlechtem Gesundheitszustand ihre Gesundheitskompetenz häufiger als schlecht. Zwischen Männern und Frauen zeigten sich hingegen keine Unterschiede in der Ausprägung der Gesundheitskompetenz.

Diskussion

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, dass die deutsch- und französischsprachigen Schweizer und Schweizerinnen ihre Gesundheitskompetenz mehrheitlich gut einschätzen. Bestimmte Bevölkerungsgruppen schätzen ihre Gesundheitskompetenz jedoch schlechter ein. Damit zeigt die vorliegende Studie, dass die subjektiv bewertete Gesundheitskompetenz in der deutsch- und französischsprachigen Schweiz sozial ungleich verteilt ist. Dies legt nahe, dass die Gesundheitskompetenz nicht eine rein individuell determinierte Kompetenz ist, sondern ihre Entwicklung und Ausprägung mit der gesellschaftlichen Struktur in Verbindung steht.

Gesundheitsförderung stärken. Kritische Aspekte und Lösungsansätze (Buchprojekt)

Ingrid Spicker

Forschungsinstitut des Wiener Roten Kreuzes

Seit Verabschiedung der Ottawa-Charta (1986) vor 20 Jahren zeichnen sich mehr oder minder zwei Entwicklungen in Bezug auf Gesundheitsförderung ab: Einerseits wurden in vielen Bereichen positive Erfahrungen zur Umsetzung gesammelt. Es gibt eine reichhaltige wissenschaftliche Literatur zur Gesundheitsförderung, die in den letzten Jahren zu einer beachtlichen Wissensvermehrung geführt hat. Mittlerweile engagieren sich auch zahlreiche Organisationen, Institutionen und Netzwerke sehr erfolgreich in diesem Feld. Andererseits zeigen Projekterfahrungen, dass die Umsetzungspraxis in der Gesundheitsförderung noch in den Kinderschuhen steckt und das innovative Potenzial der Charta längst nicht ausgeschöpft ist.

In der vorliegenden Sammelpublikation werden – auch ausgehend von Erfahrungen des Forschungsinstituts des Wiener Roten Kreuzes – die Herausforderungen in der Umsetzung von Gesundheitsförderung anhand ausgewählter Aspekte und Zielgruppen kritisch reflektiert und mögliche Lösungsansätze sowie offene Fragen aufgezeigt. Darin liegt großes Potenzial für die künftige Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung. Die Beiträge stammen von AutorInnen aus Österreich, Deutschland und der Schweiz, die sich in Forschung und Praxis für Gesundheit und Gesundheitsförderung engagieren (z. B. Thomas Altgeld, Beate Atzler, Bernhard Badura, Ursel Broesskamp-Stone, Wolfgang Dür, Thomas Elkeles, Sigrun Fritz, Raimund Geene, Eberhard Göpel, Helmut Hirtenlehner, Ilona Kickbusch und Beate Wimmer-Puchinger).

Das Buch richtet sich an AkteurInnen der Gesundheitsförderung in den verschiedenen Politik und Praxisfeldern sowie an ForscherInnen, Lehrende und Lernende.

Literatur

Ingrid Spicker und Gabriele Sprengseis (Hg.)

Gesundheitsförderung stärken. Kritische Aspekte und Lösungsansätze, facultas.wuv 2008

ca. 220 Seiten, broschiert, ca. EUR 22,90; ISBN 978-3-7089-0213-5; erscheint im März 2008

Bedarfsgerechtes, abgestuftes Versorgungsangebot für ältere Menschen und chronisch Kranke

Eric Stoiser, Waltraud Haas-Wippel, Beate Leiner, Getraud Stocker

Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz

Laut Ottawa-Deklaration von 1986 ist eine selbstständige, selbstverantwortliche und sinnerfüllte aktive Lebensgestaltung für gesundes Älterwerden besonders wichtig und insofern ein gesunder Lebensstil die beste Voraussetzung für Wohlergehen und das Hinauszögern alterstypischer Leiden. Außerdem verkürzt ein möglichst langer Autonomieerhalt die Lebensspanne in Abhängigkeit erwiesenermaßen.

Dennoch stellt die demografische Entwicklung und damit verbundene zunehmende Pflegebedürftigkeit unser Versorgungssystem vor große Herausforderungen: Einerseits können Menschen mit einem langen und über lange Zeit in guter Gesundheit verbrachten Leben rechnen, gleichzeitig benötigt aber die rasant ansteigende Gruppe der Hochaltrigen aufgrund chronischer Krankheiten eine angemessene Behandlung und Pflege.

Neben Initiativen und Maßnahmen zur Förderung der Autonomie kann auch die Lebensphase in Abhängigkeit so unterstützt werden, dass ein selbstbestimmtes und lebenswertes Dasein bis zuletzt ermöglicht wird – denn alt ist nicht gleich alt! Vielfach wird das Veränderungspotential im Alter jedoch unterschätzt und deshalb Präventionsmöglichkeiten und Rehabilitationspotentiale nicht ausreichend genutzt.

Um diesen Anforderungen Rechnung tragen zu können, bieten wir, die Geriatrischen Gesundheitszentren der Stadt Graz, ein abgestuftes Leistungsangebot in einem Zentrum zusammengefasst an, welches speziell auf die Aspekte des positiven Alterns abgestimmt ist – mit dem Ziel Unter- aber auch Überversorgung zu vermeiden

- Betreutes Wohnen (alternative Wohnform, hoher Selbstbestimmungsgrad)
- Tagesklinik (vermeidet vollstationäre Aufnahmen)
- Akutgeriatrie/Remobilisation (nachhaltige Autonomieunterstützung)
- Medizinische Geriatrie (Lebensqualität chronisch Kranker wahren)
- Memory-Klinik (Demenzkranken das „Person-Sein“ ermöglichen)
- Apallic-Care-Unit (Rehabilitation und Reintegration von Menschen im Wachkoma)
- Albert-Schweitzer-Hospiz mit Tages-Hospiz (optimale Begleitung im letzten Lebensabschnitt)
- Pflegewohnheime Rosenhain und Geidorf/Sozialzentrum (Kurz- und Langzeitpflege)
- Med-Center für ältere Menschen (wohnortnahe, umfassende, ambulante Versorgung in Planung)

All diese Leistungen richten sich nach unserem Leitspruch: „Den Jahren Leben geben!“.

Shared decision making und Patientenbeteiligung – Probleme der Entscheidungskompetenz von Patientinnen und Patienten

Gunnar Stollberg

Fakultät für Soziologie, Universität Bielefeld

Die Beteiligung von Patienten an medizinischen Entscheidungen stellt hohe Ansprüche. Zwar ist die moderne Gesellschaft durch eine Pluralität häufig unterschiedlicher oder gar gegensätzlicher Expertenmeinungen gekennzeichnet, und es gehört zur Publikumsrolle, auf Basis dieser unterschiedlichen Meinungen auf persönlicher, aber auch auf (institutionell) politischer Ebene Entscheidungen zu treffen (vgl. Giddens 1995). Medizinische Laien fühlen, wie Lupton bereits 1997 formulierte, häufig eine Spannung zwischen ihrem Willen, sich als Konsumenten zu verhalten und Abhängigkeiten von anderen zu vermeiden, und ihrem Verlangen, eine passive Rolle einzunehmen und Ärzten zu vertrauen. Kickbusch (2006: 72) konstatiert einen Unterschied zwischen den vorhandenen und den von Konsumenten im Gesundheitsbereich geforderten Kompetenzen.

Zu dieser Differenz will ich am Beispiel von shared decision making und Patientenbeteiligung soziologische Überlegungen anstellen. Ich will zunächst das Modell des shared decision making auf seinem Weg von einer Forderung „der“ Selbsthilfebewegung zur korporatistisch strukturierten advocacy umreißen. Zweitens will ich einen Überblick über empirische Studien zum Patientenverhalten geben, die auf ein hohes Informations-, aber ein niedriges Teilhabebedürfnis hinweisen. Drittens will ich die widersprüchlichen soziologischen Aussagen zum Verhältnis von medizinischem Experten- und Laienwissen resümieren und viertens einige kritische Gedanken zur aktuellen politischen Implementation von Patientenbeteiligung vorstellen.

„faire vivre“ – Der Weg zur modernen Gesundheitsgesellschaft. Eine Analyse unter Verwendung der Konzepte von Michel Foucault.

Willibald Julius Stronegger

Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie – Medizinische Universität Graz

Einleitung

Im Mittelpunkt unserer Überlegungen steht die Frage: Wozu Public-Health? Welche grundlegenden Ziele wurden und werden mit dem Aufbau der modernen „Gesundheitsgesellschaft“ im gesamtgesellschaftlichen Rahmen verfolgt? Wir interessieren uns dabei weniger für die selbst gegebenen Ziele oder das Selbstverständnis der beteiligten Institutionen, sondern versuchen aus einer „Außenperspektive“ die Rolle zu charakterisieren, welche der öffentlichen Gesundheitsfürsorge und der Public-Health-Bewegung (bzw. ihrer Vorläufer) in der Entstehung der modernen westlichen Gesellschaft zukam.

Methoden

Ein geeigneter theoretischer Rahmen für eine solche Analyse wurde vom französischen Philosophen Michel Foucault (1926-1984) ab Mitte der 1970er Jahre mit seinem Konzept der Bio-Politik bzw. Bio-Macht vorgelegt. Als Ausgangspunkt wählen wir die folgenden zwei Fragestellungen: 1. Welches waren und sind die Objekte und welches die Subjekte in der Genese der Foucault'schen Bio-Macht? 2. In welchem Verhältnis stehen sie zu den Aufgaben bzw. Zielen, welche die Gesundheitsfürsorge bzw. die Public-Health-Bewegung im Laufe ihrer Genese verfolgten?

Ergebnisse

In den Grundzügen wird die Antwort lauten: Es lassen sich hinsichtlich des Objekts der Bio-Macht zwei Epochen unterscheiden, welche jeweils wieder – hinsichtlich des betroffenen Subjekts der Bio-Macht - in zwei historische Zeiträume geteilt werden können.

Schlussfolgerungen

Die gesellschaftliche Rolle der Public-Health-Bewegung unterliegt einem geschichtlichen Wandel, der parallel zu den Entwicklungslinien der Bio-Politik verläuft. Es lassen sich vier historische bio-politische Entwicklungsepochen abgrenzen. Über ein bio-politisches Verständnis der Public-Health-Bewegung erscheint es möglich, die zeitgemäßen Aufgaben dieses Bereichs klarer zu strukturieren und ihre gesellschaftlichen Funktionen expliziter mitzureflektieren.

„Altern in Würde – ein wissenschaftliches Projekt im Auftrag der Tiroler Landesregierung“

Christa Them

*Medizinische Informatik und Technik,
UMIT Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Hall in Tirol*

Das Projekt „Altern in Würde“ wurde von den Instituten für Pflegewissenschaft sowie Medizinrecht, Personalwirtschaft und Gesundheitspolitik auf Basis einer Vereinbarung mit dem Land Tirol durchgeführt. Das Projekt wurde als umfassendes Analyseprojekt mit zusätzlicher Fokussierung auf der Identifikation von zukünftigen Gestaltungsräumen konzipiert und abgewickelt.

Um die Wirkungsweise und Funktionalität eines Gesamtsystems evaluieren und verstehen zu können, erschien es den Projektverantwortlichen in einem ersten Schritt als methodisch notwendig, das Konstruktionsprinzip des Tiroler Pflegesystems auf Metaebene zu untersuchen. Hierbei sind zu nennen: Verbund selbständiger Einrichtungen, freiwillige Teilnahme am Netzwerk, Verfolgung gemeinsamer und übergeordneter Ziele, Durchgängigkeit von Prozessen, abgestimmtes Informationsmanagement, vergleichbare Dokumentation, kompatible Technologie, definierte Mindestdaten, koordinierte Leistungsangebotsplanung, gemeinsame Qualitätskriterien.

Nach der Analyse der Ist-Situation erfolgte in einem zweiten Schritt die Identifizierung und Bewertung exogener Veränderungsparameter. Folgende Parameter wurden in unterschiedlicher Tiefe untersucht: Demografische und sozioökonomische Parameter, Personalverfügbarkeit, Technologie, Pflegewissenschaft, Finanzierungsstrukturen sowie Struktur- und Systemanforderungen.

Abschließend wurde ein Empfehlungskatalog mit einer Vielzahl von Handlungsmöglichkeiten entwickelt, der sich einerseits aus der dargestellten Ist-Situation andererseits aus den ermittelten exogenen Faktoren ergab. Den Projektverantwortlichen erscheint es an dieser Stelle wichtig zu bemerken, dass es sich aus wissenschaftlicher Sicht bei den aktuellen Tiroler Pflegestrukturen um grundsätzlich qualitativ hochwertige Systeme handelt, welche in verschiedenen Bereichen Ansätze zur Weiterentwicklung und zur Adaption an geänderte Gegebenheiten aufweisen. Exemplarisch werden folgende Handlungsempfehlungen angeführt: Digitalisierung der Dokumentation und Gestaltung der Pflegeprozesse und -planung über das gesamte Netzwerk; Implementierung von Standards, Leit- und Richtlinien über alle Pflegeeinrichtungen sowie Umstellung der Pflegefinanzierung sowohl im extramuralen als auch intramuralen Bereich auf ein Normkostenmodell.

Ob und wenn ja in welcher Form die Handlungsempfehlungen der UMIT in den Tiroler Pflegestrukturen Umsetzung finden werden, liegt in der Entscheidungskompetenz der politisch Verantwortlichen.

Barrierefreie Systeme

Marianne Waldmann

Pflege und Gesundheitswissenschaften, FH Frankfurt

Was bedeutet es, wenn zugleich die älteren Menschen ein immer bedeutsameres Segment des Gesundheitsmarktes mit seinen Versprechungen der Machbarkeit und Perfektion bilden und auf der anderen Seite Krankheiten zunehmend und unvermeidbar auftreten, verbunden mit Autonomieverlusten, Abhängigkeit von der Hilfe anderer und Fremdbestimmung durch die wachsende Möglichkeit der High-Tech-Medizin?

Mit 'Barrierefreien Systemen' werden zukünftige Lösungsstrategien bezogen auf die demographischen, gesellschaftspolitischen und wirtschaftlichen Veränderungen in unserer Gesellschaft entwickelt. Der mit den genannten Veränderungen verbundene Strukturwandel erfordert neue ganzheitliche raum-, technik- und personengestützte Beiträge in einer interdisziplinären Umgebung, abgestimmt auf die Netzwerke von Pflege, Soziale Arbeit und Gesundheit. Sie sollen Menschen unabhängig von jedem Alter und jeglicher Einschränkung eine selbstständige und selbstbestimmte Lebensführung unter Berücksichtigung vorhandener Ressourcen ermöglichen. Es geht weniger um die punktuelle Verbesserung der technisch-räumlichen Umwelt, sondern um die Entwicklung komplexer effizienter Systeme und deren jeweils angemessene Anwendung im Einzelfall. Wesentlich hierbei ist die aktive, individuelle Integration der KlientInnen in die Planung und Umsetzung der Lösungsstrategien im Sinne des 'Informed Consents'.

In diesem Konzept sind folgende Bereiche involviert:

- *'Barrierefreies Planen und Bauen'* mit der adäquaten Umsetzung baukünstlerischer und gebäudetechnologischer Kenntnisse und Fähigkeiten in den Kernbereichen Städtebau, Gebäudekunde, Raumbildender- und Technischer Ausbau, Baumanagement und Architekturpsychologie.
- *'Intelligente (smarte) Systeme'*: Hier werden sicherheitskritische (Realzeit-) Systeme entwickelt, die es ermöglichen, dass Menschen auf möglichst unterstützende Weise kommunizieren und interagieren können.
- *'Case Management für ein barrierefreies Leben'* zielt in der pflegerisch-sozialen Versorgung auf die Erhaltung der Selbstständigkeit von Menschen mit eingeschränkter Funktionsfähigkeit (in Anlehnung an den ICF-Begriff 'functioning'). Es dient der Verbesserung der Schnittstellenproblematik und der Nutzung von Synergieeffekten entlang des Betreuungsverlaufes der Betroffenen und quer zu den Versorgungseinrichtungen und -sektoren unter Einbezug aller beteiligten Professionen.
- Die Umsetzung eines mit drei Disziplinen (Multidisziplinarität) entwickelten gemeinsamen Konzeptes (Interdisziplinarität), das über ihre Grenzen hinaus (Transdisziplinarität) Wirkung zeigt, soll anhand einiger Projektergebnisse dargestellt werden.

Selbsttötung statt Streben nach Gesundheit? Zeitlicher Wandel und soziale Ungleichheiten in der Suizidalität in Österreich

Carlos Watzka

Institut für Soziologie, Universität Graz

Die europäischen Gesellschaften, darunter die österreichische, erlebten im Verlauf des 20. Jahrhunderts intensive, sowohl medizinisch-wissenschaftliche, als auch öffentlich-politische Auseinandersetzungen mit dem Phänomen psychischer Krankheit. Manche Krankheitsformen, darunter Depressionen, scheinen zuzunehmen. Zugleich erfolgte ein beispielloser Ausbau des Gesundheitssystems für diesen Bereich: Als PsychotherapeutIn – einem wenige Jahrzehnte zuvor breiteren Schichten noch kaum bekannten Beruf – war im Jahr 2004 bereits eine Person je 1.400 ÖsterreicherInnen tätig.

Zugleich ermöglichte die „psychopharmakologische Revolution“ ab den 1970er Jahren eine zunehmend effektivere, medikamentöse Therapie vieler psychischer Erkrankungen. Diese Entwicklungen dürften wesentlich mit verantwortlich dafür sein, dass die Häufigkeit der sogenannten „Selbstmorde“ in Österreich, wie in den meisten Staaten West- und Mitteleuropas, seit der Mitte der 1980er Jahre rückläufig ist. Zugleich halten deutliche soziale Differenzen in den Suizidrisiken an: Wie der Autor in einer Studie für das Land Steiermark nachweisen konnte, betrifft eine deutlich erhöhte Suizidmortalität nicht nur die bekannten Risikogruppen nach Geschlecht (Männer dreimal öfter als Frauen) und Alter (Senioren über 70 mehr als doppelt so oft als jüngere Menschen), sondern es lassen sich auch deutliche Gefälle nach sozioökonomischen Kriterien feststellen: Erwerbstätige Arbeiter, Landwirte und Selbständige begehen jeweils mehr als doppelt so häufig Suizid wie erwerbstätige Angestellte und Beamte, generell Personen mit niedrigerem Einkommen und geringerer Bildung häufiger als besser situierte.

Der Trend zur „Gesundheitsgesellschaft“ erfasst auch im Bereich des psychischen Wohlbefindens verschiedene Bevölkerungsteile in höchst unterschiedlicher Weise; von den verbesserten Angeboten im psychotherapeutisch-psychiatrischen Bereich können viele Menschen noch kaum Gebrauch machen.

Angebotsplanung im Krankenhaus im Kontext der Gesundheitsgesellschaft. Erfahrungen aus einem Pilotprojekt.

Ulli Weisz, Willi Haas, Sylvia Hartl¹, Michael Prebio¹

IFF Institut Für Soziale Ökologie, Universität Klagenfurt, Standort Wien

¹ *SMZ Otto Wagner Spital, Wien*

Die aktuelle Diskussion um die zunehmende Bedeutung von Gesundheit in unserer Gesellschaft zeigt Ambivalenzen und Widersprüchlichkeiten auf. Gesundheit ist allgegenwärtig, ist wichtiges Kriterium unserer Entscheidungen, wird als machbar und grenzenlos verstanden und eröffnet neue Märkte (Kickbusch 2006). Auf höchster politischer Ebene wird Gesundheit als wesentliche Voraussetzung und Zieldimension für eine nachhaltige gesellschaftliche Entwicklung gesehen (EU Nachhaltigkeitsstrategie 2001). Gleichzeitig nehmen chronische Krankheiten und die Anzahl pflegebedürftiger, alter Menschen zu, entstehen durch unsere Wirtschafts- und Lebensweise neue Gesundheitsrisiken, verstärken sich soziale Ungleichheiten, ist die Finanzierung unserer Gesundheitssysteme nicht mehr gesichert.

Krankenhäuser, die Kernorganisationen unserer Gesundheitssysteme stehen heute vor drängenden Problemen, die ihre eigene Nachhaltigkeit in Frage stellen. Steigender Kostendruck, hohe Ansprüche an Qualität, zunehmende Belastung der immer älter werdenden MitarbeiterInnen bei gleichzeitig gesteigerter Erwartung an Machbarkeit von Gesundheit, aber auch ein veränderter Leistungsbedarf kennzeichnen die Situation. Krankenhäuser geraten zunehmend in eine Kosten- und Belastungsspirale. Diese Entwicklung erfordert eine innovative Art der Angebotsplanung, die Kosten, Erlöse, MitarbeiterInnenbelastung, PatientInnenbefähigung und ökologische Auswirkungen gemeinsam optimieren.

In unserem Beitrag diskutieren wir zwei Angebotsvarianten für chronisch erkrankte langzeitbeatmete PatientInnen. Während die traditionelle Versorgung mit hohen Fehlbelegungsquoten im Intensivbereich konfrontiert ist, soll ein Kompetenzzentrum („Weaning Center“) durch ein mehrstufiges Versorgungskonzept PatientInnen besser und schneller befähigen mit ihrer Erkrankung zu Hause zu leben. Gleichzeitig wird für das Weaning Center ein neues Arbeitsmodell vorgeschlagen, das v.a. auch den Bedürfnissen der älteren MitarbeiterInnen entspricht. Eine Bedarfsanalyse innerhalb des Wiener KAV ist Grundlage für einen rechnerischen Vergleich der beiden Versorgungsvarianten. Berechnet und verglichen werden die ökonomischen, sozialen und ökologischen Auswirkungen. Diese nachhaltige Angebotsplanung soll den Entscheidungsträgern als Grundlage für die Investition in ein Weaning Center dienen.

Anmerkung zum Pilotprojekt: „Das nachhaltige Krankenhaus. Erprobungsphase“ (2006-2008, gefördert durch FFG und BMVIT im Rahmen der Programmlinie „Fabrik der Zukunft“), eine Kooperation eines interdisziplinären Wissenschaftsteams mit dem Wiener SMZ Otto Wagner Spital, dem Wiener Krankenanstaltenverbund und der Berliner Immanuel Diakonie Group.

FÖRDERGEBER



SPONSOREN



