



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences

Dokumentationsband zum Forschungstag Gesundheit

3. Mai 2011

Eine Veranstaltung des Competence Center Gesundheit
(CCG)

**Schriftenreihe des Competence Centers Gesundheit
Band 1**

IMPRESSUM

HERAUSGEBER

Der Präsident der Hochschule für
Angewandte Wissenschaften Hamburg

REDAKTION UND SATZ

Competence Center Gesundheit (CCG)
Alexanderstr. 1
D-20099 Hamburg
Tel: 040 428 75 - 72 10 / -72 11
ccg@haw-hamburg.de
www.haw-hamburg.de/ccg.html

GESTALTUNG

Dominik Thieme

FOTOGRAFIE

Joachim Westenhöfer / Competence Center Gesundheit

April 2012 | Auflage: 250 | © 12/2011

INHALTSVERZEICHNIS

2 Vorwort

4 Ausgewählte Projekte

- 4 Das AsiaFluCap Projekt: Evaluation der Pandemieplanungs- und Kontrollkapazitäten in Südostasien
- 6 Verteilungsbasierte Analyse gesundheitlicher Auswirkungen des Umwelt-Stressors Lärm (VegAS) – ein Beitrag zur Schätzung der umweltbedingten Krankheitslast in Deutschland
- 8 Kultur- und gendersensible Gesundheitsförderung und HIV-Prävention am Arbeitsplatz. Kooperationsprojekt der HAW Hamburg und der GIZ
- 10 Psychosoziale Belastungsfaktoren für Patienten mit Neurofibromatose - Implementierung eines Beratungskonzeptes
- 11 Optimierung der rehabilitativen Versorgung von Menschen vor, während und nach Majoramputation
- 12 Schmerz und Musik – Neurobiologische Belege für eine Schmerzlinderung durch Musiktherapie
- 14 Veränderungen der Lebensqualität von Menschen mit Behinderungen durch Veränderung der Wohnformen - Eine Evaluationsstudie zum Ausbau ambulanter Wohnformen
- 16 Pflegerische Beratung im Kontext von Mobilität und Lebensqualität
- 18 SAĞLIK. Ernähren, Bewegen und soziale Teilhabe im Stadtteil fördern: Sozialraumorientierte Gesundheitsförderung älterer Frauen und Männer mit türkischem Migrationshintergrund in Hamburg
- 20 Evaluation der Diplomstudiengänge Pflege und Gesundheit – ausgewählte Ergebnisse

22 Posterausstellung im Rahmen des Forschungstages 2011

VORWORT

Gesundheitsbezogene Fragestellungen stellen ein zentrales Forschungsgebiet der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg (HAW Hamburg) dar. Über 25 Professorinnen und Professoren forschen mit Ihren Promovenden und wissenschaftlichen Mitarbeitenden an einer Bandbreite von Forschungsthemen, die von primär gesundheits- und pflegewissenschaftlichen bis hin zu medizintechnischen Arbeiten reichen. Unterschiedlichste Methoden kommen zum Einsatz. Die regionale Relevanz reicht von eher kleinräumigen Fragestellungen bis zu weltweiten Projekten, entsprechend breit sind die Auftraggeber gestreut, von weltweiten (Forschungs-)Institutionen über europa- und bundesweit tätige Auftraggeber bis hin zu Institutionen der Metropolregion Hamburg. Auf dem Forschungstag Gesundheit der HAW Hamburg, der im Mai 2011 zum zweiten Mal stattfand, wurde eine Auswahl der aktuell laufenden oder kürzlich abgeschlossenen Projekte präsentiert und diskutiert. Der Forschungstag wurde eröffnet durch Grußworte der Vizepräsidentin der HAW Hamburg, Prof. Dr. Monika Bessenrodt-Weberpals und Dr. Martin Schäfer, Vertreter der Hamburger Bürgerschaft.

Die vorliegende Dokumentation stellt die vorgetragenen Projekte als Abstracts und teilweise als Poster kurz vor. Für weitere Informationen zu den genannten Forschungsprojekten stehen die Projektverantwortlichen zur Verfügung. Der Forschungstag Gesundheit der HAW Hamburg fand im Rahmen des Competence Centers Gesundheit (CCG) statt, auch diese Dokumentation wird von dem CCG herausgegeben. Das CCG wurde 2011 als eine Kooperation der beiden Fakultäten Life Sciences und Wirtschaft & Soziales als eines der vier Competence Center der HAW in einem Wettbewerb ausgewählt und für zunächst drei Jahre gefördert. Im CCG engagieren sich Professorinnen und Professoren aus den gesundheitsbezogenen Sozial- und Naturwissenschaften. Ihnen allen ist die Mission gemeinsam, einen Beitrag zur bestmöglichen Gesundheit Aller zu leisten. Die Bevölkerung soll vom CCG profitieren, indem beispielsweise ein verbesserter Zugang zu relevanten gesundheitsbezogenen Dienstleistungen und Gütern gefördert wird, settingbezogene Ansätze entwickelt, begleitet und evaluiert werden und möglichst ein Beitrag zur Chancengerechtigkeit in der gesundheitlichen Versorgung geleistet wird.



PROF. DR. MONIKA
BESSENRODT-WEBERPALS



DR. MARTIN SCHÄFER

WEITERE INFORMATIONEN
ZUM CCG.
[www.haw-hamburg.de/
ccg.html](http://www.haw-hamburg.de/ccg.html)

LEITUNG DES COMPETENCE
CENTER GESUNDHEIT DER
HAW HAMBURG
Prof. Dr. Susanne Busch
Prof. Dr. Joachim
Westenhöfer

HAMBURG, OKTOBER 2011

AUSGEWÄHLTE PROJEKTE



AMENA AHMAD (Foto)
RALF KRUMKAMP
PROF. DR. RALF REINTJES

Das AsiaFluCap Projekt Evaluation der Pandemieplanungs- und Kontrollkapazitäten in Südostasien

Die SARS Epidemie in 2002/03, die steigende Anzahl der Vogelgrippefälle in Asien und die Schweinegrippepandemie (H1N1) in 2009 zeigen, dass die Bedrohung durch Pandemien sehr realistisch ist. Diese Ereignisse haben weltweit zu einer Intensivierung der Pandemievorbereitungsmaßnahmen geführt. »AsiaFluCap« ist ein dreijähriges (Mai 2008 – April 2011), von der »Europäischen Kommission« und der »Rockefeller Foundation« finanziertes Projekt, das das Ziel hat, die Handlungsfähigkeit nationaler Gesundheitssysteme hinsichtlich ihrer Pandemiekontrollkapazitäten in sechs asiatischen Ländern (Thailand, Indonesien, Vietnam, Taiwan, Laos und Kambodscha) zu analysieren. Des Weiteren geht es um eine systematische Erhebung von Ressourcen in Krankenhäusern und Gesundheitszentren oder Gesundheitsämtern, die zur Kontrolle einer Pandemie benötigt werden. Ziel ist, die Projektländer bei der Entwicklung und Optimierung ihrer nationalen Pandemie-managementstrategien zu unterstützen.

Die Funktionalität der Pandemieprogramme wurde im Kontext der Länder und der zugrunde liegenden Gesundheitssysteme sowie der jeweiligen politischen und ökonomischen Situation erfasst. Hierfür wurden verfügbare Dokumente und Berichte analysiert sowie Interviews mit Experten, die im nationalen Pandemiemanagement involviert sind, geführt. Die beteiligten asiatischen Projektländer verfügen über gut ausgearbeitete Pandemiepläne, die sich an den Richtlinien der WHO orientieren. Die Länder unterscheiden sich jedoch erheblich in Bezug auf Demografie und soziokulturelle Faktoren (Bildung, politische Strukturen, Informationspolitik), Finanzierung der Gesundheitssysteme und der ökonomischen Situation. Dieses hat einen erheblichen Einfluss auf die Pandemiekontrollkapazitäten ihrer Gesundheitssysteme sowie auf die für eine Pandemieabwehr, zur Verfügung stehenden Ressourcen. Besonders die ärmsten Länder in der Region, wie Laos und Kambodscha,

sind stark von der Unterstützung durch internationale Geberorganisationen abhängig.

Eine Abschätzung der für eine Pandemieabwehr in den einzelnen Ländern tatsächlich zur Verfügung stehenden Ressourcen erfolgte über eine fragebogengestützte »Ressourcenerhebung« (z.B. Krankenhausbetten, antivirale Medikamente, Beatmungsgeräte). Um grob einschätzen zu können, wie viele Ressourcen unter verschiedenen (milden und schweren) Ausbruchsszenarien benötigt werden, wurde ein mathematisches Simulationsmodell entwickelt, welches den Ressourcenverbrauch in den Ländern schätzen kann. Hieraus wurde der potentielle Ressourcenmangel / -überschuss auf regionaler und nationaler Ebene errechnet. Aus dem mathematischen Modell wurde ein Simulator entwickelt, der Nutzern in Gesundheitsämtern und Ministerien helfen soll, den nationalen Ressourcenbedarf für eine Pandemiekontrolle zu ermitteln. Mit dem Simulator können Ressourcen identifiziert werden, die für eine Verbesserung des Pandemie-Managementsystems priorisiert werden sollten.

Alle asiatischen Projektländer haben begrüßt, dass sie einen detaillierten Einblick in die Pandemiekontrollkapazitäten Ihres Landes sowie in die Verfügbarkeit relevanter Ressourcen gewonnen haben. Diese Informationen sind eine hilfreiche Grundlage für zukünftige politische Entscheidungen und Planungen und haben bereits zu ersten gesundheitspolitischen Entscheidungen geführt. Thailand zum Beispiel hat die Anzahl der Beatmungsgeräte (in Bangkok) erhöht, während Laos und Kambodscha die Ergebnisse als Grundlage für Verhandlungen zur finanziellen und infrastrukturellen Unterstützung durch die »Weltbank« und anderen internationalen Geberorganisation genutzt haben. Taiwan möchte die Risikokommunikation im Land verbessern und hat hierfür Gespräche mit Medienvertretern und Ministerien aufgenommen.



Verteilungsbasierte Analyse gesundheitlicher Auswirkungen des Umwelt-Stressors Lärm (VegAS) — ein Beitrag zur Schätzung der umweltbedingten Krankheitslast in Deutschland

ANDRÉ CONRAD⁵
DR. THOMAS CLASSEN³
PROF. DR. CLAUDIA HORNBERG³
DR. ODILE MEKEL⁴
JOHANN POPP¹ (Foto)
JULIA RÖTTGER¹ (Foto)
REINHARD SAMSON³
PROF. DR. ZITA SCHILLMÖLLER¹
DR. MICHAEL SCHÜMANN²
NADINE STECKLING^{3/4}
DR. CLAUDIA TERSCHÜREN⁴
DIRK WINTERMEYER⁵

1 Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg (HAW), Fakultät Life Sciences, Forschungsschwerpunkt Public Health

2 Freie Hansestadt Hamburg, Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV), Amt für Gesundheit und Verbraucherschutz /Umwelt und Gesundheit

3 Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, AG 7 Umwelt & Gesundheit

4 Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW), WHO Collaborating Centre for Regional Health Policy and Public Health, Fachgruppe 4.2 Innovation in der Gesundheit

5 Umweltbundesamt, FG II 1.6 Expositionsschätzung, gesundheitsbezogene Indikatoren

DANKSAGUNG

Dieses Projekt wird gefördert vom Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit.

HINTERGRUND

Im Rahmen des Projektes VegAS (Verteilungsbasierte Analyse gesundheitlicher Auswirkungen von Umwelt-Stressoren) werden Stärke und Häufigkeit von gesundheitlichen Auswirkungen bevölkerungsrelevanter Expositionsquellen untersucht. Es werden insgesamt sieben Umwelt-Stressoren (Benzol, Cadmium, Feinstaub, Lärm, Ozon, Passivrauch und perfluorierte Tenside) analysiert. An der Hochschule für Angewandte Wissenschaften wird der Projektteil »Lärm« in Zusammenarbeit mit der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien Hansestadt Hamburg bearbeitet. Dieser Projektteil analysiert für den Umwelteinfluss »Lärm« Literatur zu spezifischen Gesundheitsendpunkten und Expositions-Wirkungs-Funktionen (EWF), die Daten zur Expositionsprävalenz und berechnet den Grad der subjektiven Betroffenheit der Allgemeinbevölkerung. Lärm wird hierbei als ein heterogenes Expositionskonstrukt betrachtet. Die Lärmexposition ist in Abhängigkeit von der Intensität und Dauer mit unterschiedlichen Gesundheitsendpunkten assoziiert.

MATERIAL UND METHODEN

VegAS ist eine Environmental Burden of Disease-Studie (EBD), in der eine quantitative Einschätzung der gesundheitlichen Wirkungen von Verkehrslärm (Straßen-, Schienen-, Flugverkehr) und anderer Lärmquellen (Freizeit-, Nachbarschaftslärm) vorgenommen wird. EWFs und relevante Gesundheitsendpunkte werden anhand publizierter epidemiologischer Studien ausgewählt. Quantitative Angaben zur Lärmexposition in dB(A) und qualitative Einschätzungen werden für Verkehrslärm und Freizeitlärm beschrieben. Prävalenzen der Gesundheitsendpunkte werden durch eine Sekundäranalyse auf Basis von Surveydaten ermittelt. Die WHO-basierten »disability adjusted life years« (DALY) werden geschätzt und mit der Krankheitslast oben genannter Umwelt-Stressoren verglichen.

Vorhandene Unsicherheiten bezüglich der genutzten Daten und Parameter werden detailliert beschrieben. Die Robustheit der Ergebnisse wird mittels Sensitivitätsanalysen untersucht.

ERGEBNISSE

Daten für die Expositionsverteilung von Straßen-, Flug- und Schienenlärm sind vorhanden (EU-Noise Maps). Abschätzungen von Nachbarschafts- und Freizeitlärm sind durch den Bundesgesundheitsurvey 1998, die telefonischen Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts (RKI) ab 2003 und für Kinder durch den Kinderumweltsurvey (KUS) 2003 – 2006 möglich. Herz-Kreislaufkrankungen, Schlaganfall, Belästigung (Annoyance), Schlafstörungen, Tinnitus und Schwerhörigkeit konnten als relevante Gesundheitsendpunkte von Lärm identifiziert werden. Expositions-Wirkungs-Funktionen liegen für einzelne Kombinationen von Lärm-Typ und Gesundheitsendpunkt vor. Datenlücken ergeben sich bezüglich der Stratifizierung nach Geschlecht, Alter und Expositionsdauer (für alle Lärmarten). Expositionsakkumulationen der unterschiedlichen Lärmquellen wurden in epidemiologischen Studien nicht berücksichtigt.

DISKUSSION

Für lärmbezogene EBD-Berechnungen stehen teilweise geeignete Daten zur Verfügung. Unsicherheits- und Sensitivitätsanalysen erscheinen für prognostizierte Lärmwirkungen und berechnete DALYS dringlich. Weitere Ergebnisse werden voraussichtlich im September 2011 auf der 6. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie präsentiert.



PROF. DR. CHRISTINE
FÄRBER (Foto)
JOANA ROOS-BUGIEL

KOOPERATIONSPARTNER

Prof. Dr. Christine Färber
(HAW Hamburg, Depart-
ment Gesundheitswis-
senschaften),
Dipl.-Gesundheitswirtin
Joana Roos-Bugiel (GIZ
Mosambik, Maputo und
GfA Maputo)

KONTAKT

joana.roos-bugiel@haw-
hamburg.de

Kultur- und gendersensible Gesundheitsförderung und HIV-Prävention am Arbeitsplatz. Kooperationsprojekt der HAW Hamburg und der GIZ

HINTERGRUND

Mosambik gehört zu den zehn am meisten von der HIV-Pandemie betroffenen Ländern der Welt. In der produktiv arbeitenden Altersgruppe von 15 bis 49 Jahren wird die Prävalenz auf 11 % geschätzt. Die sozioökonomischen Auswirkungen von HIV und AIDS sind so gravierend, dass nachhaltige Armutsbekämpfung und Entwicklung immer mit Maßnahmen zur Eindämmung von HIV und AIDS einhergehen müssen. Ein wesentlicher Bestandteil deutsch-mosambikanischer Entwicklungszusammenarbeit zur Eindämmung von HIV ist die Beratung privater und öffentlicher Partner bei der Einführung von HIV-Programmen am Arbeitsplatz. In Arbeitsplatzprogrammen wird über HIV/AIDS informiert und die Beschäftigten und ihre Familien werden getestet. Programme, die sich nur auf HIV/AIDS konzentrieren, sind an Akzeptanzgrenzen gestoßen. Eine Ausweitung auf Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz allgemein soll die Akzeptanz von HIV-Tests erhöhen.

FORSCHUNGSFRAGEN

Durch welche Maßnahmen kann ein Betrieb zu einem erweiterten Gesundheitsbewusstsein und so auch zu einem verbesserten Risikomanagement seiner MitarbeiterInnen am Arbeitsplatz und im Privatleben beitragen? Wie können Elemente der westlich geprägten betrieblichen Gesundheitsförderung mit den Inhalten von Arbeitsplatzprogrammen in Mosambik kultur- und gendersensibel verknüpft und wirksam umgesetzt und evaluiert werden?

ERGEBNISSE UND VORHABEN

Der neue Ansatz des Projekts geht davon aus, dass ein Präventionsprogramm am Arbeitsplatz am effektivsten ist, wenn Menschen sich in ihrer Ganzheitlichkeit wahrnehmen und Wertschätzung gegenüber ihrem Leben und ihrer Gesundheit erfahren. Wissensvermittlung und Sensibilisierung im Rahmen von Arbeitsplatz-

programmen ist erfolgreicher, wenn die Themen über Sexualität und lebensbedrohliche Infektionskrankheiten hinausgehen und an die Bedarfe der MitarbeiterInnen angepasst werden. Geplante Maßnahmen für 2011/12 sind:

1. KAPB-Studie zur Messung von Wissen (Knowledge), Einstellungen (Attitudes), Praktiken und Überzeugungen (Beliefs) als Vorher-Nachher-Erhebung zu Gesundheit allgemein, Gesundheit am Arbeitsplatz, Familie und Gesundheit und reproduktiver Gesundheit.
2. Etablierung eines Arbeitsplatzprogramms für MitarbeiterInnen der GIZ Mosambik, das kultur- und gendersensibel Gesundheit am Arbeitsplatz sowie HIV/AIDS in allgemeine Gesundheit und Familiengesundheit einbettet. Information und Tests zu Infektions- und chronischen Krankheiten werden unter Einbeziehung regionaler Heilkonzepte sowie der Familien- und reproduktiven Gesundheit behandelt.

DISKUSSION

Bisher sind ganzheitliche kultur- und gendersensible Arbeitsplatzprogramme wenig erforscht und wissenschaftlich wenig begründet. Quantitative und qualitative Verfahren der Evaluation sollen zum Einsatz gebracht werden.



PROF. DR. CORINNA
PETERSEN-EWERT

Psychosoziale Belastungsfaktoren für Patienten mit Neurofibromatose — Implementierung eines Beratungskonzeptes

HINTERGRUND

Die Neurofibromatose ist eine Erkrankung, die ganz unterschiedlich ausgestaltet sein kann. Die Frage, ob und wie sich die Erkrankung auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Betroffenen auswirkt, wurde bislang nur in wenigen Untersuchungen thematisiert. Ein weiterer Aspekt betrifft den Bereich der kognitiven Funktionsfähigkeit, für den ebenfalls nur wenige Ergebnisse vorliegen. Deshalb wird aktuell im Rahmen einer Längsschnittuntersuchung der Verlauf der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und potentieller neuropsychologischer Auffälligkeiten systematisch untersucht. Das Teilprojekt 6 der BMBF-Verbundstudie »Netzwerk Neurofibromatose« zielt auf eine Erweiterung bzw. Optimierung der bestehenden Therapieansätze ab.

METHODE

Die Stichprobe setzt sich aus Patienten der Neurofibromatose-Ambulanz des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf im Alter von 18 bis 70 Jahren zusammen, die zu drei Zeitpunkten mit einem Fragebogen hinsichtlich ihrer psychosozialen Belastung (u.a. gesundheitsbezogene Lebensqualität, Krankheitsverarbeitung, Depression, kognitive Einbußen) befragt werden. Zusätzlich wird eine neuropsychologische Untersuchung durchgeführt. Kinder und Jugendliche mit NF 1 und betroffene Eltern werden ebenfalls im Rahmen einer weiteren Teilstudie zu einem Zeitpunkt befragt. Zu Projektende soll ein Manual für eine psychosoziale Beratungsintervention zur Verfügung stehen.

ERGEBNISSE UND AUSBLICK

Vorgestellt wird der aktuelle Projektstand.

Es wird erwartet, dass Patienten, die an einer Beratung, die spezifisch auf ihre psychosoziale Belastung fokussiert ist, teilnehmen, langfristig eine Steigerung ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität verzeichnen können.

Optimierung der rehabilitativen Versorgung von Menschen vor, während und nach Majoramputation

Für Menschen mit bevorstehender oder erfolgter Amputation können im gesamten Prozess sowohl der medizinischen Behandlung und gesundheitlichen Versorgung als auch in der gesellschaftlichen und beruflichen Wiedereingliederung Probleme entstehen. Die AWMF-Leitlinie (2009) der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie und des Berufsverbandes der Ärzte für Orthopädie fordert eine durchgängige und abgestimmte Behandlungs- und Rehabilitationsplanung. Trotzdem sagen Betroffene aus, dass diese nicht gegeben ist. Diese Aussage und das Fehlen von Untersuchungen zu Faktoren, die Betroffene als bedeutsam für ihren Rehabilitationsverlauf und für ihr Rehabilitationsergebnis ansehen, waren Auslöser für die Studie »Optimierung der rehabilitativen Versorgung von Menschen vor, während und nach Amputation«.

In diesem Projekt werden die Erfahrungen, die Menschen vor, während und nach einer Amputation im Versorgungs- und Rehabilitationsprozess machen, systematisch auf Basis der Erkenntnisse einer vorangegangenen qualitativen Untersuchung (vom Verein zur Förderung der Rehaforschung gefördert) mittels eines Surveys (n= 600) untersucht. Es werden Defizite in der Versorgung festgestellt und Möglichkeiten zur gruppenspezifischen professionellen Förderung der Selbstpflegekompetenzen Betroffener analysiert. Ein systematischer Review soll dazu evidenzbasierte rehabilitative Maßnahmen identifizieren. Das in Phase 1 entwickelte multiprofessionelle Versorgungskonzept wäre mit der so geplanten Studie umfassend evidenzbasiert.



PROF. DR. UTA GAIDYS
(Foto)
ULRIKE MICHAELIS



PROF. DR. ANDREAS K.
ENGEL
DR. MICHAEL HAUCK
PROF. DR. JÜRGEN
LORENZ (*Bild*)
PROF. DR. SUSANNE
METZNER
DR. FIONA ROHLFFS

Schmerz und Musik — Neurobiologische Belege für eine Schmerzlinderung durch Musiktherapie

Historische Quellen belegen den Einsatz von Musik als Heilmittel. Insbesondere zur Behandlung von chronischem Schmerz existieren heutzutage Methoden der Musiktherapie, die auf aktuelle Forschungskonzepte der Psychotherapie basieren. Mit der vorgestellten Studie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf wurden zwei komplementäre musiktherapeutische Konzepte mit experimentellen Methoden verglichen: die passiv-rezeptive Methode (zur Übersicht s. Tang and Zezeau, 2010) nutzt Musik zur Entspannung und Ablenkung. Die aktive Entrainment-Methode nach Dileo und Bradt (2001) arbeitet mit vom Probanden selbstkomponierter Schmerz- und Heilungsmusik. Als Schmerzreize wurden kurze Laserhitzeimpulse auf die Handrücken gesunder Probanden appliziert, deren Intensität und Unannehmlichkeit skaliert wurden. In wiederholten Reizblöcken wurden den Probanden zeitgleich zu den Laserimpulsen die Entspannungsmusik, Schmerzmusik und Heilungsmusik sowie Kontrollmusiken (von anderen komponierte Schmerz- und Heilungsmusik) vorgespielt und Blöcke ohne Musik verwendet. Außerdem wurde während des Hörens der verschiedenen Musiken ein Magnetenzepphalogramm der Hirnströme mit einem 275-Kanal Magnetometer aufgezeichnet. Die MEG-Signale wurden mit einer Zeit-Frequenz-Analyse ausgewertet, bei der die laser-induzierten Aktivitäten unterschiedlicher Frequenzbänder ($\delta = 0.5 - 3 \text{ Hz}$, $\beta = 12 - 20 \text{ Hz}$ und $\gamma > 30 \text{ Hz}$) nach Hirnregionen getrennt ausgewertet wurden. Die Ergebnisse belegen eine Reduzierung insbesondere der affektiven Schmerzbewertung. Entspannungsmusik hatte den stärksten Effekt. Während der Entspannungsmusik wurden kortikal vor allem langsame Rhythmen im Deltaband in Strukturen des sensorischen und limbischen Systems (somatosensorischer und cingulärer Kortex) im Vergleich zu Reizen ohne Musik gemindert. Ein bemerkenswerter Befund zeigte sich beim Vergleich zwischen selbstkomponierter Schmerz- und Heilungsmusik. Hier manifestierten sich vor allem Unterschiede in Gammabandaktivitäten aus dem somatosensori-

schen Kortex. Somit konnte die Studie zeigen, dass Musiktherapie Schmerz lindern kann und verschiedene Musiktherapiekonzepte unterschiedliche neurobiologische Mechanismen der Schmerzlinderung nutzen. Die differentiellen Wirkungen könnten mit Unterschieden zwischen Einflüssen auf die Lenkung der Aufmerksamkeit (rezeptive Methode) und Umbewertungen (Re-Appraisal) der Reize (Entrainment-Methode) zusammenhängen. Bei letzterer könnte der intensivere Kontakt zum Therapeuten und der aktive gestalterische Umgang mit den Schmerzen die Selbstkontrolle unterstützen, die auch bei anderen psychotherapeutischen Konzepten der Behandlung von chronischen Schmerzen, etwa der kognitiv-behavioralen Methode, als wichtig erachtet werden.

Dileo C, Bradt J (2001)

Entrainment, resonance and pain-related suffering. C. Dileo (Ed.), Music Therapy & Medicine: Theoretical and Clinical Approaches. Silver Spring, MD: American Music Therapy Association.

Tang Hy, Vezeau T (2010).

The use of music intervention in health care research: a narrative review of the literature. J Nurs res., 18(3):174-90. Review.

Veränderungen der Lebensqualität von Menschen mit Behinderungen durch Veränderung der Wohnformen — Eine Evaluationsstudie zum Ausbau ambulanter Wohnformen

In Hamburg hat man sich der zukunftsgerichteten Gestaltung der Behindertenhilfe angenommen. Es wurde zwischen dem Kostenträger (Stadt Hamburg) und den Einrichtungsträgern vereinbart, dass jeweils 30% der vollstationären Plätze in ambulant betreute Wohngemeinschaften bzw. Hausgemeinschaften umgewandelt werden sollten. Darüber hinaus sollen die Betroffenen auch vermehrt eigene Wohnungen beziehen können.

Die Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg, Fakultät Wirtschaft und Soziales begleitet das Vorhaben der Umwandlung stationärer Wohnformen in ambulant betreute Formen des Wohnens bei »Leben mit Behinderung« Hamburg – Sozialeinrichtungen – gGmbH, indem 50 Nutzer, ihre Angehörigen und ihre professionellen Unterstützer während dieses Prozesses in den ersten vier Jahren mehrmals befragt wurden. Diese, als Evaluationsstudie angelegte Begleitung verfolgt das Ziel, die konkreten Anstrengungen zur Umwandlung seiner stationären Einrichtungen in ambulante Wohnformen, zu unterstützen.

Es werden mit diesem Vorhaben Antworten auf die Frage gesucht, inwiefern sich der Wechsel in die ambulant betreute Wohnform auf die Lebensqualität der Betroffenen auswirkt und wie zufrieden die Nutzer und ihre Angehörigen bzw. rechtlichen Betreuer mit der neuen Wohn- und Unterstützungssituation sind.

DIE ERHEBUNGSZEITRÄUME WAREN

- sechs Wochen vor der Veränderung der Wohnform (Zeitpunkt t0)
- sechs Monate nach dem Umzug (Zeitpunkt t1)
- ein Jahr nach der veränderten Wohnform (Zeitpunkt t2)
- drei Jahre nach der veränderten Wohnform (Zeitpunkt t3)

ERGEBNISSE

- Die Umwandlung der Wohn- und damit auch der Betreuungssituation gelingt in den allermeisten Fällen gut und unproblematisch.
- Die Wahrnehmung ihrer Selbstbestimmungsmöglichkeiten blieb über den gesamten Untersuchungszeitraum konstant hoch
- Selbst wenn ein hoher Hilfebedarf und somit professionelle Unterstützung geboten war, erlebten die Nutzer hier keine Einschränkung ihrer Entscheidungsfreiheit.
- Die Angehörigen und die professionellen Unterstützer bewerten in erster Linie die materiellen Rahmenbedingungen der neuen Wohnsituation positiv, die veränderte personelle Ausstattung eher negativ.

Insgesamt kann der von »Leben mit Behinderung gGmbH« vorgenommene Umwandlungsprozess von stationären in ambulante Wohn- und Betreuungsformen als gelungen angesehen werden, wenn man die Zufriedenheits- und Selbstbestimmungseinschätzung der Nutzer berücksichtigt. Allerdings ist durch diese Evaluation auch festzuhalten, dass hiervon durchgängig nur diejenigen profitierten, die über einen mittleren Hilfebedarf verfügten. Gleichfalls wäre es im Interesse aller Menschen mit Behinderungen, die im System der Behindertenhilfe betreut werden notwendig, auch für jene mit einem hohen Hilfebedarf weiter nach ambulanten Unterstützungsformen zu suchen bzw. diese zu schaffen.



PROF. DR. REGINA
BRUNETT
PROF. CHRISTIANE DENEKE
PROF. DR. MARTINA
HASSELER
STEVE STRUPEIT (Foto)

Pflegerische Beratung im Kontext von Mobilität und Lebensqualität

HINTERGRUND

Mobilität zu erhalten ist nicht nur ein zentrales Bedürfnis von Menschen, sondern auch eine relevante Voraussetzung und Ressource für Selbständigkeit und Autonomie im Alter. Der Verlust von Mobilität im Alter ist ein hoher Risikofaktor für Pflegebedürftigkeit und Heimeinweisung.

ZIELSETZUNG

Die Studie hatte das Ziel für die Gruppe der älteren und hochaltrigen multimorbiden Menschen im klinisch-geriatrischen Setting ein Konzept für eine Intervention »Pflegesprechstunde« zu entwickeln und umzusetzen, die sie systematisch darin unterstützt, nachhaltig und umfassend nach Krankenhausentlassung mobil zu bleiben bzw. wieder mobil zu werden.

METHODIK

Die nachhaltige Wirkung der Intervention »Pflegesprechstunde« wurde über einen 2-Jahreszeitraum (Längsschnittstudie) in einem Vorher-Nachher-Design (nicht-äquivalentes Kontrollgruppen-Pretest-Posttest-Design) im Hinblick auf relevante Endpunkte (Selbstopflegefähigkeiten, Kognitiver & Psychischer Status, Lebensqualität, Entlassung ins häusliche Setting, Wiedereinweisungsrate, Hilfsmittelgebrauch, Übergang in die stationäre Langzeitpflege) untersucht.

ERGEBNISSE

Als Ergebnisse lassen sich herausstellen, dass eine kontinuierliche ressourcenorientierte Beratung nachhaltig die Mobilität und partiell die Lebensqualität verbessert. Die verschiedenen Berufsgruppen sind durch die nahtlose Überleitung vom klinischen in das häusliche Setting entlastet. Pflegefachkräfte konnten gezielt vor dem Hintergrund eines neu entwickelten Schulungskonzeptes ihre Beratungskompetenzen vertiefen und damit ihre Handlungskompetenzen und das Berufsverständnis erweitern. Zudem sind

Trends erkennbar, wonach Frauen und Männer einen unterschiedlichen funktionellen Status sowie unterschiedliche Auffassungen in Bezug auf Mobilität aufweisen. Dies wurde durch qualitative und quantitative Daten belegt. Damit konnte ebenfalls der Begriff der Mobilität über den funktionellen Status hinaus erweitert werden. Schlussfolgerung /Anwendungsmöglichkeiten: Insbesondere die funktionale Mobilität kann durch eine gezielte Patientenedukation nach der Entlassung aus dem klinischen Setting erhalten und weiter gefördert werden. Eine langfristige Nachbetreuung festigt somit nachhaltig die Mobilität und sichert Rehabilitationserfolge.

Das LUCAS Teilprojekt 7 wurde gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung im Rahmen des Förderprogramms »Gesundheit im Alter« unter dem Förderkennzeichen 01ET0712.



ANNETTE BEYER (Foto)
PROF. DR. REGINA
BRUNETT
PROF. DENEKE
PROF. SCHMOECKER
PROF. DR. WESTENHÖFER

SAĞLIK. Ernähren, Bewegen und soziale Teilhabe im Stadtteil fördern: Sozialraum orientierte Gesundheitsförderung älterer Frauen und Männer mit türkischem Migrationshintergrund in Hamburg

Ältere Menschen mit türkischem Migrationshintergrund weisen im Vergleich zur deutschen Bevölkerung derselben Altersgruppe einen deutlich schlechteren Gesundheitszustand auf. Die Gründe sind vielfältig und liegen nicht ausschließlich in der Migration selbst, sondern primär in den daraus resultierenden Faktoren, wie z.B. einer prekären materiellen Situation, schlechten Wohnverhältnissen oder einem hohen Maß an funktionalem Analphabetismus. Diese durch soziale Benachteiligungen geprägten Lebenslagen zeigen sich u.a. in gesundheitlichen Problemen. Zugleich ist der Zugang zum Gesundheitssystem für diesen Personenkreis in der Regel eher hochschwellig. So kommt der informellen Bildung durch die Aktivitäten in den ethnischen Netzwerken eine besondere Bedeutung zu.

Im Forschungsprojekt SAĞLIK werden für die Zielgruppe der älteren Männer und Frauen mit türkischem Migrationshintergrund >60 Jahre Angebote mit den Schwerpunkten der gesunden Ernährung, der Bewegung und der sozialen Teilhabe entwickelt, umgesetzt und evaluiert. Grundlage bildet eine Bedarfs- und Bestandsanalyse, in der qualitative Methoden der Netzwerkanalyse mit quantitativen Methoden verknüpft werden. Damit soll die Lebensqualität der Menschen verbessert und ihre Ressourcen und Selbstständigkeit sollen erhalten bleiben. Die Entwicklung und Umsetzung des Angebots sollen partizipativ erfolgen und sind eingebettet in mehrdimensionale, regionale Strategien zur Verbesserung der Inanspruchnahme von Angeboten der Gesundheitsförderung. Ältere türkische MigrantInnen sollen unter Berücksichtigung zielgruppenspezifischer und sozialräumlicher Bedingungen zu gesundheitsförderndem Verhalten befähigt und nachhaltig aktiviert werden. Dazu werden mit der Unterstützung von Schlüsselpersonen (GesundheitsmittlerInnen, ÄrztInnen)

mikro- und mesosoziale Netzwerke aufgebaut und gestärkt.

Das Projekt wird mit einer Laufzeit vom 01.05.2010 – 30.04.2013 in Kooperation der Departments Gesundheitswissenschaften und Soziale Arbeit durchgeführt.



PROF. DR. SUSANNE BUSCH
FELIX GREINER (Foto)

Evaluation der Diplomstudiengänge Pflege und Gesundheit — ausgewählte Ergebnisse

HINTERGRUND

An der HAW Hamburg wurden 1996 die kooperierenden Diplomstudiengänge »Pflege« und »Gesundheit« eingerichtet. Inzwischen wurden sie von einem ausdifferenzierten Bachelor- und Mastersystem abgelöst. Im Rahmen der Evaluation werden hier Unterschiede in der Berufseinmündung von Absolventen beider Studiengänge dargestellt. Eine weitere Auswertung betrifft das gemeinsame Pflege-Studium von Studierenden mit und ohne einschlägiger beruflicher Ausbildung. Diese war im Diplomstudiengang »Pflege« keine Zugangsvoraussetzung; im jetzigen Studiengang »Pflegeentwicklung und Management« (Bachelor) ist sie obligat.

METHODE

Die Absolventen der beiden Diplomstudiengänge wurden seit 2003 mittels eines weitgehend standardisierten Erhebungsbogens umfassend zu Studienbedingungen, Studienverlauf und zur beruflichen Integration befragt.

ERGEBNISSE

Die Mehrzahl der Gesundheitsstudierenden (52%) hatte zu Beginn des Studiums keine Vorstellung über ihre spätere Tätigkeit; der Bekanntheitsgrad ihres Abschlusses bei Arbeitgebern wird von 83% als »nicht bekannt« beurteilt. Tätigkeitsfelder sind breit gestreut mit einem Focus auf Wissenschaft (33%) und Projektmanagement (14%). Daraus ergibt sich ein hoher Anteil von befristeten Positionen (68%). Pflegestudierende sind überwiegend in leitenden Positionen in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen tätig (u.a. 36% als Pflegedienstleitung). Bei 62% haben sich die Erwartungen an das Studium erfüllt; 40% gehen aktuell ihrem Wunschberuf nach. Die aktuelle berufliche Tätigkeit wird von beiden Gruppen ähnlich beurteilt. Jeweils die Hälfte ist (sehr) zufrieden. Gemeinsames Studium von Studierenden mit und ohne abgeschlossener Pflegeausbildung: 64% der Befragten

(nur Pflege) empfinden es als Bereicherung, allerdings sehen 73% eine Benachteiligung bei der Stellensuche für Absolventen ohne Ausbildung.

BASIS

129 Fragebögen (71 Pflege, 58 Gesundheit), Stand April 2010.

DISKUSSION

Die berufliche Integration der Pflegestudierenden hat im Vergleich zu den Gesundheitsstudierenden einen unmittelbaren Bezug zu den klassischen Handlungsfeldern; bei letzteren besteht oftmals der Wunsch bzw. die Notwendigkeit nach weiterqualifizierenden Studienangeboten. Curriculare (Weiter-)Entwicklungen müssen auf diesen Erfahrungen aufbauen.

Ob Studierende ohne Ausbildung eine sinnvolle Ergänzung für die akademisierte Pflege oder ausschließlich eine »bereichernde Ergänzung« der Studiengänge sind, ist noch offen. Für den Berufseinstieg benötigen sie gesonderte Stellenprofile, da sie sich nur bedingt in klassischen Pflegefeldern bewegen können. Hier sind Arbeitgeber und Berufspolitik gefordert.

The AsiaFluCap Project

Benefits, challenges and policy implications of a 3 year international research collaboration

Amena Ahmad, Raif Krumkamp, Piva Hanvoravongchai, Richard Coker and Raif Reintjes

This project is supported
By
the European Commission
and the Rockefeller
Foundation



Project objectives:

- * to provide a strategic framework to evaluate operational capacity in countries at risk of influenza pandemic
- * to determine systematically operational capacity gaps in order support containment and mitigate the consequences of pandemic influenza in these countries and elsewhere

Study countries:

Cambodia, Indonesia, Lao PDR, Taiwan, Thailand, and Vietnam

Project timeline:

May 2008 to April 2011

Project Co-ordinator:

Prof. Richard Coker

Contact Information:

Communicable Diseases
Policy Research Group, LSHTM,
9th Floor, Anek Prasong Bldg.,
420/6 Rajvithi Road, Bangkok
10400 Thailand
Tel/Fax: +662 354 9195
Email: bkk@cdprg.org
<http://www.asiafluicap.org>

Background and Methodology

The AsiaFluCap (AFC) Project brought together countries and people of diverse political, cultural, social, socio-economic and research backgrounds from Asia and Europe with the common aim of assessing and supporting the operational capacity of national health systems to respond to the threat of pandemic influenza in Asia. Two questionnaire based evaluation and discussion rounds accompanied this project with the aim to assess whether the project achieved what it set out to achieve. The purpose of the evaluation was to ensure a good quality scientific outcome, maximum utilization and implementation of results and to facilitate sustainability of the tools used and the expertise developed through the different project activities.

Evaluation Results

Overall benefits as reported by the AFC Project countries

- Acquired in-depth insight into the national health system's operational pandemic preparedness and response capacity and that of neighboring Southeast Asian countries
- Obtained evidence based information on resource gaps and needs for future policy decisions
- Learned new approaches for assessing national pandemic preparedness and collecting health systems data
- Learned to use a GIS (Map Window) program for quick visualization of health resources on a map
- Improved research, scientific paper writing, report writing and interview skills
- At regional level: developed numerous bilateral and multilateral contacts with neighboring countries, universities, national ministries of health, communicable disease networks, NGOs, research networks, international and regional health organisations and foundations across Asia and Europe
- At national level: established contact and strengthened cooperation and information exchange with national ministries and government institutions, national communicable disease control institutions, policy makers, district health care administrations and hospital administrations
- New projects have been applied for, in Indonesia, Lao PDR and Cambodia in cooperation with national, regional and European institutions.
- A Toolkit for the periodic evaluation of national pandemic preparedness, based on the instruments used in the AFC Project is considered useful by all partners
- The mathematical simulation tool (AFC Simulator) developed, is a useful and practical device for use by policy makers at the national level, it will support decisions based on evidence and not opinions

Impact of AFC project results on policy decisions

- **Thailand:** identified resource gaps led to the purchase of additional ventilators for hospitals
- **Cambodia:** identified resource gaps have informed the World Bank AI Project which is considering infra-structure improvement aid
- **Indonesia:** AFC project results have informed the development of the 'country wide' Health Facility Framework Survey', to be carried out in 2011
- **Vietnam:** inadequate logistics of anti-viral distribution, shortage of isolation rooms and lack of trained human resources will be the subject of policy decisions.
- **Lao PDR:** the MoH has been informed about the identified resource gaps which will be the basis of discussion with international donor organizations
- **Taiwan:** identified risk communication as a weakness, which will be the subject of future policy decisions.
- **Taiwan:** wants to collaborate with the AFC partner countries and support their pandemic preparedness efforts

Major barriers for policy makers

- Budget and administrative constraints
- Lack of harmonization of donor resource allocation within the country
- Personalisation of risk for policy makers
- Shortage of skilled staff
- Lack of coordination between different national sectors and centralised health systems

Areas for further research & training

- Research on equity of distribution of vaccines and AVs and quality of stockpiles
- Training of hospital management skills among physicians in Cambodian hospitals
- Training on primary precaution measures against infectious diseases at community level
- Research on the economic and cost/benefit impact of investments in health care
- Training on how to use the AFC Simulator tool
- Recommendations adapted to national conditions in Lao PDR on how to deal with resource gaps
- Research and training of risk communication skills
- Evaluation of the post A/H1N1 pandemic response




The AsiaFluCap Project

A simple calculator to determine health system resources needed to respond to different pandemic influenza scenarios

Ralf KRUMKAMP*, Ralf REINTJES, Mirjam KRETZSCHMAR, James RUDGE, Amena AHMAD, Mart STEIN, Aura TIMEN, Weerakax PUTHASRI and Richard COKER
 (*corresponding author: ralf.krumpkamp@haw-hamburg.de)

This project is supported By the European Commission and the Rockefeller Foundation



Project objectives:

- * to provide a strategic framework to evaluate operational capacity in countries at risk of influenza pandemic
- * to determine systematically operational capacity gaps in order support containment and mitigate the consequences of pandemic influenza in these countries and elsewhere

Study countries:
 Cambodia, Indonesia, Lao PDR, Taiwan, Thailand, and Vietnam

Project timeline:
 May 2008 to April 2011

Project Co-ordinator:
 Prof. Richard Coker

Contact Information:
 Communicable Diseases Policy Research Group, LSHTM, 9th Floor, Anek Prasong Bldg., 420/6 Rajuthit Road, Bangkok

Background

- pandemic influenza preparedness demands a variety of resources, like personnel, personal protective equipment, pharmaceutical drugs and a stable public health infrastructure
- shortcomings in these resources lead to a compromise in national response capacity affecting local and global disease spread
- local policy makers need tools to guide pandemic planning and to allocate their limited resources most efficiently

Aim: to develop a model for estimating local resource needs to respond to a pandemic influenza outbreak

Methods

- a deterministic SEIR like model based on 20 differential equations was programmed in MS Excel (compartment model in Fig 1)
- Infection control, temporary contact reduction, antiviral treatment, and vaccination were incorporated into the model structure
- model output was used to estimate resource needs
- literature review was conducted to find modelling parameters matching the current H₁N₁v (Novel Flu) pandemic
- model was applied to the Sing Buri province in Thailand: population of 217,744, stock of 2,170 antiviral (AV) treatment courses, 118 available hospital beds (20% of all) and 10 available ventilators (estimation)

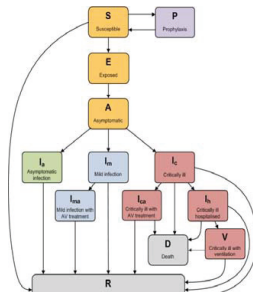


Fig 1: Structure of the SEIR-like influenza model

Results

- Without antiviral treatment and interventions 31.2% of the population would be symptomatically infected
- assuming that antivirals are used to treat all critical cases and 10% of the mild cases and 10% contact reduction is applied for 41 days during the outbreak peak, 24.5% of the population would be symptomatically infected (155 critical cases, 31 of which need ventilation, and 54,019 mild cases), with a max. of 1,554 cases per day (0.7% of all)
- There would be enough hospital beds to treat all critical cases, the number of ventilators would be appropriate to treat all cases needing ventilation, the AV stock will be exhausted at day 98, but would be appropriate to treat critical cases solely

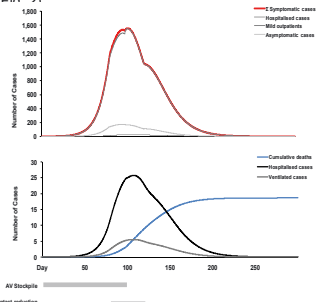


Fig 2: Simulated influenza outbreak within Sing Buri province / Thailand



Discussion

Pros of the model

- easy to use and applicable by local public health staff
- runs with the standard software MS Excel or OpenOffice Calc
- model output informs about resource needs and consequences of limited resources

Cons of the model

- model ignores population mixing patterns, the role of chance or public behaviour changes
- seasonality or prior outbreak waves are not considered during model calculation
- the resource calculator balances simplicity in application at the cost of accuracy in modelling

Kultur- und gendersensible Gesundheitsförderung und HIV-Prävention am Arbeitsplatz

Kooperationsprojekt der HAW Hamburg und der GIZ

Joana Roos-Bugiel, Prof. Christine Färber, HAW Hamburg

HIV und AIDS in Mosambik

- Mosambik gehört zu den zehn am meisten von der HIV-Pandemie betroffenen Ländern der Welt.
- Die Prävalenz in der produktiv arbeitenden Altersgruppe von 15 bis 49 Jahren liegt bei 11 %.
- Junge Frauen und Mädchen von 15 – 19 Jahren sind dreimal so sehr betroffen wie junge Männer derselben Altersgruppe.
- Soziale und ökonomische Geschlechterungleichheiten beeinflussen die weitere Ausbreitung der Epidemie.
- Die Epidemie gilt als Entwicklungshemmnis.
- HIV-Programme am Arbeitsplatz im öffentlichen Sektor und in der Privatwirtschaft sind wichtiger Bestandteil der deutsch-mosambikanischen Entwicklungszusammenarbeit.

Kernelemente herkömmlicher HIV/AIDS-Arbeitsplatzprogramme

1. Nicht-diskriminierende HIV/AIDS Unternehmenspolitik
2. Präventionsprogramme und System zur Verteilung von Kondomen
3. Freiwillige HIV/AIDS Beratung und Test
4. Verbesserung der Gesundheitsversorgung
5. Weiterführende Aktivitäten in Einzugsgebieten und Gemeinden
6. Monitoring und Evaluation

Das Kooperationsprojekt

Herkömmliche HIV Arbeitsplatzprogramme laufen Gefahr, durch Einseitigkeit und Wiederholung ihre Wirksamkeit zu verlieren.

Der im Kooperationsprojekt verfolgte Ansatz geht davon aus, dass ein Präventionsprogramm am Arbeitsplatz am wirksamsten ist, wenn Menschen sich in ihrer Ganzheitlichkeit wahrnehmen und Wertschätzung gegenüber ihrem Leben und ihrer Gesundheit erfahren.

Wissensvermittlung und Sensibilisierung im Rahmen von Arbeitsplatzprogrammen müssen über die Themen Sexualität und lebensbedrohliche Infektionskrankheiten hinaus gehen und an die Bedarfe der MitarbeiterInnen angepasst werden.

Forschungsfragen

1. Durch welche Maßnahmen kann ein Betrieb zu einem erweiterten Gesundheitsbewusstsein und so auch zu einem verbesserten Risikomanagement seiner MitarbeiterInnen am Arbeitsplatz und im Privatleben beitragen?
2. Wie können Elemente der westlich geprägten Betrieblichen Gesundheitsförderung mit den Inhalten von Arbeitsplatzprogrammen in Mosambik kultur- und gendersensibel verknüpft und wirksam umgesetzt und evaluiert werden?
3. Wie können insbesondere junge Frauen und Mädchen im Rahmen von weiterführenden Aktivitäten mit einbezogen werden?

Erwartete Produkte

- Konzept für ein erweitertes Arbeitsplatzprogramm für MitarbeiterInnen der GIZ Mosambik, das kultur- und gendersensibel Gesundheit am Arbeitsplatz sowie HIV/AIDS in allgemeine Gesundheit und Familiengesundheit einbettet. Bereiche: Information und Tests zu Infektions- und chronischen Krankheiten, Einbeziehung regionaler Heilkonzepte und der Familien.
- Empfehlungen und Instrumente zur Umsetzung kultur- und gendersensibler Maßnahmen.
- Monitoring- und Evaluationsinstrument.

HIV/AIDS-Epidemie



Methoden

KAPB-Studie in Mosambik zur Messung von Wissen (Knowledge), Einstellungen (Attitudes), Praktiken und Überzeugungen (Beliefs) als Vorher-Nachher-Messung und Bedarfsanalyse. Bereiche: Gesundheit allgemein, Gesundheit am Arbeitsplatz, Familie und Gesundheit, Reproduktive Gesundheit. Experteninterviews, Fokus-Gruppen-Diskussionen, Literaturrecherche



Kooperationspartner

HAW Hamburg, Department Gesundheitswissenschaften, Prof. Dr. Christine Färber und Dipl.-Gesundheitswirtin Joana Roos-Bugiel
Multisektorale HIV- und AIDS-Bekämpfung in Mosambik, GIZ Mosambik Manito



DER BERUFSSTAND DER HEBAMMEN IM POLITISCHEN SYSTEM DEUTSCHLANDS

Bewertung der Interessenvertretung freiberuflich arbeitender Hebammen mit Geburtshilfe

Kristin Maria Käuper, Christine Färber
Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

HINTERGRUND

Der Berufsstand freiberuflich arbeitender Hebammen mit Geburtshilfe ist zunehmend durch steigende Berufshatpflichtprämien (2010: 3.689,00€) bei gleichbleibendem Vergütungsniveau (2008: 14.500,00€ Nettoeinkommen/Jahr) in seiner Existenz bedroht (DHV 2010).

Trotz der erfolgreichen Petition „Sofortmaßnahmen zur wohnortnahen Versorgung mit Hebammenhilfe“ mit Anhörung der Präsidentin des Deutschen Hebammenverbandes e.V., Martina Klenk, während der öffentlichen Sitzung des Petitionsausschusses vom Deutschen Bundestag am 28.6.2010, konnten bisher keine Veränderungen an der prekären Situation freiberuflich tätiger Hebammen erreicht werden.

Dies wirft Fragen nach der Wirkung der politischen Repräsentation von hebammenspezifischen Interessen im politischen System Deutschlands auf. Bisher existieren keine Studien dazu, wie die Interessenvertretungen von Hebammen diese Anliegen im politischen, gesellschaftlichen und medialen System einbringen und durchsetzen. Die Master Thesis zielt darauf ab diese Forschungslücke zu schließen.

ZIEL

Die Master Thesis verfolgt drei Ziele:

1. Analyse der politischen Repräsentation der Interessenvertretungen von Hebammen in Deutschland und der vertretenen Interessen
2. Analyse der Determinanten von erfolgreicher oder gescheiterter Etablierung von Interessen im politischen System am Beispiel der Hebammen
3. Erarbeitung von Vorschlägen für eine bessere Positionierung der Interessenvertretungen von Hebammen als politischer Akteur in das deutsche System und Bestimmung der Ressourcen und Risiken der jeweiligen Interessen

Eine umfassende Bewertung der politischen Repräsentation hebammenspezifischer Interessen wird durch eine theoretische und empirische Herangehensweise erreicht.

FORSCHUNGSFRAGE

„Interessenvermittlung gehört zur Demokratie wie der Kolben zum Zylinder“ konstatiert Kleinfeld et al. (2007: 7). In modernen Demokratien spielen demnach die Repräsentation von Interessen und die Partizipation im Entscheidungsprozess wichtige Rollen im politischen System. Dennoch setzen verschiedene Interessenvertretungen unterschiedlich erfolgreich ihre Belange durch. Nach von Winter und Willem (2000) besitzen Interessen starke oder schwache Charakteristika, die die erfolgreiche bzw. minder erfolgreiche Durchsetzung beeinflussen. Laut ihrer Definition resultieren „schwache Interessen“ aus „einer Minderausstattung mit den für die Artikulations-, Organisations-, Mobilisierungs- und Durchsetzungsfähigkeit notwendigen sozialen Eigenschaften“ (2000: 14). Ausgehen davon, dass der Berufsstand der Hebammen über „schwache Interessen“ und demnach über Hindernisse bei der Durchsetzung verfügt, könnten Defizite in den vier sich beeinflussenden Elementen vorliegen.

Weitere theoretische Arbeiten zu politischer Repräsentation wie z.B. das Grundlagenkonzept von Repräsentation (Pitkin 1967) und Genderaspekte in der Repräsentation (Offe 2003) finden Beachtung.

Der Berufsstand der Hebammen agiert als politischer Akteur in einem hochkomplexen System, das die Durchsetzung der spezifischen Interessen erschwert. Nichtsdestotrotz gelingt es anderen Interessenvertretungen erfolgreich sich als politischer Akteur im deutschen System zu behaupten. Was unterscheidet diese Akteure von den Interessenverbänden der Hebammen? Auf welche Strategien und auf welche Strukturen greifen diese „erfolgreichen“ Akteure zurück und wie könnten deutschen Hebammen ihre „schwachen“ in „starke“ Interessen umwandeln und damit die Chance zur Durchsetzung steigern?

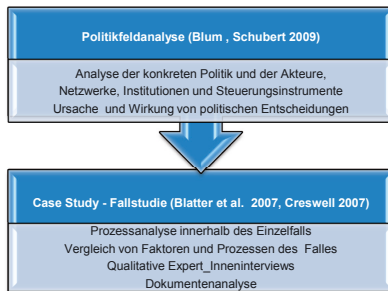
Um diese ambitionierte Frage zu beantworten, ist eine vielseitige Betrachtungsweise der Problematik von freiberuflichen Hebammen mit Geburtshilfe in Deutschland notwendig.

Die Arbeit untersucht, ob die Interessenvertretungen von Hebammen bisher an Artikulation, Organisation, Mobilisierung und Durchsetzung scheiterte und erarbeitet Vorschläge für eine wirksamere Interessenvertretung.

FORSCHUNGSDESIGN

Geplant ist die Anwendung von qualitativen und analytischen Forschungsmethoden.

Abbildung 1: Zweigliedriges Forschungsdesign



REFERENZEN

Blatter, Joachim K. et al. 2007: Qualitative Politikanalyse. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
 Blum, Song und Klaus Schubert 2009: Politikfeldanalyse – Lehrbuch. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. 2. Aufl.
 Creswell, John W. 2007: Qualitative Inquiry & Research Design – Choosing Among Five Approaches. Oaker: Sage Publications.
 Deutscher Hebammen Verband e.V. 2010: Hintergrundinformation zur E-Petition. Pressereferat. Mecklenburg.
 Kleinfeld, Ralf et al. 2007: Lobbying – Strukturen. Akteure. Strategien. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
 Offe, Claus 2003: Herausforderungen der Demokratie. Frankfurt / New York: Campus Verlag.
 Pitkin, Hannah 1972 [1967]: The Concept of Representation. Berkeley und Los Angeles.
 Von Winter, Thomas und Ulrich Willem 2000: Politische Repräsentation schwacher Interessen. Wiesbaden: Leske & Budrich.

kristinmaria.kaeuper@haw-hamburg.de



Forschungsprojekt SAĞLIK: Ernähren, Bewegen und soziale Teilhabe im Stadtteil fördern.

Sozialraumorientierte Gesundheitsförderung älterer Frauen und Männer mit türkischem Migrationshintergrund in Hamburg.



Hintergrund des Projekts: ungleiche Verwirklichungschancen in der Gesundheitsförderung?

Der Gesundheitszustand älterer Menschen mit türkischem Migrationshintergrund ist im Vergleich zur deutschen Bevölkerung derselben Altersgruppe deutlich schlechter. Auch die subjektive Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes erweist sich bei dieser Gruppe als schlechter; chronische Erkrankungen und Multimorbidität treten bei ihr vergleichsweise häufiger auf. Die soziale Lage zeichnet sich durch eine prekäre materielle Situation, schlechte Wohnverhältnisse und ein hohes Maß an funktionalem Analphabetismus aus. Im Zugang zur Gesundheitsversorgung, den Angeboten der Gesundheitsförderung und der Altenhilfe besteht eine Vielzahl von Barrieren. In diesem Kontext sind die ethnischen Netzwerke, in die diese Bevölkerungsgruppe vorrangig eingebunden ist, von spezifischer Relevanz. Ihre Aktivierung stellt einen wichtigen Ansatzpunkt im Hinblick auf die Förderung sozialer Teilhabe an Gesundheits- und Altenhilfesystem dar.

Zielgruppe

- Frauen und Männer mit türkischem Migrationshintergrund ab 60 Jahre ohne Pflegestufe in den Stadtteilen Billstedt, Wilhelmsburg, Altona-Nord und -Altstadt
- Türkische Migrant/innen ab 50 Jahre als Multiplikator/innen

Zielsetzung des Projekts

- Verbesserung der Lebensqualität älterer Menschen mit türkischem Migrationshintergrund
- Erhalt und Förderung der Ressourcen und Selbstständigkeit im Alter
- Verbesserung der Teilnahme an Angeboten zur Gesundheitsförderung durch Stärkung der mikro- und meso-sozialen Netzwerke
- Aktivierung von Multiplikator/innen der Gesundheitsförderung

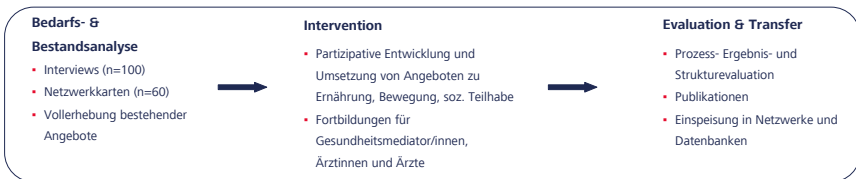
Konzeptioneller Zugang

- Stadtteil- bzw. Sozialraumorientierung: Anknüpfend an Kriterien zur ‚Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte‘; Setting: ‚Stadtteil‘, d.h. ‚aufsuchender‘ Zugang, z.B. über Moscheen, Kulturvereine, Gemeinden, Altentagesstätten, Einbeziehung von Schlüsselpersonen
- Netzwerkorientierung: Mikro- und meso-soziale Netzwerke alter Männer und Frauen mit türkischem Migrationshintergrund

Erwartete Ergebnisse

- Entwicklung und Veröffentlichung einer Angebotsübersicht zur Gesundheitsförderung älterer Menschen mit türkischem Migrationshintergrund
- Partizipative Entwicklung und Umsetzung eines Angebots mit den Schwerpunkten gesunde Ernährung, Bewegung und soziale Teilhabe
- Entwicklung einer Fortbildung und einer Handreichung für Hausärzt/innen zur Beratung im Hinblick auf gesundheitsförderliche Angebote für ältere Migrant/innen
- Entwicklung einer Fortbildung ‚Gesundheit und Alter‘ in Zusammenarbeit mit dem Projekt MiMi für Multiplikator/innen
- Erarbeitung von Handlungsempfehlungen zur Übertragung der Ergebnisse auf andere Regionen Deutschlands bzw. Bevölkerungsgruppen

Methodischer Ablauf



Kooperationspartner/innen Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung (HAG e.V.) • Bezirksamt Hamburg Altona, Kommunales Gesundheitsförderungsmanagement • Bezirksamt Hamburg-Mitte, Sozialraummanagement • MiMi – Mit Migranten für Migranten. Interkulturelle Gesundheit in Deutschland • Zwei türkischsprachige Hausärzt/innen

Projektrahmen Laufzeit: 1.Mai 2010 bis 30. April 2013 • Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg (HAW Hamburg) • Kooperation der Departments Gesundheitswissenschaften und Soziale Arbeit • gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung • Förderlinie SILQUA-FH („Soziale Innovationen für Lebensqualität im Alter“ im Rahmen des Programms „Forschung an Fachhochschulen“)

Projektteam Projektleitung: Prof. Dr. Westenhöfer • Stellvertretende Projektleitung: Prof. Mary Schmoeker, Prof. Christiane Deneke • Wissenschaftliche

A simple calculator to determine health system resources needed to respond to different pandemic influenza scenarios

Ralf Krumkamp¹, Joachim Westenhöfer¹, Amena Ahmad¹, Richard Coker²

¹Hamburg University of Applied Sciences, Public Health Research Department / Germany

²London School of Hygiene & Tropical Medicine, Communicable Diseases Policy Research Group / United Kingdom

Background

- pandemic influenza preparedness demands a variety of resources, like personnel, personal protective equipment, pharmaceutical drugs and a stable public health infrastructure
- shortcomings in these resources lead to a compromise in national response capacity affecting local and global disease spread
- developing countries are often restricted by limited resources and weak health system infrastructures
- local policy makers need tools to guide pandemic planning and to allocate their limited resources most efficiently

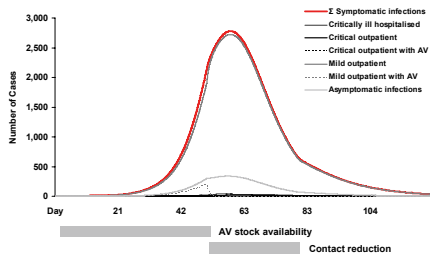
Aim

- to develop a model for estimating local resource needs to respond to a pandemic influenza outbreak
- to develop a model which is easy to use, utilizes standard computer programmes and is applicable by local public health staff

Methods

- a deterministic SEIR like model based on 20 differential equations was programmed in MS Excel (compartment model given in Fig. 1) assuming homogeneous mixing patterns across all age groups
- effect of infection control, temporary contact reduction, antiviral treatment / prophylaxis and vaccination on outbreak progression was determined
- model output was used to estimate resource needs
- literature review was conducted to find modelling parameters matching the current H₁N₁v (Novel Flu) pandemic
- model was applied to the Sing Buri province in Thailand: population of 217,744, stock of 2,170 antiviral (AV) treatment courses, 118 available hospital beds (20% of all) (data taken from Putthasri et al. (2009)) and 10 available ventilators (estimation)

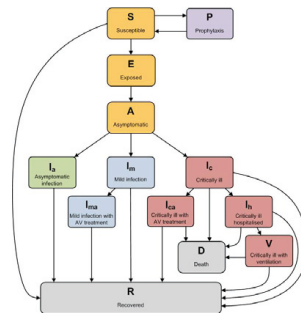
Figure 2: Outbreak curve of an estimated influenza outbreak in the Sing Buri province / Thailand



Acknowledgements

This work was conducted as part of "AsiaFluCap: Health system analysis to support capacity development in response to the threat of pandemic influenza in Asia", a European Commission project funded within the Seventh Framework Programme (FP7/2007-2013), grant agreement number: Health-F3-2008-201823

Figure 1: Compartment structure of the SEIR model



Results

- the model has a basic reproduction number (R_0) of 1.42
- without interventions 30.17% of the population would be infected
- assuming that AVs are used for treatment only and 10% contact reduction is applied during the outbreak peak from day 50 to day 80, 22.67% of the population would be symptomatically infected (629 critical cases, 46,599 mild cases and 149), with a max. of 2,779 cases per day (1.28% of all) (Fig. 2)
- 36 patients would be treated elsewhere due to a lack of hospital beds, 76 critically ill patients would die due to lack of ventilators, the AV stock will be exhausted at day 50 (when treating all critical cases and 20% of the mild cases) (Fig. 2)

Discussion

Pros of the model

- easy to use and applicable by local public health staff
- runs with the standard software MS Excel or OpenOffice Calc
- model output informs about how long resources could last, resource needs and consequences of limited resources
- Cons of the model
- model ignores complex assumptions like population mixing patterns, stochastic distributions or public behaviour changes
- seasonality or prior outbreak waves are not considered during model calculation
- current knowledge about the 'Novel Flu' is limited requiring an estimation of parameters (e.g. actual death rates or asymptomatic infections)
- the resource calculator balances simplicity in application at the cost of accuracy in modelling
- a free resource calculator will be downloadable from the AsiaFluCap project website at www.asiafluicap.com

Correspondence to: ralf.krumkamp@haw-hamburg.de

Putthasri W, Lertindumrong J, Chompoon P, Tangcharoensathien V, Coker R (2009). Capacity of Thailand to contain an emerging influenza pandemic. *Emerg Infect Dis*;15(3):423-32.

Berufseinmündung von Gesundheits- und Pflegewirten - Ist nach dem Studium vor dem Studium?

Susanne Busch¹, Felix Greiner²

¹Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg ²Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Prävention (ADP) e.V.

Hintergrund

Die berufsqualifizierenden Studienabschlüsse akademisch ausgebildeter Gesundheits- bzw. Pflegewirte waren weitgehend unbekannt, es gab eher vage Vorstellungen über die Fähigkeiten und Fertigkeiten der Absolventen, adäquate Arbeitsangebote waren selten. Zwischenzeitlich sind sie in vielen Handlungsfeldern etabliert. Die angemessene Verwertbarkeit der erlernten skills und tools (operationalisiert in Arbeitsplatzbeschreibungen) und die tarifliche Verortung hinken noch hinterher.

Methodik

Alle Absolventen der Diplomstudiengänge Gesundheit und Pflege der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg (HAW) werden seit 2003 in einer Vollerhebung umfassend zum Studienverlauf und zur beruflichen Integration mittels eines weitgehend standardisierten Erhebungsbogens schriftlich befragt.

Ergebnisse

Die folgenden Auswertungen repräsentieren ausgewählte Ergebnisse im Kontext der Erwartungen und der tatsächlich erfolgten beruflichen Integration im Vergleich der Diplomstudiengänge Gesundheit und Pflege an der HAW Hamburg (Abschlussjahrgänge von 2003 bis 2009 aggregiert). Zum Zeitpunkt der Befragung waren 49 (hiervon 67,5% befristet) der 58 Gesundheitsabsolventen und 62 (hiervon 28,3% befristet) der 71 Pflegeabsolventen erwerbstätig.

Tab. 1: Ausgewählte Fragen und Antworten der Absolventenbefragung

	Fragen	Antworten	Gesundheit	Pflege
Erwartungen Vorstellungen	Haben sich Ihre Erwartungen und Wünsche an das Studium im „Großen und Ganzen“ erfüllt?	Ja	32,7%	61,7%
		Teilweise	53,1%	30,0%
		Nein	14,3%	8,3%
Über Sie die Tätigkeit aus, die Sie sich zu Beginn des Studiums vorgestellt haben?	Über Sie die Tätigkeit aus, die Sie sich zu Beginn des Studiums vorgestellt haben?	Ja	14,6%	34,4%
		Nein	33,3%	39,3%
		Ich hatte keine konkrete Vorstellung	52,1%	26,2%
Aktuelle Tätigkeit	Wenn Sie sozialversicherungs-pflichtig beschäftigt sind, handelt es sich um ein befristetes Arbeitsverhältnis?	Ja	67,5%	28,2%
		Nein	27,5%	66,0%
		Selbständige / Inhaberliche Tätigkeit	5,0%	5,7%
Gibt es Vorbehalte bei Kollegen gegenüber dem Abschluss Diplom-Gesundheits-/Diplom-Pflegewirtin?	Gibt es Vorbehalte bei Kollegen gegenüber dem Abschluss Diplom-Gesundheits-/Diplom-Pflegewirtin?	Ja	12,5%	20,4%
		Nein	87,5%	79,6%
		Ja	27,7%	40,3%
Gehen Sie momentan Ihrem „Wunschberuf“ nach?	Gehen Sie momentan Ihrem „Wunschberuf“ nach?	Weiß ich (noch) nicht	31,9%	19,4%
		Nein	40,4%	40,3%
Zukunft	Haben Sie sich seit Ihrem Studienabschluss weiter- oder fortgebildet?	Ja	43,8%	25,8%
		Nein, aber ich plane es.	31,3%	41,9%
		Nein, ich plane es nicht	25,0%	32,3%
		Ja	56,3%	32,2%
Ziehen Sie es in Erwägung zu promovieren?	Ziehen Sie es in Erwägung zu promovieren?	Ja	43,8%	67,8%
		Nein		

Berufseinmündung

- Tätigkeitsfelder der Gesundheitsstudierenden sind breit gestreut mit einem Focus auf Wissenschaft (32,7%) und Projektmanagement (14,3%)
- Pflegestudierende hingegen sind in der Mehrzahl der Fälle in leitenden Positionen in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen tätig (u.a. 35,5% als Pflegedienstleitung, 11,3% im Qualitätsmanagement).
- Mehrere Gesundheitsstudierende geben an, dass sie die Forschung für sich entdeckt hätten, das gleiche gilt auch für einige Pflegestudierende.

Basiss: 129 Fragebögen (58 Gesundheit, 71 Pflege); Stand April 2010

Abb. 1: „Wie beurteilen Sie den Bekanntheitsgrad Ihres Abschlusses bei potentiellen Arbeitgebern?“

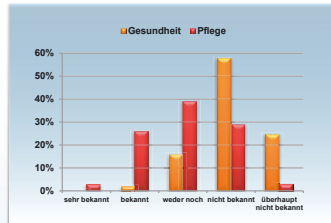
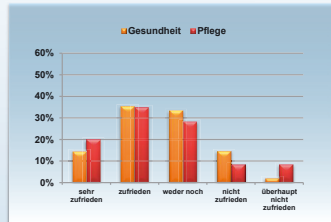


Abb. 2: „Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer aktuellen beruflichen Tätigkeit bzw. Erwerbssituation?“



Diskussion

Die berufliche Integration der Pflegestudierenden hat einen unmittelbaren Bezug zu den klassischen Handlungsfeldern, im Vergleich zu den Gesundheitsstudierenden; hier besteht oftmals der Wunsch oder auch die Notwendigkeit nach weiterqualifizierenden Studienangeboten. Pflegestudium mündet erwartungsgemäß in einem Beruf. Gesundheit studieren macht „Lust auf mehr“ ...

- Curriculare (Weiter-)Entwicklungen müssen auf diesen Erfahrungen aufbauen.
- Aspekte der Employability bei Gesundheitsstudierenden und der Forschungsorientierung bei Pflegestudiengängen sind zu bedenken
- Chancen der gestuften Studienabschlüsse sollten aktiv genutzt werden, um den unterschiedlichen Bildungsinteressen und Berufsbildungsinteressen Rechnung zu tragen.

Kontakt: Prof. Dr. Susanne Busch
Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Wirtschaft und Soziales
Department Pflege und Management
Tel.: +49 40 428 75-7098
E-Mail: susanne.busch@haw-hamburg.de

