

*Michaela Brause, Anja Ludwig, Anja Langness,
Meike Lierse, Martina Lukas-Nülle, Livia Ryl,
Karin Tiesmeyer, Thomas Hehlmann*

Der Einfluss sozialer Faktoren auf das Leistungsgeschehen im Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland

Graduiertenkolleg der Hans-Böckler-Stiftung
an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften
der Universität Bielefeld

Hans **Böckler**
Stiftung 



*Michaela Brause, Anja Ludwig, Anja Langness,
Meike Lierse, Martina Lukas-Nülle, Livia Ryl,
Karin Tiesmeyer, Thomas Hehlmann*

Der Einfluss sozialer Faktoren auf das Leistungsgeschehen im Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland

*Graduiertenkolleg der Hans-Böckler-Stiftung
an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften
der Universität Bielefeld*

*Zweite, überarbeitete Auflage
Bielefeld 2006*

Weitere Informationen zum Graduiertenkolleg gibt es im Internet unter:

www.uni-bielefeld.de/gesundhw/studium/promokol/index.html

Inhalt

Vorwort	4
Editorial.....	5
<i>Michaela Brause</i>	
Der Einfluss von Strukturmerkmalen auf das Versorgungsgeschehen in der Kardiologie der Bundesrepublik Deutschland	7
<i>Anja Ludwig</i>	
Der Einfluss sozialer Faktoren auf den Umgang mit komplexen Medikamentenregimen am Beispiel allein lebender, mehrfach erkrankter, alter Frauen.	12
<i>Anja Langness</i>	
Soziale Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen für Kinder	19
<i>Meike Lierse</i>	
Die Auswirkungen der Einführung einer DRG-basierten Vergütung im stationären Sektor auf die Versorgung und den Verlauf von schwereren Erkrankungen am Beispiel Hirninfarkt.	24
<i>Martina Lukas-Nülle</i>	
Analyse populationsbezogener Faktoren für die Inanspruchnahme und Kosten von Gesundheitsleistungen beim chronischen Schmerz.....	30
<i>Livia Ryl</i>	
Beeinflussen soziale Patientenmerkmale die Anwendung diagnostischer Herzkatheter und Koronarinterventionen?	36
<i>Karin Tiesmeyer</i>	
Der Einfluss sozialer Faktoren auf den Edukationsbedarf bei onkologisch erkrankten Kindern und Jugendlichen und ihren Familien.....	39
<i>Thomas Hehlmann</i>	
Zur Qualität der Arzt-Patientinnen-Kommunikation bei Brustkrebs unter Berücksichtigung des sozioökonomischen Status.....	45
Autorinnen.....	53

Vorwort

Warum sollten soziale Faktoren Einfluss auf das Leistungsgeschehen haben in einem Gesundheitssystem, das keine einkommensbedingten Zugangsbarrieren kennt und in dem allein der objektiv festgestellte Bedarf das Leistungshandeln medizinisch hoch qualifizierter Anbieter bestimmt?

Der zunehmende Wettbewerb unter den Anbietern, Zuzahlungen und die Einführung von Marktmechanismen im deutschen Gesundheitssystem lassen befürchten, dass bisher hierzulande unbekannte Barrieren in der Inanspruchnahme seiner Leistungen entstehen. Auf der anderen Seite wirft die von Experten in einzelnen Versorgungsbereichen vermutete Überversorgung die Frage auf, ob sie überhäufig dort auftritt, wo geringes Bildungsniveau und geringer beruflicher Status besonders wenig Widerstand aufseiten der Patienten gegenüber zweifelhaften oder überflüssigen, ökonomisch motivierten Leistungen erwarten lassen.

Drittens schließlich unterscheiden sich Anbieter grundsätzlich gleicher Leistungen z. T. erheblich in ihrem Image, beeinflussen das Informationsniveau der Nutzer und ihre berufliche (Vor-)Erfahrung auch ihr Verhalten im Gesundheitssystem.

Viertens wissen wir immer noch wenig über Abläufe, Kosten und Qualität der Routineversorgung und darüber, wie die Patienten und Angehörigen damit fertig werden, welche Strategien und Verhaltensweisen sie zum Umgang mit dieser Ungewissheit und Unsicherheit entwickeln.

Das Promotionskolleg der Hans-Böckler-Stiftung an der gesundheitswissenschaftlichen Fakultät der Universität Bielefeld sucht auf diese und ähnliche Fragen nach Antworten.

Mit dieser ersten Darstellung ihrer Arbeit verbinden die Stipendiaten, gemeinsam mit den Fakultätsmitgliedern, den Dank an die Stiftung für ihre großzügige Unterstützung.

Für die Fakultät

Prof. Dr. B. Badura

Prof. Dr. D. Schaeffer

Editorial

Das Gesundheitssystem der Bundesrepublik Deutschland ist gekennzeichnet durch eine Perspektivenungleichheit zwischen Nutzern und Akteuren. Letztere dominieren die Versorgungsangebote, definieren Bedarfe und richten die Versorgungsstrukturen primär an einer Gewinnmaximierung aus (Schaeffer 2004). Die auf dieser Grundlage geschaffenen Versorgungsangebote und Versorgungswege zielen vielfach an den Bedürfnissen und Bedarfen der Nutzer vorbei (Schaeffer/Ewers 2002). Soziale Faktoren, deren Einfluss auf die Gesundheit mittlerweile gut belegt sind (Marmot/Wilkinson 1999; Helmert et al. 2000; Mielck 2000) tragen vermutlich zu dieser Diskrepanz im Leistungsgeschehen bei. Dieser Zusammenhang ist bisher jedoch weit weniger erforscht.

Zunehmend gerät die Ausrichtung der deutschen Versorgungslandschaft in die Kritik gesundheitspolitischer Reformbestrebungen. Nicht zuletzt das Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen unterstützt und bestätigt diese Kritik (SVR 2000/ 2001, SVR 2003). So gehen die Experten davon aus, dass sowohl Über-, als auch Unter-, und Fehlversorgung im Gesundheitswesen vorhanden sind (Blaxter 1996; Mulley 1999; Badura/Siegrist 1999, Sachverständigenrat 2001). Diese scheinen sich nicht zufällig zu verteilen, sondern in Abhängigkeit von sozialer Schicht und/oder der Zugehörigkeit zu vulnerablen Gesellschaftsgruppen. Dazu erhöht sich in einem zunehmenden Wettbewerb zwischen Kassen und Leistungserbringern die Wahrscheinlichkeit einer Risikoselektion und damit einhergehend die Gefahr sozialbedingter Versorgungsmängel. Nur unter Berücksichtigung der konsequenten Einbeziehung der Nutzerperspektive bei der Entwicklung von Versorgungsangeboten durch Identifikation und Partizipation kann dieses Versorgungsdefizit abgeschwächt werden. Ein so orientiertes Leistungsgeschehen trägt zu einer Annäherung von Nutzerorientierung und Wirtschaftlichkeit bei (SVR 2000/ 2001, Francke/ Hart 2001, SVR 2003). Unter Beachtung unterschiedlicher Versorgungsfelder und Populationen muss die Transparenz der Verteilung von Kapazitäten, Leistungsvolumina und Leistungsqualitäten auf einzelne Bevölkerungsgruppen erhöht werden.

Aufgrund der dargestellten gegenwärtigen Diskussionen wurde im Oktober 2003 ein Graduiertenkolleg an der Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften eingerichtet. Es wird von der Hans-Böckler-Stiftung (HBS) gefördert und steht von universitärer Seite unter der Leitung von Prof. Dr. Bernhard Badura und Prof. Dr. Doris Schaeffer und ist eingebunden in den Promotionsstudiengang der Fakultät. Das Kolleg widmet sich dem übergeordneten Thema „Einfluss sozialer Faktoren auf das Leistungsgeschehen im Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland“. Die daraus hervorgehenden Promotionsvorhaben wollen einen Beitrag zu der oben dargestellten Problematik leisten. Ausgehend von der These, dass soziale Faktoren wie die Patientenmerkmale Alter, Geschlecht, Bildungsgrad oder Berufsstatus einen nachweislichen Einfluss auf die Kontakthäufigkeit mit dem Gesundheitswesen, auf die Arzt-Patient-Interaktion, auf diagnostische Aktivitäten, Festlegung von Therapiezielen, Auswahl therapeutischer Maßnahmen sowie ihre Durchführung und Erfolgskontrolle haben, ergeben sich folgende Fragestellung:

1. Ist die Verteilung der Leistungsmengen durch einen unterschiedlichen Bedarf (z.B. höhere Morbidität) in bestimmten Bevölkerungsteilen oder durch andere Determinanten z.B. im Sinne von Überkapazitäten begründet?
2. Drohen Angehörigen bestimmter vulnerabler Gesellschaftsgruppen Ausgrenzung oder besondere Schwierigkeiten im Zugang zu Versicherungs- und Versorgungsleistungen?

Hinsichtlich dieser Fragestellungen konzentrieren sich die Aktivitäten des Kollegs im Wesentlichen auf die Analyse des Versorgungsgeschehens. Dabei steht das Verständnis von Kernprozessen im Gesundheitswesen im Fokus des Forschungsinteresses wie beispielsweise in der Gesundheitsförderung, Prävention, Behandlung, Rehabilitation und Pflege. In diesem Zusammenhang werden insbesondere die Auf- und Ablauforganisationen von einzelnen Sektoren im Gesundheitswesen, die Interaktionen zwischen Experten im Gesundheitswesen und den Patienten, die Zusammenarbeit zwischen unterschiedlichen Disziplinen sowie die Versorgungskultur und Führungsprozesse analysiert. Im Ergebnis soll die Kollegarbeit damit einen Beitrag zur Transparenz der Veränderungen im bundesdeutschen Gesundheitswesen und ihrer Konsequenzen leisten sowie Vorschläge erarbeiten, wie die gewonnenen Erkenntnisse zur Verbesserung der gesundheitspolitischen Versorgung beitragen können. Die Annäherung an die beschriebene Problematik erfolgt sowohl über eine systembezogene als auch über eine populationsbezogene Sichtweise, die in die nachfolgend aufgeführten Promotionsprojekte einbezogen werden und sich gegenseitig ergänzen. Beide Ansätze beinhalten im Wesentlichen die Identifikation und Analyse von eventuell bestehender Über-, Unter- und Fehlversorgung vulnerabler Gruppen. Dabei wird in den Forschungsarbeiten das Zusammenwirken mehrerer sozioökonomischer Einflussfaktoren auf das Versorgungsgeschehen untersucht.

Bielefeld, im Mai 2006

Die Kollegiatinnen

Literatur

- Badura, B./Siegrist, J. (Hrsg.) (1999): Evaluation im Gesundheitswesen. Weinheim.
- Blaxter, M. (1996): The significance of socioeconomic factors in health for medical care and the National Health Service. In: Blane, D./Brunner, E./Wilkinson, R. (eds.): Health and Social Organisation: Towards a health policy for the twenty-first century. London: Routledge, 32-41.
- Francke R/ Hart D (2002): Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden
- Helmert, U./Bammann, K./Voges, W./Müller, R. (2000): Müssen Arme früher sterben?
- IOM (Institute of Medicine, Bearbeitung: Kohn, L.T., Corrigan, J.M., Donaldson, M.S. (eds.) (2000): To err is human. Building a safer health system. Washington D.C.: National Academy Press.
- Marmot, M./Wilkinson R.G. (1999): Social determinants of health. Oxford University Press, Oxford.
- Mielck, A. (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.
- Mulley, A.G. (1999): Quality Development in health care: the patient's role. Bonn
- Schaeffer D (2004): Der Patient als Nutzer. Bern: Hans Huber Verlag, 2004.
- Schaeffer D/ Ewers M (Hg.) (2002): Ambulant vor stationär. Perspektiven für eine integrierte ambulante Pflege Schwerkranker, . Huber Verlag, Bern
- SVR (2000/2001): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit Band I und II des Gutachtens des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen
- SVR (2003): „Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität“ Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen

Michaela Brause

Dipl. Sozialpädagogin MPH

Der Einfluss von Strukturmerkmalen auf das Versorgungsgeschehen in der Kardiologie der Bundesrepublik Deutschland

Einleitung

Die Ausgangsthese des Promotionskollegs lautet: Soziale Patientenmerkmale haben Einfluss auf das Versorgungsgeschehen im Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland. Hierfür liegt in Teilbereichen des Gesundheitssystems bereits Evidenz vor. Offen geblieben ist bisher die Frage, ob die unterschiedliche Verteilung der Leistungsmengen auf verschiedene Bevölkerungsgruppen durch den spezifischen Bedarf dieser Gruppen begründet ist oder durch Merkmale des Versorgungssystems. In diesem Promotionsvorhaben werden Merkmale des Versorgungssystems in den Vordergrund gestellt. Es wird untersucht, ob Strukturmerkmale der Leistungsanbieter Einfluss auf das Versorgungsgeschehen in der deutschen Kardiologie haben. Im Versorgungsgeschehen wird zum einen die Bedarfsgerechtigkeit in Abhängigkeit von Strukturmerkmalen analysiert und zum anderen eine mögliche differente Versorgung von Bevölkerungsgruppen, die nicht medizinisch, sondern sozial bzw. strukturell begründet ist.

Die Analyse bezieht sich auf spezielle Leistungen der invasiven Kardiologie. Diese Leistungen werden in den Mittelpunkt der Arbeit gestellt, weil sie unter dem Verdacht der Überversorgung stehen. Die Gesundheitssystemforschung muss ihre Fragestellungen nach einer möglichen Unterversorgung vulnerabler Bevölkerungsgruppen, um die Fragen nach Über- und Fehlversorgung erweitern. Um auf Ebene der Gesundheitssystemgestaltung zu agieren, muss zunächst auf Ebene der Versorgungsforschung analysiert werden, wie Über- und Fehlversorgung entsteht, wo bei welchen Leistungserbringern sie entsteht und wie sie sich auf Bevölkerungsgruppen verteilt.

1. Relevanz des Themas

Die chronische ischämische Herzkrankheit war im Jahr 2002 mit 11,2 % die häufigste Todesursache in Deutschland, gefolgt vom akuten Myokardinfarkt (7,6 %) und der Herzinsuffizienz (6,8 %) (Statistisches Bundesamt 2004). Die Kardiologie, als das behandelnde Fachgebiet, ist in Deutschland hoch technisiert und dementsprechend mit hohen Kosten verbunden. Durch spezielle Kathetertechniken können immer mehr Operationen am offenen Herzen, die mit schwerwiegenden Risiken für die Patientin einhergehen, vermieden werden. Trotzdem stehen die Kardiologie und die Katheter seit einiger Zeit in der Kritik. Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen geht von Unter-, Fehl-, bzw. Überversorgung in verschiedenen Bereichen der Behandlung von Patientinnen mit ischämischen Herzerkrankungen aus. Laut

des Gutachtens liegen Fehl-, bzw. Unterversorgung in der Hypertoniebehandlung, der Prävention, der Behandlung des akuten Myokardinfarktes und in der Rehabilitation vor, Überversorgung im Bereich der Versorgung mit koronarinterventionellen Maßnahmen. Hier sind vor allem diagnostische Herzkatheter (Koronarangiografie) und Perkutane Transluminale Coronare Angioplastien (PTCA) zu nennen (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2000/2001). 1991 wurden im gesamten Bundesgebiet 214.267 diagnostische Herzkatheter und 44.528 PTCA durchgeföhrt. Die aktuellen Zahlen von 2002 zeigen eine Steigerungsrate bei diagnostischen Herzkathetern von rund 200 Prozent (641.706) und bei den PTCA von rund 368 Prozent (208.178) (Mannebach/Horstkotte 2003). Diese Zahlen gingen selbstverständlich in die Einschätzungen des Sachverständigenrates in Bezug auf die Überversorgung mit koronarinterventionellen Maßnahmen ein. Bruckenberger (2001) schätzt, dass in Deutschland allein im Jahr 2001 von den Krankenkassen 459 Mio. Euro für diagnostische Untersuchungen und 646 Mio. Euro für PTCA ausgegeben wurden.

Mit der sich rasant entwickelnden Kathetertechnologie und den beträchtlichen Zuwachsraten der Leistungszahlen geht eine Diffusion der Technik in die unterschiedlichen Versorgungsstufen des Gesundheitssystems einher. Bis Mitte der 1980er Jahre wurde die Kathetertechnologie fast ausschließlich in spezialisierten Fachkrankenhäusern und Universitätskliniken durchgeföhrt. In der 2. Hälfte der 1980er Jahre diffundierten diese invasiven Leistungen in die Allgemeinkrankenhäuser. Seit Mitte der 1990er Jahre bieten immer mehr niedergelassene Kardiologen diagnostische Herzkatheter und PTCA an. Zwischenzeitlich wurde eine Diffusion der diagnostischen Herzkatheter in die Rehabilitation beobachtet. Allerdings ist dieser Trend bereits rückläufig, da z.B. in Nordrhein-Westfalen bereits 80 Prozent der Patientinnen¹ vor Antritt der Anschlussheilbehandlung invasiv untersucht werden (Mannebach 2004).

Durch die Diffusion in die unterschiedlichen Versorgungsstufen werden diagnostische Herzkatheter und PTCA heute in Einrichtungen mit äußerst unterschiedlichen Strukturmerkmalen durchgeföhrt. Die Varianz dieser Merkmale reicht von der hoch spezialisierten Fachklinik mit Leistungszahlen im vierstelligen Bereich (pro Jahr), die in mehreren Herzkatheterlaboren von mehreren Ärztinnen durchgeföhrt werden, bis hin zum niedergelassenen Kardiologen, der Leistungszahlen im zweistelligen Bereich vorweist, die allein er selbst in einem Herzkatheterlabor ambulant durchföhrt.

2. Fragestellung und Zielsetzung

In dem Promotionsvorhaben wird der Frage nachgegangen, ob Strukturmerkmale der Leistungserbringer, Einfluss auf das Versorgungsgeschehen mit koronarinterventionellen Maßnahmen haben. Um diese Frage zu beantworten wird in der geplanten Arbeit zwei potentiellen Einflussbereichen der Strukturmerkmale nachgegangen:

1. Haben Strukturmerkmale Einfluss auf die Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung?

Vor dem Hintergrund einer möglichen Überversorgung (s.o.) gilt es vor allem zu überprüfen, ob bestimmte Leistungsanbieter dazu tendieren Patienten invasiv zu behan-

¹ Um beiden Geschlechtern und der Lesbarkeit gerecht zu werden, wird im Folgenden unregelmäßig einmal die weibliche und einmal die männliche Form gewählt.

deln, deren Erkrankung ohne invasive Diagnostik erkannt bzw. ohne invasive Therapie behandelt werden könnte; denn die Überversorgung mit invasiven Maßnahmen bedingt systembezogen eine Verschwendung von Ressourcen, die andernorts sinnvoll eingesetzt werden könnten. Für die einzelne Patientin bedeutet sie vermeidbare Risiken, bis hin zum prozedurenbedingten Tod. Hintergrund für diese Frage ist, dass, meist in anglo-amerikanischen Studien, ein Zusammenhang zwischen steigendem Volumen und steigender Qualität des Outcomes festgestellt wurde². Der Sachverständigenrat geht davon aus, dass der Zusammenhang zwischen Leistungsvolumen der Einrichtung und der Qualität der Versorgung im Bereich koronarinterventioneller Maßnahmen auch für deutsche Verhältnisse hinlänglich belegt ist (ebd.). Aufgrund solcher Ergebnisse wird mittlerweile offen über die Einführung von Mindestmengen für bestimmte Leistungen diskutiert bzw. hat Nordrhein-Westfalen bereits eine Mindestmengenregelung für die Behandlung von Brustkrebs pro Einrichtung und Operateur eingeführt (Geraedts/Neumann 2003).

Für koronarinterventionelle Maßnahmen sind Mindestmengen umstritten, da eine Einführung dazu führen könnte, die Indikationsstellung auszuweiten, um so die Mindestschwellenwerte zu erreichen. Der Einfluss von Strukturmerkmalen auf die Rate der bedarfsgerechten Indikationen wurde bislang nicht untersucht.

2. Versorgen Einrichtungen mit unterschiedlichen Strukturmerkmalen unterschiedliche Patientenpopulationen?

Patientinnen unterscheiden sich nicht nur hinsichtlich ihrer medizinischen Merkmale (Schwere der Angina pectoris, Begleiterkrankungen, Anzahl der erkrankten Gefäße etc.), sondern auch in Bezug auf ihre sozialen Merkmale (Alter, Geschlecht, Bildung etc.). Zu erwarten sind Unterschiede in der Versorgung, die sich auf die medizinischen Merkmale der Patienten zurückführen lassen, z.B.:

Patienten mit schwerwiegenden Begleiterkrankungen (z.B. Diabetes) werden häufiger stationär in Fachkliniken als in ambulanten Praxen behandelt.

Im Sinne einer bedarfs- und sozial gerechten Versorgung wären Unterschiede, die sich allein auf die sozialen Merkmale der Patienten zurückführen lassen, nicht akzeptabel. Deshalb gilt es für alle Hypothesen, die sich auf die differente Versorgung von Patienten beziehen, multivariat zu überprüfen, ob soziale Merkmale der Patienten, Einfluss auf die Versorgung mit koronarinterventionellen Maßnahmen haben.

Im Bereich der Versorgung mit koronarinterventionellen Maßnahmen wurde ein möglicher Zusammenhang zwischen Strukturmerkmalen und sozialen Patientenmerkmalen noch nicht erforscht. Hinweise, dass Personen mit unterschiedlichen sozialen Merkmalen unterschiedliche Leistungserbringer aufsuchen, sind jedoch aus dem Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung bekannt. So suchen z.B. Angehörige der oberen sozialen Schichten häufiger einen Facharzt auf. Es wird davon ausgegangen, dass sie aufgrund ihres höheren Bildungsniveaus ihren Ansprechpartner gezielter aussuchen (Röckl-Wiedmann et al. 2002).

² Exemplarisch für den Zusammenhang zwischen Leistungsvolumen des Arztes und Komplikationen Ellis et al. 1997/ für den Zusammenhang zwischen Einrichtungsvolumen und Outcome Selby et al. 1996.

Im Hinblick auf die grundlegenden Aufgaben der Versorgungsforschung werden in der Arbeit die Versorgungssituation und die Versorgungsprobleme zunächst beschrieben, um sie im nächsten Schritt zu erklären (vgl. Pfaff 2004). Ziel ist die Schaffung von mehr Transparenz im Gesundheitswesen, um Strategien für eine bedarfs- und sozial gerechte Versorgung zu entwickeln.

3. Methodisches Vorgehen

Im Rahmen des Forschungsprojekts SULEIKA (Soziale Unterschiede und Leistungszahlen in der Kardiologie)³ wurden in einer standardisierten schriftlichen Querschnitterhebung Daten zu koronarinterventionellen Leistungen erhoben.

Die Konstruktion der Suleika-Stichprobe basiert auf der Datenbank der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie, die von einem Mitglied der Forschungsgruppe (PD Dr. H. Mannebach) seit 1985 jährlich fortgeschrieben wird. Somit war es möglich alle 422 Einrichtungen, die im Jahre 2001 diagnostische Herzkatheter und/oder PTCA's durchgeführt hatten zur Teilnahme aufzufordern.

Die Einrichtungen, die sich zur Teilnahme bereit erklärten, erhielten drei Arten von Fragebögen:

1. *einen Institutsfragebogen, auf dem Strukturmerkmale der Einrichtungen abgefragt wurden*
2. *eine anhand ihres Leistungsvolumen bestimmte Anzahl an Arztfragebögen, mit dem medizinische Daten zu den einzelnen Diagnosen bzw. PTCA's abgefragt wurden, auszufüllen von der behandelnden Ärztin*
3. *den Arztfragebögen zugeordnete Patientenfragebögen, die in erster Linie soziodemographische Patientenmerkmale erfragten, auszufüllen von der Patientin⁴.*

Die Erhebung ist mittlerweile abgeschlossen, die Daten sind in eine SPSS-Datenmatrix eingegeben und bereinigt worden. Komplette Datensätze (d.h. alle drei Fragebögen sind ausgefüllt worden) liegen für 812 Patienten aus 119 Einrichtungen vor.

4. Erwartete Ergebnisse

Erste Auswertungen der Daten bezüglich der Angemessenheit der Indikationen zu invasiven kardiologischer Leistungen zeigen, dass strukturelle Merkmale (Art der Einrichtung, Volumen, Leistungsspektrum) der Leistungsanbieter Einfluss auf die Angemessenheitsrate der Indikation zum diagnostischen Herzkatheter haben. Weiterhin wird deutlich, dass sich in verschiedenen Einrichtungsarten (Uniklinik, Allgemeinkrankenhaus, Fachklinik, Praxis) eine unterschiedliche Verteilung der Patienten bezüglich ihrer Schichtzugehörigkeit, ihres Bildungsstatus und ihres Haushaltsnettoeinkommens

³ DFG-Gz: 439/10-1/Projektleiter: Prof. Dr. B. Badura, PD Dr. H. Mannebach/Wissenschaftliche Mitarbeiterin: Dipl.-Soz.Päd. M. Brause MPH

⁴ Eine genaue Beschreibung des Vorgehens bei der Stichprobenberechnung, der Auswahl der Patientinnen in den Einrichtungen, der Maßnahmen zur Rücklauferhöhung etc. würde den Rahmen dieser Veröffentlichung sprengen.

zeigt. Diese bivariat gefunden Ergebnisse gilt es im Weiteren multivariat zu überprüfen und in diese Modelle den Gesundheitsstatus der Patientinnen mit ein zu beziehen.

Literatur

Bruckenberg, E. (2002): Herzbericht 2001 mit Transplantationschirurgie. Hannover

Geraedts, M; Neumann, M. (2003): Qualitätssicherung: Mindestmenge als alleiniger Qualitätsindikator unzureichend. In: Deutsches Ärzteblatt, 7/2003, S. 381-384

Mannebach, H. (2004): Diffusion und Utilisation invasiver kardiologischer Prozeduren. 1984 bis 2001. Bis-her unveröffentlichtes Skript

Mannebach, H.; Horstkotte, D. (2003): 19. Bericht über die Leistungszahlen der Herzkatheterlabore in der Bundesrepublik Deutschland. www.dgk.org/leitlinien/leistungszahlen2002.pdf (abgerufen am 15.02.04)

Röckl-Wiedmann, I.; Meyer, N.; Fischer, R.; Laubereau, B.; Weitkunat, R.; Überla, K. (2002): Schichtspezifische Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und Vorsorgeverhalten in Bayern: Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung. In: Sozial- und Präventivmedizin 27/2002, S. 307-317

Pfaff, H: Was ist Versorgungsforschung? <http://www.ph-portal.info/index.php?ELEMENT=Pfaff&cSID=38a94e87c1124e737fca407b74470383> (abgerufen am 03.03.04)

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2000/2001): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung. Ausführliche Zusammenfassung.

Statistisches Bundesamt (2004): Tabelle „Sterbefälle nach den 10 häufigsten Todesursachen“. <http://www.destatis.de/basis/d/gesu/gesutab20.htm> (abgerufen am 13.05.04)

Anja Ludwig

MScN

Der Einfluss sozialer Faktoren auf den Umgang mit komplexen Medikamentenregimen am Beispiel allein lebender, mehrfach erkrankter, alter Frauen.

Einleitung

Im Falle der hier aufgezeigten Fragestellung handelt es sich um eine populationsbezogene Problemstellung. Die im Zentrum der Untersuchung stehende Zielgruppe gilt aufgrund ihrer spezifischen Lebenslagenproblematik als besonders vulnerabel. Alte, allein lebende Frauen weisen in medizinischer, sozialer und psychischer Hinsicht, Risikofaktoren auf, die ihre gesundheitliche Situation in erheblichem Maße negativ beeinflussen können. Die dem hohen Alter, der Weiblichkeit und chronischer Krankheit zugeschriebenen Attribute und Rollen wurzeln zumeist in sozialen Konstruktionen, die wiederum mit spezifischen Diskriminierungen und Belastungen korrespondieren. Da auch Bewältigungsstile diesen gesellschaftlichen Zuschreibungen unterliegen, sollen Ressourcen aber auch Probleme im Bewältigungsverhalten alter Frauen- am Beispiel komplexer Medikamentenregime- analysiert werden. Nur unter Berücksichtigung dieser geschlechts- und altersspezifischen Faktoren werden sich gezielte Interventionskonzepte entwickeln lassen, die den Patientinnen Identifikation und Partizipation ermöglichen.

1. Relevanz des Themas

Medikamentenverordnungen zählen zu den am häufigsten vorkommenden therapeutischen Maßnahmen, die in Deutschland von niedergelassenen Ärzten durchgeführt werden (AB-DA 2002). Jedes Jahr werden ca. 1,6 Mrd. Arzneimittelpackungen verkauft und verordnet (entspricht 1.250 Pillen pro Person) (Glaeske 2004). Der Anteil der Ausgaben der GKV lag im Jahr 2002 für verordnete Arzneimittel bei 23,4 Mrd. € (entspricht einem Anteil von 17,5% der GKV-Gesamtausgaben) (Glaeske 2004). Demgegenüber stehen jedoch etwa 4700 Tonnen Medikamente im Wert von 4 Mrd. €, die pro Jahr auf deutschen Mülldeponien landen (Reichart 2004).

An falsch verordneten oder angewendeten Medikamenten sterben hierzulande jährlich 25.000-30.000 Personen und damit viermal mehr, als durch Verkehrsunfälle. Die Gesamtkosten, die durch noncompliantes Verhalten (Nicht-Befolgung ärztlicher Anordnungen) der Patienten verursacht werden und sich aus direkten und indirekte Kosten zusammensetzen, belaufen sich in Deutschland jährlich auf schätzungsweise 10 Mrd. Euro (SVR 2000/2001, ABDA 2003). In Anbetracht des veränderten Krankheitspanoramas und der demographischen Entwicklung, die mit einer weiteren Steigerung chronischer Erkrankungen und Multimorbidität einhergehen werden, erscheint eine veränderte Herangehensweise an die Entwicklung von Interventionsstrategien, welche sich konsequent an den Bedarfen und Bedürfnissen der Nutzer und weniger an denen von

Akteuren ausrichten, immer dringlicher. Durch den Abbau von Unter-, Über-, und Fehlversorgungsstrukturen auf dem Sektor umfassender Pharmakotherapien könnte eine bis heute oft mangelhafte Verknüpfung gesundheitspolitischer und nutzerorientierter Interessen erreicht werden (SVR 2000/2001).

1.1 Hintergrund des Promotionsvorhabens

Chronische Krankheitsverläufe oder Multimorbidität implizieren vielfach die Verordnung komplexer Medikamentenregime (Kruse et al. 2003). Diese Komplexität bezieht sich auf die Einnahme mehrerer Medikamente gleichzeitig (Multimedikation), auf mehrere Dosen täglich und auf die Applikationsart der Medikamente (Hargrave/Remler 1996, Roberts 2000, Gaul/Dornaus 2001, WHO 2003). Erschwerend tritt hinzu, dass die Therapien an den dynamischen Verlauf der chronischen Erkrankung immer wieder angepasst werden müssen und vielfach mit einer lebenslangen Einnahme verbunden sind (Schaeffer/Moers 2000). Die Integration dieser aufwendigen pharmakologischen Therapien in den Lebens-alltag, stellt die Patienten vielfach vor enorme Anpassungs- und Bewältigungsprobleme (HMO Workgroup on Care Management 2002). Wie alte Frauen diese Herausforderungen bewältigen, wird zentrales Erkenntnisinteresse dieser Untersuchung sein.

1.2 Begründung für die Wahl der Zielpopulation

Die Zielgruppe der allein lebenden, multimorbiden alten Frauen, deren Anzahl in den kommenden Jahren weiter ansteigen wird (Enquete Kommission 2002, BMFSFJ 2002), muss - bezogen auf die Bewältigung komplexer Medikamentenregime - als besonders vulnerabel eingestuft werden. Aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung sind sie besonders häufig von Multimorbidität und der damit assoziierten Multimedikation betroffen (Hessel et al. 2000, Kruse et al. 2003). Mit steigender Anzahl einzunehmender Medikamente erhöhen sich allerdings Nebenwirkungen und Wechselwirkungen, die in Kombination mit altersbedingten Veränderungen der Pharmakokinetik und Pharmakodynamik schwerwiegende gesundheitlichen Risiken provozieren können (Kruse 1994, Füssgen 2000, Brummel-Smith 2003). Die bei dieser Zielgruppe häufig vorliegenden Funktionseinbußen, die Kumulation somatischer Erkrankungen, sowie psychischer und psychiatrischer Komorbidität schränken die Fähigkeit einer selbstständigen Lebensführung mit zunehmendem Alter ein. Um diese Verluste annähernd kompensieren zu können, bedarf es verstärkt Unterstützungshilfen aus dem sozialen Netzwerk, die bei dieser Klientel jedoch oft nur unzureichend oder gar nicht vorhanden sind. Das lässt sich u.a. darauf zurückführen, dass sie - ebenfalls bedingt durch ihr höheres Lebensalter, - zumeist nach Verwitwung, häufiger vom Leben im Einpersonenhaushalt betroffen sind und oft weniger soziale Unterstützung durch informelle Netzwerke erhalten, als ihr gegengeschlechtliches Pendant.

Es konnte in einer Vielzahl von Studien nachgewiesen werden, dass fehlende oder unzureichende sozialer Unterstützung (Rubinstein et al. 1992), zunehmende Funktionseinbußen (Hargrave/Remler 1996, Brandstaedt et al. 1996, Füssgen 2000, Garnett 2000), das Erleben von Nebenwirkungen, die Kumulation somatischer Krankheiten und, psychische Komorbidität (Finzen 2000, Chiechanowski et al. 2000, Gaul/Dornaus 2001, WHO 2003) als eindeutige Risikoindikatoren bei der Bewältigung komplexer Medikamentenregime zu bewerten sind (Kidd/Altman 2000).

1.3 Forschungsstand

Ca. vier Jahrzehnte lang konzentrierte man sich im Bereich der Complianceforschung vorwiegend auf die Möglichkeiten der Nachweis- und Vorhersagbarkeit noncomplianten Verhaltens, z.B. durch Monitoringverfahren, biochemische Messwertanalysen oder der Klassifizierung von Risikopopulationen nach soziodemographischen Merkmalen (Cramer/Mattson 1991, Rand 1993, Farmer 1999, Bovet 2002) und wies in der Regel die Schuld für das Therapieversagen einseitig dem Patienten zu (Conrad 1985, Donovan 1992). Die durch die genannten Verfahren gewonnenen Informationen und Daten dienten u.a. der Entwicklung von Interventionskonzepten und Schulungsprogrammen, deren Erfolge in der Regel jedoch hinter den erhofften Verbesserungen der Patientencompliance zurückblieben (Mazzuca 1984, Becker/Rosenbrock 1984, Buck et al. 1997, Jhonson et al. 1999, Weinstein 2000). Es bleibt zu vermuten, dass die geringe Effektivität dieser Konzepte auf die beschränkte Wahrnehmung des Phänomens und den weitestgehenden Ausschluss der Nutzerperspektive zurückgeführt werden muss (Jhonson et al. 1999).

Neuere Forschungserkenntnisse, wie sie aus dem 2003 vorgelegten Adhärenzbericht der WHO hervorgehen, verdeutlichen, dass es sich bei der Bewältigung langandauernder komplexer Medikamentenregime um ein multifaktorielles Geschehen handelt, in welchem sich gesundheits- und krankheitsbedingte, soziale und ökonomische, patienten- und therapiebezogene sowie gesundheitssystem- und akteursbezogene Faktoren wechselseitig bedingen (WHO 2003). Übertragen auf die Mikroebene können sich somit Faktoren, wie die Freiheit von Krankheitssymptomen (Sumartojo 1993, McLean/Lo 1998, Gaul/Dornaus 2001), ein geringes Haushaltseinkommen (Demyttenaere 1998, Jhonson et al. 1999, DiMatteo et al. 2000) oder fehlende soziale Unterstützung (Lilja 1984, Delany 1998, McLean/Lo 1998, DiMatteo et al. 1999), Kosten-Nutzen Abwägungen auf Seiten der Patienten (Horne/Weinman 1998, Zappetella et al. 1999, Catz et al. 2000) oder deren fehlende Krankheitseinsicht (McLean/Lo 1998, Delany 1998, Gaul/Dornaus 2001), erfahrene Nebenwirkungen durch Medikamente (Zappetella 1999, Garnett 2000, DiMatteo et al. 2000, Bloom 2001) oder eine negative Therapeutenbeziehung (Becker/Rosenbrock 1984, Dowell/Hudson 1997, Lumme-Sandt/Virtanen 2002) u.v.m. als Behinderung oder Störung bei der Bewältigung komplexer Medikamentenregime herauskristallisieren.

2. Fragestellung und Zielsetzung

In diesem Promotionsvorhaben soll der Frage nachgegangen werden, wie sich die Bewältigung komplexer Medikamentenregime unter spezifischer Berücksichtigung von, Weiblichkeit, höherem Lebensalter und Mehrfacherkrankung gestaltet. Dabei werden beide sozialen Merkmale - Weiblichkeit und Alter - als Strukturvariablen und damit als inhaltliche soziale Konstrukte verstanden, die sich auf die Bewältigung auswirken. Da die Bewältigung des komplexen Medikamentenregimes nur im Kontext der Verlaufsdynamik chronischer Krankheiten zu verstehen ist, und es sich hierbei um eine Langzeitbelastung für die Patienten handelt, soll in der Untersuchung dieser Faktor ebenfalls berücksichtigt werden. Ziel ist es Probleme und Ressourcen der Bewältigungsstile alter, allein lebender Frauen in Hinblick auf ihr anzuwendendes komplexes Medikamentenregime zu erfassen. Hiermit sollen geschlechtsspezifische Tendenzen aufgezeigt werden, die auch bei der Entwicklung von Interventionskonzepten –zur För-

derung des Selbstmanagement und der Adhärenz- hilfreich sind. Die Untersuchung soll darüber hinaus die Mehrdimensionalität des zu untersuchenden Phänomens abbilden und Einblick in die vielschichtigen Herausforderungsprozesse von Patientinnen mit chronischer Krankheit liefern.

2.1 Ausgangshypothese

In dem hier dargestellten Promotionsvorhaben findet eine bewusst vorgenommene Abkehr von den noch heute dominierenden Compliancedebatten statt, welche die Perspektive der Patienten in der Regel unberücksichtigt lassen. Primärer Fokus liegt auf der qualitativen Erfassung von Ressourcen und Problemen, die sich den Patientinnen im Umgang mit ihren komplexen Medikamententherapien im Alltag stellen. Diesem Vorgehen liegt die Annahme zugrunde, dass die Patientinnen ihre ganz individuelle Wirklichkeit im Zusammenhang mit komplexen Medikamentenregimen im Zeit-, Krankheits- und Lebensverlauf konstruieren (Strauss/ Glaser 1975, Jhonson et al. 1999), die sich objektiven Maßstäben und Bewertungen und damit der Einteilung in richtig oder falsch entzieht. So zeigt sich bereits in ersten Interviewauswertungen, dass die Medikamententherapie vielfach dem sozialen Leben untergeordnet wird und sich erst in gesundheitlichen Krisensituationen wieder zu einem zentralen Thema entwickelt. Es ist ebenso zu vermuten, dass Bewältigungsstile durch sozialisatorische Prozesse, Lebenserfahrungen und altersbedingte Veränderungen geprägt sind.

3. Methodisches Vorgehen

Der Zugang zu den allein lebenden, multimorbiden, alten Frauen ergibt sich durch die Kooperation mit verschiedenen Berufsgruppen, wie Pflegepersonal, niedergelassenen Ärzten und Apothekern, die als Gatekeeper fungieren. Die für die Untersuchung notwendigen Daten sollen mit Hilfe leitfadengestützter offener Interviews in den Haushalten der Patientinnen erhoben werden. Die Analyse- und Auswertungsmethode wird dabei am methodischen Vorgehen der Grounded Theory ausgerichtet sein. Die Probanden werden über das für die Methode typische theoretical-sampling gewonnen. Geplant ist hierbei auch die Auswahl von Kontrastfällen, welche die Bandbreite des Phänomens widerspiegeln sollen (Strauss 1994, Glaser/Strauss 1998, Corbin 2002). Um den unterschiedlichen Bewältigungsphasen und/oder evtl. Brüchen im Zeitverlauf der Erkrankung gerecht zu werden, sind zwei Erhebungsintervalle in einem Gesamtzeitraum von zehn Monaten geplant.

4. Erwartete Ergebnisse

Es ist davon auszugehen, dass durch die leitfadengestützten offenen Interviews Faktoren, die sich aus der spezifischen Lebenslagenproblematik der Zielgruppe ergeben, und die ihre Wirkung auf die Bewältigung der Medikamentenregime ausstrahlen, aufgedeckt werden können. Darüber hinaus kann angenommen werden, dass sich auf der Basis einer Sammlung erleichternder und erschwerender Bedingungen im Umgang mit den Arzneimittelregimen, wichtige Erkenntnisse über geschlechts- und altersspezifische Bewältigungsstrategien eruieren lassen, die - im Sinne geschlechtssensibler Gesundheitsversorgung - zur inhaltlichen Ausgestaltung von Interventionskonzepten herangezogen werden können.

Literatur

- ABDA-Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (2003): Die Apotheke-Zahlen, Daten, Fakten; www.abda.de, download vom 23.07.04, Berlin
- Buck D/ Jacoby A/ Baker GA/ Chadwick DW (1997): Factors influencing compliance with epileptic drug regimes, *Seizure*, Vol.6, S.87-93
- Becker MH/ IM Rosenstock (1984): Compliance with Medical Advice, (Hrsg.) Steptoe A., Health care and human behaviour, Acad.Press London, S. 157-208
- BMFSFJ (2002): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation- Risiken; Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger - unter besonderer Berücksichtigung dementieller Erkrankungen und Stellungnahme der Bundesregierung
- Bloom SB (2001): Daily regimen and compliance with treatment, *BMJ* Vol.323, 22.September, S.647
- Bovet P/ Burnier M/ Madelaine G/ Waeber B/ Paccaud F (2002): Monitoring one-year compliance to anti-hypertension medication in the Seychelles, *Bull.World Health Organ.*, 80:33-39
- Brandstaedt A/ Oelzner S/ Hoffman A (1996): Correlations between subjective compliance, objective compliance, and factors determining compliance in geriatric hypertensive patients treated with triam-terene and hydrochlorothiazide, *International journal of clinical pharmacology and therapeutics*, Vol.34, No.6, S.236-242
- Brummel-Smith K (1998): Polypharmacy and the Elderly Patient, *Archives of the American academy of orthopaedic Surgeons*, Vol.2, No.1, S.39-44
- Catz LS/ Kelly JA/ Bogart LM/ Benotsch EG/ MvAuliffe TL (2000): Patterns, Correlates, and Barriers to Medication Adherence Persons Prescribed New Treatments for HIV Disease, *Health Psychology*, Vol.19, No.2, S.124-133
- Cienchanowski PS/ Wayne JK/ Russo JE (2000): Depression and Diabetes, *Archives of internal medicine*, Vol.160, No.21, S.3278-3285
- Conrad P (1985): The meaning of medications: another look at compliance, *Social Science and Medicine* 20, S.29-37
- Corbin JM (2002): Die Methode der Grounded Theory im Überblick In: Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung (Hrsg.) Schaeffer D/ Müller-Mundt G, Verlag Hans Huber, Bern/ Göttingen/ Toronto/ Seattle, S.59-70
- Cramer JA/ Mattson RH (1991): Monitoring compliance with antiepileptic drug therapy in (Hrsg.) Cramer JA/ Spilker B, eds., *Patient Compliance in Medical Practice and Clinical Trials*, S.123-137, Raven Press, New York
- Delany C (1998): Reducing Recidivism: Medication Versus Psychosoziale Rehabilitation, *Journal of Psychosocial Nursing*, Vol.36, No.11, S.28-34
- Demyttenaere K (1998): Noncompliance with antidepressants: who's to blame?, *International clinical psychopharmacology*, Vol. 13 SUPP/2, S.19-25
- DiMatteo MR/ Lepper HS/ Croghan TW (2000): Depression Is a Risk Factor for Noncompliance With Medical Treatment, *Archives of internal medicine*, Vol.160, No.14, S.2101-2107
- Donnovan JL/ Blake DR/ (1992): Patients non-compliance: deviance or reasoned decision- making. *Social Science and Medicine* 34, S.507-513
- Dowell J/ Hudson HA (1997): A qualitative study of medication-taking behaviour in primary care, *Journal Family Practice*, Oxford University Press, Vol.14, No. 5, S.369-375
- Enquete- Kommission (2002): Demographischer Wandel- Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den einzelnen und die Politik, Endbericht, (Hrsg.) Deutscher Bundestag. Referat für Öffentlichkeitsarbeit, Bonn
- Farmer KC (1999): Methods for measuring and monitoring regimen adherence in clinical practice (Review) (61refs.), *Clin. Ther.* 21:1074-90
- Finzen A (2001): Medikamentenbehandlung bei psychischen Störungen, Psychiatrie-Verlag, Bonn
- Füssgen I (2000): Der ältere Patient- Problemorientierte Diagnostik und Therapie, Urban & Fischer Verlag, München/ Jena

- Garnett WR (2000): Antiepileptic Drug Treatment: Outcomes and Adherence, *Pharmacotherapy*, Vol.20, Nr.8, S.191S-199s
- Gaul G/ Dornaus C (2001): Therapie-Adhärenz bei arterieller Hypertonie, *J.Hyperton.* 4/2001
- Glaeske G (2004): Mehr Markt oder mehr Regulation für mehr Effizienz in der Arzneimittelversorgung? Präsentation am 04.06.2004 im Rahmen der Präsenzveranstaltung des Weiterbildungsstudiengangs „Angewandte Gesundheitswissenschaften“ an der Universität Bielefeld
- Glaser BG/ Strauss AL (1998): *Grounded Theory*, Verlag Hans Huber, Bern/ Göttingen, Toronto/ Seattle
- Hargrave R/ Remler MP (1996): Noncompliance, *Journal of the National Medical Association*, Vol.88, S.7
- Hessel A/ Gunzelmann T/Geyer M/ Brähler E (2000): Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und Medikamenteneinnahme bei über 60jährigen in Deutschland –gesundheitliche, soziokulturelle, soziodemographische und subjektive Faktoren. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 33(4), 289-299
- HMO Workgroup on Care Management (2002): *Improving the Care of Older Adults with Common Geriatric Conditions, A Report from the HMO Workgroup on Care Management*, (Hrsg.): The American Association of Health Plans (AAHP), AAHP-Foundation, Washington
- Jhonson MJ/ Williams M/ Marshall ES (1999): Adherent and Nonadherent Medication-Taking in Elderly Hypertensive Patients, *Clinical nursing research*, Vol.8, No.4, S.318-335
- Kidd KE/ Altman DG (2000): Adherence in Social Context, *Control Clinical Trials* 21:184S-187S
- Kruse A/ Knappe E/ Schultz-Nieswand F/ Wilbers J (2003): *Kostenentwicklung im Gesundheitswesen: Ursachen ältere Menschen höhere Gesundheitskosten*, Expertise erstellt im Auftrag der AOK Baden-Württemberg
- Kruse W (1994): *Medikamente in der Geriatrie: Probleme bei der Arzneimittelanwendung und Lösungsmöglichkeiten*, Expertise im Auftrag des BMFSFJ, Band 25 Schriftenreihe des BMFSFJ, Verlag W. Kolhammer, Stuttgart/ Berlin/ Köln
- Lilja P (1984): Recognizing the Effect of Social Support on Compliance to Medical Regimen in the Elderly Chronically, *Home healthcare nurse*, Nr.2, S. 17-22
- Lumme-Sandt K/Virtanen P (2002): Older people in the field of medication, *Sociology of Health & Illness*, Vol. 24 No. 3, S.285-304
- MacLean D/Lo R (1998): The non-insulin-dependent diabetic: success and failure in Compliance, *The Australian journal of advanced nursing*, Vol.15, No. 4, S.33-42
- Mazzuca SA (1982): Does Patient Education In Chronic Disease Have Therapeutic Value?, *Journal of chronic disease*, Vol.35, S.521-529
- Put C/ v.d. Bergh O/ Demendts M/ Verleden G (2000): A Study of Relationship Among Self-Reported Non-compliance, Symptomatology, and Psychological Variables in Patient with Asthma, *The journal of asthma*, Vol.37, No.6, S. 503-510
- Rand CS (1993): Measuring adherence with therapy for chronic disease: implications for the Treatment of heterozygous familial hypercholesterolemia, (Review) (35refs.), *Am.J.Cardiol.*, 72:68D-74D
- Reichart T (2004): Milliarden in den Müll-Verschwendete Medikamente, Reportage in der zdf-Sendung Frontal 21, vom 08.03.2004
- Roberts KJ (2000): Barriers to Facilitators of HIV-Positive Patients' Adherence to Antiretroviral Treatment Regimes, *Aids patient care and STDs*, Vol.14, No.3, S.155-171
- Rubinsten RL/ Kilbride JC/ Nagy S (1992): *Elders Living Alone. Frailty and the Perception of Choice*; Walter de Gruyter, Inc., New York
- Schaeffer D, Moers M (2000): *Bewältigung chronischer Krankheit-Herausforderungen für die Pflege* in: *Handbuch Pflegewissenschaft* S.447-483, (Hrsg.) Rennen- Allhoff B, Schaeffer D, Juventus Verlag Weinheim/ München
- Schlenk EA/ Hart L (1984): Relationship Between Health Locus of Control, Health Value, and Social Support and Compliance of Persons with Diabetes Mellitus, *Diabetes Care*, Vol.7, No.6, S.566-574
- Sumartojo E (1993): When Tuberculosis Treatment fails, *American review of respiratory disease*, Vol.147, No.5, S.1311-1320
- Strauss AL (1994): *Grundlagen qualitativer Sozialforschung*, Wilhelm Fink Verlag GmbH Co.KG, München

Strauss AL/ Glaser (1975): *Chronic Illness and the Quality of Life*, The C. V. Mosby Company, Saint Louis

SVR (2001): *Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit*, (Hrsg.) Sachverständigenrat (SVR) für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Gutachten 2000/2001, Nomos Verlag, Baden Baden

Weinstein G (2000): *Asthma Treatment and Noncompliance*, Delaware medical journal, May, Vol.72 No 5, S. 209-214

WHO (2003): *Adherence To Long Term Therapies, Evidence for action*, (Hrsg.) World Health Organisation, Genf

Zappetella G (1999): *How do terminally ill patient at home take their medication?*, Palliative Medicine, Vol.13, Nr.6, S.469-475

Anja Langness

Dipl. Pädagogin MPH

Soziale Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen für Kinder

Einleitung

Im deutschen Gesundheitswesen finden sich Hinweise auf eine Über-, Unter- oder Fehlversorgung. Die Sozialepidemiologie hat in mehreren Bereichen nachgewiesen, dass Über-, Unter- und Fehlversorgung sich nicht zufällig verteilen, sondern in Abhängigkeit von der sozialen Schicht. Der Einfluss sozialer Faktoren auf die Gesundheit ist beispielsweise an der Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen für Säuglinge und Kleinkinder erkennbar. Geringe Teilnahmeraten werden vor allem bei Kindern aus Familien mit einem niedrigen Sozialstatus, niedrigem Bildungsgrad und geringer sozialer Integration festgestellt. Die Früherkennungsuntersuchungen für Kinder sind daher ein gutes Beispiel für die Unterversorgung sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen. Die Dissertation will in einem ersten Schritt die Barrieren der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen innerhalb sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen identifizieren. Die Dissertation bezieht sich damit auf die populationsbezogene Perspektive des Kollegs, die eine Identifikation von Barrieren im Zugang zu Leistungen des Gesundheitswesens innerhalb von vulnerablen Bevölkerungsgruppen ermöglicht. Mit den Früherkennungsuntersuchungen thematisiert die Dissertation den Bereich der ambulanten Versorgung, wobei vorrangig Sekundärprävention und zu einem kleinen Teil primärpräventive Maßnahmen zum Tragen kommen. In einem zweiten Schritt werden Vorschläge erarbeitet, wie die gefundenen Erkenntnisse zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von sozial benachteiligten Kindern anzuwenden sind.

1. Relevanz des Themas

Die Gesundheit der Kinder hat sich in Deutschland, gemessen an der Säuglings- und Kindersterblichkeit, in den letzten Jahrzehnten deutlich gebessert. Für die Behandlung von Krankheiten stehen in Deutschland flächendeckend wohnortnahe ambulante und stationäre Einrichtungen nach dem aktuellen Stand der medizinischen Forschung zur Verfügung. Trotz dieser positiven Entwicklung fällt auf, dass dennoch vermeidbare Gesundheitsprobleme bei Kindern, insbesondere aus sozial benachteiligten Familien, existieren. In einem problematischen Umfeld gewöhnen sich Kinder früh an gesundheitliches und soziales Risiko- und Fehlverhalten als Basis für spätere Zivilisationskrankheiten und Verhaltensstörungen (Bergmann & Bergmann, 1998). Aus diesem Grund sind gezielte Präventions- und Behandlungsmaßnahmen für sozial benachteiligte Kinder und Familien von besonderer Bedeutung.

Das Früherkennungsprogramm umfasst die Untersuchungen U1, am ersten Lebenstag, bis U9, im 60. -64. Lebensmonat. Alle Untersuchungen können ohne Zuzahlungen in Anspruch genommen werden, da sie für alle in der gesetzlichen Krankenversicherung mitversicherten Kinder zu den Regelleistungen gehören. Gesetzlich sind die Früherkennungsuntersuchungen im § 26.1 des Sozialgesetzbuches (SGB) V festgelegt. Dort heißt es: „Versicherte Kinder haben bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche oder geistige Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden“. Die Untersuchungen zielen auf eine Vielzahl unterschiedlicher Krankheiten und Störungen, die in einem umfangreichen Katalog festgehalten sind (Altenhofen, 1998). Besonders häufig werden durch die U1-U9 Untersuchungen folgende Krankheiten und Störungen erfasst: Hüftgelenksanomalien, cerebrale Bewegungsstörungen, Herzmissbildungen, Sprechstörungen, Augenerkrankungen, funktionelle Entwicklungsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten.

Bundesweit werden die Früherkennungsuntersuchungen im ersten Lebensjahr sehr gut in Anspruch genommen. Die Inanspruchnahme nimmt jedoch mit zunehmendem Alter der Kinder deutlich ab. Trotz des kostenfreien Angebots für alle gibt es bei der Inanspruchnahme sozioökonomische Unterschiede. Verschiedene Studien ermittelten, dass die Teilnahmeraten einen ausgeprägten Schichtgradienten aufweisen, insofern die regelmäßige Teilnahme durch Familien der unteren sozialen Schicht und von ausländischen Familien relativ gering ist. Dieses ergaben unterschiedliche regionale Studien (Collatz, Malzahn, Schmidt, 1979; Albrecht-Richter & Thiele, 1985; Schubert, 1996; Mersmann, 1998; MASGF Land Brandenburg, 1999; Bertelsmann-Stiftung, 2001).

Bei Kindern aus Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status werden im Einzelnen überdurchschnittlich häufig Entwicklungs-, Sprech-, und Verhaltensprobleme sowie Seh- und Hörstörungen gefunden. Nicht ausreichend versorgte Kinder müssen in späteren Lebensabschnitten besonders kostenintensive medizinische, psychotherapeutische und pädagogische Förderung in Anspruch nehmen. Hingegen können frühzeitig erkannte Erkrankungen und Störungen mit geringem Aufwand behandelt und chronische Einschränkungen vermieden werden (Schubert, 1996). Die geringe Teilnahme der sozial benachteiligten Gruppen an den Früherkennungsuntersuchungen trägt also in einem hohen Maße dazu bei, die soziale Ungleichheit des Gesundheitszustandes zu verfestigen oder sogar zu vergrößern. Die bisherigen sozialepidemiologischen Ergebnisse weisen eindeutig darauf hin, dass insbesondere in den unteren sozialen Schichten die Akzeptanz der Vorsorge- und Früherkennungsangebote und damit die Inanspruchnahme gesteigert werden müssen.

Diese Situation ist besonders alarmierend in Anbetracht der steigenden Anzahl der Kinder und Jugendlichen, die in relativer Armut (unter 50% des Durchschnittseinkommens) und im prekären Wohlstand (unter 75% des Durchschnittseinkommens) leben. 16% aller Kinder in Deutschland befanden sich im Jahr 2000 in relativer Armut und mehr als die Hälfte aller Kinder in prekären Einkommensverhältnissen (Statistisches Bundesamt, 2002). In den letzten Jahren ist in Deutschland eine weitere Spreizung der Sozialstruktur zu beobachten, eine Zunahme der Pole „reich“ und „arm“ der sozialen Divergenz (Klocke & Hurrelmann, 2001). Diese soziale Gesellschaftsstruktur mit extremen Polen beginnt schon im frühen Kindesalter und verfestigt die soziale Ungleichheit

in den Lebensbedingungen. Eine aktuelle Studie von UNICEF zeigt, dass in Deutschland zurzeit mehr als 1,5 Mio. Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren von relativer Armut betroffen sind (Unicef, 2005).

Insbesondere Kinder aus kinderreichen Familien, Kinder allein erziehender Mütter und Väter und ausländischer Familien leben in Armut. Armut bringt besonders nachteilige Konsequenzen für die Entwicklungen der Kinder in Bezug auf Selbstbild, Problemverhalten, Sozialentwicklung, Intelligenzentwicklung und Gesundheit mit sich. Die bisherigen Ergebnisse lassen eine breite Palette von Beeinträchtigungen im kognitiven, emotionalen, sozialen und gesundheitlichen Bereich erkennen, wenn auch nicht immer zwangsläufig als Folge von ökonomischer Deprivation, Arbeitslosigkeit und Wohnraumknappheit, so doch aber mit höherer Prävalenz unter deprivierten Kindern und Jugendlichen (Walper, 1999). Armut erhöht bei Kindern das Risiko, körperlich oder psychisch zu erkranken. Dies betrifft nicht nur den objektivierbaren Gesundheitszustand, sondern auch die Bewertungen des eigenen Gesundheitszustandes. Kinder und Jugendliche aus dem unteren sozialen Milieu geben bei nahezu allen Gesundheitsindikatoren eine schlechtere Bewertung ihrer gesundheitlichen Situation an (Hurrelmann, 2000).

2. Fragestellung und Zielsetzung

Bisher fehlen in Deutschland Studien zu den Determinanten des Inanspruchnahmeverhaltens von präventiven Leistungen im Kindesalter. Auf der Basis der vorliegenden Studien über die Inanspruchnahme der U1 bis U9 soll daher eine detaillierte Analyse erfolgen, warum gerade die sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen an den Untersuchungen seltener teilnehmen. Im Speziellen werden die psychischen, sozialen und strukturellen Barrieren erforscht, die zum Nichtaufsuchen der Screeninguntersuchungen führen. In einem zweiten Schritt werden auf der Basis dieser Analyse Vorschläge erarbeitet, um die Versorgung der Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status zu verbessern. Konkrete Vorschläge für Modellvorhaben sollen entwickelt werden, die in anschließenden Studien umgesetzt und evaluiert werden können. Theoretischer Hintergrund ist das Diagnose- und Planungsmodell für Gesundheitsförderung Precede-Proceed (Green et al., 1991).

Die Dissertation will einen Beitrag leisten, die Unterversorgung der Kinder aus den unteren sozialen Schichten auf dem Gebiet der Früherkennungsuntersuchungen aufzuheben. Das Vorhaben ist insofern sozialpolitisch und gesellschaftlich relevant als es die erhöhten gesundheitlichen Entwicklungsrisiken und die Einschränkung der Lebenschancen sozial benachteiligter Kinder verringern kann. Da sich der Gesundheitsstatus und die Lebensbedingungen im Kindesalter auch maßgeblich auf die Gesundheit im Erwachsenenalter auswirken, ist dieses Anliegen gesamtgesellschaftlich von besonderer Bedeutung. Um in der Zukunft die sozioökonomischen Unterschiede im Gesundheitsstatus der Bevölkerung zu verringern, müssen geeignete Präventions- und Interventionsmaßnahmen entwickelt, durchgeführt und evaluiert werden. Insbesondere Kinder aus sozial benachteiligten Familien sollen die Möglichkeit erhalten, ein gesundes und produktives Leben zu führen und gesundheitsrelevante Verhaltensweisen zu lernen. Dazu benötigen sie schon im frühen Kindesalter eine angemessene medizinische, soziale und psychologische Versorgung.

3. Methodisches Vorgehen

Auf der Basis der vorliegenden Studien über die Früherkennungsuntersuchungen wurde zunächst eine Literaturanalyse vorgenommen, die ermittelte, aus welchen Gründen die sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen an U1 bis U9 seltener teilnehmen. Hierzu finden sich in der englischsprachigen Literatur beachtliche Beiträge. Die anschließende empirische Studie im Querschnittsdesign enthält zwei unterschiedliche Vorgehensweisen:

1. Eine Ärztebefragung von fünf niedergelassenen Kinderärzten und fünf Ärzten des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes der Gesundheitsämter mit Hilfe eines Interviewleitfadens. Die Interviews ermittelten, welche personalen, sozialen und strukturellen Barrieren nach Ansicht der Ärzte bei den Eltern der Kleinkinder zum Aufsuchen oder Nichtaufsuchen der Screeninguntersuchungen führen. Die Ärzte wurden außerdem nach ihren Vorschlägen für geeignete Strategien zur Verbesserung der Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen bei sozial benachteiligten Familien gefragt. Die Auswertung der Interviews orientierte sich an der Methode nach Meuser und Nagel (2002), welche speziell für die Auswertung von ExpertInneninterviews entwickelt wurde.

2. Eine Elternbefragung (N= 650) im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen mit Hilfe eines standardisierten Fragebogens. Eltern sind für die gesundheitliche Versorgung, Betreuung und Erziehung von Säuglingen und Kleinkindern verantwortlich und können so am besten zu den Fragen dieser Studie Stellung beziehen. Um ein zielgruppenorientiertes Programm entwickeln zu können, wurden also die Eltern einbezogen und gefragt, welche gesundheitsförderlichen Maßnahmen ihre Teilnahmebereitschaft erhöhen würden. Empfehlungen für Interventionsmöglichkeiten können so aufgrund einer Bedarfsanalyse der spezifischen Zielgruppe entwickelt werden (Green et al., 1991, Bartholomew et al., 2001). Diese Vorgehensweise gewährleistet, dass die Interventionsmaßnahmen an den Bedürfnissen der Zielgruppe ausgerichtet sind.

Die abhängige Variable in der Studie stellt die Teilnahme bzw. Nicht-Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen dar. Die soziale Schicht der befragten Eltern, personale Faktoren wie das Wissen und die Einstellung der Eltern, soziale Faktoren wie der Einfluss des sozialen Umfeldes in Bezug auf die Früherkennungsuntersuchungen als auch strukturelle Ursachen wie unzureichende Versorgungsangebote können zu den unabhängigen Variablen gezählt werden. Die Studie wird ermitteln, ob es zwischen den unabhängigen Variablen und der abhängigen Variable korrelative Zusammenhänge gibt. Die Kombination der methodischen Instrumente (Experteninterviews und standardisierte Fragebögen) soll in dieser Studie eine hohe Qualität der Untersuchung gewährleisten und die Möglichkeit eines Bias verringern.

4. Erwartete Ergebnisse

Die Ergebnisse der Pilotstudie zeigen, dass sozial benachteiligte Eltern mehr psychische, soziale und strukturelle Barrieren bezüglich der Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen erfahren als Eltern aus mittleren und oberen Bildungsgruppen. Dieses Resultat weist darauf hin, dass die Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9 stärker als bisher auf die Besonderheiten sozial benachteiligter Familien ausgerichtet werden müssen. Zusätzlich zu den medizinischen Früherkennungsuntersu-

chungen benötigen sozial benachteiligte Familien weitere, speziell auf ihre Bedürfnisse zugeschnittene Betreuungs- und Versorgungsangebote.

Literatur

- Albrecht-Richter, J. & Thiele, W. (1985): Wer nutzt das Früherkennungsprogramm Kinder – Wer nicht? Ergebnisse einer Untersuchung auf der Grundlage von Routine-Daten einer Allgemeinen Ortskrankenkasse. Berliner Arbeitsgruppe Strukturforschung im Gesundheitswesen (BASiG), Technische Universität Berlin. In: Sozialpädiatrie 7, 4, 205-209.
- Altenhofen, L. (1998): Das Programm zur Krankheitsfrüherkennung bei Kindern: Inanspruchnahme und Datenlage. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Gesundheit von Kindern. Epidemiologische Grundlagen. Expertentagung. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 3, Köln.
- Altgeld, T. & Hofrichter, P. (2000): Aufwachsen in Armut- Ein blinder Fleck in der Gesundheitsversorgung? In: Altgeld, T. & Hofrichter, P. (Hrsg.): Reiches Land-Kranke Kinder? Gesundheitliche Folgen von Armut bei Kindern und Jugendlichen. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, 13-20.
- Bartholomew, L.K., Parcel, G.S., Kok, G., Gottlieb, N.H. (2001): Intervention Mapping. Designing theory- and evidence-based health promotion programs. Mayfield Publishing Company.
- Bergmann, K.E. & Bergmann, R.L. (1998): Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung in der Familie. RKI-Hefte 1/1998.
- Bertelsmann Stiftung (2002): Sozialen Problemlagen von Kindern und Jugendlichen begegnen. Daten und Fakten aus dem Projekt „Kompass-Modellkommunen“.
- Collatz, J., Malzahn, P., Schmidt, E. (1979): Erreichen die gesetzlichen Früherkennungsuntersuchungen für Säuglinge und Kleinkinder ihre Zielgruppe? Öffentliches Gesundheitswesen 41, 173-190.
- Green, L. W., Kreuter, M. W., Deeds, S. G., Partridge, K. B. (1991): Health Education Planning. A Diagnostic Approach. Paolo Alto: Mayfield Publishing Company.
- Hardon, A., Boonmongkon, P., Streefland, P., Tan, M.L. (2001): Applied Health Research. Anthropology of Health and Health Care. Het Spinhuis, Amsterdam.
- Hurrelmann, K. (2000): Gesundheitsrisiken von sozial benachteiligten Kindern. In: Altgeld, T. & Hofrichter, P. (Hrsg.): Reiches Land – Kranke Kinder? Gesundheitliche Folgen von Armut bei Kindern und Jugendlichen. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, 21-29.
- Klocke, A., Hurrelmann, K. (2001): Kinder und Jugendliche in Armut. Umfang, Auswirkungen und Konsequenzen. 2.Aufl. Westdeutscher Verlag, Wiesbaden.
- Mersmann, H. (1998): Gesundheit von Schulanfängern- Auswirkungen sozialer Benachteiligungen. In: BzGA (Hrsg.): Gesundheit von Kindern. Epidemiologische Grundlagen. Expertentagung. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 3, Köln.
- Meuser, M., Nagel, U. (2002): ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Bogner, A., Littig, B., Menz, W. (Hrsg.): Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. Leske & Budrich, Opladen.
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen (MASGF) des Landes Brandenburg (1999): Einschüler in Brandenburg: Soziale Lage und Gesundheit.
- Schubert, R. (1996): Studie zum Gesundheitsverhalten von Kindern während der Einschulungsuntersuchung am Beispiel von Impfungen und Früherkennungsuntersuchungen. In: Murza, G., Hurrelmann, K. (Hrsg.): Regionale Gesundheitsberichterstattung. Juventa Verlag, Weinheim/München, 122-137.
- Statistisches Bundesamt (2002): Datenreport des statistischen Bundesamtes.
- Walper, S. (1999): Auswirkung von Armut auf die Entwicklung von Kindern. In: Lepenies, A., Nunner-Winkler, G., Schäfer, G.E., Walper, S.: Kindliche Entwicklungspotentiale. Normalität, Abweichung und ihre Ursachen (Materialien zum 10. Kinder- und Jugendbericht, Band 1). München: DJI Verlag; Opladen: Leske & Budrich.

Meike Lierse

Dipl. Gesundheitswissenschaftlerin

Die Auswirkungen der Einführung einer DRG-basierten Vergütung im stationären Sektor auf die Versorgung und den Verlauf von schwereren Erkrankungen am Beispiel Hirninfarkt.

Entwicklung eines Markov-Modells zur gesundheitsökonomischen Evaluation einer gesundheitspolitischen Entscheidung.

Einleitung

Das Forschungsvorhaben zielt in einem systembezogenen Schwerpunkt auf die gesundheitlichen und gesundheitsökonomischen Auswirkungen der Einführung eines nahezu vollständig prospektiv pauschalierenden Vergütungssystems im stationären Sektor. Im Rahmen der Dissertation wird insbesondere der Frage nachgegangen, ob die gesundheitspolitisch explizierten Ziele einer verbesserten Behandlungsqualität und Ausgabeneinsparungen durch den forcierten Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern sowie den veränderten Handlungsanreizen bei der Erbringung stationärer Leistungen tatsächlich erreicht werden. Von Interesse ist dabei, wie sich die gesundheitliche Versorgung, die Krankheitsprognose und die Ressourcenverbräuche – auch mittel- und langfristig - nach Einführung der DRG-basierten Vergütung am Beispiel von Hirninfarktpatienten ändern. Es wird zudem ein Augenmerk darauf gerichtet, ob bei Vorliegen solcher Veränderungen bestimmte soziale Gruppen mehr betroffen sind als andere. Damit stellt das Forschungsvorhaben die Konsequenzen der gesundheitspolitischen Intervention für tendenziell schwer erkrankte und häufig benachteiligte Patienten in den Mittelpunkt und untersucht wertneutral günstige und ungünstige Effekte der Einführung der DRG bei der Erbringung und Verteilung von Ressourcen bei Schlaganfallpatienten.

Im Sinne des Selbstverständnisses des Promotionskollegs werden sektorenübergreifende Versorgungswege berücksichtigt und ein interdisziplinärer Zugang gewählt. Mit einem Beitrag zur Herstellung von Transparenz über die DRG-bedingten Veränderungen hinsichtlich des Leistungsgeschehens, des Behandlungsergebnisses sowie der Ressourcenallokation und den sich daraus ergebenden langfristigen Konsequenzen für Patienten und Gesellschaft wird ein Beitrag zu mehr Wirtschaftlichkeit, Verteilungsgerechtigkeit und Nachhaltigkeit im sozialen Sicherungssystem geleistet.

1. Relevanz des Themas

Derzeit vollzieht sich im stationären Sektor des Gesundheitswesens eine der einschneidendsten Reformen der letzten Jahrzehnte: Das bisher überwiegend retrospektiv ausgerichtete Vergütungssystem der tagesgleichen Pflegesätze wurde nahezu vollständig von einem prospektiv pauschalierenden System abgelöst. Nach dem Fallpau-

schalengesetz (FPG) werden seit dem Jahr 2003 optional und seit 2004 verpflichtend nahezu alle stationären Leistungen über Diagnosis-Related-Groups (DRG) pauschal abgerechnet. Ausnahmen bilden u.a. wenige explizit definierte Einzelleistungen, z.B. schwere Verbrennungen (vgl. Anlage 3 KFPV 2004) sowie Behandlungen in psychiatrischen Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen (vgl. § 17b Abs.1 KHG).

Das Ziel der Gesetzgebung liegt in einer je Bundesland einheitlichen Vergütung für vergleichbare stationäre Leistungen, unabhängig vom erbringenden Krankenhaus. Hierdurch soll die Transparenz erhöht, der Krankenhauswettbewerb gefördert, die Behandlungsqualität verbessert sowie letztendlich Kosten im Gesundheitswesen eingespart werden, u.a. durch Reduzierung der Verweildauer und Abbau von stationären Betten (BMGS 2001). Ob diese Ziele erreicht werden, bzw. wie sich die Einführung der DRGs auf die Versorgungssituation in Deutschland auswirkt, ist bislang nur in den Anfängen erforscht (Simon 2000). Bereits im Optionsjahr zeichnete sich ab, dass die durchschnittliche Verweildauer nach Einführung der DRGs zurückging, wobei das Ausmaß dieser Entwicklung kontrovers beschrieben wird (Günster et al. 2004, Ärztezeitung 1.10.2003, DRG-Zeitung 21.10.2003).

In theoretischen Abhandlungen zu den Anreizwirkungen verschiedener Vergütungssysteme kommen die Autoren übereinstimmend zu dem Schluss, dass von pauschalierenden Systemen sowohl positive als auch negative Effekte ausgehen (Breyer 2005, Marckmann 2004, Lauterbach 2001). Während Auswirkungen wie Effizienzsteigerungen in den Krankenhäusern und bessere Transparenz als positiv zu bewerten sind, geht von prospektiven Vergütungssystemen auch die Gefahr von Patientenselektion, Reduzierung der Versorgungsqualität und Rationierung aus. Gegenwärtig existieren keine validen Ergebnisse, wie sich das Versorgungsgeschehen in Deutschland nach Einführung der DRGs tatsächlich verändert, ob bestimmte Erkrankungen oder bestimmte Personengruppen von den Veränderungen mehr betroffen sind als andere und wie die längerfristigen Effekte der DRG-Einführung in Deutschland sein werden (Braun 2003).

Internationale Erfahrungen zeigen, dass sich durch die veränderten monetären Anreizstrukturen weitreichende Veränderungen sowohl im stationären Sektor als auch in den komplementären Bereichen ergeben (Coffey 2001, Lauterbach 2001, Lungen 2003). Hier sind in erster Linie die Verkürzung der stationären Verweildauer bei gleichzeitiger Verdichtung der innerstationären Interventionen, der Anstieg der Krankenhausfälle, die Verlagerung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen in den ambulanten Bereich sowie eine erhöhte Anzahl instabil entlassener Patienten zu nennen. Mittel- und langfristige Einbußen in den Behandlungsergebnissen bzw. der Behandlungsqualität wurde bei Implementierung adäquater Qualitätssicherungsmaßnahmen in den Ländern mit pauschaler Vergütung nicht beobachtet. Insgesamt konnten tatsächlich Einsparungen bei der Versorgung erreicht werden, obwohl die Ausgaben im ambulanten Bereich deutlich anstiegen. Da Deutschland international das erste Land mit einer nahezu umfassenden pauschalen Vergütung ist und in seinem Gesundheitssystem einige strukturelle Spezifika aufweist, bleibt abzuwarten, inwieweit sich die Erfahrungen anderer Länder mit dem DRG-System auch hierzulande widerspiegeln.

Die Schlaganfallversorgung bietet einen abgrenzbaren Rahmen, Entwicklungstendenzen nach Einführung der DRGs aufzuzeigen und der Frage nachzugehen, welche gesundheitsökonomischen und versorgungsrelevanten Konsequenzen durch das neue

Entgeltsystem zu erwarten sind. Schlaganfallerkrankungen sind aufgrund ihrer hohen Mortalitäts- und Morbiditätsraten von hoher volkswirtschaftlicher und gesundheitswissenschaftlicher Relevanz (Kolominsky-Rabas 2002). Dazu hängt das Behandlungsergebnis - also der Krankheitsverlauf - neben individuellen Faktoren wie Multimorbidität und Alter maßgeblich von der initialen Versorgung nach dem akuten Ereignis ab (Schuler 2004). Aufgrund dessen könnten sich Veränderungen in der Qualität, Dauer, Intensität und Quantität der Krankenhausbehandlung, die durch das neue Vergütungssystem entstehen, auch auf das Behandlungsergebnis von Schlaganfallerkrankungen auswirken.

Experten diskutieren mögliche Effekte der DRG-Einführung auf die Schlaganfallversorgung kontrovers. Während beispielsweise auf der einen Seite behauptet wird, dass die neue Vergütung zu einer Gefährdung der bewährten Schlaganfall-Spezialstationen (Stroke Units) führe, weil diese nicht leistungsgerecht im DRG-System abgebildet wären (Ringelstein 2004), konstatiert die andere Seite, dass Stroke Units im Rahmen der Anpassungsbemühungen des australischen DRG-Systems ausreichend berücksichtigt seien und damit sehr wohl adäquat vergütet würden (BMGS 2003).

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass die mit dem pauschalierten Krankenhausentgeltsystem einhergehende Verschärfung des Wettbewerbs auch zu einer Veränderung der Schlaganfallversorgung führen wird. Dabei ist jedoch noch unklar, in welcher Form und in welchem Ausmaß sich die Änderungen bei der Versorgung der Akuterkrankungen bemerkbar machen und ob die DRG-bedingten Anpassungen in der stationären Versorgung Auswirkungen auf den Erkrankungsverlauf haben. Sehr wahrscheinlich ist eine Verlagerung wesentlicher Module der Schlaganfallversorgung in den komplementären Bereich und eine damit einhergehende kürzere Verweildauer. Andererseits müssen diese Veränderungen nicht nachteilig für den Erkrankungsverlauf sein, zumal zu vermuten ist, dass die Krankenhäuser ein Interesse daran haben, eine fachlich gut qualifizierte Behandlung zur Erreichung kurzfristiger Behandlungserfolge sicherzustellen.

Vor dem Hintergrund einer zunehmenden Ressourcenverknappung im Gesundheitswesen sowie einem tendenziellen Anstieg der durchschnittlichen Lebenserwartung kommt künftig der wirksamen, bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Versorgung von Schlaganfallpatienten in Deutschland eine wachsende Bedeutung zu. Dabei bleibt abzuwarten, ob das neue Entgeltsystem diesen Zielen förderlich oder hinderlich gegenübersteht. Die Arbeit soll daher einen Beitrag dazu leisten, am Beispiel der Schlaganfallerkrankungen Veränderungen in der Versorgung sowie Auswirkungen auf die Behandlungsergebnisse nach Einführung der DRGs in Deutschland darzustellen und ggf. Tendenzen sozialbedingter Benachteiligung aufzuzeigen.

2. Fragestellung und Zielsetzung

Diese Dissertation soll einen Public-Health-Beitrag zur Analyse und Bewertung der aktuellen Entwicklungstendenzen der akutstationären Schlaganfallversorgung vor dem Hintergrund des neuen Krankenhausvergütungssystems leisten. Hierzu soll das Leistungsgeschehen bei Hirninfarktpatienten sowie die Erkrankungsverläufe vor und nach Einführung der DRG-basierten Vergütung – auch unter Berücksichtigung sozialer Determinanten wie Alter und Geschlecht – näher beleuchtet werden. Außerdem sollen die

kurz- und mittelfristigen Ressourcenverbräuche vor und nach der DRG-Einführung gegenübergestellt werden. Ein weiteres Ziel ist die Untersuchung der Entwicklung eines praxisnahen und verständlichen Modells zur gesundheitsökonomischen Evaluation von Interventionen im Gesundheitswesen auf Grundlage von Routinedaten in Krankenversicherungen. Damit soll ein Beitrag geleistet werden, den verstärkten Einsatz von Bewertungs- und Qualitätssicherungsverfahren in der Praxis zu begünstigen.

3. Methodisches Vorgehen

Im Mittelpunkt des Forschungsvorhabens steht eine Sekundäranalyse der Leistungs- und Kostendaten von Versicherten einer gesetzlichen Krankenkasse mit einem Krankenhausaufenthalt aufgrund von akutem Hirninfarkt in den Jahren 2002 und 2004 (N = 3469, N = 2289).

Die Routinedaten der beiden Jahrgänge werden in einem ersten Schritt mit deskriptiven Methoden ausgewertet und gegenübergestellt. Im Focus stehen dabei Veränderungen im akutstationären Leistungsgeschehen, die nachfolgende gesundheitliche Versorgung und die Behandlungsergebnisse der Hirninfarktpatienten sowie deren Ressourcenverbräuche. Dabei erfolgt die Auswertung auch unter Berücksichtigung sozialer Determinanten wie Alter, Geschlecht und Versichertenstatus. Zur Einschätzung der Repräsentativität der Routinedaten werden die Ergebnisse mit anderen öffentlich zugänglichen Datensätzen zur Schlaganfallversorgung in Bezug gesetzt.

Für die gesundheitsökonomische Evaluation und damit zur Einschätzung der Kosten-Effektivität der DRG-basierten Vergütung werden die kurz- und mittelfristigen gesundheitlichen Outcomes sowie die Ressourcenverbräuche der Patienten mit Hirninfarkt mit Hilfe eines Markov-Modells modelliert. Dabei werden sowohl "harte" epidemiologische Maßzahlen wie Letalität, als auch "weichere" Aspekte wie die Erkrankungsschwere als gesundheitsbezogene Effekte („Zustände“) berücksichtigt. Diesen Gesundheitszuständen werden Leistungsausgaben zugeordnet. Unter Berücksichtigung der berechneten Wahrscheinlichkeiten, von einem gesundheitsbezogenen Zustand X in einen anderen Zustand Y innerhalb einer bestimmten Zeitperiode hinüberzuwechseln (Übergangswahrscheinlichkeiten), werden die mittel- und langfristigen gesundheitlichen Outcomes und Gesamtausgaben mit speziellen Verfahren der Markov-Modellierung erhoben zu einer jahrgangsspezifischen Kosten-Effektivitäts-Relation zusammengetragen (Drummond 1997, Schöffski et al. 2000, Siebert 2004).

Die gewonnenen Erkenntnisse werden schließlich unter gesundheitsökonomischen und ethischen Gesichtspunkten bewertet. Das Ziel dieses Arbeitsschrittes liegt in der Einschätzung der Ergebnisse bezüglich der gesundheitspolitischen und volkswirtschaftlichen Relevanz (Makroebene) sowie der individuellen - und krankenkassenspezifischen Bedeutung (Mikro- und Mesoebene).

4. Erste Ergebnisse

Erste Ergebnisse deuten auf tatsächliche Veränderungen in der akutstationären Versorgung von Patienten nach Hirninfarkt hin. So reduzierte sich in dem untersuchten 2-Jahreszeitraum die Verweildauer des initialen Krankenhausaufenthaltes. Ferner lässt sich eine höhere Spezifikation der Behandlung vermuten, da Hirninfarktpatienten vermehrt in neurologischen und weniger in internistischen Fachabteilungen behandelt

wurden. Im Nachgang der Akutversorgung stieg ersten Analysen zufolge die Anzahl der Rehospitalisierung nach Hirninfarkt nach der veränderten Vergütung leicht an, ebenso wie die Anzahl der Rehabilitationsmaßnahmen. Auswirkungen auf die untersuchten Gesundheitszustände Letalität, Rezidivrate und Erkrankungsschwere sind tendenziell wohl nicht nachweisbar.

Das erklärte Ziel der Kosteneinsparungen ist nach ersten Erhebungen nicht eingetroffen. Sowohl die Leistungsausgaben der Versicherung für den ersten akutstationären Krankenhausaufenthalt als auch die Ausgaben für die Folgeversorgung (Arzneimittel, Rehabilitation, weitere Krankenhausaufenthalte) stiegen – nach noch nicht abgesicherten ersten Ergebnissen - auch nach Einführung der DRG-basierten Vergütung weiter deutlich an. Insgesamt deutet sich an, dass die veränderte Vergütungssystematik tatsächlich zu Veränderungen in der Versorgungslandschaft des Gesundheitswesens geführt hat, diese jedoch nicht mit einem besseren Behandlungsergebnis oder niedrigeren Leistungsausgaben einhergehen.

Literatur

- BMGS (2001): Entwurf eines Gesetzes zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz - FPG). Bundesdrucksache 14/6893 vom 11.09.2001
- BMGS (2003): Unverantwortliche Aussagen der Deutschen Gesellschaft für Neurologie. Pressemitteilung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung vom 2.10.2003.
- Braun B, Müller R (2003): Auswirkungen von Vergütungsformen auf die Qualität der stationären Versorgung. Ergebnisse einer Längsschnittanalyse von GKV-Routinedaten und einer Patientenbefragung. Schwäbisch Gmünd .
- Breyer F, Zweifel P, Kifamnn M (2005): Gesundheitsökonomik. Berlin u.a.O.
- Coffey RM, Louis DZ (2001): Fünfzehn Jahre DRG-basierte Krankenhausvergütung in den USA. In: Arnold M, Litsch M, Schellschmidt H (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2000. Schwerpunkt: Vergütungsreform mit DRGs. Stuttgart, 33 - 47.
- DRG-Zeitung 21.10.2003: DRGs lassen Verweildauern kaum sinken.
- Drummond MF, O'Brien B, Stoddart GL, Torrance GW (1997): Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes. 2nd ed. Oxford.
- Günster C (2003) : In DRG-Kliniken sinkt die Verweildauer. In: Ärztezeitung 1.10.2003.
- Günster C, Mansky T, Repschläger U (2004): Das deutsche DRG-Entgeltsystem. In: Klauber J, Robra B-P, Schellschmidt H (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2003. Schwerpunkt: G-DRGs im Jahre 1. Stuttgart, 43 - 67.
- Kolominsky-Rabas PL, Heuschmann PU (2002): Inzidenz, Ätiologie und Langzeitprognose des Schlaganfalles. Fortschr Neurol Psychiat 70: 657-662
- KFPV (2004):Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2004. BMGS.
- Lauterbach KW, Lungen M (2001): DRG-Fallpauschalen: Eine Einführung. Anforderungen an die Adaption von Diagnosis-Related Groups in Deutschland. Stuttgart
- Lungen M, Lauterbach KW (2003): DRG in deutschen Krankenhäusern. Umsetzung und Auswirkung. Stuttgart
- Marckmann G (2004): Zur Funktion des Krankheitsbegriffs bei prospektiven und retrospektiven Vergütungsformen. In: Mazouz N, Werner M, Wiesing U (Hrsg.). Krankheitsbegriff und Mittelverteilung. Baden-Baden, 57 – 69.
- Ringelstein EB, Busse O (2004): Stroke Units in Deutschland - Gefährdung eines Erfolgsrezepts? GGW Jg. 4, H. 3, 7 - 14.
- Schöffski O, Glaser P, Schulenburg JM Graf v.d. (2000) (Hrsg.): Gesundheitsökonomische Evaluationen. Grundlagen und Standortbestimmung. Berlin u.a.O.

- Schuler M, Oster P (2004): Versorgung von Patienten mit und nach akutem Schlaganfall aus geriatrischer Sicht. *GGW* Jg. 4, H. 3, 23 - 31.
- Siebert U (2004): Entscheidungsanalytische Modellierung in der ökonomischen Evaluation von Gesundheitsfördermaßnahmen. In: Ahrens D, Güntert B (Hrsg.): *Gesundheitsökonomie und Gesundheitsförderung*. Baden-Baden, 147 - 173.
- Stroke Unit Trialists' Collaboration (2004): Organized inpatient (stroke unit) care for stroke. *Cochrane Database Syst Rev*.

Martina Lukas-Nülle

Dipl. Kauffrau MPH

Analyse populationsbezogener Faktoren für die Inanspruchnahme und Kosten von Gesundheitsleistungen beim chronischen Schmerz

Einleitung

Die im Folgenden beschriebene Untersuchung bewegt sich im Kontext der im Kolleg aufgezeigten Forschungsfragen im Grenzbereich der systembezogenen und populationsbezogenen Fragestellungen. Lassen sich Unterschiede der Inanspruchnahmehäufigkeit innerhalb der Gruppe der Schmerzkranken z.B. hinsichtlich des sozioökonomischen Status feststellen, können diese nicht mehr allein durch einen unterschiedlichen Bedarf erklärt werden. Andere Merkmale, die z.B. von der Angebotsstruktur des Versorgungssystems und der damit verbundenen Erbringung der Leistungen durch die Anbieter ausgehen, müssen ebenfalls für eine mögliche Erklärung herangezogen werden. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage nach Über-, Unter- und Fehlversorgung ebenso wie die der Barrieren im Zugang zu Versicherungs- und Versorgungsleistungen. Dabei handelt es sich beim Leistungsgeschehen nicht nur um einen medizinisch begründeten Vorgang, der durch die körperlichen Voraussetzungen und den Prioritäten der beteiligten Berufsgruppen bestimmt wird. Hier gilt das Leistungsgeschehen als ein Prozess des Organisierens, des Auswählens und der Interaktion, der von zahlreichen sozialen Faktoren beeinflusst wird. Unter Berücksichtigung dieser Aussagen lässt sich innerhalb der Untersuchung die Transparenz über die Verteilung von Kapazitäten, Leistungsvolumina und Leistungsqualitäten erhöhen. Damit kann dem vorrangigen Ziel des Kollegs, die Erfassung des realen Bedarfs, nachgekommen werden, um letztendlich mehr Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen zu erreichen.

1. Relevanz des Themas

Chronische Erkrankungen befinden sich immer wieder im Blickfeld von gesundheits- und sozialpolitischen Entscheidungen. Kein gesundheitspolitischer Satz steht so häufig am Anfang politischer Debatten, wie der von der Zunahme chronischer Krankheiten in dieser Epoche. Tatsächlich leidet nahezu die Hälfte der Bevölkerung in Deutschland an mindestens einer chronischen Erkrankung, knapp 20% an zwei oder mehr. Ein bedarfsgerechter und wirtschaftlicher Umgang mit diesen Erkrankungen scheint daher eine zentrale Herausforderung der Gesundheitspolitik der nächsten Jahrzehnte zu sein (Rosenbrock 2002, Sachverständigenrat 2001).

Umso erstaunlicher ist es, dass es nur wenige Studien gibt, die sich mit der Kostensituation chronischer Erkrankungen detailliert auseinandersetzen, d.h. ermitteln, wodurch, wie und wo die Kosten entstehen sowie wer oder was tatsächlicher Verursacher ist. Ziel der Gesundheits- und Sozialpolitik ist es unter anderem, die Versorgungssitua-

tion der chronisch kranken PatientInnen zu verbessern und gleichzeitig die Kosten stabil zu halten oder besser noch zu senken. Dazu ist es allerdings notwendig, sowohl Versorgungsdefizite als auch Kostenreduzierungspotenziale aufzudecken. Gerade auf der Kostenseite ist die Forschungslage aber nicht zufrieden stellend. Hier gilt es, die Transparenz zu erhöhen sowie die wagen Angaben über „die hohen Kosten“ bei chronischen Erkrankungen mit Empirie zu belegen.

Am Beispiel chronischer Schmerzen wird in dieser Untersuchung die Problematik aufgegriffen. Chronische SchmerzpatientInnen gehören zu einer weit verbreiteten Gruppe mit starker Inanspruchnahme des Versorgungssystems. Die Schmerzkrankheit weist in nationalen wie internationalen Studien eine hohe Prävalenz auf. Sie ist mit erheblichen persönlichen Beeinträchtigungen der Lebensqualität des Einzelnen verbunden. Der Chronifizierungsprozess des Schmerzes kann auf somatischer, psychischer und sozialer Ebene erfolgen, was die Schmerzerkrankung zu einer bio-psycho-sozialen Erkrankung macht und dadurch sowohl deren Diagnostik als auch Therapie erschwert (Hasenbring 1992, 2001).

2. Fragestellung und Zielsetzung

Die Untersuchung soll potenzielle Ungleichheiten bzgl. der Inanspruchnahme und Kosten von Gesundheitsleistungen und damit auch der Behandlungswege aufdecken sowie, soweit möglich, deren Kausalität ergründen. Eine Erhöhung der Transparenz wird damit angestrebt. Daraus ergibt sich folgende übergeordnete Fragestellung: Haben der sozioökonomische Status und möglicherweise weitere Faktoren wie psychosoziale Belastungen von SchmerzpatientInnen Einfluss auf die Leistungsanspruchnahme und die daraus resultierenden Kosten? Wenn ja, welche Auswirkungen hat dieser Einfluss, welche Konsequenzen hat dies für die Versorgungssituation der PatientInnen und welche Verbesserungs- und Kostenreduzierungspotenziale sind möglicherweise vorhanden?

3. Methodisches Vorgehen

Die Datenerhebung erfolgt durch eine schriftliche Befragung chronischer SchmerzpatientInnen mittels „Tagebuch“ sowie durch einen routinemäßig eingesetzten Schmerzfragebogen. Zeitgleich werden problemzentrierte Interviews mit PatientInnen durchgeführt. Im Anschluss findet eine Krankheitskostenanalyse statt, die zur Identifizierung von Inanspruchnahmestrukturen unter Berücksichtigung sozialer Schichtmessung führt.

3.1 Tagebuch zur Erfassung der Ressourcenverbräuche

Patiententagebücher sind seit langem als Erhebungsinstrumente zur Dokumentation des Versorgungsgeschehens etabliert, insbesondere zur Kontrolle der PatientInnencompliance. Im Rahmen gesundheitsökonomischer Studien werden sie allerdings erst seit wenigen Jahren eingesetzt (Goossens et al. 2000, Becker et al. 2001). Für Deutschland existieren erste Erfahrungen im Bereich Atemwegserkrankungen (Papke & Janßen 2000) sowie chronisch-entzündlicher Darmerkrankungen (Rösch et al. 2002). In früheren Studien wurde durch den Vergleich von Kassendaten die Validität der Patientenangaben in Tagebüchern getestet (Birkner et al. 2002, Stefanowski et al. 2002, Schweikert et al. 2002). Der Vergleich zeigte eine gute Übereinstimmung zwischen

prospektiver Erhebung und Kassendaten. Das hier verwendete und bereits entwickelte Tagebuch orientiert sich an den Empfehlungen von Hessel & AG Reha-Ökonomie (1999) und wurde an das spezifische Untersuchungssetting angepasst (drei Monate Erhebungszeit; chronischer Schmerz). Die Anpassung erfolgte in Zusammenarbeit mit Ärzten und Psychologen des Ev. Johannes-Krankenhauses Bielefeld. Das Tagebuch umfasst sämtliche Leistungen, die mit dem Gesundheitswesen in Zusammenhang stehen sowie Ereignisse, die auf Selbstinitiative der PatientInnen zurückzuführen sind. PatientInnen, die mit der Schmerzambulanz des Ev. Johannes-Krankenhauses erstmalig einen Termin vereinbaren, bekommen mit der Terminbestätigung das Tagebuch zugesandt. Die Wartezeit beträgt durchschnittlich drei Monate, so dass für diesen Zeitraum die Ressourcenverbräuche abgebildet werden können. Die PatientInnen werden angehalten, jegliche Inanspruchnahme des Gesundheitswesens und sonstige Ereignisse, die mit ihrer Erkrankung zusammenhängen, in das Tagebuch nach vorgegebener Struktur einzutragen.

3.2 Schmerzfragebogen zur Bestimmung der Schmerzlokalisation und belastender Faktoren

PatientInnen, die zum ersten Mal die Schmerzambulanz aufsuchen, füllen zwecks Anamnese routinemäßig einen Fragebogen aus, der für diese Untersuchung genutzt werden soll. Als Erhebungsinstrument wird der Deutsche Schmerzfragebogen (DSF) der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS) eingesetzt. Dieser wurde von Mitgliedern des Arbeitskreises „Standardisierung und Ökonomisierung der Schmerztherapie“ der DGSS zwischen 1993 und 1997 entwickelt. Die inhaltliche Validität und Praktikabilität wurde multizentrisch an über 3000 PatientInnen überprüft. Der Vergleich mit den externen Kriterien ärztlicher und psychologisch-psychiatrischer Diagnosen und der ärztlichen Einordnung der Schmerzchronifizierung nach dem Mainzer Stadienmodell (MPSS) belegt eine gute inhaltliche Validität und Zuverlässigkeit der Patientenangaben im Fragebogen. Im Einzelnen umfasst der DSF in einer modularen Konzeption wesentliche Komponenten des Schmerzes, bei denen von einem biopsycho-sozialen Modell ausgegangen wurde (Nagel et al. 2002). Da der Schmerzfragebogen bezüglich der Kostenberechnung und der Schichtmessung nicht detailliert genug vorgeht, müssen zusätzliche Erhebungsinstrumente (Patiententagebuch und Fragebogen zur Schichtmessung) verwendet werden. Gleichzeitig dient dieses Methodenbündel der wechselseitigen Falsifizierung.

3.3 Fragebogen zur Schichtmessung

Der Fragebogen zur Schichtmessung dient der Erfassung der Schichtzugehörigkeit der PatientInnen, um potenzielle Inanspruchnahmемuster hinsichtlich des sozialen Status untersuchen zu können. Als wesentliche Dimensionen sozialer Schicht haben sich die Bildung mit den Subdimensionen Schulbildung und Berufsausbildung, die Stellung im Beruf sowie das Einkommen herausgestellt. Grundsätzlich zu unterscheiden sind Konstrukte und Indikatoren, die auf den sozioökonomischen Status (SES) abstellen, im Vergleich zu solchen des sozialen Prestiges. Im Allgemeinen werden Aspekte des SES in epidemiologischen Studien bedeutsamer eingeschätzt als das Sozialprestige (Jöckel et al. 1998). Vor dem Hintergrund zunehmender Individualisierung, Differenzierung und Dynamisierung wird allerdings immer mehr darauf verwiesen, dass durch die damit hervorgerufene „neue soziostrukturelle Vielfalt“ die traditionellen vertikalen Strukturmerkmale an Erklärungskraft verlieren (Helmert 2003). Im Gegensatz da-

zu vertritt Geissler (1996 zit. nach Helmert 2003) die Auffassung, dass bei dieser unkritischen Fokussierung auf die dynamische Vielfalt der Lagen, Milieus und Lebensstile neue Einseitigkeiten zutage kommen, die wichtige weiter fortbestehende Ungleichheitsstrukturen unterschätzen.

3.4 Krankheitskostenanalyse

Die zentrale Forschungsfrage besteht darin, zu untersuchen, ob die bekannten Morbiditätsunterschiede zwischen den sozialen Schichten sich auch im Ressourcenverbrauch bzw. in den Krankheitskosten abbilden lassen. Dies ist insofern relevant, als dass zwischen den Sozialschichten jeweils sowohl Über- als auch Unterversorgungstendenzen in bisherigen Studien gezeigt werden konnten. Falls entsprechende Kostenunterschiede bestehen, stellt sich darüber hinaus die Frage nach der Größenordnung. Diese Frage soll durch eine Krankheitskostenanalyse beantwortet werden.

Ziel einer Krankheitskostenrechnung ist die Bestimmung der ökonomischen Krankheitslast einer Gesellschaft. Die in den USA von Rice entwickelte cost-of-illness-Methode (COI) berechnet alle Opportunitätskosten, die durch Krankheit oder Tod entstehen (Gesamtkostenbetrachtung). COI's beruhen auf der Annahme, dass gesellschaftliche Ressourcen, die für Behandlung, Therapie etc. aufgebracht werden, beim Fehlen einer Erkrankung für andere Zwecke hätten verwendet werden können (Rice 1967, Rice et al. 1985).

3.5 Problemzentriertes Interview nach Witzel

Ausschlaggebend für die Auswahl eines qualitativen Verfahrens ist die Betrachtung des Zugangs zum Gesundheitswesen aus subjektiver Sicht der PatientInnen. Dabei ist es wichtig, den Einfluss auf das Inanspruchnahmeverhalten nicht auf Einzelvariablen zu reduzieren, wie es weitestgehend im quantitativen Teil der Untersuchung der Fall ist, sondern die Wahrnehmung der PatientInnen im Kommunikationsprozess zu untersuchen. Das Prinzip der Offenheit kommt hier zum Tragen. Offenheit bezieht sich auf die zu untersuchenden Personen, die als handelnde und interagierende Subjekte betrachtet werden (Hoffmann-Riem 1980). Das problemzentrierte Interview (PZI) nach Witzel (1982, 1985) bietet sich als Methode zur Erfassung dieser Problematik an. „Das PZI ist ein theoriegenerierendes Verfahren, das den vermeintlichen Gegensatz zwischen Theoriegeleitetheit und Offenheit dadurch aufzuheben versucht, dass der Anwender seinen Erkenntnisgewinn als induktiv-deduktives Wechselspiel organisiert“ (Witzel 2000). Witzel (1985) benennt vier Teilelemente des Interviews: das qualitative Interview, die biographische Methode, die Fallanalyse und die Gruppendiskussion. In dieser Untersuchung soll das qualitative Interview im Vordergrund stehen.

4. Erwartete Ergebnisse

Die Erkenntnisse des Forschungsstands weisen darauf hin, dass gerade beim Chronifizierungsprozess des Schmerzes soziale Faktoren eine wesentliche Rolle spielen (vgl. Hasenbring 1992). Untersuchungen von Inanspruchnahmeverhalten bei anderen chronischen Erkrankungen (vgl. Tramarin et al. 1997 am Beispiel von AIDS) zeigen den Einfluss des sozioökonomischen Status auf die Häufigkeit der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass auch beim chronischen Schmerz Unterschiede im Ressourcenverbrauch hinsichtlich populationsbezo-

gener Faktoren zu erwarten sind. Tendenzen in der Auswertung erster Tagebücher und Schmerzfragebögen aus der schriftlichen Befragung entsprechen dem Forschungsstand dahingehend, dass vor allem bezüglich der Medikamentenverteilung die Faktoren Schulbildung, Einkommen und Geschlecht Einfluss auf die Anzahl und Kosten der Inanspruchnahme haben. Inwiefern angebotsinduzierte Faktoren eine Rolle spielen muss ebenso noch untersucht werden wie die Gründe für die Unterschiede bei den Kosten der Inanspruchnahme

Literatur

- Becker A., Seitz R., Jakobi E., Leidl R. (2001): Kostenmessung durch PatientInnenbefragung: Pilotstudie zu einem Kostenwochenbuch, *Rehabilitation* 2001; 40:12-20
- Birkner B., Stucki G., Spohn S., Wittmann M., Hessel F. (2002): Erste Ergebnisse der Validitätsprüfung einer Patientenbefragung zum Ressourcenverbrauch anhand patientenbezogener Kassendaten. *DRV Schriften* 33, 186-187
- Geissler R. (1996): Kein Abschied von Klasse und Schicht. Ideologische Gefahren der deutschen Sozialstrukturanalyse. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 48: 319-338
- Goossens M., Rutten-van Mölken M., Vlayen J. & van der Linden (2000): The cost diary: a method to measure direct and indirect costs in cost-effectiveness research. *International Journal of Epidemiology*, 53: 688-695
- Hasenbring, M.(1992): Chronifizierung bandscheibenbedingter Beschwerden. Risikofaktoren und gesundheitsförderndes Verhalten. Schattauer. Stuttgart
- Hasenbring, M. (2001): Biopsychosoziale Grundlagen der Chronifizierung am Beispiel von Rückenschmerzen. In: Zenz, M., Jurma, J. (Hrsg.): *Lehrbuch der Schmerztherapie: Grundlagen der Theorie und Praxis für die Aus- und Weiterbildung*. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH. Stuttgart. 185-196
- Helmert, U.(2003): *Soziale Ungleichheit und Krankheitsrisiken*. Maro Verlag. Augsburg
- Hessel F. & Arbeitsgruppe Reha-Ökonomie im Förderschwerpunkt Rehabilitationswissenschaften (1999). *Ökonomische Evaluation in der Rehabilitation. Teil 1: Prinzipien und Empfehlungen für die Leistungserfassung*. DRV Schriften, Band 16
- Jöckel K.H., Babitsch B., Bellach B.M., Bloomfield K., Hoffmeyer-Zlonzik J., Winkler J., Wolf C. (1998): Messung und Quantifizierung soziodemographischer Merkmale in epidemiologischen Studien. in: Ahrens W., Bellach B.M., Jöckel K.H.: *Messung soziodemographischer Merkmale in der Epidemiologie*. Schriftenreihe des Robert-Koch-Instituts. MMV Medizin Verlag GmbH, München
- Nagel B., Gerbershagen H.U., Lindena G., Pflingsten M. (2002): Entwicklung und empirische Überprüfung des Deutschen Schmerzfragebogens der DGSS. *Schmerz* 2002 16: 263-270
- Papke K. & Janßen C. (2000). Tagebücher als Befragungsinstrument im Kontext des KORA-Projektes "Krankheitskosten von Asthma und Allergien". *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 8 (2): 149-157
- Rice D.P. (1967): Estimating the cost of illness. *American journal of Public Health and the Nations Health*, 57: 424-440
- Rice D.P., Hodgson T.A., Kopstein A.N. (1985): The economic costs of illness: A replication and update. *Health care financing review* 7: 61-80
- Rösch M., Leidl R., von Tirpitz C., Reinshagen M., Adler G. & König H.H. (2002). Kostenerfassung bei chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen durch direkte Patientenbefragung mit einem Kostenwochenbuch. *Zeitschrift für Gastroenterologie*, 40: 217-228
- Rosenbrock, R. (2002): Chronisch Kranke – die Verlierer des Systems? Vortrag auf der Veranstaltung „Chronisch Kranke – die Verlierer des Systems“ der Ärztekammer Berlin in der Urania Berlin am 27.02.2002
- Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001): *Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit*. Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung. 4 Teilbände. Bonn/Berlin 2001
- Schweikert B., Hahmann H., Leidl R. (2002): Entwicklung und Testung von gesundheitsökonomischen Erhebungsinstrumenten am Beispiel der kardiologischen Rehabilitation. *DRV Schriften* 33, 178-179

- Steffanowski A., Karcher S., Schmidt J., Nübling R., Wittmann W.W. (2002): Arbeitsunfähigkeitszeiten vor und nach der Rehabilitation: Wie zuverlässig sind Selbstangaben der Patienten, wenn man objektive Krankenkassendaten als Vergleichsmaßstab ansetzt? DRV Schriften 33, 339340
- Tramarin, A., Campostrini, s., Tolley, K. & De Lalla, F. (1997). The influence of socio-economic status on health service utilization by patients with aids in Italy. Soc. Sci Med 45 (6): 859-866
- Witzel A. (1982): Verfahren der qualitativen Sozialforschung – Überblick und Alternativen. Frankfurt: Campus.
- Witzel A. (1985): Das problemzentrierte Interview. In: Jüttemann G. (Hrsg.): Qualitative Forschung in der Psychologie. Weinheim: Beltz.
- Witzel, A. (2000). Das problemzentrierte Interview [26 Absätze]. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research [Online Journal], 1(1). Abrufbar über: <http://qualitative-research.net/fqs> [Zugriff: 18.05.2004].

Livia Ryl

M.A.

Beeinflussen soziale Patientenmerkmale die Anwendung diagnostischer Herzkatheter und Koronarinterventionen?

Einleitung

Die im Nachfolgenden dargestellte Dissertation beinhaltet eine systembezogene Problemstellung. Die Analyse des Leistungsgeschehens im Bereich der Akutkardiologie steht dabei im Mittelpunkt. Anhand einer bundesweit repräsentativen Stichprobe werden koronarinterventionelle Leistungen wie Koronarangiographie und Koronarangioplastie in Bezug zu deren Empfängern bzw. den sozialen Merkmalen der Empfänger gesetzt werden. Die vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen festgestellte Überversorgung mit koronarinterventionellen Verfahren gilt es dabei herauszuarbeiten. Aussagen über die Verteilung der interventionellen Maßnahmen auf die Bevölkerung bzw. auf Personengruppen mit bestimmten sozialen Merkmalen sollen möglich werden, um mehr Transparenz und Wirtschaftlichkeit in diesem Bereich des Gesundheitswesens zu ermöglichen.

1. Relevanz des Themas

Bekannt ist, dass koronare Herzkrankheiten zu den Hauptursachen vorzeitiger Sterblichkeit in industrialisierten und sozioökonomisch hoch entwickelten Ländern gehören. Der akute Herzinfarkt gilt unter diesen Erkrankungen als die häufigste Einzeltodesursache gegenüber allen krankheitsbedingten und nichtnatürlichen Todesursachen. Wie die von der WHO und der Weltbank initiierte „Global Burden of Disease Study“ (Murray/Lopez 1997) zeigen kann, werden arteriosklerotische Erkrankungen aller Gefäßterritorien im Jahr 2020 die häufigste Erkrankung weltweit darstellen. Die bisherige Reduktion arteriosklerotischer Erkrankungen ist zum großen Teil dem konsequenten medizinischen Fortschritt zu verdanken. Der Rückgang der Mortalität steht dabei im engen Zusammenhang mit der weit verbreiteten Anwendung medikamentöser, operativer und interventioneller Therapiemaßnahmen (Karoff 2003). Damit verbunden ist ein enormer Anstieg der Gesundheitsausgaben in diesem Bereich. Die Morbiditätsreduktion ist u. a. auch den veränderten Lebensbedingungen zu gute zu schreiben. In der Kardiologie hat in den letzten Jahren eine erhebliche Leistungssteigerung bezüglich koronarinterventioneller Maßnahmen (Koronarangiographien, Koronarangioplastien) stattgefunden. Einerseits zeichnet sich eine sinkende Inzidenz beispielsweise bei Herzinfarkten ab, andererseits sind invasive Verfahren wie diagnostische Herzkatheter und Koronarinterventionen innerhalb der letzten 13 Jahre um 200% bzw. 350% (Bruckenberg 2003) angestiegen. Als treibende Kräfte dieser (Leistungs-) Entwicklungen werden allgemein der technische Fortschritt, wissenschaftlicher Erkenntniszuwachs, de-

mographische Tendenzen oder auch der Ausbau einer flächendeckenden Versorgung nach der Wiedervereinigung angeführt. Bisher ist unklar, wer diese Leistungen erhält und inwieweit ein Bedarf an diesen Leistungen gegeben ist. Die Frage nach dem Bedarf kardiologischer Leistungen ist nicht so leicht zu beantworten. Deutlich zu erkennen ist, dass es, unter Beachtung des Rückgangs der infarktbedingten Mortalität, zur Diskrepanz zwischen Aufwand und Ergebnis gekommen ist. Unter Gesichtspunkten der Versorgungsforschung ist der erzielte Outcome und damit die Wirkung des Versorgungssystems infrage zu stellen. Ebenso unerforscht ist der Einfluss sozialer Faktoren auf das Leistungsgeschehen der Akutkardiologie in Deutschland.

2. Fragestellung und Zielsetzung

Ziel dieser Arbeit ist es, den starken Anstieg der Leistungszahlen in der Kardiologie in den letzten Jahren in Zusammenhang mit Aussagen zur Diagnose, zur Intervention und sozioökonomischen Patientendaten zu analysieren. Überprüft werden soll dabei, in wie fern sich das Leistungsvolumen abhängig von sozialen Faktoren, aber nicht notwendigerweise auch abhängig vom realen Bedarf auf die Bevölkerung verteilt. Im Mittelpunkt der Untersuchung steht die Anwendung diagnostischer Herzkatheter und PTCA (perkutane transluminale k(c)oronare Angioplastie). Durch die Erhebung sozialer Patientenmerkmale wie Alter, Beruf, Einkommen soll die Einflussrichtung dieser Variablen auf die Anwendung der genannten Maßnahmen herausgearbeitet werden. Des Weiteren soll aufgezeigt werden, wer diese spezifischen kardiologischen Leistungen erhält. Die gewonnenen Patientendaten werden unter zu Hilfenahme eines Schichtindex (nach Winkler 1998) so verarbeitet, dass Aussagen über den sozioökonomischen Status der PatientInnen möglich werden. Eine mögliche Fehlversorgung mit koronarinterventionellen Maßnahmen gilt es innerhalb der Stichprobe zu identifizieren. Anlass dazu gab u.a. der Sachverständigen Rat (SVR) für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. In seinem Gutachten zur Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit (SVR 2000/2001) wird festgestellt, dass „...schwerwiegende Mängel in der Versorgung von Patienten mit ischämischen Herzerkrankungen in Deutschland [zu] erkennen [sind]. Bereiche der Überversorgung stehen solchen der Unter- und/oder Fehlversorgung gegenüber. Auf eine (simplifizierende) Kurzformel gebracht, kann die Situation als Vernachlässigung der Prävention und Rehabilitation gegenüber der (interventionellen) Kuration beschrieben werden“ (SVR 2001, Band II, S. 96). Bezogen auf die Versorgung mit koronarinterventionellen Maßnahmen stellt der SVR eine Überversorgung fest. Gleichzeitig wird eine Interventionsspirale angesprochen, die sich auf die wechselseitige Anregung von immer differenzierterer Koronardiagnostik und Intervention bezieht. Es ist demnach anzunehmen, dass auch in Zukunft von einer Ausweitung diagnostischer und therapeutischer Interventionen ausgegangen werden kann. Die Ergebnisse dieser Arbeit sollen zu Transparenz auf dem Gebiet der Akutkardiologie und zur Vermeidung eventuell gegebener negativer Versorgungsrichtungen beitragen.

3. Methodisches Vorgehen

Es handelt sich um eine Erhebung, die einmalig und somit als Querschnitt durchgeführt wurde. Durch eine standardisierte schriftliche Befragung wurden personenbezogene und institutionsbezogene Daten, wie soziodemographische Merkmale der PatientInnen, Indikatoren der medizinischen Eingriffe und Merkmale der Leistungserbrin-

ger erhoben. Die PatientInnen wurden u.a. nach ihrer beruflichen Stellung, ihrer derzeitigen Berufstätigkeit, nach der Versicherung, dem Einkommen und dem Schulabschluss gefragt. Erhoben wurde ebenfalls, wie eingeschränkt sie sich durch ihre Erkrankung fühlen, wie zufrieden sie mit der Information über die Maßnahme sind und Informationen zu früheren invasiven Untersuchungen. Die Fragen an den Arzt bezogen sich u.a. auf Komorbiditäten, Angina pectoris, die Gründe für die jeweilige Untersuchung (Herzkatheter, PTCA), Therapieempfehlung und Komplikationen. Die Auswertung dieser Fragebögen steht im Mittelpunkt der Dissertation.

Die Stichprobe der Institute, in denen erhoben wurde, ist bundesweit repräsentativ und basiert auf einer Datenbank der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie. Aus dieser Datenbank entsteht der jährliche „Bericht über die Leistungszahlen der Herzkatheterlabore in der Bundesrepublik Deutschland“ (Mannebach/Horstkotte 2003). Im Ergebnis sind alle fünf Versorgungstypen (Allgemeinkrankenhäuser, Fachkliniken, Uni- und Rehakliniken sowie Praxen) an der Rekrutierung der Stichprobe entsprechend ihrem Anteil am Gesamtversorgungsaufkommen der Leistungen beteiligt. Die Erhebung wurde nach Daten zur Diagnostik (Linksherzkatheter) und Koronarintervention (PTCA) getrennt durchgeführt.

4. Erwartete Ergebnisse

Die Beschreibung der kardiologischen Versorgungssituation mit diagnostischen Herzkathetern und PTCA und deren Verknüpfung mit Daten der PatientInnen steht im Mittelpunkt. Es sollen Aussagen darüber möglich werden, ob eine schichtabhängige Fehlversorgung mit diagnostischen Herzkathetern bzw. Koronarinterventionen innerhalb der Stichprobe vorhanden ist. Weiterhin sollen denkbare Einflüsse sozialer Merkmale wie Alter, Geschlecht, Versicherungsstatus und sozialer Status auf die einzelnen koronarinterventionellen Verfahren aufgezeigt werden.

Literatur

- Brucknerberger, E. (2003): Herzbericht 2002 mit Transplantationschirurgie. 15. Bericht der Arbeitsgruppe Krankenhauswesen der Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden der Länder (AOLG). Hannover.
- Mannebach, H./Horstkotte, D. (2003): 19. Bericht über die Leistungszahlen der Herzkatheterlabore in der Bundesrepublik Deutschland.
- Murray, C.J./Lopez, A.D.(1997): Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. In: *Lancet* 349, 1498-1504.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit Band III, Über-, Unter-, Fehlversorgung. Drucksache 14/6871 des Deutschen Bundestages. Berlin: MuK, Medien- und Kommunikations GmbH.
- Winkler, J. (1998): Die Messung des sozialen Status mit Hilfe eines Index in den Gesundheitssurveys der DHP. In: Ahrens, W./Bellach, B. M./Jöckel, K. H. (Hrsg.): Messung soziodemographischer Merkmale in der Epidemiologie. Robert Koch-Institut, Berlin: RKI Schriften 1/98, 69-74.

Karin Tiesmeyer

Dipl. Pfl egewirtin MPH

Der Einfluss sozialer Faktoren auf den Edukationsbedarf bei onkologisch erkrankten Kindern und Jugendlichen und ihren Familien

Einleitung

Information und Edukation sind insbesondere bei chronischen Krankheiten bedeutsame Aufgabenstellungen im Gesundheitswesen. Dies erklärt sich zum einen aus den hohen Anpassungserfordernissen chronischer Erkrankungen für die Betroffenen, die ohne entsprechende professionelle Unterstützung kaum zu bewältigen sind. Zum anderen können Patienten die notwendige aktive Mitgestaltung bei der Wiederherstellung, Förderung und Erhaltung ihrer Gesundheit nur leisten, wenn sie hierzu entsprechende informationelle und edukative Hilfestellungen erhalten. Dennoch wird der Bedeutung dieser Aufgabenstellung im Gesundheitswesen in Forschung und Praxis nicht hinreichend Rechnung getragen (SVR 2000/2001). Besonders bedürftige Bevölkerungsgruppen sind weniger in der Lage Information und Edukation für sich einzufordern (Siegrist 1995, 1998). Fehlende Konzepte führen daher nahezu zwangsläufig zu dem Public-Health-Paradox, dass vulnerable Bevölkerungsgruppen bei immer knapper werdenden Ressourcen in diesem Bereich schlechter versorgt werden. Die vorliegende Arbeit setzt an dieser Problemstellung an, in dem der Einfluss sozialer Faktoren auf den Edukationsbedarf am Beispiel onkologisch erkrankter Kinder/ Jugendlicher und ihrer Familien ermittelt wird. Erst die Kenntnis der spezifischen Bedarfe macht es möglich, die Leistung der Information und Edukation bedarfsgerecht zu erbringen und damit Über- Unter- oder Fehlversorgung zu vermeiden. Hierdurch leistet die vorliegende Arbeit einen wichtigen Beitrag zum Promotionskolleg, das sich der Frage nach sozialen Einflussfaktoren auf das Leistungsgeschehen im Gesundheitswesen widmet.

1. Relevanz des Themas

Die Diagnose einer onkologischen Erkrankung im Kindesalter ist sowohl für das betroffene Kind als auch für die gesamte Familie ein großer Einschnitt, der mit weit reichenden Folgen verknüpft ist. Die Heilungschancen haben zwar deutlich zugenommen (Göbel 2003, Gesundheitsberichterstattung 2004), dennoch zieht eine solche Krankheit viele medizinische, pflegerische und therapeutische Maßnahmen von der Diagnose bis zur Remission und Konsolidierung nach sich (Granowetter 1994). In den letzten Jahren wurden 1.700 - 1.800 Neuerkrankungen beim Kinderkrebsregister erfasst (Bundesgesundheitsbericht 2004). Gleichzeitig ist eine Zunahme von Krebserkrankungen im Kindesalter zu verzeichnen (Haas et al. 2003). Die gesundheitswissenschaftliche Relevanz des Themas ergibt sich vor allem aus den massiven Auswirkungen für die Betroffenen und deren Familien, die effektive Hilfestellungen notwendig machen und mit einem - so die hier vertretene These - großen Bedarf an Edukation einherge-

hen, über dessen Ausmaß und Qualität bislang wenig Erkenntnisse vorliegen. Intention des Promotionsvorhabens ist es, dazu beizutragen, diese Lücke zu füllen.

Onkologische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen haben sich - ausgelöst durch medizinische und pharmakologische Fortschritte - vielfach von einem letalen zu einem chronischen Krankheitsverlauf gewandelt. Damit ändern sich auch die Konsequenzen sowie die notwendigen und zahlreichen Anpassungsleistungen für die Betroffenen und deren Familien (vgl. z. B. Petermann/ Noeker/ Bode 1987, Petermann/ Bode/ Schlack 1990, Kahe 1993, Petermann et al. 1994, Blanz 1994, Schlack 1995). Neben den Belastungen, die mit einer chronischen Erkrankung allgemein verbunden sind, gilt für onkologische Erkrankungen in besonderer Weise, dass sich an die Diagnosestellung eine Vielzahl von Untersuchungen und therapeutische Interventionen anschließen, die starke Nebenwirkungen haben und z. T. sehr schmerzhaft sind. So gibt es Untersuchungen, nach denen die Schmerzen durch die Therapie und medizinischen Eingriffe als belastender erlebt werden als die Krankheit selber (Zernikow/ Griebinger/ Fengler 1999). Dies deutet auf die Notwendigkeit eines effektiven Schmerzmanagements (Zeltzer 1994, Zernikow/ Griebinger/ Fengler 1999), das jedoch ohne angemessene Edukation und Information überhaupt nicht zu leisten ist, denn Schmerzerleben ist eng verknüpft mit Ängsten, Stresserleben und fehlenden Kontrollmöglichkeiten. Sie können durch edukative Maßnahmen, mit dem Ziel die Bewältigungskompetenz zu stärken und Einflussmöglichkeiten auf Seiten des Patienten zu schaffen, gelindert werden (vgl. z. B. Johnson 1975, Willson 1981, Thompson 1981, Johnson/ Lauver/ Nail 1998).

Fehlende Kontrollmöglichkeiten, hohes Stresserleben und unbearbeitete Ängste haben Auswirkungen auf das Leben der Betroffenen, selbst wenn die Krankheit erfolgreich bewältigt wurde. So kann beispielsweise eine Krise im Selbstkonzept und Selbstwertgefühl sowie eine externale Kontrollüberzeugung, die als Folge einer onkologischen Erkrankung beschrieben werden (vgl. z.B. Thiel 1990), gesundheitsschädigendes Verhalten langfristig begünstigen bzw. gesundheitsförderndes Verhalten behindern (Siegrist 1995, Filipp 1995). Für Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien ist dieses umso mehr von Bedeutung, als sozioökonomische Benachteiligung einen negativen Einfluss auf die Bewältigung von Krisen im Selbstkonzept bzw. Selbstwertgefühl hat (Siegrist 1995).

Gerade Kinder und Jugendliche sind, aufgrund ihrer häufig nur geringen Möglichkeiten sich Informationen eigenständig zu beschaffen und fehlender zielgruppenspezifischer Edukationsprogramme gegenüber Erwachsenen benachteiligt. Dies gilt insbesondere für Kinder und Jugendliche, deren Eltern nicht in der Lage sind, fehlende Informations- und Begleitungsangebote wenigstens teilweise zu kompensieren. Stone und Glasper (1997) kommen in einer Studie zu dem Schluss, dass Eltern die geeignetsten Personen für die Vorbereitung ihrer Kinder auf einen Krankenhausaufenthalt sind. Zwar sind Eltern - als Mitbetroffene - ebenso auf Information und Begleitung angewiesen (ebenda, Morse/ Johnson 1991), haben aber dennoch eher die Möglichkeit, sich Informationen zu beschaffen oder zumindest einzufordern. Untersuchungen zeigen jedoch auch hier, dass PatientInnen mit niedrigerem sozialen Status von sich aus weniger Fragen stellen und Erwartungen äußern (Siegrist 1995), was - aller Voraussicht nach - für Eltern ebenfalls gilt. Es ist davon auszugehen, dass elaborierte Sprachcodes, die von Siegrist (1995) als zentrales Hindernis bezeichnet werden, auch bei der Informationsbeschaf-

fung eine wichtige Rolle spielen. Hinzu kommt, dass gerade in den Familien, in denen der soziale Rückhalt geringer ausgeprägt ist, der Beratungsbedarf sehr hoch ist, was wiederum als charakteristisch für sozioökonomisch und soziokulturell benachteiligte Familien gilt (Siegrist 1998). Jugendliche stellen zudem eine besondere Risikogruppe dar, weil in dieser Lebensphase Umbrüche und Krisen dazu gehören und Entwicklungsaufgaben bewältigt werden müssen (Hurrelmann/ Leppin 1995; Siegrist 1995).

In der Auseinandersetzung mit der Adoleszenz als kritische Phase beginnender Gesundheitsschädigung verdeutlicht Siegrist (1995) den Zusammenhang zwischen sozioökonomischer Benachteiligung, unvollständiger familialer Sozialisation, unzureichenden familialen Rückhalt und den entstehenden Ressourceneinschränkungen für die Bewältigung von Krisen des Selbstkonzeptes bzw. des Selbstwertgefühls. Onkologische Erkrankungen führen aber u. a. zu genau solchen Krisen, so dass davon auszugehen ist, dass auch hier die sozioökonomischen Bedingungen als kritischer Faktor indirekt bei der Bewältigung von Krisen eine Rolle spielen. Dies gilt insbesondere dann, wenn Familien ihre Bedeutung im Bewältigungsprozess nicht deutlich wird und Kinder und insbesondere Jugendliche keine angemessene Unterstützung und Begleitung erhalten, so dass Hilflosigkeit im passiven Erleiden von therapeutischen Maßnahmen erlebt und als (Lebens-) Konzept auch nach erfolgreicher Therapie beibehalten wird.

Die Wirksamkeit von psycho-educativen Interventionen bei onkologisch erkrankten Kindern und Jugendlichen lässt sich nach einem Review von Bradly et al. (2003) insgesamt nachweisen. Neben dem bereits in der Literatur beschriebenen weitem Spektrum der psychosozialen Aufgaben, wird die Entwicklung umfassendere und systematischere Herangehensweisen zur routinemäßigen Vorbereitung der Kinder auf eingreifende, medizinische Maßnahmen (Punktion, Bestrahlungen, Operationen) zum Abbau von Ängsten und Verminderung der Abwehrreaktion der Patienten gefordert (Petermann et al. 1988, Thiel 1990). Gleichzeitig besteht die Einschätzung, dass gerade die Pflege aufgrund ihres lebensweltlichen Bezuges und der Begleitung der PatientInnen über weite Strecken des Krankheitsverlaufes eine besondere Verantwortung bezüglich edukativer Aufgaben zu kommt (Ewers 2001). Obwohl davon auszugehen ist, dass edukative Aufgaben in Deutschland vom Pflegepersonal wahrgenommen werden, finden sich hierzu - auch im Kontrast zur internationalen Literatur (vgl. z. B. Baggot et al. 2002) - in der deutschsprachigen Literatur kaum Hinweise. Ausnahmen bilden Konzepte zur Schmerztherapie in der Kinderonkologie, die zwar nicht pflegerisch entwickelt, aber bei denen den Kinderkrankenschwestern und -pflegern eine „Schlüsselstellung“ zugewiesen wird (Zernikow/ Griebinger/ Fengler 1999: 438).

2. Fragestellung und Zielsetzung

In der geplanten Promotion wird an den aufgezeigten Problemstellungen angesetzt. Am Beispiel einer Kinderklinik, in der Kinder mit onkologischen Erkrankungen behandelt werden, soll untersucht werden, wie sich der Edukationsbedarf in seinen quantitativen und qualitativen Dimensionen darstellt. Dabei soll sowohl die PatientInnen- als auch die Familienperspektive untersucht werden. Überdies wird die Dimension der sozialen Ungleichheit in besonderer Weise berücksichtigt. Die Untersuchung konzentriert sich auf Kinder und Jugendliche im Alter von 9-16 Jahren und wird dem vulnerablen

Personenkreis der Jugendlichen besondere Beachtung widmen. Im Zentrum der Untersuchung stehen folgende Fragestellungen:

1. **Wie stellt sich der Bedarf an Edukation aus Sicht der Betroffenen und deren Familien dar?**
2. **Welche sozialen Einflüsse auf den Bedarf lassen sich identifizieren?**

Im Hinblick auf das Erleben und den Verlauf chronischer Erkrankungen gibt es mittlerweile einige Forschungsergebnisse, die insbesondere auch die Sichtweise der Betroffenen ins Zentrum der Betrachtung stellen (vgl. z. B. Morse/ Johnson 1991; Corbin/ Strauss 2004; Schaeffer 2004). Einen wichtigen theoretischen Ansatz bieten Corbin und Strauss (2004) mit dem Konzept der Krankheitsverlaufskurve, das sich nicht nur auf den Verlauf der physiologischen Erkrankung, sondern auf die gesamte damit verbundene Arbeit, Arbeitsbeziehungen und Erfahrungen der Mitwirkenden bezieht (ebenda). Corbin und Strauss (2004) selbst zeigen weitere Studien über chronisch kranke Kinder als Implikation für die Forschung auf. Ziel der angestrebten Promotion ist es, den Bedarf an Edukation, die Wünsche an edukativen und informativen Hilfen, aber auch Differenzen in der Sichtweise von PatientInnen und Familien und bestehende Versorgungslücken bzw. -angebote zu ermitteln.

3. Methodisches Vorgehen

Als Feldzugang wird zunächst das bestehende Edukationsangebot für Kindern und Jugendliche untersucht. Dies geschieht durch Experten- und Akteursbefragungen mittels leitfadengestützter Interviews (Meuser/ Nagel 1991, 1994; Müller-Mundt 2002; Bogner/ Littig/ Menz 2002). Anschließend werden, ebenfalls leitfadengestützt, Interviews mit betroffenen Kindern und Jugendlichen und deren Eltern durchgeführt.

Bei dem methodischen Konzept wird auf die grounded theory rekurriert (Corbin/ Strauss 1990). Die Datenerhebung und -analyse verläuft parallel, so dass Fragestellungen, die sich aus dem Datenmaterial ergeben, direkt im weiteren Verlauf der Erhebung berücksichtigt werden (Corbin/ Strauss 1990, Glaser/ Strauss 1998). Die Auswahl der InterviewpartnerInnen erfolgt nach dem „theoretischen Sampling“ (Glaser/ Strauss 1967, Glaser/ Strauss 1998), so dass erst im Verlauf der Untersuchung - unter Berücksichtigung der vorliegenden Erkenntnisse - die Auswahl der InterviewpartnerInnen gezielt erfolgt. Gleichwohl wird sozialen und schichtspezifischen Merkmalen bei der Auswahl große Bedeutung zukommen. Die Auswertung der ExpertInneninterviews wird auf inhaltsanalytischer Basis erfolgen (vgl. Meuser/ Nagel 1994, Müller-Mundt 2002, Bogner/ Littig/ Menz 2002). Die PatientInnen- und Angehörigeninterviews werden der Strategie der grounded theory folgend ausgewertet (Glaser/ Strauss 1967, Corbin/ Strauss 1990, Glaser/ Strauss 1998).

4. Erwartete Ergebnisse

Mit den Daten der Experteninterviews werden Erkenntnisse darüber gewonnen, wie Akteure und Experten einer Kinderklinik, in der onkologisch erkrankte Kinder behandelt werden, das Angebot an Edukation gestalten und welche Maßnahmen sie für notwendig halten. Die Daten aus den Patienteninterviews werden demgegenüber die Sicht-

weise der Betroffenen und deren Familien im Hinblick auf Wünsche und Bedarfe aufzeigen. Es ist davon auszugehen, dass die Bedarfe sich je nach sozialen Merkmalen und Phasen, in den sich die Betroffenen befinden, unterscheiden werden. Durch die Gegenüberstellung des Angebotes nach Angaben der Experten und die Sichtweise der Betroffenen werden Übereinstimmungen und Differenzen erhoben und mögliche Gründe hierfür diskutiert werden können. Auf Grundlage der Erkenntnisse aus der empirischen Untersuchung sollen konzeptionelle Überlegungen zur angemessenen pflegerischen Edukation von Kindern und Jugendlichen und deren Eltern entwickelt werden. Damit sollen die edukativen pflegerischen Aufgaben bezogen auf den Alltag, die Lebenswelt und die Therapie konkretisiert und eine bestehende Lücke geschlossen werden.

Literatur

- Baggott, C.R. (Ed.) (2002). *Nursing care of children and adolescents with cancer*. Philadelphia: Saunders
- Beale, I.L.; Bradlyn, A.S. und Kato; P.M. (2003). Psychoeducational Intervention with pediatric cancer. Patients: Part II. Effects of Information and Skill Training on Health-Related Outcomes. In: *Journal of Child and Family Studies* 12 (4), pp. 385-397
- Blanz, B. (1994). Die psychologischen Folgen chronischer Krankheit im Kindes- und Jugendalter. In: *Kindheit und Entwicklung*, Heft 3, S. 6-15
- Bogner, A., Littig, B. und Menz W. (Hrsg.) (2002). *Das Experteninterview*. Opladen: Leske-Budrich-Verlag
- Bradlyn, A.S., Beale, I.L. und Kato, P.M. (2003). Psychoeducational Intervention with pediatric cancer. Patients: Part I. Patients information and knowledge. In: *Journal of Child and Family Studies* 12 (3), pp. 257-277
- Corbin, J. und Strauss, A.L. (2004). *Weiterleben lernen: Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheiten*. 2. vollständig überarb. und erw. Auflage. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber
- Corbin, J. und Strauss, A.L. (1990). *Basics of qualitativ research: grounded theory procedures und techniques* (Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung, dt. Auflage 1996). Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union
- Ewers, M. (2001) *Anleitung als Aufgabe der Pflege. Ergebnisse einer Literaturanalyse*. Bielefeld: Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld
- Filipp, S. H. (1995). *Kritische Lebensereignisse*. 3. Auflage, Weinheim: Beltz-Psychologie Verlags Union
- Gesundheitsberichtserstattung (2004). Robert Koch Institut (Hrsg.) *Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichtserstattung des Bundes. Gesundheit von Kindern und Jugendlichen*. Berlin
- Glaser, B.G. und Strauss, A.L. (1967). *The discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research*. Chicago; New York: Aldine Publishing Company
- Glaser, B.G. und Strauss, A.L. (1998). *Grounded Theory – Strategien qualitativer Forschung*. Bern: Verlag Hans Huber
- Göbel, U. (2003) Leukämien bei Kindern und Jugendlichen. In: *Monatszeitschrift Kinderheilkunde*, 2,151, S. 131-137
- Granowetter, L. (1994): *Pediatric Onkology: A Medical Overwiev*. In: Bearison, D.J. and R.K. Mulhern (Ed.). *Pediatric Psychoonkology: Psychological Perspectives on Children with Cancer*. New York, Oxford: Oxford University Press, pp 9-34
- Haas, R.J., Schmidt, I., Schmidt E., Graubner, U.B., Silc, M. und Stamm, W. (2003). *Krebserkrankungen bei Kindern: Informationsschrift über bösartige Tumoren für Therapeuten und Betroffene*. 4. überarbeitete Auflage. Hrsg. von der Elterninitiative Intern 3 im Dr. van Haunerschen Kinderspital München e.V.
- Hurrelmann, K. und Leppin, A. (1995). Beeinflussung gesundheitsrelevanten Verhaltens. In: Schlack, H.G. (Hrsg.). *Sozialpädiatrie: Gesundheit, Krankheit, Lebenswelten*. Stuttgart; Jena; New York: G. Fischer, S. 68-72
- Johnson, J.E. (1975). Stress reduction through sensation information. In: Serason, I.G. und Spielberger, C.D. (Hrsg.) *Stress and anxiety*. Vol. 2. Washington D.C.: Hemisphere Publication, S.361-379

- Johnson, J.E., Lauver, D.R. und Nail, L.M. (1998) : Process of coping with radiation therapy : In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 57 No. 3, pp 358-364
- Kahe, A. (1993). Die seelische Belastung der Familie mit einem chronisch kranken Kind. In: *Kinderkrankenschwester*, 12 (10), S. 352-353
- Meuser, M. und Nagel, U. (1991). Experteninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. In: Garz, D. und Kraimer, K. (Hrsg.) *Qualitativ-empirische Sozialforschung: Konzepte, Methoden, Analysen*. Opladen: Werkstattverlag, 441-471
- Meuser, M. und Nagel, U. (1994). Expertenwissen und Experteninterview. In: Hitzler, R., Honer, A. und Maeder, C. (Hrsg.) *Expertenwissen: Die institutionalisierte Kompetenz zur Konstruktion von Wirklichkeit*. Opladen: Werkstattverlag, 180-192
- Morse, J.M. und Johnson, J.L. (1991). *The Illness Experience*. Newbury Park, London, New Delhi: Sage Publications
- Müller-Mundt, G. (2002). Experteninterviews oder die Kunst der Entlockung „funktionaler Erzählungen“. In: Schaeffer, D. und Müller-Mundt, G. (Hrsg.). *Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber, 269-283
- Petermann et al. (1988). *Beratung von Familien mit krebskranken Kindern: Konzeption und empirische Ergebnisse*. Studien zur Jugend- und Familienforschung; Bd. 3. Frankfurt am Main; Bern; New York; Paris: Verlag Peter Lang GmbH
- Petermann, F.; Bode, U. und Schlack, H.G. (Hrsg.) (1990). *Chronisch kranke Kinder und Jugendliche*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag
- Petermann, F.; Noeker, M. und Bode, U. (1987). *Psychologie chronischer Krankheiten im Kindes- und Jugendalter*. München; Weinheim: Psychologie-Verlags-Union
- SVR Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2000/2001). Optimierung des Nutzerverhaltens durch Kompetenz und Partizipation. In: Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. *Gutachten: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit: Zielsetzung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation*. Band III, Drucksache 14/ 5660, S. 144-179.
- Schaeffer, D. und Moers, M. (2003): Bewältigung chronischer Krankheiten – Herausforderung für die Pflege. In: Renner-Allhoff, B. und Schaeffer, D. (Hrsg.). *Handbuch der Pflegewissenschaft*. Studienausgabe. Weinheim, München: Juventa Verlag
- Schlack, H.G. (Hrsg.) (1995). *Sozialpädiatrie: Gesundheit, Krankheit, Lebenswelten*. Stuttgart; Jena; New York: G. Fischer
- Siegrist, J. (1995). *Medizinische Soziologie*. München; Wien; Baltimore: Urban & Schwarzenberg
- Siegrist, J. (1998). Machen wir uns selber krank? In: Schwartz, F.W., Badura, B., Leidl, R., Raspe H. und Siegrist, J. (Hrsg.) *Das Public Health Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen*. München; Wien; Baltimore: Urban & Schwarzenberg, S. 110- 123
- Stone, K.J. und Glasper, E.A. (1997). Can leaflets assist parents in preparing children for hospital?. In: *British journal of nursing*, Vol. 6 No. 18, pp. 1054-1058
- Thiel, R. (1990). *Entwicklung, Struktur und Auswertung psychosozialer Betreuung krebskranker Kinder*. Dissertation Universität Hamburg
- Thompson, S.C. (1981). Will it less hurt if I can control it? An complex answer to a simple question. In: *Psychological Bulletin*, Vol. 90, No. 1, pp 89-101
- Wilson, J.F. (1981). Behavioural Preparation for surgery: Benefit or harm? In: *Journal of behavioural Medicine*, Vol. 4, no. 1, pp. 79-102
- Zeltzer, L. (1994). Pain and Symptom Management. In: Bearison, D.J. and R.K. Mulhern (Ed.). *Pediatric Psychooncology: Psychological Perspectives on Children with Cancer*. New York, Oxford: Oxford University Press, pp. 61-83
- Zernikow, B., Griebinger, N. und Fengler, R. (1999). Praktische Schmerztherapie in der Kinderonkologie: Empfehlungen der Qualitätssicherungsgruppe der Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH). In: *Monatsschrift Kinderheilkunde* 5, 147, S. 438-456

Thomas Hehlmann

Sportpädagoge MPH

Zur Qualität der Arzt-Patientinnen-Kommunikation bei Brustkrebs unter Berücksichtigung des sozioökonomischen Status.

Welchen Einfluss haben Schichtgradient und gelungene Kommunikation auf den Prozess der Krankheitsbewältigung?

Einleitung

Fasst man die Ergebnisse einer Studie der Deutschen Krebshilfe und der AOK- Rheinland zum Thema Prozess- und Ablaufqualität der Brustkrebsbehandlung zusammen, so kommen die Autorinnen sehr ernüchternd zu dem Fazit, dass die Koordinierungsarbeit, die Frauen mit Brustkrebs im gesamten Verlauf der Behandlung leisten müssen, einem „ständigen Kampf“ gleichkommt (Deutsche Krebshilfe 2003 a). Dabei handelt es sich um Koordinierungsarbeiten, die - verursacht durch strukturelle Schwächen im medizinischen Versorgungssystem und durch mangelnde Kommunikation der verschiedenen ärztlichen Disziplinen untereinander - eigentlich gar nicht von den Patientinnen sondern vom Versorgungssystem selbst geleistet werden müsste, so der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001 a; 2001 b). Zusätzlich zu der mangelhaften interdisziplinären, ärztlichen Kommunikation können wir in den letzten Jahren eine zunehmende Zahl von Veröffentlichungen feststellen, die die Unzufriedenheit von Brustkrebspatientinnen mit der Arzt-Patientinnen-Kommunikation beschreiben (Kerr et al. 2003; Schuth & Kieback 2001; Albert & Naß-Grigoleit 2001).

Zurzeit fehlen theoretische Konstrukte für eine breit angelegte Grundlagenforschung ebenso, wie empirische Forschungsergebnisse aus der Kommunikationspraxis. Und obgleich der sehr dominante Bereich der verbalen Kommunikation - nicht nur im medizinischen Bereich - die elementarste Form der Interaktion mit der sozialen Umwelt darstellt, leistete sich die „scientific community“ bislang den Luxus, Kommunikation nicht zum Gegenstand der wissenschaftlichen Auseinandersetzung um das Entstehen und Vergehen von Gesundheit und Wohlbefinden zu machen. Defizitäre Arzt-Patientinnen-Kommunikation zudem noch mit negativen gesundheitlichen Outcomes in Verbindung zu bringen, löst bisweilen recht heftige Reaktionen innerhalb des Medizinsystems aus. Erste empirische Ergebnisse belegen aber genau diesen Zusammenhang zwischen einer als qualitativ schlecht erlebten Arzt-Patientinnen-Kommunikation und schlechteren gesundheitlichen Outcomes (Kerr et al. 2003; Shapiro et al. 1992; Roberts et al. 1994, Stewart 1995).

Ausgehend von einem mittlerweile breiten internationalen Konsens (Mielck 2000) zur schichtspezifischen Verteilung von Krankheit und Gesundheit erscheint es aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht dringend erforderlich, auch die Arzt-Patientinnen-Kommunikation auf ihre schichtspezifische Inhärenz hin zu betrachten. In einer Über-

sicht zum „Shared Decision Making“ zeigen Scheibler et al. (2003), dass der sozioökonomische Status durchaus Einfluss auf die Informations- und Partizipationspräferenz der Patientinnen hat. Dies wird umso bedeutsamer, wenn wir berücksichtigen, dass die Brustkrebsinzidenz im Gegensatz zu vielen anderen Krebserkrankungen eine eigentümliche, inverse Beziehung zwischen Schicht und Inzidenz aufweist. Da sich diese inverse Beziehung in Bezug auf die Mortalität (s.u.) von Brustkrebs nicht wiederholt, sondern genau in das Gegenteil umkehrt, bleibt die Frage offen, wie sich der offensichtliche Vorteil der sozioökonomischen unteren Schicht in Bezug auf die Brustkrebsinzidenz in einen Nachteil in Bezug auf die Mortalität umwandeln kann. Dieser Sachverhalt wirft kommunikations- vor allem aber systemtheoretische Fragen an das Medizinsystem auf, die von Public Health Experten bislang nicht hinreichend beantwortet sind. Informationen zum Thema Brustkrebs und Brustkrebsbehandlung z.B., die Art, wie Informationen verfügbar gemacht werden, wie sie übermittelt werden und wie sie von Frauen mit unterschiedlichem Bildungsstand aufgenommen und verarbeitet werden, sind zwar seit langem Themenbereiche der Gesundheitskommunikation, die bislang aber vor dem Hintergrund der Schichtabhängigkeit auf der einen und ihrer gesundheitlich bedeutsamen Effekte auf der anderen Seite in Deutschland nicht ausreichend erforscht worden sind. Die geplante Dissertation soll einen Beitrag dazu liefern, diese Forschungslücke zu verkleinern, indem sie der Frage nachgeht, welche Bedeutung und welchen Einfluss der Schichtgradient und die Qualität der Kommunikation für gesundheitliche Outcomes haben können.

1. Relevanz des Themas

Brustkrebs ist weltweit in den industrialisierten Ländern bei Frauen die häufigste bösartige Tumorerkrankung und die häufigste Krebstodesursache (Ferlay et al. 1998). Weltweit bestehen allerdings erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Kontinenten. Während „weniger entwickelte“ Länder in Südostasien und Zentralafrika die niedrigsten Mortalitäts- und Inzidenzraten aufweisen, nehmen die sogenannten entwickelten Länder in Nord- und Westeuropa und in Nordamerika die Spitzeplätze sowohl bei der Mortalität als auch bei der Inzidenz ein. Dabei hat das Interesse an Themen zum Verhältnis von sozialen Ungleichheit in Zusammenhang mit Brustkrebs in den letzten Jahren erheblich zugenommen. So stammen 17 der insgesamt 36 Studien zur Thematik, die zwischen 1990 und 2004 veröffentlicht wurden, allein aus den letzten vier Jahren. Dabei zeigen alle 36 Studien ein bemerkenswert einheitliches Bild.

In Bezug auf die Mortalität können alle Autoren einen Zusammenhang zwischen höherem sozioökonomischem Status und geringerer Mortalität feststellen (Okunade & Karakus 2003; Kaffashian et al. 2003; Mackenbach et al. 2003; Cabrera et al. 2001). Der Unterschied ist sowohl für das Gesamtkonstrukt sozioökonomischem Status als auch für einzelne Komponenten des Konstrukts nachweisbar, d.h. für Bildung, Einkommen oder beruflicher Status kann separat gerechnet ein Mortalitätsunterschied nachgewiesen werden. Für die Brustkrebsinzidenz zeigt sich das oben bereits erwähnte inverse Verhältnis zwischen sozioökonomischem Status und Inzidenz, d.h. das Risiko an Brustkrebs neu zu erkranken ist für Frauen mit höherem sozioökonomischen Status etwa 10 Prozent größer als bei Frauen mit niedrigerem sozioökonomischen Status (Dano et al. 2004; Macleod et al. 2004; Robert et al. 2004; Hemminki 2003; Taylor & Cheng 2003; de Cuyper et al. 2003; Schwartz et al. 2003). Einzelne Studien konnten

selbst in der Behandlung des Brustkrebses schichtabhängige Unterschiede nachweisen. So fanden Gomez (2004), Hall & Holman (2003) und Thompsen et al. (2001), dass Frauen mit niedrigerem sozioökonomischen Status weniger brusterhaltend operiert wurden als Frauen mit höherem sozioökonomischen Status.

Gemessen an den von Mielck (2000, S. 12) beschriebenen drei Phasen einer idealtypischen Problemlösung „Beschreiben - Erklären - Verringern“, konzentrieren sich die gegenwärtigen wissenschaftlichen Bemühungen zum Thema Brustkrebs und Schichtgradient bislang gerade einmal auf die erste Phase. Eine mögliche schichtabhängige Form der Kommunikation zwischen Arzt und Patientin könnte erste Ansätze für ein Erklärungsmodell des oben geschilderten Zusammenhangs von geringerem sozioökonomischen Status und größerer Mortalität liefern. Eine Studie des National Breast Cancer Center of Australia (NHMRC 1998 b) liefert hier erste Hinweise dergestalt, dass zwar 85 Prozent der befragten Frauen so viele Informationen wie möglich über ihre Erkrankung haben wollten, jedoch eine sinkende Nachfrage nach Informationen bei Frauen mit niedrigerem Bildungsstand festzustellen war. Vergleichbare Ergebnisse konnten vorher bereits von Strull et al. (1984) und Ende et al. (1989) nachgewiesen werden. Diese Ergebnisse und auch die oben angesprochenen Studien zur Mortalität und Inzidenz dürfen nicht darüber hinwegtäuschen, dass es sich fast ausnahmslos um Studien aus dem angloamerikanischen bzw. skandinavischen Sprachraum handelt. Für den deutschen Sprachraum besteht auf diesem Gebiet ein dringender Forschungsbedarf.

Defizite in der Arzt-Patientinnen-Kommunikation

Die eingangs erwähnte Studie der Deutschen Krebshilfe und der AOK-Rheinland (2003) zeigt nicht nur strukturelle Schwächen in der medizinischen Versorgung auf, sondern markiert wesentliche defizitäre Bereiche der Arzt-Patientinnen-Kommunikation. So gaben knapp ein Drittel der befragten Frauen an, vor der Operation nicht über die verschiedenen Operationsverfahren informiert worden zu sein. Hinzu kommt, dass 39 Prozent der Frauen, deren Brust amputiert wurde, angaben, vor der Operation nicht über die verschiedenen Möglichkeiten des Brust-Wiederaufbaus aufgeklärt worden zu sein. 30 Prozent der Frauen wussten nicht, dass eine Chemotherapie sowohl ambulant als auch stationär durchgeführt werden kann (Deutsche Krebshilfe 2003 a, S. 24). Die Autorinnen berichten weiter, dass sich Informationsdefizite durch den gesamten Behandlungsprozess ziehen. So berichteten die Frauen, dass sie wichtige Informationen gar nicht oder erst zu spät erhalten haben und durch sich widersprechende Aussagen unterschiedlicher Ärzte verunsichert waren (Deutsche Krebshilfe 2003 a, S. 12). 60 Prozent der Frauen, die angaben alle verfügbaren Informationen über die Erkrankung bekommen zu wollen, sind tatsächlich auch besser informiert worden. 39 Prozent der Frauen fühlten sich durch zu viele Informationen verunsichert und überfordert.

Ein deutliches Kennzeichen für einen sich abzeichnenden Wandel in der Beziehung zwischen Arzt und Patientin und der damit verbundenen Stärkung der Patientinnenseite ist die Diskussion um das sogenannte „shared-decision-making“. Interessanterweise taucht in der deutschen Übersetzung der Vorstellung einer von beiden Partnern „geteilten“, weil „gemeinsam herbeigeführten“ (i.S.v. hergestellten) Entscheidung weder das deutsche Wort für „shared“ noch das deutsche Wort für „making“ auf. Diese

eindeutig beziehungsbetonenden Wortmerkmale des angloamerikanischen Theorems werden in der deutschen Übersetzung nicht wiedergegeben. Dies ist auch ein Kennzeichen für die gegenwärtig noch sehr verhaltene Akzeptanz des shared decision making unter deutschen Medizinerinnen (Scheibler et al. 2003, S. 19). In Deutschland geht es um „Informationen“, die die Basis des Prozesses der „Findung“ einer „Entscheidung“ sind. Diese Bezeichnung ist noch weit von der auf Partnerschaft und Gemeinsamkeit gegründeten angloamerikanischen Theorie einer gemeinschaftlich herbeigeführten Entscheidung entfernt.

Dennoch hat die Diskussion um shared-decision-making längst Einzug in die wissenschaftliche Diskussion um partnerschaftliche Kommunikationsstrategien in der Arzt-Patientinnen-Kommunikation gefunden. Hier wird besonderer Wert darauf gelegt, die Bedürfnisse der betroffenen Patientinnen zu erfassen, sie mit umfassenden Informationen zu versorgen, sie optimal über Chancen und Risiken verschiedener Behandlungsalternativen aufzuklären und ihnen darüber hinaus die Möglichkeit zu geben, ihre persönlichen Werte und Risikopräferenzen in den Prozess der Entscheidungsfindung mit einfließen zu lassen. Die Ausgangsthese von „shared-decision-making“ ist jedoch stets, dass es nicht nur eine aus Expertensicht zu bestimmende optimale Therapie für die einzelne Patientin gibt, sondern dass die aktive Mitarbeit der Patientinnen und die Einbeziehung ihrer persönlichen, körperlichen und seelischen Gegebenheiten notwendig ist, um die für sie optimale Therapie in einer gemeinsamen Entscheidung festzulegen (Badura und Schellschmidt 1999). Ernst et al. (2004) beschreiben in einem Artikel zum shared decision making bei Tumorpatienten, dass das shared decision making durchaus eine nachhaltige, eigenverantwortliche Auseinandersetzung mit der Krankheit hervorbringt. Untersuchungen zeigen einen günstigeren Heilungsverlauf, verbesserte Lebensqualität und nicht zuletzt dadurch erzielte Kosteneinsparungen. Immerhin zeigen australische Untersuchungen, dass 54 Prozent der Frauen, die an Brustkrebs erkrankt sind, eine gemeinsame Entscheidungsfindung wünschen (NHMRC 1998). Forschungsergebnisse von Andersen & Urban (1999), Little et al. (2001) und Fallowfield (2001) belegen einen Zusammenhang zwischen einer Beteiligung an der Entscheidungsfindung und verbesserten Outcomes für Lebensqualität.

Gesundheitsrelevante Effekte durch Kommunikation

Mit der Frage nach den gesundheitsrelevanten Effekten, die in einem ursächlichen Zusammenhang mit einer qualitativ als „gut“ oder „schlecht“ empfundenen Kommunikationssituation stehen, wende ich mich mit dem Forschungsvorhaben einem Feld zu, das Thompson (2001) als genuines Forschungsgebiet zur Gesundheitskommunikation bezeichnet. Eine Reihe von Studien zeigen, dass Qualität und Quantität der erhaltenen Informationen und das Ausmaß an Einfühlungsvermögen des Arztes im Gespräch mit der Patientin zu einer besseren Zufriedenheit mit der Behandlung führen und die betroffenen Frauen seltener den Arzt wechseln (Deutsche Krebshilfe 2003 b, S. 7). So fanden Shapiro et al. (1992) u.a. heraus, dass sich Patientinnen, deren Onkologe bei der Mitteilung von Mammographie-Ergebnissen einen besorgten Eindruck machte, später an weniger Informationen erinnerten, die Situation als ernster wahrgenommen haben, höhere Pulsraten hatten und über ein höheres Ausmaß an Angsterleben berichten. Roberts et al. (1994) fanden heraus, dass ärztliches Kommunikationsverhalten, das eine fürsorgliche Einstellung des Arztes erkennen lässt, mit einer besseren psychischen Anpassung bei Brustkrebs assoziiert ist. Patientinnen wünschen sich mehr em-

pathische Verhaltensweisen des Arztes, wie z.B. mehr Zeit zur Verarbeitung der Diagnose zu bekommen und an Entscheidungen über die Behandlung beteiligt zu werden.

Dass die Optimierung von Kommunikationsprozessen durchaus gesundheitsrelevante Auswirkungen haben können, zeigt ein Review von Stewart (1995). Von 21 randomisierten kontrollierten Interventions-Studien berichteten 16 Studien über positive Gesundheits- Outcomes als Folge einer verbesserten Arzt-Patienten-Kommunikation. Vier Studien hatten negative Ergebnisse, und bei einer Studie waren die Ergebnisse unentschieden. In den Studien mit positivem Ergebnis beeinflussten sowohl die Art der Übermittlung der Diagnose als auch die Besprechung des Behandlungsplans gesundheitliche Parameter wie Blutdruck, Blutzuckerspiegel, aber auch die emotionale Befindlichkeit. Ein deutliches Ergebnis für langfristige negative Effekte einer als „schlecht“ bewerteten Kommunikationssituation während des Klinikaufenthaltes liefert die Studie von Kerr et al. (2003). Von 980 Brustkrebspatientinnen berichteten 47 Prozent über Unklarheiten im Kommunikationsprozess des klinischen Umfelds. 58 Prozent hätten sich mehr Zeit zum Reden mit dem medizinischen Personal gewünscht. Insgesamt konnte die als unbefriedigend empfundene Kommunikationssituation „Übermittlung der Diagnose“ noch vier Jahre nach dem Ereignis mit signifikant schlechteren Parametern für Aspekte der Lebensqualität (QLQ-C30, EORTC) nachgewiesen werden.

2. Fragestellung

Mit der Frage nach den gesundheitsrelevanten Effekten, die in einem ursächlichen Zusammenhang mit dem sozioökonomischen Status und einer qualitativ als „gut“ oder „schlecht“ beschriebenen Kommunikationssituation stehen, wende ich mich einem Bereich zu, den Thompsen (2001) als genuines Forschungsgebiet der Gesundheitskommunikation bezeichnet und sie fordert zu recht mehr Forschungsaktivitäten, die Kommunikationsprozesse und Gesundheits-Outcomes in Beziehung setzen. Hinter meiner Frage steht die Annahme, dass Kommunikation nicht nur eine neben vielen anderen Bedingungen für Gesundheit und Wohlbefinden ist, sondern von essentieller Bedeutung ist für alle sozialen Interaktionen und damit für das Entstehen und Vergehen von Gesundheit und Wohlbefinden.

Die geplante Arbeit will einen Beitrag zur Beantwortung der Frage leisten, inwieweit das Erleben von Kommunikationsprozessen während der Phase der Diagnose und der Akutbehandlung Auswirkungen auf die längerfristige psychosoziale Anpassung von Frauen mit Brustkrebs hat, und ob die psychosoziale Anpassung abhängig vom sozioökonomischen Status ist. Konkret soll gefragt werden:

1. *Haben an Brustkrebs erkrankte Frauen, die die Kommunikation mit Health Professionals in der akuten Phase der Behandlung als negativ beschreiben, 6 Monate nach ihrem Krankenhausaufenthalt schlechtere Werte für die gesundheitsbezogene Lebensqualität und die allgemeine seelische Verfassung als Frauen, die diese Kommunikation als positiv beschreiben?*
2. *Sind die unterschiedlichen Bewertungen der Kommunikation und die gesundheitsbezogenen Outcomes abhängig vom sozioökonomischen Status der Frauen?*

3. Methodisches Vorgehen

Das Dissertationsprojekt ist Teil des mehrschichtigen Forschungsprojekts Bremer Brustkrebs-Beratungs-Studie (BBB-Studie), das vom Autor in Kooperation mit der Bremer Krebsgesellschaft und der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld durchgeführt wird. Der für das Promotionsprojekt relevante Teil 2 der BBB-Studie ist als Fragebogen-Längsschnitt mit zwei Messzeitpunkten angelegt. Beide Erhebungen werden postalisch durchgeführt. Die erste Befragung findet vier Wochen nach Entlassung aus dem Akutkrankenhaus statt, in dem die teilnehmenden Patientinnen wegen Brustkrebs operativ behandelt wurden. Die zweite Erhebung erfolgt sechs Monate später. Eingeschlossen in die Studie sind deutschsprachige Frauen unter siebzig Jahren, die neu an Brustkrebs erkrankt sind. Angestrebt wird eine Stichprobengröße von $N = 150$ Frauen. Beteiligt an der Studie sind die vier Bremer Krankenhäuser DIAKO gGmbH, Zentralkrankenhaus Bremen-Nord, Zentralkrankenhaus Links der Weser und das St. Joseph-Stift GmbH.

Als Prädiktorvariablen werden zum Zeitpunkt T1 soziodemographische Angaben und Angaben zur Krankheitsschwere und zur therapeutischen Behandlung erfasst. Darüber hinaus enthält der Fragebogen u. a. Fragen zu den Gründen für das Aufsuchen von Beratungsstellen (bzw. den Gründen für die Nicht-Inanspruchnahme) sowie Einschätzungen zur Qualität der Kommunikationsprozesse mit Hausärzten, Gynäkologen, Krankenhausärzten, Pflegenden, Psychologen, Sozialarbeitern etc. Vorweg wird die Kontakthäufigkeit mit den jeweiligen Akteuren abgefragt. Als Kriterienvariablen werden, neben einer Erfassung der Inanspruchnahme verschiedenster Gesundheitsdienstleistungen, vor allem der SF-36 zur Erfassung der Lebensqualität sowie der HADS zur Messung von Angst und Depression eingesetzt und sowohl zu T1 wie zu T2 erhoben.

Literatur

- Albert, U.S., Naß-Grigoleit, I. (2002) Brustkrebs-Früherkennung: Statt Verunsicherung Ehrlichkeit im Interesse der Frauen. WHC Newsletter 2, 1
- Andersen, M.R., Urban N. (1999) Involvement in decision-making and breast cancer survivor quality of life. *Ann Behav Med* 21(3), 201-9
- Badura, B., Schellschmidt, H. (1999) Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Herausforderung und Chance für das Arzt-Patienten-Verhältnis. Feuerstein, G., Kulmann, E. (Hrsg.): Neopaternalistische Medizin. Der Mythos der Selbstbestimmung im Arzt-Patienten-Verhältnis, 153-162. Bern: Huber
- Bullinger, M., Kirchberger, I. (1998) SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe
- Cabrera, C., Helgesson, O., Wedel, H., Bjorkelund, C., Bengtsson, C., Lissner, L. (2001) Socioeconomic status and mortality in Swedish women: opposing trends for cardiovascular disease and cancer. *Epidemiology* 12(5):532-536.
- Canadian Breast Cancer Initiative (2001 d) Review of Lifestyle and Environmental Risk Factors for Breast Cancer - Summary Report. Québec
- Dano, H., Hansen, K.D., Jensen, P., Petersen, J.H., Jacobsen, R., Ewertz, M., Lynge, E. (2004) Fertility pattern does not explain social gradient in breast cancer in Denmark. *Int J Cancer* 111(3), 451-456
- De Cuyper, L., Van Hee, R., Sterckx, F. (2003) The effect of social factors on diagnosis and treatment of breast cancer. *Acta Chir Belg.* 103(6), 585-588
- Deutsche Gesellschaft für Public Health (2004) Public Health/ Gesundheitswissenschaften - Ziele, Aufgaben, Erkenntnisse
- Deutsche Krebshilfe (2003) FORMaCa Brustkrebs-Basisstudie. Bericht zur Befragung bei Krebspatientinnen

- Ende, J., Kazis, L., Ash, A., Moskowitz, M.A. (1989) Measuring patients' desire for autonomy: decision making and information-seeking preferences among medical patients. *J Gen Intern Med* 4, 23-30
- Ernst, J., Schwarz, R., Kraus, O. (2004) Shared decision making bei Tumorpatienten. Ergebnisse einer empirischen Studie. *J Public Health* 12, 123-131
- Fallowfield, L. (2001): Participation of patients in decisions about treatment for cancer. *BMJ* 323, 1144
- Ferlay, J., Parkin, D.M., Pisani, P. (1998): *Globocan 1- Cancer Incidence and Mortality Worldwide*, IARC Press Lyon.
- Gomez, S.L, France, A.M., Lee M.M. (2004) Socioeconomic status, immigration/acclulturation, and ethnic variations in breast conserving surgery, San Francisco Bay area. *Ethn Dis.* 14(1), 134-140
- Hall, S.E., Holman, C.D. (2003) Inequalities in breast cancer reconstructive surgery according to social and locational status in Western Australia. *Eur J Surg Oncol* 29(6):519-525
- Health Canada (1994) Report on the national Forum on Breast Cancer. Ottawa, Ontario
- Hemminki, K., Li, X. (2004) University and medical education and the risk of cancer in Sweden. *Eur J Cancer Prev.* 13(3):199-205
- Herrmann, C., Buss, U. (1994) Vorstellung und Validierung einer deutschen Version des Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD-Skala). Ein Fragebogen zur Erfassung des psychischen Befindens bei Patienten mit körperlichen Beschwerden. *Diagnostica* 40(2), 143-154
- Kaffashian, F., Godward, S., Davies, T., Solomon, L., McCann, J., Duffy, S.W. (2003) Socioeconomic effects on breast cancer survival: proportion attributable to stage and morphology. *Br J Cancer.* 89(9):1693-1696
- Kerr, J., Engel, J., Schlesinger-Raab, A., Sauer, H., Holze, D. (2003) Communication, quality of life and age. Results of a 5-year prospective study in breast cancer patients. *AnnOnc* 14(3), 421-427
- Little, P., H. Everitt, I. Williamson, G. Warner, M. Moore, C. Gould, K. Ferrier, S. Payne (2001) Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *BMJ* 323, 908-911
- Mackenbach, J.P., Bos, V., Andersen, O., Cardano, M., Costa, G., Harding, S., Reid, A., Hemstrom, O., Valkonen, T., Kunst, A.E. (2003) Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries. *Int J Epidemiol* 32(5), 830-837
- Macleod, U., Ross, S., Fallowfield, L., Watt, G.C. (2004) Anxiety and support in breast cancer: is this different for affluent and deprived women? A questionnaire study. *Br J Cancer.* 91(5), 879-883
- NHMRC National Breast Cancer Center (1998 b): Psychosocial impact of breast cancer: a summary of the literature 1986-1996, Sidney
- Okunade, A.A., Karakus, M.C. (2003) Mortality from breast carcinoma among US women: the role and implications of socio-economics, heterogeneous insurance, screening mammography, and ge-ography. *Health Care Manag Sci.* 6(4), 237-248.
- Robert, S.A., Strombom, I., Trentham-Dietz, A., Hampton, J.M., McElroy, J.A., Newcomb, P.A., Remington, P.L. (2004) Socioeconomic risk factors for breast cancer: distinguishing individual- and community-level effects. *Epidemiology.* 15(4), 442-450
- Roberts, C.S., Cox C.E, Reintgen D.S., Baile W. F., Gibertini, M. (1994) Influence of physician communication on newly diagnosed breast cancer patients psychologice adjustment and decision making. *Cancer: Diagnosis, Treatment, and Research* 74, 336-341
- Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001 a) Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit Band III. Unter- Über-Fehlversorgung. Gutachten 2000/2001. Baden-Baden: Nomos
- Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001 b) Pressemitteilung zur Bundespressekonferenz am 30. August 2001zum Band III Unter- Über- Fehlversorgung des Gut-achtens 2000/2001
- Schuth, W., Kieback, D. (2001) Was erwarten gynäko-onkologische Patientinnen von ihrem behandelnden Arzt und welche Erfahrungen machen sie? Eine qualitative Untersuchung mit 50 Patientinnen. *Geburtshilfe Frauenheilkunde* 61/2001, 400-407
- Schwartz, K.L., Crossley-May, H., Vigneau, F.D., Brown, K., Banerjee, M. (2003) Race, socioeconomic status and stage at diagnosis for five common malignancies. *Cancer Causes Control* 14(8):761-766

- Shapiro, D.E., Boggs, S.R., Melamed, B.G., Graham-Pole, J. (1992) The effect of varied physician affect on recall, anxiety, and perceptions in women at risk for breast cancer: An analogue study. *Health Psychol* 1, 61-66
- Stewart, M.A. (1995) Effective physician-patient communication and health outcomes. a review. *CMAJ* 152(9), 1423-1433
- Strull, W.M., Lo, B., Charles, G. (1984) Do patients want to participate in medical decision making? *KAMA* 252, 2990-2994
- Taylor, A., Cheng, K.K. (2003): Social deprivation and breast cancer. *J Public Health Med.* 25 (3), 228-233
- Thomson, C.S., Hole, D.J., Twelves, C.J., Brewster, D.H., Black, R.J.; (2001) Prognostic factors in women with breast cancer: distribution by socio-economic status and effect on differences in survival. *J Epidemiol Community Health.* 55(5), 308-315
- Thompsen, T.L. (2001) Die Beziehung zwischen Patienten und professionellen Dienstleistern des Gesundheitswesens. Hurrelmann, K./ Leppin, A. (Hrsg.): *Moderne Gesundheitskommunikation*, 73-93. Bern: Huber
- Zigmond, AS, Snaith RP (1983) The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavia* 67, 361

Autorinnen

Michaela Brause

Geboren 1972, Studium der Sozialpädagogik in Bielefeld mit anschließender Tätigkeit in den von Bodelschwingschen Anstalten Bethel in den Fachbereichen „Allgemeine Behindertenhilfe“ und „Epilepsie“. Studium der Gesundheitswissenschaften in Bielefeld und Tätigkeit als wissenschaftliche Mitarbeiterin in dem DFG-geförderten Projekt "SULEIKA-Soziale Merkmale und Leistungszahlen in der Kardiologie"

Anja Ludwig

Geboren 1970, Ausbildung zur examinierten Altenpflegerin, Studium der Pflegewissenschaft an der Universität Witten/Herdecke. Nach dem Studium tätig als Referentin für ambulante Pflege beim Bundesverband der Arbeiterwohlfahrt (AWO) und als wissenschaftliche Mitarbeiterin in der AG 6 Versorgungsforschung/Pflegewissenschaft der Fakultät für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld.

Anja Langness

Geboren 1975, Studium der Erziehungswissenschaften an den Universitäten Freiburg, Köln und der University of South Florida. Master of Public Health-Studium an der Universität Maastricht, Niederlande. Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Abteilung Humanbiologie und Gesundheitserziehung der Universität zu Köln. Seit 2003 wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, AG 4 „Prävention und Gesundheitsförderung“.

Meike Lierse

Geboren 1973, Studium zur Grund- und Hauptschullehrerin in Freiburg und Studium der Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld. Zuletzt beschäftigt als Fachreferentin im Bereich Versorgungsmanagement/ Projekte in der Hauptverwaltung der Techniker Krankenkasse in Hamburg.

Martina Lukas-Nülle

Geboren 1966, Ausbildung zur medizinisch technischen Assistentin. Danach Studium der Betriebswirtschaft in Einrichtungen des Gesundheitswesens in Osnabrück. Nach einem Auslandssemester an der Universität Göteborg folgt das Studium der Gesundheitswissenschaften an der Universität Bremen und eine Zusatzausbildung zur Assessorin nach dem EFQM Excellence Model.

Livia Ryl

Geboren 1978, Studium der Erziehungswissenschaft, Psychologie und Soziologie in Jena und Berlin. Abschluss des Magisterstudiums im Jahr 2002.

Karin Tiesmeyer

Geboren 1969, Ausbildung zur Krankenschwester, mehrjährige Berufs-tätigkeit in dem Bereich, Studium der Pflegewissenschaft an der Fach-hochschule Osnabrück, Studium der Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld. Berufliche Tätigkeit als stellvertretende Einrichtungsverbundleitung im Fachkrankenhaus, Stiftungsbereich Behindertenhilfe der von Bodelschwingschen Anstalten Bethel, derzeit in Elternzeit.

Thomas Hehlmann

Geboren 1964, Studium der Theologie in Hamburg, der Sportwissenschaft und Pädagogik für das Lehramt in Bremen und der Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld. Zuletzt beschäftigt als Sportfachkraft im Gesundheitsservice der AOK Niedersachsen mit dem Arbeitsschwerpunkt Prävention von Herz-Kreislaufkrankungen, speziell Hypertonie und Sport.

