



# ipp info

Institut für Public Health  
und Pflegeforschung  
Universität Bremen  
Fachbereich 11

# 08

IM FOKUS

## Alter, Wohnen und Technik

### INHALT

Schwerpunktthema | Seite 03

Projekte | Seite 14

Promotionskolleg | Seite 16

Qualifikationsarbeiten | Seite 17

Tagungsbericht | Seite 18

Rezension | Seite 19

Publikationen | Seite 20

Personalien | Seite 22

Impressum | Seite 23

Internationales | Seite 24

### Editorial

#### Alter, Wohnen & Technik: Die Zukunft hat begonnen

Der demografische Wandel verändert die Bedingungen des menschlichen Zusammenlebens grundlegend. Derzeit ist erst in Umrissen zu erkennen, welche neuen sozialen, politischen und ökonomischen Herausforderungen alternde Gesellschaften bestehen müssen. Vor allem das höhere Lebensalter hat sich als eine eigenständige Phase herausgebildet, die schon heute einen zeitlichen Umfang von bis zu 40 Jahren einnehmen kann (Maier & Scholz, 2007). Trotz der Entbindung von beruflichen Pflichten in dieser Phase möchte die Mehrheit der Älteren weiterhin aktiv sein, eigene Lebensentwürfe verwirklichen und durch ihr Engagement das gesellschaftliche Leben mitgestalten. Dabei besitzt ein unabhängiges und selbstbestimmtes Leben im vertrauten Wohnumfeld höchsten Stellenwert.

Gleichwohl steigt mit zunehmendem Alter die Wahrscheinlichkeit, allein zu leben und bei der Alltagsbewältigung auf die Unterstützung sowie Hilfe anderer Personen angewiesen zu sein, kontinuierlich

an (Hoffmann & Nachtmann, 2007). Zudem erfordern veränderte Haushalts- und Familienstrukturen u. a. die bauliche Anpassung der Wohnung oder die Versorgung mit individuellen bedürfnisadäquaten Dienstleistungen. Technischen Innovationen kommt in Zukunft hierbei die Funktion zu, den häuslichen Alltag zu erleichtern, körperliche sowie geistige Defizite zu kompensieren, aber auch moderne Kommunikationsmöglichkeiten zu schaffen.

#### Innovationen im Dienstleistungsbereich

Bei einsetzenden Funktionseinschränkungen und gleichzeitig steigendem Hilfebedarf gibt es bislang die Möglichkeit, in so genannte Einrichtungen des betreuten Wohnens zu ziehen. Auch wenn das Interesse hieran groß ist, wird der Umzug seitens der Betroffenen in der Regel dennoch hinausgezögert. Das spricht dafür, entsprechende Serviceangebote bereits in der angestammten Wohnung zu unterbreiten. Diese Serviceleistungen können in ihrer Vielfalt vom Notruftelefon über Haushaltsdienste bis hin zu gesundheitsbezogenen Angeboten reichen. Cirkel et al. (2004) sehen genau hier Chancen und Potenziale für die Wohnungs- und Immobilienwirtschaft, aber auch für viele Dienstleistungsunternehmen

selbst. Dabei muss ein Angebot den spezifischen individuellen Bedarfen entsprechen, leicht zugänglich und vor allem bekannt sein. Eine Lösung dessen ließe sich durch die Einrichtung von koordinierten bzw. vernetzten Servicestellen erzielen, die die Transparenz über bestehende Angebote (z. B. auf der Quartiersebene) erhöhen und auch den Zugang zu den einzelnen Anbietern erleichtern (Weinkopf, 2006).

#### Technologische Innovationen

Innovative Technologien können neben entsprechenden Dienstleistungen ebenfalls einen bedeutsamen Beitrag zum Erhalt der häuslichen Selbständigkeit im höheren Lebensalter leisten: »Ambient Assisted Living« (AAL) steht für Konzepte und Lösungsansätze, die neue technologische Produkte und das soziale Umfeld miteinander verbinden. Die Entwicklungstrends stehen dabei unter der Maxime, Automatisierungsprozesse voranzutreiben. Unter Zuhilfenahme sog. Bussysteme (entweder per Funk oder Kabel) können Systeme und Geräte miteinander vernetzt werden, die für mehr Komfort, Sicherheit und Flexibilität sorgen. →



In der ambulanten medizinischen und pflegerischen Versorgung könnten intelligente Assistenzsysteme dereinst zwei Aufgaben erfüllen: sie können sowohl präventiv als auch rehabilitativ wirksam werden. Dazu zählen bspw. personalisierte Erinnerungssysteme, die zur Einnahme von Medikamenten oder zur Durchführung eines Bewegungsprogrammes auffordern. Ferner helfen Überwachungssysteme, Vitalparameter zu kontrollieren oder in Gefahrensituationen externe Hilfe zu rufen. Die Erfassung und Verarbeitung der benötigten Daten erfolgt über räumlich verteilte oder aber körpernahe Sensoren (Albayrak et al., 2008).

Im Haushalt dienen technische Geräte bereits dem Ziel, die Anforderungen des Alltages, z. B. die Nahrungszubereitung und die Wohnungsreinigung, zu erleichtern und somit eine selbständige Lebensführung zu fördern. Elektronische Steuerungssysteme, die die häusliche Infrastruktur wie Heizungs- oder Beleuchtungsanlage regeln, sind dabei nicht gänzlich neu. Der innovative Ansatz besteht in der programmierten Verknüpfung einzelner mikroelektronischer Komponenten zu einem »vernetzten Haushalt«, der von unterwegs gesteuert werden kann. Bisher reagieren jedoch ältere Menschen auf diese Entwicklung verhalten. Sie bevorzugen Lösungen, die einen hohen Komfort in der Bedienung aufweisen, realitätsnah und praktikabel sind (ebd.).

Allein an dieser Aufzählung wird die große Bandbreite individueller bedürfnisadäquater Dienstleistungsbereiche und von Einsatzgebieten technischer Assistenzsysteme deutlich. Dennoch ist ihnen gemein, dass sie der nachhaltigen Verbesserung von Lebensqualität, der gesellschaftlichen

Teilhabe und der Aufrechterhaltung von Autonomie älterer Menschen dienen. Doch auch immer wiederkehrende Probleme bestimmen die Diskussion um den Einsatz technischer Lösungen in der Häuslichkeit.

#### Barrieren

Ein wesentlicher Punkt bezieht sich auf die Nutzerfreundlichkeit und Bedienung komplexer Produkte und Systeme (Mollenkopf, 2000). Da ältere Menschen vor allem im technologischen Bereich nur ungenügend in die Entwicklung von geeigneten Gestaltungsmerkmalen sowie Designlösungen involviert sind und häufig per se als »defizitär« und »unter Funktionsverlusten leidend« wahrgenommen werden, herrscht über deren tatsächliche Bedürfnisse, Wünsche aber auch Fähigkeiten Unkenntnis.

An zweiter Stelle steht die Akzeptanz technologischer Innovationen. So weisen Studienergebnisse von Becker & Atz (2008) darauf hin, dass jene technischen Systeme die höchste Zustimmung unter Älteren erfahren, die erstens dem persönlichen Schutz und somit zur Abwehr von Gefahrensituationen oder zweitens der Kompensation einer gesundheitlichen Beeinträchtigung dienen. Hingegen erreichen Assistenzsysteme, die allein zur Erleichterung des Alltages beitragen, nur mittlere Akzeptanzwerte.

Ein drittes zu lösendes Problem betrifft den Zugang zu neuen Technologien. Hier stellt sich die Frage, inwieweit ältere Menschen über ausreichend finanzielle Ressourcen verfügen, um überhaupt Produkte und Dienstleistungen erwerben zu können.

#### Perspektiven

Das Thema »Altern« ist eine der größten Herausforderungen unserer Gesellschaft. Nicht nur die demografische Entwicklung, die gestiegene Lebenserwartung, veränderte Lebensstile und -formen, die Zunahme der Single-Haushalte, die deutliche Abnahme des familiären Pflegepotenzials bei zunehmender Pflegebedürftigkeit und die sichtbaren Grenzen der traditionellen Versorgungsssettings, sondern auch veränderte Bedürfnisse und Bedarfe neuer Alterskohorten führen zu den folgenden Fragen: an welcher Stelle versagen die bekannten, oft klischeehaften Alters- und Altersbilder, welche müssen vielleicht auch versagen und welche alternativen Antworten haben wir schon oder müssen wir noch finden?

Für die Zukunft des Alterns dürften wesentliche Aspekte von Wohnen, Lebensqualität und Selbstständigkeit bei hoher Gesundheit im Mittelpunkt stehen. Denn: Der Wunsch älterer Menschen, so lange wie möglich ein unabhängiges und selbst bestimmtes Leben im vertrauten Wohnumfeld führen zu können, ist von zentraler Bedeutung. Innovative Dienstleistungs- und Technikstrukturen sowie alternative Wohnformen können dabei helfen, eine autonome Lebensführung in den »eigenen vier Wänden« zu ermöglichen.

Die Förderung der Autonomie älterer Menschen in der Häuslichkeit eröffnet Chancen und Potentiale für neue Technologien und Serviceprodukte. Um langfristig die Akzeptanz und Wirksamkeit technischer Lösungen zu erhöhen, gilt es, in die Entwicklung und Erprobung neuer Produkte und Dienstleistungen für ältere Menschen stärker zu investieren. Im synergetischen Zusammenspiel von Wissenschaft, Praxis, Unternehmen und Verbrauchern kann es gelingen, den privaten Haushalt auch bei einsetzender Hilfe- und Pflegebedürftigkeit als langfristigen Lebensort zu etablieren. Auch für die Gesundheitswirtschaft sind hier deutliche Impulse zu erwarten.

→ Literatur bei den VerfasserInnen oder online im Internet unter [www.ipp.uni-bremen.de](http://www.ipp.uni-bremen.de)

**Prof. Dr. Stefan Görres und Juliane Nachtmann**

Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung, Abteilung Interdisziplinäre Alterns- und Pflegeforschung (iap),

Mail: [sgoerres@uni-bremen.de](mailto:sgoerres@uni-bremen.de),

[juliane.nachtmann@uni-bremen.de](mailto:juliane.nachtmann@uni-bremen.de),

[www.iap.uni-bremen.de](http://www.iap.uni-bremen.de)

## SCHWERPUNKTTHEMA

# Gesund und selbständig zu Hause leben

## Landesinitiative »Bremen. Zukunftsmarkt Gesundheit« unterstützt innovative Projekte

Bis ins hohe Alter in den eigenen vier Wänden zu wohnen ist der Wunsch vieler Menschen – auch in Bremen. Ambulante Pflegedienste oder Hausnotrufsysteme ermöglichen es vielen Menschen heute länger denn je zu Hause zu bleiben. Vom »betreuten Wohnen« bis hin zu Altenpflegeheimen gibt es im Land Bremen zahlreiche alternative Wohnmöglichkeiten. Doch die überwiegend pflegeorientierten Angebote werden den Ansprüchen vieler Senioren nicht gerecht. Daher gilt es, sich mit neuen innovativen und wohnortnahen Konzepten auf deren individuelle Bedürfnisse einzustellen. Studien zeigen, dass sowohl der Trend zur Individualisierung als auch zur Wissensgesellschaft die Entwicklung der »Haushaltsprofile« dynamisiert. Klassische Haushalte wandeln sich und werden kleiner und instabiler. Es ist davon auszugehen, dass traditionelle Familienstrukturen künftig viel weniger Hilfebedarfe unterstützen können. Auf der anderen Seite stehen die professionellen Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen, die auf die demografische Entwicklung und das steigende Gesundheitsbewusstsein reagieren. Dabei spielen Möglichkeiten der Vernetzung durch Informations- und Kommunikationstechnologie eine ebenso bedeutende Rolle, wie die gesundheitsfördernde Gestaltung der Wohnung bzw. Umgebung (ambient assisted living) (vgl. Heinze et al., 2009). Diese Entwicklung aufnehmend hat die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales gemeinsam mit der WFB Wirtschaftsförderung Bremen GmbH den Ideenwettbewerb »Gesund und selbständig zu Hause leben« ausgerufen. Aus den 16 Konsortien wurden 4 Projekte ausgewählt. Die Jury legte bei der Bewertung die Kriterien der Ausschreibung zugrunde und achtete dabei besonders auf die wissenschaftliche Fundiertheit der Konzepte. Dr. Josef Hilbert, Forschungsdirektor am Institut Arbeit und Technik (IAT) in Gelsenkirchen und Privatdozent für Gesundheitsökonomie an der Medizinischen Fakultät der Ruhr-Universität Bochum, hat die WFB bei ihrer Bewertung als externer Gutachter beraten. »Das Land Bremen hat das Potential, mittel- bis langfristig bundesweit, möglicherweise auch international, Unternehmen im Bereich des Wirtschaftsfeldes »Haushalt als Gesundheitsstandort« gut zu positionieren«, lau-

tet die Meinung des Gesundheitsexperten. Bei der Auswahl förderwürdiger Projekte hoben sich nach seiner Einschätzung vier Schwerpunkte hervor:

### 1. Wohnquartiersmanagement

Mit Hilfe des so genannten Wohnquartiersmanagement soll Menschen das Leben im gewohnten Quartier auf ganzheitliche Weise erleichtert werden. In einem geplanten Pilotprojekt können Wohnungsmieter beispielsweise in ausgewählten Stadtteilen haushalts- und gesundheitsbezogene Dienstleistungen aus einer Hand beziehen (siehe hierzu auch den Beitrag von Jürgen Weemeyer und Juliane Nachtmann auf Seite 4 in diesem Heft).

### 2. Wohnungsgestaltung und Technik

Neben Möglichkeiten für individuell gestaltete und barrierefreie Wohnräume gehören vor allem technisch gestützte Kommunikations-, Betreuungs- und Gesundheitsdienste zu den innovativen Konzepten in diesem Schwerpunkt.

### 3. Rehabilitation und Prävention

Bei diesem Teilgebiet geht es um Rehabilitations- und Präventionsmaßnahmen, die etwa im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt zur weiterführenden Gesundheitsförderung eingesetzt werden. Ein Konzept beinhaltet die Entwicklung eines Unterstützungssystems, mit dem Patienten ein Rehabilitationsprogramm für Zuhause in Abstimmung mit ihren Ärzten und Therapeuten durchführen können.

### 4. Pflegemanagement

Mehrere Projektskizzen lieferten Ideen zum Thema Pflegemanagement, die auf die ambulante Pflege in privaten Wohnungen einwirken können. So widmet sich beispielsweise eine Projektidee der Vernetzung zur Unterstützung von Beratungsprozessen an Pflegestützpunkten, Versorgungsnetzen und Pflegeberatungsstellen (siehe hierzu auch den Beitrag von Manuela Schoska auf den Seiten 4 bis 5 in diesem Heft).

Darüber hinaus spielen die Bremer auch eine wesentliche Rolle im Netzwerk deutscher Gesundheitsregionen e.V.. Bundesweit haben sich derzeit

18 Regionen zum »Netzwerk Deutsche Gesundheitsregionen« (NDGR) zusammengeschlossen, in dem sich eine Fokusgruppe mit den, auch E-Health-gestützten, Versorgungskonzepten rund um das Zuhause beschäftigt.

Der Bremer Senat hat die Gesundheitswirtschaft wie andere Regionen Deutschlands auch zu einem Schwerpunkt der regionalen Wirtschafts- und Strukturförderung erklärt. Das Ziel des Ideenwettbewerbs ist, Projekte in der Unterstützung regionaler Strukturen durch die Verknüpfung von Wohnungs- und Gesundheitswirtschaft zu fördern. Erfolg versprechende Projekte zeigen, dass etwa der Einsatz moderner Telekommunikationstechnologien, individuelle Umbauten oder bedarfsgerechte Dienstleistungen den Bewohnern einen längeren Aufenthalt in gewohnter Umgebung und eine höhere Lebensqualität ermöglichen.

→ Literatur bei Franziska Richter

#### Franziska Richter

WFB Wirtschaftsförderung Bremen GmbH,  
Innovationsmanagerin Gesundheitswirtschaft,  
Landesinitiative »Bremen. Zukunftsmarkt Gesundheit«,  
Mail: [Franziska.Richter@wfb-bremen.de](mailto:Franziska.Richter@wfb-bremen.de),  
[www.wfb-bremen.de/de/wfb-wirtschaftsfoerderung-bremen](http://www.wfb-bremen.de/de/wfb-wirtschaftsfoerderung-bremen)

#### Antje Kehrbach

Referentin bei der Senatorin für Arbeit, Frauen,  
Gesundheit, Jugend und Soziales, Bremen,  
Referat 33 in der Abteilung 3 Gesundheit,  
[www.soziales.bremen.de](http://www.soziales.bremen.de)

#### PD Dr. Josef Hilbert

Institut Arbeit und Technik (IAT) der Fachhochschule  
Gelsenkirchen, [www.iatge.de](http://www.iatge.de)



# Gut versorgt zu Hause

## Kundenorientierte Servicekoordination im Quartier

Viele ältere Menschen möchten so lange wie möglich selbstbestimmt zu Hause leben. Die Großfamilie, in der sich alt und jung auf engstem Raum unterstützen, ist jedoch seltener geworden und immer mehr Ältere leben in Single-Haushalten. Trotzdem möchten sie nicht auf ihre gewohnte Lebensqualität verzichten. Dank einer Vielzahl von Hilfsmitteln und unterstützenden Dienstleistungen können sie oft gut versorgt zu Hause leben – vom Brötchenservice, über den Hausnotruf bis zum ambulanten Pflegedienst. Doch oft ist das Angebot so unübersichtlich wie umfangreich.

Der Bremer Pflegedienst und der mobile Sozial- und Pflegedienst *vacances* entwickeln in Zusammenarbeit mit der GEWOBA für deren Mieterinnen und Mieter ein zusätzliches Serviceangebot. Das Institut für Public Health und Pflegeforschung an der Universität Bremen begleitet das Projekt wissenschaftlich. Im Mittelpunkt steht die Einrichtung einer kundenorientierten Koordinierungsstelle, in der die Wünsche der Mieterinnen und Mieter mit kooperierenden Dienstleistern und Anbietern im Quartier aufeinander abgestimmt werden. »In Form einer Rund-um-Versorgung wollen wir den älteren Mietern der GEWOBA alle benötigten Leistungen aus einer Hand anbieten«, erklärt Projektleiter Jürgen Weemeyer von *vacances*. Hierzu zählen neben Haushaltsdiensten, Sanitätshäusern oder Ärzten auch gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen beispielsweise im Bereich Ernährung oder Bewegung. Wenn gewünscht, nimmt ein Berater in der Zentrale alle wichtigen Informationen und Kundenanfragen auf. Ein Computersystem, das von der Firma *atacama | Software GmbH* entwickelt wird, führt den Bedarf der Mieterinnen und Mieter mit dem Angebot von ausgewählten Partnerunternehmen zusammen. Dabei übernimmt das internetbasierte System nicht nur die Datenverwaltung, sondern unterstützt auch bei der Entscheidung über geeignete präventive Versorgungsmöglichkeiten. So würden Kunden, bei denen Diabetes Mellitus bekannt ist, etwa Insulinschulungen in der Apotheke um die Ecke, ein Augenarzt in der Nähe oder eine mobile Fußpflegerin empfohlen.

Ersten Zwischenergebnissen der Universität Bremen zufolge benötigen die befragten älteren Mieterinnen und Mieter nicht nur medizinische

und pflegerische Versorgung. Im Rahmen einer Bedarfserhebung, bei der rund 100 Personen im Rentenalter befragt wurden, zeigte sich, dass es auch eine deutliche Nachfrage in den Bereichen Reisen und Freizeit sowie hauswirtschaftliche Versorgung gibt. Zum letzten Punkt äußerten mehr als die Hälfte der Befragten den Wunsch, Reinigungs- und Putzdienste in Anspruch nehmen zu wollen. Zudem merkte jeder zweite Interviewte an, Probleme beim Heben und Tragen von Einkaufstaschen zu haben sowie nicht in der Lage zu sein, mehr als 1 km zu Fuß zu gehen. Auch das Fehlen von orts-nahen Einkaufsmöglichkeiten wurde thematisiert.

Nach einer mehrmonatigen Pilotphase des initiierten Kooperationssystems wird das Institut für Public Health und Pflegeforschung im kommenden Jahr eine Wirksamkeitsanalyse durchführen. Hierbei wird unter anderem die Frage gestellt, inwieweit die Mieterinnen und Mieter mit dem Serviceangebot zufrieden sind: Findet das Produkt Anklang, und wie kann es im weiteren Verlauf angepasst werden? Konnten die individuellen Wünsche und Bedürfnisse der älteren Nutzerinnen und Nutzer adäquat umgesetzt werden?

Das Vorhaben wird aus Mitteln des Europäischen Fonds für regionale Entwicklung (EFRE) finan-

ziert. Es gehört zu einem der vier ausgezeichneten Sieger-Projekte des Ideenwettbewerbs »Gesund und selbständig zu Hause leben«, den die Wirtschaftsförderung Bremen (WFB) gemeinsam mit der Bremer Gesundheitsssenatorin im Rahmen der Initiative »Das Zuhause als Gesundheitsstandort« im April 2009 ausgelobt hat. Angesichts der demografischen Entwicklung hat dieses Projekt hohen Aktualitätsbezug und Relevanz. Es unterstützt dabei den Gedanken der Prävention und dient dem Grundsatz »ambulant vor stationär«.

Der Ansatz einer kundenorientierten Koordinationsstelle, in der Kundenwünsche und Angebot zusammengeführt werden und dem Kunden im großen Umfang Organisation, Informationsbeschaffung und Terminierung abgenommen werden, ist bisher einzigartig in Deutschland. Nach Abschluss der Förderung sollen die Erkenntnisse aus dem Projekt auch auf eine bundesweite Anwendung übertragen werden.

### Jürgen Weemeyer (Projektleitung)

*vacances Mobiler Sozial- und Pflegedienst GmbH, Bremen,*  
Mail: [j.weemeyer@vacances.de](mailto:j.weemeyer@vacances.de), [www.vacances-online.de](http://www.vacances-online.de)

### Juliane Nachtmann

*Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung, Abteilung Interdisziplinäre Alters- und Pflegeforschung (iap),*  
Mail: [juliane.nachtmann@uni-bremen.de](mailto:juliane.nachtmann@uni-bremen.de),  
[www.ipp.uni-bremen.de](http://www.ipp.uni-bremen.de)

# A Case for Care

## Ein Begleiter durch den Pflegedschungel

Als eine der zentralen Herausforderung des Gesundheitswesens erscheint gegenwärtig die Frage nach adäquaten Versorgungskonzepten. Dabei gilt es, neben dem Ausbau und der Qualitätssicherung von Hilfeangeboten, dem Wunsch des Einzelnen nach einem möglichst langen Verbleib in der häuslichen Umgebung angemessen zu begegnen.

Eine Schlüsselrolle im Hinblick auf die Umsetzung dieser Anforderungen nehmen professionelle (Pflege-)beratungen sowie ein entsprechendes Fallmanagement ein. Das Ergebnis eines Beratungsprozesses entscheidet dabei vielfach nicht nur über die Form der Versorgung (häuslich oder stationär), sondern auch über die Lebensqualität des Betrof-

fenen im eigenen Zuhause. Die Anforderungen, die sich für den einzelnen Berater und die Versorgungsnetze ergeben, sind immens. Vor allem die Heterogenität der Pflegebedarfe und -bedürfnisse in Verbindung mit rasant wachsenden Hilfeangeboten lassen eine ausreichende Transparenz auf dem Gebiet der Pflegeberatung kaum noch zu.

Eine Unterstützung des Beraters sowie der Netzwerkpartner und damit auch des Ratsuchenden ist in Form einer Softwarelösung möglich, welche an die komplexen Prozesse der Beratungs- und Vernetzungsstellen angepasst ist. Hierbei ist es allerdings notwendig, dass die technische Unterstützung nicht allein die Verwaltung und Organisation von

Daten optimiert, sondern die Beratungsakteure und Netzwerkpartner individuell in inhaltlichen Entscheidungsfindungsprozessen begleitet.

Gemeinsam mit der hkk Erste Gesundheit (Bremen), dem Beratungs- und Pflegenetzwerk Weser, der Seniorenberatung des Landkreises Rotenburg (Wümme), vacances – mobiler Sozial- und Pflegedienst, dem Bremer Pflegedienst und dem Pflegenetz Heilbronn hat die atacama | Software GmbH das Projekt »A Case for Care« gestartet.

Das Forschungs- und Entwicklungsprojekt verfolgt das Ziel, eine wissensbasierte Softwarelösung für Pflegestützpunkte, -netzwerke und Beratungsstellen zu entwickeln. Eine pflegetheoretische Analyse sowie eine begleitende empirische Untersuchung liefern die Grundlage der Softwareentwicklung, indem gewonnene Erkenntnisse unmittelbar in die Software integriert und anhand von Rückkopplungsschleifen an die Praxis angepasst werden. Als Ergebnis soll eine benutzerfreundliche und praxis-

taugliche Anwendung entstehen, die sich nicht nur als reine Verwaltungsunterstützung versteht, sondern vielmehr ein auf wissenschaftlichen Inhalten aufgebautes Entscheidungsfindungssystem darstellt.

**Manuela Schoska**

atacama | Software GmbH, Bremen,

Mail: [schoska@atacama.de](mailto:schoska@atacama.de),

[www.atacama.de](http://www.atacama.de)

## Einschätzungen von 50 – 65-Jährigen zu Technikeinsatz im Alter

Wie wollen Bremer Frauen und Männer im Alter wohnen? Und welche Ansatzpunkte sind für die Politik relevant, um gesundheitsförderliches Wohnen perspektivisch zu unterstützen? Im April letzten Jahres beauftragte die Senatorin für Arbeit, Frauen, Jugend, Gesundheit und Soziales in Bremen das Institut für Public Health und Pflegeforschung mit einer Studie, die das Ziel hatte, diese Fragen unter einer geschlechterspezifischen Perspektive zu bearbeiten.

Hierzu wurden zum einen 8 Fokusgruppeninterviews mit jeweils 4–7 alleinlebenden Personen im Alter zwischen 50 und 65 Jahren in geschlechterheterogener und -homogener Zusammensetzung geführt, in denen nach den Wünschen und Bedürfnissen bezogen auf das Wohnen im Alter (Wohnung, Wohnform und Wohnumfeld) gefragt wurde, sowie danach, welche Pläne und Ideen für das Wohnen im Alter eventuell bereits entwickelt oder umgesetzt wurden. Ebenso interessierte die Einschätzung, inwieweit der Einsatz von Technik das Wohnen im Alter unterstützen kann. In Vorbereitung dieser Fokusgruppen wurden zudem 9 ExpertInneninterviews mit Personen geführt, die in Bremen mit Fragen der Wohnraum- und Wohnumfeldgestaltung bzw. mit Fragen der stadtteilbezogenen Gesundheitsförderung befasst sind. Im Vordergrund stand die Frage, wo Entwicklungs- und Unterstützungsbedarf aus professioneller Perspektive gesehen wird und inwieweit Geschlechteraspekte bei der Beratung oder in Planungs- und Umsetzungsprozessen eine Rolle spielen.

Die befragten ExpertInnen vermuteten, dass die kommende Generation älterer Menschen aufgrund ihres Erfahrungshintergrunds wenige Berührungspunkte mit moderner Technik habe und dementsprechend bereitwilliger sei, diese in

Anspruch zu nehmen. Unklar schien jedoch zu sein, in welchen Bereichen sich die Technik durchsetzen werde. Eine große Akzeptanz versprachen sich die ExpertInnen für technische Entwicklungen, die der Kompensation körperlicher Einschränkungen dienen und die Mobilität erleichtern, das Sicherheitsbedürfnis im Alter bedienen (Notruf-funktionen) und die Kommunikation vereinfachen. Nach Meinung einer Expertin könne jedoch eine gut funktionierende Gemeinschaft den Einsatz von moderner Technik überflüssig machen.

Insgesamt wurde kritisiert, dass viele der innovativen technischen Möglichkeiten derzeit noch nicht genügend an den Bedürfnissen von Älteren orientiert und hauptsächlich finanziell besser ausgestatteten Älteren zugänglich seien.

Der Aspekt des Einsatzes von Technik im Wohn- und Lebensraum von Älteren wurde von den TeilnehmerInnen der Fokusgruppengespräche insgesamt sehr kontrovers diskutiert. Die Vorteile von technischen Vernetzungssystemen wurden aus Sicht der InterviewteilerInnen darin gesehen, dass gerade körperlich eingeschränkte ältere Alleinlebende durch entsprechende technische Produkte in ihrer Selbstständigkeit unterstützt werden könnten, z. B. in Form von Technik, die die Kontaktaufnahme zum sozialen Umfeld, zu DienstleisterInnen von Serviceangeboten und zu medizinischem Personal erleichtert. Auch Notruf-funktionen, die das Sicherheitsgefühl stärken oder Formen neuer technischer Entwicklungen, die Einschränkungen der Mobilität kompensieren, wurden als nützlich eingeschätzt. Nachteile moderner Technik für Ältere wurden darin gesehen, dass durch die Verantwortungsabnahme die Unselbstständigkeit gefördert würde. In einer Männergruppe wurde die Notwendigkeit eines vermehrten Technikeinsatzes als ein Zeichen

dafür gewertet, dass man nicht mehr alleine leben könne und man dann besser in ein Pflegeheim umziehen solle. »Wenn es soweit ist, dass ich meinen Herd nicht mehr ausstellen kann, dann glaub ich, bin ich auch soweit, dass ich nicht mehr allein in der Wohnung leben kann. (...) Dann müsste man sich, wenn ich es noch könnte, mir Gedanken darüber machen, wie geht das jetzt weiter. (...) Wie das ist, wenn das nicht mehr funktioniert (tippt sich an die Stirn), da red ich jetzt nicht drüber.«

Zudem wurde oft die Befürchtung geäußert, dass die Technik dazu genutzt werden könnte, den menschlichen Kontakt zu ersetzen. »Da würd ich ´ne persönliche Assistenz vorziehen (...) das ist nicht kalte Technik, sondern da ist ´ne Person, die mir dann die Sachen, die ich nicht alleine könnte, die mich da unterstützen könnte.«

Große Skepsis zeigte sich auch gegenüber einer möglichen Überwachung durch technische Elemente in der Wohnung und der damit assoziierten Gefahr der Entmündigung.

Wesentliche geschlechterspezifische Unterschiede in den Aussagen und Einschätzungen zum zukünftigen Einsatz von Technik im Wohnalltag von Älteren konnten den Interviewrunden nicht entnommen werden. Die genannten Aspekte wurden sowohl von den Männern als auch von den Frauen angesprochen.

→ Die vollständigen Ergebnisse der Interviewstudie stehen Online zur Verfügung unter: [www.ipp.uni-bremen.de/pages/info/projektberichte.php](http://www.ipp.uni-bremen.de/pages/info/projektberichte.php)

**Barbara Baumgärtner, Luca Halder, Prof. Dr. Petra Kolip**  
Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung, Abteilung Prävention und Gesundheitsförderung,  
[www.ipp.uni-bremen.de](http://www.ipp.uni-bremen.de)

Kontakt ab 09/09:

**Barbara Baumgärtner, Prof. Dr. Petra Kolip**  
Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, AG 4 Prävention und Gesundheitsförderung,  
Mail: [petra.kolip@uni-bielefeld.de](mailto:petra.kolip@uni-bielefeld.de),  
[www.uni-bielefeld.de/gesundhw/](http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/)

# Technik für Senioren in spe

## im Bremen Ambient Assisted Living Lab

Im Zentrum des Bremen Ambient Assisted Living Lab, BAALL, steht die Erprobung neu entwickelter Technik zur Assistenz für das Wohnen in gewohnter Umgebung und deren Evaluation auf ihre praktische Alltagstauglichkeit. Das BAALL umfasst alle gängigen Wohnbereiche (Ankleide-, Schlaf-, Wohn-, Esszimmer, Küche, Bad/Sanitär, Heimbüro) auf ca. 60 m<sup>2</sup> Grundfläche (s. Abb. 1) und ist für das Probenwohnen von 2 Personen voll funktionsfähig. Architektonisches Vorbild ist die Casa Agevole im Forschungshospital Sta Lucia, Rom.



ABBILDUNG 1

Ziel ist, zu untersuchen, welche vielleicht einmal zukünftig benötigte Infrastruktur für technische Assistenz bereits heute realisiert werden sollte, so dass die Nachrüstung später Schritt für Schritt nach Bedarf erfolgen kann. Senior und Seniorin in spe (also die aktiv ihre Zukunft planenden Senioren) sollen sich schon heute eine ansprechende Wohnsituation gestalten können, in der sie auch später möglichst lange wohnen bleiben können. Diese Gesichtspunkte erscheinen uns in der Diskussion über Ambient Assisted Living (AAL) besonders relevant: zum einen können die Nutzer beruhigt mit einer weit reichenden Perspektive, sowohl gestalterisch als auch finanziell, planen und vermeiden womöglich einen Umzug in einer schwierigen Lebensphase. Zum anderen ist aus der Sicht der öffentlichen Hand ein längeres Wohnen in der häuslichen Umgebung gewünscht, ggf. mit externen Betreuungsdienstleistungen.

### Raumautomation und intelligente Möbel

Die derzeit verfügbare Raumautomation beschränkt sich im Wesentlichen auf die Steuerung von Licht und Klima, evtl. gekoppelt mit der Zugangskontrolle/Gebäudesicherheit (Krieg-Brückner et al., 2007), so dass bei Betreten einer Wohnung oder eines Raumes ein nutzerspezifisches Profil geschaltet werden kann. Sie wird ergänzt durch die Kontrolle und Steuerung von Haushaltsgeräten sowie Mediengeräten. Eine wichtige Entwicklungs-

tendenz ist die Zusammenführung der gesamten Umgebungssteuerung und die Koordination über herstellereigentliche Treiber und universelle Ein-/Ausgabegeräte (vgl. EU-Projekt i2home).

Ähnlich ist die Steuerung von »intelligenten« Möbeln, die sich an die Nutzer anpassen und »mitdenken«. Ein gutes Beispiel ist die Küchenzeile (s. Abb. 2), die in der aktuell verfügbaren Variante durch Schalteleisten vorne an der Arbeitsplatte gesteuert werden kann: auf/ab für die Arbeitsplatte (damit die gesamte Küchenzeile) und auf/ab einzeln für die Hängeschränke (damit auch das Mikrowellengerät). Diese Funktionen können nun ferngesteuert werden. Ferner soll die geeignete Arbeitshöhe für jede Person spezifisch gespeichert werden und abrufbar sein. Dies ist nicht nur für Rollstuhl- oder Rollator-Nutzer von Interesse, auch Kinder können so gezielt entweder noch nicht oder schon die Arbeitsplatte erreichen. Analog soll sich das intelligente verstellbare Bett an den Nutzer anpassen, ebenso bestimmte Szenarien wie »Lesen im Bett« abrufen können, wobei sich gleichzeitig die entsprechende Lichtstimmung einstellen sollte.



ABBILDUNG 2

### Interaktion

Insbesondere für ältere und pflegebedürftige Menschen wird es immer schwieriger, das Verhalten eines komplizierten Systems zu überblicken. Diskrepanzen zwischen der Erwartung der Nutzer und dem Verhalten eines intelligenten Systems können die Nutzer verunsichern. In solchen Fällen sind Klärungsdialoge erforderlich, um Nutzer beim Umgang mit dem System zu leiten. Ferner wird daran gearbeitet, die Intention eines Nutzers aus seinen sprachlichen Äußerungen zu erkennen, um ihn in einer natürlichen, effizienten und sinnvollen Weise zu bedienen. Ein Beispiel wäre »Ich brauche den Schneebesen« – daraufhin fährt der entsprechende Schrank herunter.

Die Ableitung und das Verstehen der Intention eines Nutzers sind die größte Herausforderung in der AAL-Forschung. Über einfache Sprachkommandos zur Steuerung (Ploennigs, 2008) hinaus ist der vom System semantisch verstandene, natürlich-sprachliche Dialog derzeit Gegenstand der Grundlagenforschung (Shi et al., 2005), bei Missverständnissen und Unklarheiten werden auch Rückfragen und Klärungsdialoge von Seiten des Systems generiert. In spezialisierten Bereichen sollte diese Technologie in den nächsten Jahren marktfähig werden können.

### Zusammenfassung und Ausblick

Der Einsatz von Robotik im häuslichen Umfeld wird in der deutschen Gesellschaft, im Gegensatz zur japanischen, mit Recht oft skeptisch gesehen: es wird befürchtet, dass ein Roboter Menschen bzw. deren Zuwendung ersetzen soll. Die Haltung zu Assistenzsystemen ändert sich allerdings schlagartig, wenn es um die Ergänzung bzw. den Ersatz von Kompetenzen geht, die durch Alter oder Krankheit verloren gegangen sind. Sowohl physische als auch kognitive Fähigkeiten können und sollten durch Assistenzsysteme kompensiert werden. Sie werden akzeptiert, wenn sie physisch und kognitiv adäquat konstruiert sind und die geschwundenen Fähigkeiten abdecken (aber nicht überkompensieren).

Besonders wichtig ist die wissenschaftliche Begleitung. Im BAALL werden die entwickelten Assistenzsysteme in realistischen Szenarien getestet und evaluiert. Dabei kommen unterschiedliche Messinstrumente zum Einsatz, die neben dem kognitiven Zustand oder der Lebensqualität der Probanden auch spezielle Daten, wie die zeitliche Dauer, die notwendig ist, um eine gewünschte Aktion im BAALL auszuführen, messen. Die Ergebnisse der Evaluation wiederum fließen in die Modellierung ein. Wichtig ist, dass Forschung und Entwicklung durch Kooperation mit weiteren Disziplinen wie Kognition, Künstliche Intelligenz, Computerlinguistik und Informatik ergänzt werden. Nur so können auch die Herausforderungen an geeignete und individuell anpassbare Schnittstellen für die Mensch-Maschine-Interaktion im multi-modalen Dialog gemeistert werden.

→ Literatur beim Verfasser oder online im Internet unter [www.ipp.uni-bremen.de](http://www.ipp.uni-bremen.de)

**Prof. Dr. Bernd Krieg-Brückner**

SFB/TR 8 Spatial Cognition, Universität Bremen  
und Safe and Secure Cognitive Systems, DFKI Bremen,  
Mail: [Bernd.Krieg-Brueckner@DFKI.de](mailto:Bernd.Krieg-Brueckner@DFKI.de),  
[www.dfki.de/sks](http://www.dfki.de/sks) und [www.baall.de](http://www.baall.de)

## Gehilfe »INTELLIGENTWALKER«

Ein ebenfalls am DFKI entwickeltes und getestetes technisches Assistenzsystem ist die Gehilfe (der »Rollator«) INTELLIGENTWALKER (vgl. Bild). Dazu wurde ein klassischer Rollator mit elektrisch regelbaren Nabenmotoren an der Hinterachse, mit einem Laserscanner für den Frontbereich sowie Steuerungsrechner ausgerüstet. Er leitet, durch sanftes Abbremsen einzelner Räder, auf bekannten Wegen, in der Wohnung, aber auch zu Freunden in einem anderen Gebäudeteil, und wieder zurück (!), künftig auch zum Supermarkt um die Ecke. Zudem weicht er Hindernissen aus. Das klingt überflüssig, da der Nutzer ja schließlich selbst fährt, wird aber relevant, wenn das Sehvermögen nachlässt. In Zukunft sorgen die elektronisch gesteuerten Motoren auch dafür, dass der Rollator zunächst fest steht, während der Nutzer aufsteht – das sonst oft unkontrollierte Wegrutschen hat schon manchen Sturz verursacht. Die Motoren erhöhen durch ihr Gewicht die Standfestigkeit, sollen im Gegenzug aber auch an Rampen aktiv mithelfen, hinauf, herab und in Kurven, ohne störend zu wirken. Zudem ist über den INTELLIGENTWALKER Assistenz bei der Umgebungssteuerung möglich: Die Gehilfe befindet sich jederzeit unmittelbar in der Nähe des Nutzers und eignet sich damit besonders als »Mittler« für die Interaktion, insbesondere mit der intelligenten Umgebung.

Prof. Dr. Bernd Krieg-Brückner SFB/TR 8 Spatial Cognition, Universität Bremen und Safe and Secure Cognitive Systems, DFKI Bremen, Mail: Bernd.Krieg-Brueckner@DFKI.de, www.dfki.de/sks und www.baall.de



## Gestaltung altersgerechter Lebenswelten

### Der Niedersächsische Forschungsverbund GAL

Seit Ende 2008 arbeitet in Niedersachsen der Forschungsverbund »Gestaltung altersgerechter Lebenswelten (GAL)« an der Identifikation, Weiterentwicklung und Evaluation neuer Verfahren zur Gewinnung und Aufrechterhaltung von Lebensqualität, Gesundheit und Selbstbestimmung in der zweiten Lebenshälfte. Im Projektverlauf wird eine grundlegende technische Infrastruktur erarbeitet, die vielfältige Anforderungen einer selbstständigen Lebensführung aus Nutzersicht erfüllt und in Privathaushalten problemlos nachrüstbar ist. Diese so genannte »technische Plattform« (s. Abb. 1), die eine modulare Zusammenführung verschiedener, bedarfs-

gerechter Assistenzsysteme gewährleistet, bildet die zentrale Basis für die Bereitstellung von Diensten und Techniken zur Unterstützung älterer Menschen. Daneben werden im Projekt exemplarisch vier konkrete Szenarien entwickelt und evaluiert.

#### Anwendungsszenarien

In einem ersten Anwendungsszenario ermöglicht ein persönlicher Aktivitäts- und Haushaltsassistent die Kompensation nachlassender Gedächtnisleistungen, indem er die Planung und Organisation von alltäglichen Aufgaben technisch unterstützt. Eine Funktion sieht z. B. einen elektronischen

Erinnerungsassistenten vor, der Hinweise zu Terminen im privaten sowie medizinischen Bereich gibt. Es ist vorgesehen, dass die Termine auch von »außen« eingegeben werden, beispielsweise die direkte Eingabe eines Arzttermins in den Kalender der Arztpraxis. Des Weiteren sollen auf Basis eines vernetzten Hauses dem Nutzer/der Nutzerin Informationen zu sicherheitskritischen Situationen (z. B. über ein nicht geschlossenes Fenster beim Verlassen der Wohnung) gegeben werden.

Die zweite im Projekt betrachtete Anwendung »Monitoring von Präventions- und Rehabilitations-sport« zielt auf die Optimierung und die Erhöhung der Compliance von ärztlich empfohlenem Heimtraining ab. Die technische Entwicklung im Rahmen dieses Szenarios fokussiert die Situation von Patienten/Patientinnen mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD). Durch die Schaffung der technischen Voraussetzungen zur Erfassung von individuellen Vitalparametern – u. a. mithilfe am Körper getragener Sensorik – sollen dem Patienten Sicherheit in Bezug auf das Trainingsprogramm gegeben und die Verschlechterung des Allgemeinzustandes längerfristig ankündigt werden.

Das dritte Anwendungsfeld »sensorbasierte Aktivitätsbestimmung« zielt auf die Verbesserung der Qualität der häuslichen Versorgung und eine Entlastung der Pflegepersonen. Eine automatische und kontinuierliche Aufzeichnung von alltäglichen Aktivitäten durch minimal-intrusive Sensoren ohne explizite Interaktion mit dem Bewohner/der Bewohnerin bietet z. B. die Möglichkeit, Angehörigen, Pflegediensten oder Ärzten die Notwendigkeit der Implementierung von Unterstützungs- und Pflegemaßnahmen anzuzeigen.

Im vierten Anwendungsszenario werden tragbare und optische Sensoren zur Prädiktion und Prävention von Sturzereignissen eingesetzt. Neben der Entwicklung eines Demonstrators für eine technisch stabile Sturzerkennung steht in diesem Arbeitspaket die Analyse und Entwicklung technisch messbarer, mobilitätsrelevanter Parameter im Vordergrund, die durch ihre kontinuierliche Beurteilung Aussagen zum Sturzrisiko zulassen. →

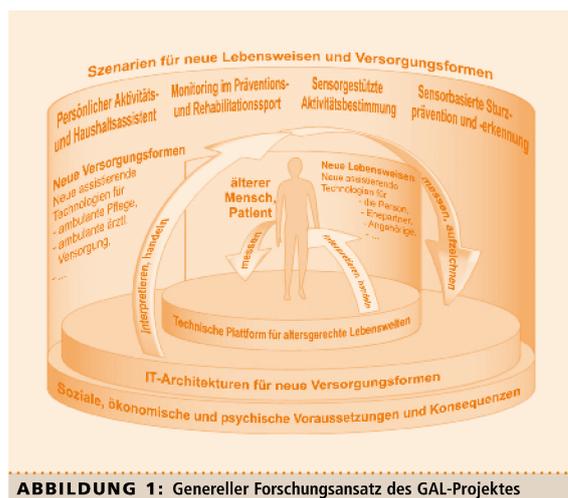


ABBILDUNG 1: Genereller Forschungsansatz des GAL-Projektes

**Begleitforschung**

Die technische Entwicklung der Assistenzsysteme wird durch interdisziplinär angelegte sozial- und pflegewissenschaftliche, psychologische sowie ökonomische Untersuchungen fundiert. Im Fokus der Analysen stehen vor allem die allgemeinen Voraussetzungen, Konsequenzen, Chancen und Probleme des Einsatzes von Technik in Privathaushalten. Dazu werden u. a. durch Experteninterviews und eine für Niedersachsen repräsentative schriftlich-postalische Befragung Primärdaten erhoben. Die Experteninterviews dienen zudem der Einbeziehung von in schriftlichen Befragungen schwer zu adressierenden Gruppen wie Migranten/Migrantinnen, Hochaltrigen und Pflegebedürftigen. Ergänzend werden durch Fallstudien und Fokusgruppenbefragungen der Einbezug der Älteren in die Problemdefinition (z. B. mögliche Anwendungsfelder der technischen Entwicklungen) und in die Entwicklungs- und Forschungsprozesse (z. B. Gestaltungsoptionen) gewährleistet. Vermittels ökonomischer Analysen wird u. a. die Wirkung der technischen Assistenzsysteme auf das Nachfragerverhalten von Privathaushalten untersucht (z. B. auf die Ausgabenstruktur und die Zeitverwendung) sowie der Frage nachgegangen, ob und in welchem Umfang gesamtwirtschaftlich relevante Wirkungen auftreten werden – z. B. Einsparungen durch Synergieeffekte im Gesundheits- und Pflegewesen.

**Ausblick**

Die Entwicklung neuer assistierender Technologien für eine altersgerechte Lebenswelt wird im Forschungsverbund GAL von sozialen, ökonomischen und psychologischen Forschungsarbeiten flankiert. Durch den interdisziplinären Forschungsansatz ist die Möglichkeit gegeben, diese Zusammenhänge detailliert zu untersuchen, die Bedarfe und Ressourcen älterer Menschen bei der Entwicklung der Assistenzsysteme zu berücksichtigen und so passgenauere Konstruktionen zu ermöglichen.

→ Weitere Informationen finden Sie online unter [www.altersgerechte-lebenswelten.de](http://www.altersgerechte-lebenswelten.de)

**Petra-Karin Okken, Birte Erdmann,**  
**Prof. Dr. Uwe Fachinger, Prof. Dr. Harald Künemund**  
 Hochschule Vechta,  
 Institut für Gerontologie, Zentrum Altern und Gesellschaft,  
 Mail: [petra.okken@uni-vechta.de](mailto:petra.okken@uni-vechta.de),  
[www.hochschule-vechta.de](http://www.hochschule-vechta.de)

# Akzeptanz technischer Innovationen im Gesundheitsbereich

## Ergebnisse einer empirischen Untersuchung zu neu entwickelten AAL-Geräten für einen Verbleib in der eigenen Wohnung bei gesundheitlichen Einschränkungen

In einer vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Untersuchung haben wir die Akzeptanz von neuen Entwicklungen im Bereich von Gesundheit und Sicherheit überprüft. 170 Probanden im Alter von 55 bis zu 97 Jahren wurden gebeten, ihre Eindrücke zu fünf neuen AAL-Geräten sowohl mit Hilfe eines standardisierten Fragebogens als auch einer Gruppendiskussion wiederzugeben.

Die neuen AAL-Geräte waren:

- eine automatische Sicherung der Wohnung (überprüft beim Verlassen der Wohnung alle technischen Geräte und schaltet sie selbständig ab)
- eine funkgesteuerte Medikamentenbox (erinnert zu festgelegten Zeiten an die Einnahme von Medikamenten und stellt diese auch bereit)
- ein Telemonitoring für Herz-Kreislauf-Kranke (übermittelt Gesundheitsinformationen, wie Gewicht, Blutdruck und Pulsfrequenz an eine Zentralstation, die dort fortlaufend ausgewertet werden)
- ein mobiler Gesundheitsassistent (ein tragbares Hemd, das selbständig wichtige Messungen, wie EKG, Blutdruck und Herzfrequenz vornimmt und an eine Überwachungsstation weiterleitet)
- ein intelligenter Schuh (speichert typische Bewegungsabläufe und gibt bei Abweichungen Alarm).

Die Ergebnisse zeigen eine hohe Akzeptanz aller gezeigten Geräte, wobei sich eine abnehmende

Rangfolge von der automatischen Sicherung der Wohnung und dem Telemonitoring für Herz-Kreislaufkranke über den mobilen Gesundheitsassistenten und die funkgesteuerte Medikamentenbox bis hin zum intelligenten Schuh ergibt. Entsprechend groß ist auch die Bereitschaft, die gezeigten Geräte selbst zu nutzen und dafür eigenes Geld auszugeben.

Eine differenzierte Beurteilung der Geräte zeigt, dass die Befragten die Geräte als nützlich empfinden und der Auffassung sind, sie würden die Selbständigkeit und die Sicherheit erhöhen. Negative Äußerungen, wie »ich würde mich dadurch kontrolliert fühlen«, »zeigt anderen, dass ich es alleine nicht mehr schaffe« und »wäre mir ein zu großer Eingriff in mein Leben« sind sehr viel seltener. Am meisten Skepsis zeigt sich bei der Sorge, »ob das wirklich funktioniert«, die bei den verschiedenen Geräte von knapp 30 Prozent bis über 40 Prozent der Probanden geteilt wird. Tabelle 1 gibt den ersten Eindruck wieder, den die Befragten von den AAL-Technologien haben.

Eine Differenzierung nach Gruppen von Befragten erbringt sowohl erwartete als auch unerwartete Ergebnisse. Erwartete Ergebnisse sind:

- Befragte mit hoher Technikakzeptanz haben eine höhere Nutzungsbereitschaft
- Männer haben eine höhere Nutzungsbereitschaft als Frauen.

TABELLE 1

### Beurteilung der 5 technischen Entwicklungen / Erster Eindruck (Bewertung auf einer 5-Punkte-Skala in Prozent)

					
Automatische Sicherung der Wohnung	0,6	6,6	17,4	45,5	29,9
Funkgesteuerte Medikamentenbox	4,2	13,3	24,7	28,9	28,9
Telemonitoring für Herz-Kreislauf-Kranke	2,4	6,7	17,7	36,6	36,6
Mobiler Gesundheitsassistent	2,4	12,7	18,7	34,3	31,9
Intelligenter Schuh	4,2	20,5	28,9	22,3	24,1

Die höchsten Zustimmungssätze sind hell hinterlegt

Unerwartete Ergebnisse zeigen sich hinsichtlich des Alters, der Lebensform der Befragten und ihres Gesundheitszustandes:

- Jüngere Befragte sind insgesamt eher stärker bereit, die fünf Geräte zu nutzen als ältere
- mit einem Partner/einer Partnerin Zusammenlebende sind nutzungsbereiter als Alleinlebende
- Befragte ohne gesundheitliche Einschränkungen sind ebenfalls nutzungsbereiter als gesundheitlich Eingeschränkte.

Es sind also diejenigen, die eigentlich auf solche Hilfen und Unterstützungen angewiesen wären, weniger bereit, sie auch zu nutzen. Man wird hier von einer abwehrenden Haltung ausgehen müssen. Es fällt offensichtlich schwer, eigene Behinderungen, Einschränkungen und Gefährdungen zu akzeptieren. Während Personen ohne gesundheitliche Einschränkungen keine Mühe damit haben, die vorgestellten Geräte als nützlich und hilfreich zu empfinden, haben gesundheitlich beeinträchtigte Menschen, die eine solche Unterstützung eigentlich bräuchten, nicht die nötige emotionale Distanz. Es kostet sie möglicherweise Überwindung, vor sich selbst und Anderen einzugestehen, dass man gefährdet ist und/oder Unterstützung braucht. Trotz dieser Einschränkungen bleibt aber festzuhalten, dass auch gesundheitlich Beeinträchtigte, Ältere oder Alleinlebende die vorgestellten Ambient Assisted Technologien eindeutig positiv beurteilen.

Im zweiten Teil der Untersuchung, der sich allgemein der Evaluation von Ambient Assisted

TABELLE 2

## Vorstellungen von einem Leben im Alter nach Geschlecht (in Prozent)

	bei meiner Familie	in meiner Wohnung mit technischer Unterstützung	in einer betreuten Wohnanlage	in einer Wohngemeinschaft mit anderen Älteren	in einer Seniorenresidenz
Frauen	4,9	58,8	22,5	7,8	5,9
Männer	16,1	37,5	32,1	7,1	7,1
Alle	8,9	51,3	25,9	7,6	6,3

Technologien zur Erhöhung der Sicherheit im häuslichen Lebensbereich widmet, haben wir die Frage gestellt, wie die Befragten gerne leben wollten, wenn sie es nicht mehr allein schaffen würden. Hier geben die meisten der Befragten an, sie würden gerne in ihrer Wohnung mit Hilfe technischer Unterstützung verbleiben wollen. Während dieses Ergebnis im Anschluss an die Präsentation von konkreten Möglichkeiten, mit Technik im Alter weiterhin in den eigenen vier Wänden leben zu können, wenig überrascht, ergeben sich beträchtliche Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Männer würden deutlich häufiger bei ihrer Familie leben wollen oder aber in einer betreuten Wohnanlage, während sehr viel mehr Frauen die »technische Lösung« vorziehen würden (s. Tab. 2). Die Tatsache, dass die vorgestellten Geräte bei Männern insgesamt auf eine größere Akzeptanz stoßen als bei Frauen, verschärft dieses Ergebnis noch einmal.

Der Grund für den stärkeren Wunsch von Frauen, möglichst allein in ihrer eigenen Wohnung zu verbleiben, dürfte sein, dass Frauen Zeit ihres Lebens gelernt haben, für sich allein zu sorgen. Außerdem haben sie lebensgeschichtlich eine sehr viel größere Verantwortung und vor allem auch Erfahrung für die Versorgung und Betreuung von Familienangehörigen, wissen also, welche Belastung dies für Andere bedeuten kann.

Dies ist insofern ein bedeutsames Ergebnis, weil es zeigt, dass für technische Entwicklungen, die einen längeren ungefährdeten Verbleib in der eigenen Wohnung gewährleisten, die Ansprechpartner vor allem Frauen sind.

**Dr. Detlef Oesterreich, Dr. Eva Schulze**  
Berliner Institut für Sozialforschung (BIS),  
[www.bis-berlin.de](http://www.bis-berlin.de)

## Gesundheitswirtschaft und Beschäftigung in Bremen

Hunderttausende neuer »Jobs« und multi-milliardenschwere Märkte in der Gesundheitswirtschaft versetzen ganze Bundesländer in Verzücken. Niemand denkt mehr über die wirklichen Beschäftigungseffekte, die Realitätsnähe der Bedarfsprognosen und mögliche unerwünschte Wirkungen für die Gesundheit und den Geldbeutel der mit Angeboten der Gesundheits- oder »Medical wellness«-Wirtschaft konfrontierten Menschen nach. Dass aber vor allem nach den kritischen Erfahrungen mit der anbieterinduzierten Nachfrage im traditionellen Gesundheitsleistungsmarkt der Gesetzlichen Krankenversicherung, Skepsis, Zurückhaltung und kritische Überprüfung statt hemmungslose Euphorie berechtigt sind, zeigt die im Auftrag der

Arbeitsnehmerkammer Bremen am Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen erstellte und im Juni 2009 veröffentlichte Studie »Gesundheitswirtschaft und Beschäftigung in Bremen«.

Die interdisziplinär von dem Ökonomen Joachim Larisch und dem Sozial- und Gesundheitswissenschaftler Bernard Braun erstellte Studie fasst die Ergebnisse einer genaueren empirischen Analyse der aktuellen Gesundheitswirtschaft und die entsprechenden Schlussfolgerungen für die weitere Debatte so zusammen: »Bevor sich die politischen Akteure des Bundeslandes Bremen in die Schar der Bundesländer einreihen, die seit einigen Jahren auf Kongressen und in Gestalt regionalpolitischer

und -wirtschaftlicher Initiativen die Gesundheitswirtschaft zum uneingeschränkten Träger des wirtschaftlichen Fortschritts und des Wohlbefindens der Bevölkerung erklären und ausbauen wollen, erscheint uns notwendig zu sein, einige systematische und empirische Aspekte dieses Trägers genauer zu beleuchten und bei künftigen politischen Entscheidungen genau zu beachten.«

Dabei werden folgende Aspekte untersucht und der weiteren Aufmerksamkeit empfohlen:

- Es gibt bisher, d. h. seit Mitte der 1990er Jahre, keinen empirisch nachweisbaren Nutzen für das Volumen der Beschäftigung (in Vollzeitstellen) der gesamten zur Gesundheitswirtschaft zusammengefassten Wirtschaftsbereiche und Anbieter von Leistungen: »Am Volumen des »Jobmotors« zu zweifeln bedeutet natürlich nicht, den hohen und auch stabilen Anteil von Arbeitsplätzen beziehungsweise Voll-Arbeitsverhältnissen am gesamten Beschäftigungsvolumen zu ignorieren.« →



• Die »Ein- und Ausschlusskriterien von wirtschaftlichen Leistungsarten oder -bereichen in die Gesundheitswirtschaft sind genauer und qualitativ zu bedenken. Dies gilt insbesondere, wenn Teile der sogenannten Genussgüterindustrie und darunter auch die Tabakverarbeitung, die Fitnessbranche«, der sogenannte »Gesundheits«-Tourismus oder »Teile der Nahrungsmittelbranche mit dem Hin-

weis auf irgendeinen Nutzen für das Wohlbefinden eingeschlossen werden.« Die für den Ein- oder Ausschluss zu entwickelnden evidenzbasierten Kriterien für den gesundheitlichen Nutzen sollten natürlich auch für Anbieter und Angebote im traditionellen Bereich der Gesundheitswirtschaft gelten, das heißt im Ernstfall auch dort zum Ausschluss von Angeboten führen.

• Unabhängig von beiden bisher genannten Aspekten müssen aber in den weiteren Diskussionen und Entscheidungen zur Gesundheitswirtschaft auch die zunächst nichtökonomischen, unbeabsichtigten aber unerwünschten Wirkungen der Klassifizierung, Einordnung oder Etikettierung von Leistungsangeboten als »gesundheits«wirtschaftliche oder »Gesundheits«leistungen beachtet werden. Zu den unerwünschten sozialen Auswirkungen gehören vor allem die Individualisierung, Pathologisierung, Medikalisierung, Therapeutisierung und Verexpertlichung des Umgangs mit im Wesentlichen sozialen Ereignissen und Zuständen. Dabei wird u. a. suggeriert, soziale Probleme überwiegend durch individuelles Verhalten bewältigen zu können, was nicht nur die Lösung vieler dieser Probleme auf den Sankt Nimmerleinstag verschiebt, also Leid verlängert oder verstetigt, sondern auch ökonomische Folgelasten mit sich bringen kann. Derartige zusätzliche Lasten entstehen auch durch eine im Bereich der engeren Gesundheitswirtschaft zu beobachtende spezielle Dynamik der angebotsinduzierten Nachfrage.

• Unter Beachtung dieser und weiterer Kriterien empfehlen die Gutachter dann, den quantitativen und vor allem qualitativen Beitrag zur Wertschöpfung der aktuell und potenziell zur Gesundheitswirtschaft gehörenden Leistungserbringer und Angebote genauer zu untersuchen. Dies sollte auch Überlegungen umfassen, welche Angebotskonstellation notwendig ist, um in Bremen und anderswo real vorhandene und bisher nicht ausreichend befriedigte gesundheitliche Versorgungs- und Unterstützungsbedarfe wirksam und wirtschaftlich befriedigen zu können. Dabei denken die Gutachter zum Beispiel an träger- und sektorenübergreifende Angebotsstrukturen, die sich an den individuellen Versorgungsepisoden statt an sektoral getrennten Angebotsstrukturen orientieren und damit für eine bessere Versorgungsqualität und mehr Wirtschaftlichkeit sorgen.

→ Die 74 Seiten umfassende Expertise ist auf der Homepage der Arbeitnehmerkammer Bremen kostenlos erhältlich unter folgendem Link: [www.arbeitnehmerkammer.de/cms/upload/Downloads/Broschueren\\_Studien/Gesundheitswirtschaft\\_web1.pdf](http://www.arbeitnehmerkammer.de/cms/upload/Downloads/Broschueren_Studien/Gesundheitswirtschaft_web1.pdf)

**Dr. Bernard Braun, Dr. Joachim Larisch**  
 Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik (ZeS),  
 Abteilung Gesundheitsökonomie,  
 Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung,  
 Mail: [bbraun@zes.uni-bremen.de](mailto:bbraun@zes.uni-bremen.de),  
[www.zes.uni-bremen.de](http://www.zes.uni-bremen.de)

## E-Health@Home

### Auf neue Geschäftsmodelle kommt es an

Das Projekt E-Health@Home identifiziert, bewertet und gestaltet telemedizinische Services für ältere Menschen auf der Basis innovativer Geschäftsmodelle in einer qualitativ neuen Dimension. Ziel ist die Entwicklung von Alternativen für Menschen, die bislang infolge von gesundheitlichen Beeinträchtigungen in Pflegeeinrichtungen untergebracht wurden. Ausgangspunkt für E-Health@Home sind bereits vorhandene und zukünftige Anwendungspotenziale im Bereich Telemedizin und Ambient Assisted Living (AAL).

Um hierbei erfolgreich sein zu können, sind sehr viele Belange, nämlich medizinische, technische,

ökonomische und soziale gleichermaßen und integriert zu berücksichtigen. Maßgeblich hierfür ist die Entwicklung von adäquaten Geschäftsmodellen für Dienstleistungen, die gleichzeitig die empfundene Lebensqualität steigern sowie die Pflege- und Gesundheitskosten senken und zwar sowohl aus Sicht der Kostenträger als auch aus individueller Perspektive. Im Rahmen des Projektes werden die gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Akteure, die diesen sich neu entwickelnden dritten Gesundheitsmarkt bedienen, innovativ und umfassend vernetzt.

E-Health@Home ist interdisziplinär angelegt und wird von sieben Projektpartnern<sup>1</sup> in den drei fol-

genden Arbeitsbereichen umgesetzt. Es wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) im Rahmen des Förderschwerpunktes »Technologie und Dienstleistungen im demografischen Wandel« gefördert (s. Abb. 1).

#### 1. Konzeption eines Frameworks für Telemedizin- und AAL-Dienste

Ziel ist eine integrierte und prozessdurchgängige telemedizinische Serviceplattform, die vom Engineering bis zum Service vor Ort reicht. Dies bietet den Vorteil, dass bestimmte Basiskomponenten (z. B. Sicherheitsfunktionen) von verschiedenen telemedizinischen Services genutzt werden können (Komponentenrecycling). Beiträge des Projektes werden sein:

• Entwicklung einer »E-Health@Home-Landkarte« – eine Datenbank, die vorhandene Angebote beschreibt und klassifiziert

<sup>1</sup> Fraunhofer Institut Software- und Systemtechnik (ISST), Hochschule Niederrhein (HSNR), T-Systems Business Services GmbH, Competence Center E-Commerce (CCEC) der FU Berlin, Institut für Sicherheit im E-Business (ISEB) der RU Bochum, Institut Arbeit und Technik (IAT), Rhein-Ruhr-Institut für Sozialforschung und Politikberatung (RISP) an der Universität Duisburg-Essen.

- Evaluation von bereits vorhandenen Lösungen im Hinblick auf ihre Wirksamkeit im Zusammenhang mit altersrelevanten Krankheitsbildern und Lebensmodellen sowie Entwicklung neuer Angebote im Bereich Telemedizin/AAL und Bewertung ihrer potentiellen Wirksamkeit

- Entwicklung von Plattformen und durchgängigen Prozessen für Produkte und Services zur Gewährleistung von Interoperabilität (Architekturframework).

## 2. Entwicklung von Geschäftsmodellen für die wirtschaftlichen Akteure

Die Realisierung tragfähiger Geschäftsmodelle wird durch Unternehmen nur in sich stark verändernden Wertschöpfungsstrukturen und -architekturen möglich sein. Die Realisierung konkreter innovativer Geschäftssysteme forciert wiederum den bereits begonnenen Veränderungsprozess. Erst durch die Entwicklung typischer Geschäftsmodelle und konkreter Geschäftssysteme werden die technologischen Innovationen unter dem Gesichtspunkt des breiten Transfers und damit auch der wirtschaftlichen Wertschöpfung ihr Potenzial ausschöpfen.

Neben der einzelwirtschaftlichen müssen die Geschäftsmodelle auch in gesamtwirtschaftlicher Perspektive sinnvoll sein (u. a. gesamtwirtschaftliche Kosten von Pflegeleistungen; Belastungen für GKV/PKV/etc.). Entwickelt und kalkuliert werden Geschäftsmodelle für Kostenträger und Leistungserbringer. Dies gilt für die sich an telemedizinischen und »Ambient Assisted Living (AAL)« Diensten ausrichtenden Wertschöpfungsketten in ihrer Gesamtheit sowie für einzelne Unternehmen im Besonderen, die prototypische Anwendungen implementieren. Einzel- und gesamtwirtschaftlich werden die quantitativen Auswirkungen exemplarisch für einzelne Personen und Haushalte beziehungsweise ökonomische Akteure einerseits sowie andererseits für institutionelle Kostenträger (Kranken- und Pflegeversicherungen) sowie für die Volkswirtschaft abgeschätzt. Marktpotenziale für neue Dienste werden ebenso analysiert wie neue Erlös- und Finanzierungsmodelle sowie die Chancen von Kooperationsoptionen zur Überwindung erkennbarer Realisierungshemmnisse.

## 3. Gestaltung des sozialen und des räumlichen Lebensumfelds

Dem Projekt geht es hier um Untersuchungen und Entwicklungsbeiträge im Hinblick auf die Zusammenhänge zwischen Telemedizin-/AAL-Diensten

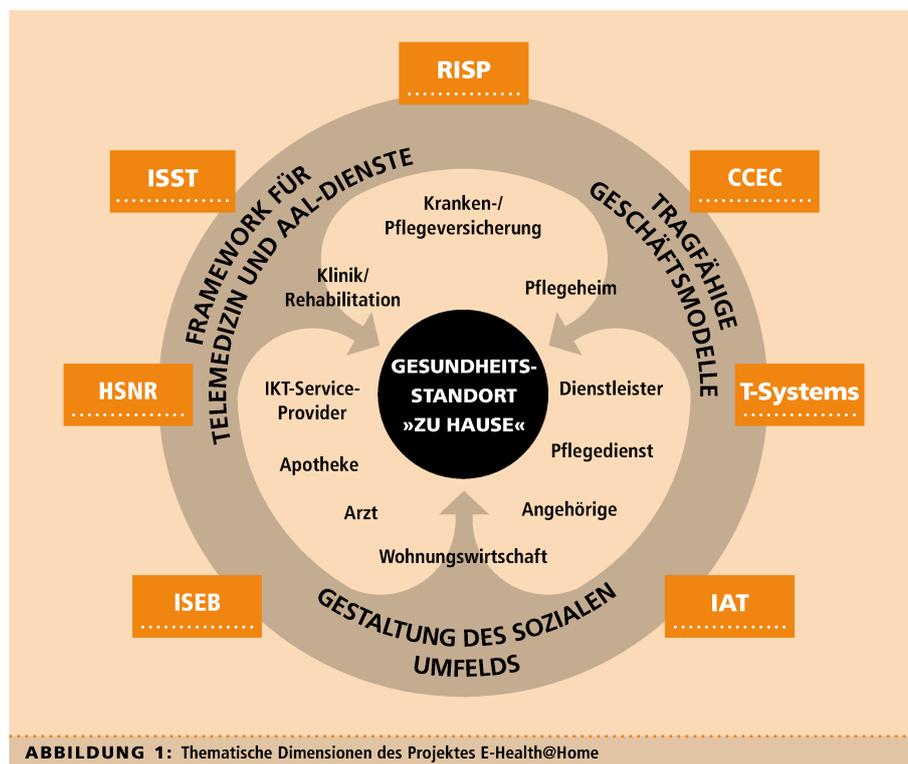


ABBILDUNG 1: Thematische Dimensionen des Projektes E-Health@Home

und der Lebenssituation der Älteren in ihrem sozialen Umfeld sowie in den Wohnquartieren und Stadtvierteln, in der Freizeit und der Kultur. Es mangelt z. Z. noch an ausreichender Berücksichtigung von Methoden und Vorgehensweisen, die die Akzeptanz und Sozialverträglichkeit der technischen Lösungen und Anwendungen in heterogenen Anwendungskontexten befördern. Dieses System muss einen verbindlichen Angebotscharakter erreichen und in diesem Sinne bei den Älteren (und den Angehörigen) Vertrauen stiften, also durch telemedizinische Wirksamkeit und durch Servicequalität überzeugen.

Ein selbständiges Leben und Wohnen im Alter hängt zum ersten von der Pflege- und Versorgungssituation sowie der Verfügbarkeit ergänzender personen- und haushaltsbezogener Dienstleistungen (z. B. des Handels, des Handwerks, der Medien etc.) ab. Zu entwickeln sind Konzepte integrierter Dienstleistungen mit spezifischen technischen und persönlichen Dienstleistungskomponenten. Zudem hängt das selbständige Leben und Wohnen im Alter von Faktoren wie der Verfügbarkeit von altengerechtem Wohnraum, neuen Wohnmodellen, sozialen Dienstleistungen der Gemeinden etc. ab. Das Mehrgenerationenhaus, Altenwohngemeinschaften und betreutes Wohnen sind Beispiele für Wohnformen mit zunehmender Bedeutung. Zu bestimmen ist hier, wie sich solche Ansätze in der Breite durchsetzen lassen und welche neuen kulturell inspirierten Formen des Lebens im Alter entstehen.

Beiträge des Projektes sollen in diesem Zusammenhang sein:

- Gestaltung von Konzepten zur Erhöhung der Akzeptanz und der sozialen Verträglichkeit einschließlich geeigneter Qualifizierungskonzepte
- Verknüpfung von telemedizinischen Perspektiven mit Innovationen in der Pflege, der Versorgung und dem sozialräumlichen Lebensumfeld
- Entwicklung von Leitbildern für ein selbst bestimmtes Leben älterer Menschen im Dialog mit Akteuren wie Kommunen, Kirchen und Wohlfahrtsverbänden.

### Ausblick

AAL und E-Health-Dienstleistungen sollten besser positioniert werden, damit sie ihr Potenzial zur Problemlösung und Chancenrealisierung im Zusammenhang mit dem demografischen Wandel entscheidend umsetzen können. Sie könnten dazu beitragen, dass die Lösungen von zwei wesentlichen Anforderungen synchronisiert werden: Zum einen wollen Ältere ihr Leben länger selbst bestimmt im häuslichen Umfeld verbringen, zum anderen müssen medizinische Versorgung und Pflege unter Qualitäts- und Kostengesichtspunkten neu organisiert werden, wozu das »Zu Hause als neuer Gesundheitsstandort« im Rahmen der integrierten Versorgung eine zentrale Grundlage ist. →

Das Projekt E-Health@Home setzt insbesondere an den Geschäftsmodellen mit der Fragestellung an, wie eine Wertschöpfungsarchitektur befördert werden kann. Damit neue Geschäftsmodelle greifen und das Potenzial von AAL und Telemedizin ausgeweitet und ausgeschöpft werden kann, bedarf es flankierender Aktivitäten. Zwei dieser Aktivitätsfelder versucht das Projekt zu integrie-

ren. Zum ersten wären die IKT-Infrastruktur zu vereinheitlichen und Basisdienste zu stärken. Zum zweiten wären die Technikanwendungen und Dienstleistungen im Vorhinein besser auf die Kundenanforderungen, etwa i. S. eines sozialverträglich reflektierten Serviceengineering einzustellen.

→ Literatur beim Verfasser oder online im Internet unter [www.ipp.uni-bremen.de](http://www.ipp.uni-bremen.de)

**Joachim Liesenfeld**

Universität Duisburg-Essen, Rhein-Ruhr-Institut für Sozialforschung und Politikberatung (RISP),

Mail: [joachim.liesenfeld@uni-duisburg-essen.de](mailto:joachim.liesenfeld@uni-duisburg-essen.de),

[www.risp-duisburg.de](http://www.risp-duisburg.de) und [www.e-health-at-home.de](http://www.e-health-at-home.de)

## Technik und Ethik

### Einleitung

In diesem Beitrag geht es um die normativen Grundlagen und die ethischen Implikationen der Technik. Die Technik-Ethik ist in der Regel utilitaristisch konzipiert, so wird zum Beispiel in der Technikfolgenabschätzung (TA = Technology Assessment) der mögliche Nutzen gegen den Schaden, die Hoffnung gegenüber dem Risiko, abgewogen. Dabei bleibt aber unberücksichtigt, dass die Voraussetzungen der Anwendung sich durch die Technologie ändern können. Deshalb wird in diesem Text eine problemorientierte Perspektive gewählt, die von der These ausgeht, dass es nicht mehr darum geht, ob die Technik die menschlichen Verhältnisse verbessern kann, sondern was unter Bedingungen einer rasanten Technisierung menschliche Verhältnisse überhaupt sind. Werden diese Verhältnisse als vernünftige Zustände konzeptualisiert, lässt sich im Sinne kritischer Theorie dieses sowohl als normative Folie als auch als zu erreichendes Ziel verstehen (vgl. Böhme, 2008a, 2003, 1998; Friesacher, 2008). Eine Ethik der Technik wäre in diesem Sinne eine Form von Bereichsethik und zugleich partikuläre kritische Theorie (vgl. Friesacher, 2009).

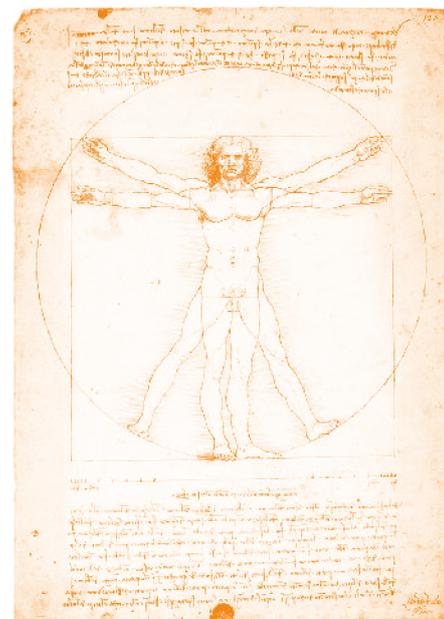
### Technik als Teil der Moderne

Die Moderne im Sinne einer Selbstbemächtigung des Menschen ist ohne Technik und Technologie – die Begriffe verwende ich synonym in diesem Aufsatz – nicht denkbar. Seit den frühen Griechen verstehen wir unter Technik ein bestimmtes Wissen zur Herstellung, eine Kunstfertigkeit, also ein Hervorbringen von Dingen. Ein anderes Verständnis bezeichnet Gegenstände und Verfahren als Technik, die praktischen Zwecken dienen. Ein weiterer Technikbegriff beinhaltet jede regelgeleitete und planmäßig als Mittel eingesetzte Fertigkeit in beliebigen Bereichen menschlichen Handelns (vgl. Fischer, 2004; Friesacher, 2008, 2007). Bleibt der Technikbegriff aufgrund seiner großen Komplexität schwer fassbar, erscheint ergänzend oder erset-

zend der Maschinenbegriff als »ein vom Menschen gemachtes technisch-sinnfälliges Gebilde, das nach vorgegebenen Regeln selbsttätig einen definierten Zweck (Transformation) erfüllt«, besser greifbar. Die Rede von der »Maschinisierung der modernen Welt« erweist sich als geeignete Formel auch zur Analyse von Entfremdungs- und Technisierungsprozessen (Hülken-Giesler, 2008, S. 176 u. 178). Dabei wirkt die moderne Technik direkt auf den Menschen selbst ein oder auf die Umgebung, zum Beispiel das Wohnumfeld.

Die immer noch vorzufindende fortschrittsoptimistische Sicht des technischen Determinismus geht von einem unproblematischen Verhältnis von Technik und Ethik aus. Der technische Fortschritt wird moralisiert und ausschließlich positiv besetzt – alles was machbar ist, ist auch gut – und bedarf keiner Einschränkung. Wie die »invisible hand« von Adam Smith soll auch die Technik im Sinne liberaler Freiheitsvorstellungen dem Gemeinwohl der Menschen dienen. So wird leicht übersehen, dass zum Beispiel eine Wohnraumanpassung mittels technischer Möglichkeiten neben den unbestreitbaren Erleichterungen für ältere Bewohner auch Einfluss hat auf Wahrnehmen und Erleben, auf soziale Kontakte, auf das Zurschaustellen (öffentlich) und Verbergen (privat). Die Technik wird hier moralisch durchaus ambivalent, da sie durch außertechnische Werte (z. B. ökonomische Interessen) funktionalisiert werden kann.

Mit dem Einsetzen einer »normativen Wende« in der Technikdebatte in den 60er Jahren des letzten Jahrhunderts, die vor allem in den unkalkulierbaren Folgen des Technisierungsprozesses ihren Ursprung hat, wird der technologische Imperativ kritisch diskutiert (Ropohl, 1996, S. 24 ff.). Diese als Technokratiethese von Autoren wie Schelsky (1965) vorgetragene Kritik wird von Habermas (1971) dahingehend kritisiert und erweitert, als dass die



Technokratiethese ein nicht vollständiges Bild der gesellschaftlichen Rationalisierung darstellt. Neben der Ausdehnung technischen Handelns ist die Kommunikation laut Habermas der entscheidende Faktor der gesellschaftlichen Rationalisierung. Ging es Habermas um das Aufzeigen von Technik als Ideologie, die bestimmten Herrschaftsinteressen dient, fordert die Technologie des 21. Jahrhunderts moralisch noch einmal neu und tiefgreifend heraus: unter Begriffen wie »Converting Technologies« und »Synthetische Biologie« wird die Konvergenz von vier zentralen Schlüsseltechnologien verstanden: Nano-, Bio-, Informations- und Kognitionstechnologien. Es wird auch, abgeleitet aus dem englischen Sprachgebrauch, von NBIC-Konvergenz gesprochen. Allgemeines Charakteristikum ist die Überwindung der Grenzen zwischen physikalischem Material, biologischen Organismen, neuronal-kognitiven und informatischen Vorgängen (Kogge, 2008, S. 937 u. 940). Die aus ethischer Perspektive größten Probleme lassen sich folgendermaßen umreißen:

1.) Die moderne Technik, zumal im humanwissenschaftlichen Bereich, betrifft den Umgang mit Leben selbst. Die Technik ist invasiv geworden und dringt tief in den menschlichen Leib ein. Sie stellt somit das Selbstverhältnis des Menschen grund-

## NEUER STUDIENGANG

# Bachelor of Engineering

## Neues Studienangebot »Assistive Technologien«

Im Wintersemester 2009/2010 startete der grundständige Bachelorstudiengang »Assistive Technologien« am Institut für Hörtechnik und Audiologie (IHA) der Jade Hochschule Wilhelmshaven/Oldenburg/Elsfleth. Assistive Technologien sind komplexe technische Lösungen, die Menschen mit alters- bzw. krankheitsbedingten Einschränkungen ein möglichst autonomes Leben im Alltag sichern sowie pflegende Angehörige und professionelle HelferInnen entlasten sollen. Das Ressourcenpotenzial von assistiven Technologien ist unbestritten hoch, bislang aber unzureichend ausgeschöpft, um den gesellschaftlichen Herausforderungen des demografischen Wandels wirkungsvoll zu begegnen. Hightech-Systeme können im Verbund mit innovativen Pflege- und Wohnkonzepten einen wichtigen Beitrag zur medizinisch-pflegerischen Versorgung, sozial-kommunikativen Einbindung und Mobilität im Alter leisten. Dabei sind technische Realisierbarkeit und Funktionalität längst nicht die alleinigen Kriterien. Assistive Technologien müssen von der Entwicklung bis zur Implementierung auf die Bedürfnisse und Möglichkeiten der AnwenderInnen zugeschnitten sein.

Aus diesem Grund ist der 7-semesterige Studiengang – ebenso wie der erfolgreiche Nachbarstudiengang Hörtechnik und Audiologie – interdisziplinär ausgerichtet. Profunde ingenieurwissenschaftliche Ausbildungsinhalte werden mit Grundlagen- und Methodenwissen aus Medizin, Gerontologie, Gesellschaftswissenschaften und Bauwesen kombiniert. Das Curriculum sieht fünf Kompetenzbereiche

vor, deren zugehörige Studienmodule annähernd gleichmäßig über die Fachsemester verteilt sind: Der Kompetenzbereich Grundlagen umfasst Basiswissen u. a. aus der Mathematik und Physik, die für ein modernes Ingenieurstudium unverzichtbar sind. Diese Grundlagen werden im Bereich Ingenieurwissenschaften vertieft und um den Schwerpunkt Signalverarbeitung erweitert. Im Kompetenzbereich Medizin/Rehabilitation geht es um Problemstellungen aus ärztlicher und pflegerischer Sicht. Neben medizinischen und neurophysiologischen Grundkenntnissen wird der Geriatrie, Gerontologie und Geragogik eine besondere Aufmerksamkeit zuteil. Der Kompetenzbereich Assistenzsysteme/AAL führt die Lehrinhalte der anderen disziplinär verankerten Kompetenzbereiche zusammen und integriert Inhalte aus dem Bauingenieurwesen, der Architektur und dem Objektdesign. Psychophysik, Sensorik und Aktorik bilden hier die Kernfächer. Lehrangebote zu Marktanalyse, Medizinsoziologie und Gesundheitsökonomie runden das Studienprofil mit dem Kompetenzbereich Wirtschaft/Gesellschaft ab. Die AbsolventInnen dieses Studiengangs besitzen damit nicht nur umfassende technische Kompetenzen, sondern auch Kenntnis diverser Wirkungsbereiche assistiver Technologien und sind damit in besonderem Maß auf die Zusammenarbeit in multidisziplinären Teams vorbereitet. Als ExpertInnen für die Schnittstelle Mensch und Technik bieten sich den Ingenieuren vielfältige Arbeitsfelder in der Entwicklung und Evaluation von Assistenzprodukten sowie in Planung und Beratung.

**Prof. Dr. Matthias Blau**

Jade Hochschule Wilhelmshaven/Oldenburg/Elsfleth,  
Studiendekan am Institut für Hörtechnik und Audiologie,  
Mail: [matthias.blau@fh-oldenburg.de](mailto:matthias.blau@fh-oldenburg.de),  
[www.assistive-technologien.de](http://www.assistive-technologien.de)

sätzlich in Frage (Böhme, 2008b, S. 9, 2008a; vgl. Manzei, 2005, 2003; Habermas, 2005). Gleichzeitig dringt die Technik auch in Bereiche der Mitwelt und Lebenswelt ein, die zu einer Totalisierung der technischen Welterschließung führt und andere Gegebenheitsweisen der Welt herabsetzt (vgl. Fischer, 2004; Böhme, 2008a).

2.) Die Verbindung von Informationstechnologie und Standardisierungsinstrumenten mit den neuen betriebswirtschaftlichen Steuerungsmechanismen schafft ökonomische Sachzwänge, die zu Lasten der Betroffenen und der professionellen Helfer gehen (Manzei, 2009; Friesacher, 2009, 2004).

### Ethik als Orientierungswissen und kritisches Korrektiv

Die Herausforderung für die Ethik besteht darin, nicht verkürzt als instrumentalistische Ethik zu erscheinen, die dann als Sozialtechnologie oder in Form ethischer Checklisten nur noch als Reparaturinstanz fungiert (Mittelstraß, 1992). Ethik wäre eher zu denken als geistes- und sozialwissenschaftliches Orientierungswissen in Verbindung mit einer kritischen Theorie der Technik, der Natur(wissenschaft) und der Wirtschaft. Wenn es um Eingriffe in die äußere Natur geht, wobei der Mensch als wesentlicher gesellschaftlicher Wirkfaktor integriert ist, ist eine Theorie und Ethik notwendig, die sagen kann, was denn vernünftige gesellschaftliche Naturverhältnisse sind. Geht es um die Natur, die wir selbst sind, geht es nicht um die Bewahrung einer inneren Natur des Menschen gegenüber der Technisierung, sondern um die Existenzweise und Unausdeutbarkeit des Menschen gegen die biotechnologische Deutungsmacht (Manzei, 2005). Leben ist die unhintergehbare Voraussetzung und auch Grenze jeglicher technischer Verfügung.

Bedenklich ist in diesem Zusammenhang, dass die geisteswissenschaftlichen Grundlagen, die die Basis für eine Beschäftigung mit Ethik und Kritik in den Pflegestudiengängen darstellen sollten, zunehmend ausgedünnt werden zugunsten einer eher pragmatischen und unkritischen Herangehensweise. »Aufklärung in unkritischer Gestalt« (Remmers, 1997, S. 65) ist aber eine nur schwache Basis für einen ersten technisch-ethischen Diskurs.

### Dr. Heiner Friesacher

Vertretungsprofessur für Pflegewissenschaft  
an der Universität Bremen (bis 09/2009),  
Freier Dozent, Autor und Herausgeber,  
Mail: [friesacher@uni-bremen.de](mailto:friesacher@uni-bremen.de) und  
[heiner@friesachers.de](mailto:heiner@friesachers.de)





# Bremer Pflegebericht veröffentlicht

Nachdem der Bremer Bericht zur Situation und zu Perspektiven der Pflege im Mai von der Gesundheitsdeputation diskutiert und angenommen wurde, hat die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (Referat Pflege, Frau Antje Kkehrbach) ihn im Juli diesen Jahres veröffentlicht. Zuvor wurden die Ergebnisse den Pflegedienstleitungen aller Bremer Kliniken, dem Landesfachbeirat Pflege und dem Landespflegeausschuss vorgestellt. Mit dem Bericht gibt es erstmals umfassende aktuelle Strukturdaten über die gegenwärtige Situation der professionellen Pflege in Bremen. Das Institut für Public Health und Pflegeforschung (Projektleitung Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck und Prof. Dr. Petra Kolip) war dabei für die Datenerhebung und -auswertung sowie für die Diskussion und Zusammenfassung der Ergebnisse zuständig. Die Datenerhebung erfolgte anhand eines Fragebogens, eines Expertenworkshops und von qualitativen Interviews zu ausgewählten Fragestellungen. Für die Fragebogenerhebung wurden alle Einrichtungen (Krankenhäuser, stationäre Altenpflege, ambulante Pflege, Tagespflege, Behinderteneinrichtungen, Hospize) in Bremen und Bremerhaven erfasst, in denen professionelle Pflegekräfte beschäftigt sind oder die professionelle Pflegekräfte aus-, fort- oder weiterbilden. Einige Ergebnisse des Berichts sollen schlaglichtartig genannt werden:

- Sektorenübergreifend absolvieren über 50% der Mitarbeiterinnen in der Pflege jährlich mindestens 10 Stunden an kompetenzerhaltender Fortbildung.
- In der stationären Altenpflege haben insgesamt ca. 75% der Einrichtungen mindestens eine weitergebildete Pflegekraft (Umfang >200 Stunden) beschäftigt, 50% der Einrichtungen verfügen über eine Pflegekraft mit einer gerontopsychiatrischen Weiterbildung. In der ambulanten Pflege haben 58% mindestens eine weitergebildete Pflegekraft angestellt (ohne Leitungsqualifikation), wobei die vorliegenden Weiterbildungen sehr heterogen sind.
- Über ein Studium der Pflegewissenschaft verfügen in der direkten Pflege über alle Sektoren hinweg nur wenige Pflegenden, pflegewissenschaftliche Kompetenz in der Pflegepraxis ist damit die Ausnahme.
- Über alle Sektoren hinweg ist schon jetzt ein erheblicher Anteil des Pflegepersonals über 40 Jahre alt (im Krankenhaus über 60%, in der Tagespflege über 80%).
- Stationäre Einrichtungen sind stärker an Tarif-

verträge gebunden als ambulante Einrichtungen, auch Interessenvertretungen sind dort häufiger etabliert.

- Der Anteil an Migrantinnen am Pflegepersonal in der ambulanten Pflege und der stationären Altenpflege entspricht etwa dem Bevölkerungsanteil in der Bundesrepublik (19%) und variiert zwischen den verschiedenen Pflegeeinrichtungen erheblich (zwischen 5% und 80% in der ambulanten Pflege). An erster Stelle liegen die Migrantinnen aus Polen, es folgen die Migrantinnen aus der ehemaligen Sowjetunion und aus der Türkei.
- Die nationalen Expertenstandards finden in allen Sektoren – wenn auch in unterschiedlicher Ausprägung – Anwendung. Der Umsetzungsgrad in den drei großen Sektoren liegt zwischen 80–90% (Expertenstandard Dekubitusprophylaxe) und 40–55% (Expertenstandard Entlassungsmanagement). In den Krankenhäusern richten sich die Pflegenden am häufigsten nach den nationalen Expertenstandards, gefolgt von der stationären Altenpflege, der ambulanten Pflege und den Tagespflegeeinrichtungen.
- In der stationären Altenpflege und der ambulanten Pflege haben mit 45% bzw. 41% jeweils deutlich unter 50% der Einrichtungen ein Schnittstellenmanagement etabliert. Bei den eingesetzten Überleitungsinstrumenten wird in erster Linie das »Überleitungsformular« genannt. Eine sektorenübergreifende systematische Pflegeplanung erfolgt nicht.
- Die Expertinnen vermissen in der stationären Altenpflege trotz vorhandener Angebote zielgruppenspezifische, pflegewissenschaftlich fundierte Konzepte für beatmete zu Pflegenden, junge Pflegebedürftige, behinderte alte Menschen und Menschen mit Demenz. Eine fachlich kompetente pflegerische Versorgung dieser Zielgruppen ist ihrer Ansicht nach häufig nicht gegeben.
- In der ambulanten Pflege sehen die Expertinnen insbesondere in der Versorgung von Menschen mit Demenz, von Menschen mit depressiven Erkrankungen sowie in der Palliativpflege zunehmende und nicht gedeckte Bedarfe.

Aus diesen Ergebnissen, die im Wesentlichen auch Bundestrends widerspiegeln, wurden abschließend Empfehlungen abgeleitet. Von Seiten der Gesundheitsbehörde wurden »Thesen einer Pflegepolitik der Zukunft« formuliert. Diese beziehen sich auf Maßnahmen für eine angemessene gesellschaftliche Anerkennung der Pflege, eine notwendige

Bildungsoffensive, um den zukünftigen quantitativen Bedarf an beruflich Pflegenden sowie den qualitativen Bedarf an hochwertiger Pflege decken zu können, sowie auf die Erhöhung der Attraktivität des Arbeitsfeldes Pflege. Zudem werden Schritte einer besseren Kooperation und Zusammenarbeit der Berufe im Gesundheitswesen skizziert.

→ Der vollständige Bericht kann auf der Homepage des IPP eingesehen werden: [www.ipp.uni-bremen.de/pages/info/projektberichte.php](http://www.ipp.uni-bremen.de/pages/info/projektberichte.php)

→ Da die Pflege ein weiblich geprägtes Berufsfeld darstellt, wird in diesem Artikel aus Gründen der besseren Lesbarkeit vorwiegend die weibliche Sprachform verwendet. Sofern nicht anders vermerkt, sind Männer selbstverständlich immer mit gemeint.

## Antje Kkehrbach

Referentin bei der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales, Bremen,  
Referat 33 in der Abteilung 3 Gesundheit,  
[www.soziales.bremen.de](http://www.soziales.bremen.de)

## Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck

Universität Bremen,  
Institut für Public Health und Pflegewissenschaft,  
Abteilung Qualifikations- und Curriculumforschung,  
Mail: [darmann@uni-bremen.de](mailto:darmann@uni-bremen.de),  
[www.ipp.uni-bremen.de](http://www.ipp.uni-bremen.de)

### Bericht - Situation und Perspektiven der Pflege in Bremen und Bremerhaven 2009



Die Senatorin für Arbeit, Frauen,  
Gesundheit, Jugend und Soziales  
-> Referat 33 in der Abteilung 3 ->

Friedrich  
Hansstadt  
Bremen

## Bericht

Situation und Perspektiven der Pflege in  
Bremen und Bremerhaven 2009.

Die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit,  
Jugend und Soziales.

## Promotion

# Interaktionsorientiertes Bewegungshandeln

Unter diesem Titel hat Matthias Zündel das erste Promotionsprojekt des Hans-Böckler-Kollegs »NutzerInnenorientierte Gesundheitssicherung« abgeschlossen. Seine Dissertation ist eine empirische qualitative Forschungsarbeit, die Bewegungshandlungen von Pflegekräften bei zu Pflegenden, die in Ihrer Interaktionsfähigkeit stark eingeschränkt sind, untersucht.

Zu Pflegende benötigen in ganz unterschiedlichen Situationen Unterstützung bei der Durchführung von Bewegungen. Diese sind häufig eingebettet in andere pflegerische Interventionen wie bspw. die Unterstützung beim An- und Auskleiden oder bei der Körperpflege. Die Dissertation fokussiert die Unterstützung von Bewegungen in Situationen, in denen diese explizit im Mittelpunkt des pflegerischen Handelns stehen, bspw. Situationen der Positionierung im Bett und des Transfers aus dem oder in das Bett hinein. Untersucht wurde die Interaktion zwischen Pflegekräften und zu Pflegenden, die in ihrer Kommunikationsfähigkeit stark eingeschränkt waren und auch auf verbale Ansprachen nicht adäquat reagieren konnten. Im Zentrum des Forschungsinteresses stand die Frage, wie die Pflegenden die Bewegungshandlungen ausführen, wobei der Schwerpunkt vor allem auf der Interaktionsgestaltung lag.

Die Verständigung über nichtsprachliche Interaktion wurde mit Hilfe der Bedeutungsgenerierung bei George Herbert Mead theoretisch fundiert. Mit Mead kann Bedeutung bereits im nichtsprachlichen Bereich entstehen, wenn die beiden Interaktionspartner über das Eingehen auf die Zeichen und die Rückkopplung dieser eine gemeinsame Bedeutung in der Situation herausarbeiten (Mead, 1980; Joas, 1980).

Methodisch wurden dazu Videoaufnahmen im pflegerischen Alltag vor Ort aufgezeichnet und diese dann qualitativ ausgewertet. Ein wichtiger

Bezugsrahmen in der Auseinandersetzung auf methodischer Ebene war die Videointeraktionsanalyse und die dort beschriebene sequenzanalytische Herangehensweise (Knoblauch, 2004). Die Auswertung fand dann unter Bezug auf die Grounded Theory statt.

Die Analyse der Videos konnte zeigen, dass Pflegekräfte über die Fähigkeit nichtsprachlicher Bewegungsinterventionen verfügen. Als Interaktionselemente sind auf Seiten der Pflegekräfte dabei vor allem die Berührung, das Blicken, aber auch die verbale Sprache von Bedeutung. Mit diesen Elementen gestalten sie von ihrer Seite aus die Interaktion, um bspw. eine Bewegungsrichtung anzuzeigen, den Kontakt mit den zu Pflegenden zu halten aber auch um Strukturpunkte in die Interaktion einfließen zu lassen.

Darüber hinaus gilt es, für die nichtsprachliche Interaktion, sich auf die Interaktionszeichen des zu Pflegenden einzulassen: Deren Interpretation dient der Bedeutungsgenerierung und damit letztlich auch einer gemeinsamen Handlungsgestaltung der Bewegungssituation. Es handelt sich dabei um die Wahrnehmungskanäle des Sehens, des Hörens und des Spürens. Mit diesen Kanälen können die Pflegekräfte Veränderung bspw. im Gesicht des zu Pflegenden sehen, eine veränderte Atmung hören oder die Zu- und Abnahme des Muskeltonus spüren.

Um zu einer solchen gemeinsamen Interaktionsorientierung im Bewegungshandeln zu gelangen, benötigen die Pflegekräfte eine Grundhaltung, die den Zeichen des zu Pflegenden grundsätzlich eine Interaktionsbedeutung zuspricht. Zudem weisen die Ergebnisse darauf hin, dass die Pflegekräfte vor allem dann ein nichtsprachliches Bewegungshandeln umsetzen können, wenn sie sich selbst klar darüber sind, dass die Interaktion im Vordergrund steht. Dies geschieht während der Bewegungs-

handlung klassischer Weise in Begrüßungs- und Verabschiedungssequenzen, aber auch immer wieder während der Handlung, wenn ein direkter Interaktionsbezug zum zu Pflegenden aufgebaut wird, um bspw. den nächsten Handlungsschritt zu erklären.

Während der konkreten Bewegungshandlungen, wenn also direkt Bewegungen mit den zu Pflegenden durchgeführt werden, verlieren die Pflegekräfte häufig die Zeichen des zu Pflegenden aus den Augen und es kommt zu einer funktionaleren Durchführung der Bewegungssituation. Einerseits lässt sich dies auf die Komplexität der Pflegesituation zurückführen, andererseits zeigt die Untersuchung aber, dass die Pflegekräfte insgesamt mehr einer funktionalen Bewegungsgestaltung folgen und Interaktion in diesen Situationen vernachlässigen. Um aber den zu Pflegenden die Möglichkeit der aktiven Mitgestaltung an der Handlung zu ermöglichen, erscheint es notwendig, bestehende Bewegungskonzepte in der pflegerischen Aus- und Weiterbildung zu



## RUF

Nach Abschluss seiner Promotion war Dr. Matthias Zündel als wissenschaftlicher Mitarbeiter am IPP tätig. Zum 01.10.2009 folgte er dem Ruf auf die Professur für Pflegewissenschaft an die Evangelische Fachhochschule Berlin.

**Kontakt: Prof. Dr. Matthias Zündel**

Evangelische Fachhochschule Berlin,

Mail: zuendel@evfh-berlin.de,

www.evfh-berlin.de

Die erste Förderphase des durch die Hans-Böckler-Stiftung geförderten Promotionskollegs hat im Januar 2006 begonnen. Das Kolleg war ein Kooperationsprojekt des Instituts für Public Health und Pflegeforschung (IPP) am Fachbereich 11 der Universität Bremen, des Zentrums für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen, des Instituts für Psychologie der Arbeit, Arbeitslosigkeit und Gesundheit (IPG) am Fachbereich 11 der Universität Bremen, des Instituts für Biografie- und Lebensweltforschung am Fachbereich 11 der Universität Bremen, der Fachhochschule Oldenburg Ostfriesland Wilhelmshaven (Fachbereich Sozialwesen) sowie der Technischen Universität Dresden (Fakultät Erziehungswissenschaften). Das Promotionskolleg ist an der Universität Bremen angesiedelt, Sprecherin der ersten Förderphase war Prof. Dr. Petra Kolip.

Weitere Informationen unter: [www.promotionskolleg-fb11.uni-bremen.de](http://www.promotionskolleg-fb11.uni-bremen.de)

## QUALIFIKATIONSARBEITEN

## Qualitätsentwicklung und Nachhaltigkeit im Kontext häuslicher Pflegearrangements

### Entwicklungstrends und Perspektiven

modifizieren. Zukünftig gilt es, den Blick verstärkt auf Interaktionen und hier vor allem auch auf nichtsprachliche Interaktionsmöglichkeiten zu richten.

→ Die komplette Arbeit ist unter folgender Adresse verfügbar: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:gbv:46-diss000113576>

**Dr. Matthias Zündel**

Universität Bremen,

Institut für Public Health und Pflegewissenschaft,

Abteilung Qualifikations- und Curriculumforschung

## Mitteilung

### HBS-Promotionskolleg verlängert

Die Hans-Böckler-Stiftung hat im März 2009 mitgeteilt, dass sie dem Verlängerungsantrag auf Weiterführung des Promotionskollegs zum Thema »NutzerInnenorientierte Gesundheitssicherung« an der Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) entsprochen hat. In der zweiten Förderphase soll das Konzept der NutzerInnenorientierung unter der Perspektive der Zielgruppenorientierung untersucht werden. Die Stipendiatinnen und Stipendiaten sollen dazu beitragen, das Konzept theoretisch zu schärfen und anhand von empirischen Untersuchungen Bedürfnis- und Kompetenzmuster zu ermitteln sowie Ansätze zielgruppenorientierter Gesundheitsversorgung zu entwickeln und zu evaluieren. Der Schwerpunkt des Kollegs soll dabei auf vulnerablen Zielgruppen liegen. Außerdem sollen Ansatzpunkte für die Gestaltung von Bildungsangeboten für Professionelle untersucht werden. Die Kollegiatinnen und Kollegiaten werden ihre Arbeit voraussichtlich am 01.01.2010 aufnehmen. Derzeit laufen die Auswahlverfahren. Sprecherin des neuen Kollegs ist Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck. Der Antrag zur zweiten Förderphase kann unter [www.ipp.uni-bremen.de](http://www.ipp.uni-bremen.de) eingesehen werden.

**Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck**

Universität Bremen,

Institut für Public Health und Pflegewissenschaft,

Abteilung Qualifikations- und Curriculumforschung,

Mail: [darmann@uni-bremen.de](mailto:darmann@uni-bremen.de),

[www.ipp.uni-bremen.de](http://www.ipp.uni-bremen.de)



»Was versteht man unter Qualität in der Pflege?« und im Anschluss »Was ist gute Pflegequalität?« sind Kernfragen der Pflegewissenschaft mit Blick auf die häusliche Pflege. Diskussionen darüber werden in Deutschland seit über fünfzehn Jahren von Politik, Interessenvertretungen, Verbänden, Pflegewissenschaft und Pflegepraxis intensiv geführt. Trotz der Debatten ist bis dato aber nicht zu erkennen, dass sich für diesen Sektor ein eigenständiges theoriefundiertes Qualitätsverständnis entwickelt hat. In der Praxis ist ein reges Bemühen um Qualität in der häuslichen Pflege zu konstatieren, eine vielfach belegte Konjunktur an immer neuen Systemen, Konzepten und Instrumenten zur Qualitätsentwicklung zu beobachten. Vorherrschende Qualitätsentwicklungsansätze, Methoden und Instrumente sind dabei einem vorrangig ökonomisch, sozialrechtlich, pflegefachlich sowie medizinisch-naturwissenschaftlich geprägten Qualitätsansatz verpflichtet, der lebensweltorientierte Aspekte, die das Handlungsfeld häusliche Pflege maßgeblich charakterisieren, zu stark außer Acht lässt.

In der vorliegenden Arbeit werden theoriegeleitete Qualitätsindikatoren vorgestellt, um sich auf diesem Weg der Frage »Was ist gute Pflegequalität?« zu nähern. Der Anspruch der Theoriefundierung wird durch die Übertragung des sozialwissenschaftlichen Paradigmas »Nachhaltigkeit« sichergestellt. Die Nachhaltigkeitskriterien »Gesellschaftliche Teilhabe«, »Selbstbestimmung«, »Partizipation« und »Lebensqualität« sind dabei besonders in den Blick zu nehmen, sie gilt es im Anwendungsfeld »häusliche Pflege« zu operationalisieren. Für die notwendige Ableitung spezifischer Indikatoren wurde auf theoretische Konstrukte und Begriffe aus der Pflege- und Sozialwissenschaft sowie der

Sozialgerontologie zurückgegriffen. Zur Operationalisierung der Kriteriums »Gesellschaftliche Teilhabe« wurde z. B. der Indikator »Versorgungsgrad mit barrierefreiem Wohnraum«, für das Kriterium »Partizipation« z. B. der Indikator »Beteiligungsggrad freiwillig Engagierter« herangezogen.

Der Ausprägungsgrad der einzelnen Indikatoren konnte auf der Basis einer Literaturanalyse ermittelt werden. Im Ergebnis steht, dass eine an Nachhaltigkeitskriterien ausgerichtete Qualitätsentwicklung im Handlungsfeld häusliche Pflege noch weitgehend am Anfang steht. Die Arbeit liefert klare Hinweise, welche pflegepraktischen Handlungsfelder es in den Blick zu nehmen und weiter auszubauen gilt: So sollten der Ausbau von Beratungs- und Informationsdiensten, die Implementierung des Empowerment-Konzeptes sowie die Einbindung freiwillig Engagierter vorangetrieben werden. Und für die Qualitätsforschung gilt: Mit der Übertragung des Nachhaltigkeitsparadigmas auf die Qualitätsentwicklung in der häuslichen Pflege wurde der Qualitätsbegriff um integrative, lebensweltnahe und Outcome-orientierte Aspekte erweitert.

→ Die komplette Arbeit ist unter folgender Adresse verfügbar: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:gbv:46-diss000115381>

→ Barbara Mittnacht war von Juli 2002 bis Juli 2008 als wissenschaftliche Mitarbeiterin im IPP (Abteilung Interdisziplinäre Alterns- und Pflegeforschung / iap, Prof. Dr. Stefan Görres) beschäftigt.

**Dr. Barbara Mittnacht**

Mail: [mittnacht@arcor.de](mailto:mittnacht@arcor.de)

## Biographisches und professionelles Wissen im Kontext von Brustkrebserkrankungen



Brustkrebs stellt eine Erkrankung dar, von der viele Frauen betroffen bzw. bedroht sind. Auch deshalb ist Brustkrebs von hoher gesundheitspolitischer Bedeutung. Von Entwicklungen im deutschen Gesundheitswesen des letzten Jahrzehnts wurde die Erkrankung Brustkrebs mehrfach berührt (Bildung zertifizierter Brustzentren, Disease-Management-Programm Brustkrebs, Einführung des Mammographie-Screenings). Vor dem Hintergrund des Fortschritts medizinischer Behandlungsmöglichkeiten, technischer Diagnoseverfahren von Brustkrebserkrankungen und den genannten Innovationen gesundheitsbezogener Versorgungsstrukturen wurde die Frage aufgeworfen, wie das Krankheitserleben aus Perspektive erkrankter Frauen beschrieben wird.

Um Einsicht in Prozesse des Krankheitserlebens im Kontext der jeweiligen Biographie zu erhalten,

wurde eine biographieanalytische Studie mit an Brustkrebs erkrankten Frauen durchgeführt. Die biographische Forschungsperspektive trägt dem Umstand Rechnung, dass die individuelle Bedeutung einer Erkrankung und damit die Frage nach einer angemessenen Behandlung bzw. Begleitung sich nur auf der grundlegenden Annahme erschließen lassen, dass Krankheit auf einen Menschen mit einer Geschichte trifft. Dabei ist Krankheitserleben bzw. Verarbeitung mehr als Aufnahme und Akzeptanz der Diagnose, Krankheitserleben umfasst auch die biographische und soziale Aushandlung der Krankheit.

Im Rahmen der Auswertung der biographisch-narrativen Interviews mit Brustkrebspatientinnen wurde aufgezeigt, dass Interaktionsbeschreibungen im Kontext von Brustkrebstherapien in den Interviews in hohem Maße erzählrelevant sind, insbesondere Begegnungen mit Professionellen der Institutionen des Gesundheitswesens. Neben biographischen Strukturen des Krankheitserlebens wurden unterschiedliche Wissensformen im Kontext der von den Frauen beschriebenen Interaktionsbeschreibungen zunehmend bedeutsam. Deutlich wurde in den erhobenen biographisch-narrativen Interviews mit Brustkrebspatientinnen, dass Begegnung und Verhandlung unterschied-

licher Wissensformen zentrale Elemente in den Erzählungen brustkrebserkrankter Frauen darstellen. Vermittlung, Durchsetzung oder Missachtung von Wissensordnungen stehen im Mittelpunkt der aus Perspektive der Frauen beschriebenen Begegnungen zwischen Professionellen und erkrankten Frauen. In den anschaulichen Erzählungen geht es um die Herstellung sozialer Ordnungen, dies wird sowohl in konkreten Interaktionsbeschreibungen als auch in latenten narrativen Strukturmerkmalen nachvollziehbar.

Biographische Handlungsorientierungen stehen im Zusammenhang mit biographischen Erfahrungsaufschichtungen und darauf aufbauendem biographischen Wissen. Brustkrebspatientinnen treffen mit ihren jeweiligen biographischen Wissensbeständen auf wiederum wissensbasierte Ordnungen von Professionellen und Institutionen. Die Prozesse und Konsequenzen, die hiervon ausgehend beschrieben werden können, bieten Ansatzpunkte für Überlegungen zur Veränderung der Versorgungspraxis von Brustkrebspatientinnen und werfen neue Forschungsfragen auf.

**Dr. Petra Richter**

Universität Bremen,

Institut für Public Health und Pflegeforschung,

Mail: richterp@uni-bremen.de,

www.ipp.uni-bremen.de

AKG – Arbeits- und Koordinierungsstelle für

Gesundheitsversorgungsforschung,

www.akg.uni-bremen.de

## TAGUNGSBERICHT

### Interaktionistische Pflegedidaktik – Pflegeunterricht bildungstheoretisch fundieren

140 PflegelehrerInnen aus dem gesamten Bundesgebiet nahmen am 13. und 14. März 2009 an der pflegedidaktischen Fachtagung an der Universität Bremen teil. Neben einführenden Vorträgen zur Interaktionistischen Pflegedidaktik und den darauf aufbauenden Ansätzen zum Theorie-Praxis-Transfer konnten die TeilnehmerInnen in Workshops die Konzepte anhand von Fallbeispielen selbst anwenden sowie Chancen und Schwierigkeiten des Modells diskutieren. Ein High-Light der Tagung bestand im »Marktplatz der Möglichkeiten«: Schulteams, die seit Längerem mit der Interaktionistischen Pflegedidaktik arbeiten, präsentierten an 12 Marktständen besonders innovative und bildungsförderliche Unter-

richtseinheiten, z. B. zu den Themen Mobilisation, Ernährung, Gesundheitsförderung und Prävention sowie Pflege in der Psychiatrie.

→ Eine Dokumentation der Fachtagung kann im Internet unter folgendem Link eingesehen werden: [www.ipp.uni-bremen.de/pages/abteilung4/veranstaltungen.php?abtId=4](http://www.ipp.uni-bremen.de/pages/abteilung4/veranstaltungen.php?abtId=4)

→ Aufgrund der positiven Resonanz auf die Fachtagung wurde eine zweite Auflage der Tagung am 16. und 17. November an der Akademie des Städtischen Klinikums München (Leiter: Reiner Ammende) durchgeführt.



**Information: Sabine Muths**

Universität Bremen,

Institut für Public Health und Pflegewissenschaft,

Abteilung Qualifikations- und Curriculumforschung,

Mail: smuths@uni-bremen.de,

www.ipp.uni-bremen.de

## REZENSION

## RKI-Bericht

# Gesundheit und Krankheit im Alter

Alt, älter, kränker, teurer und kollektiv unfinanzierbar!? Dass an einigen dieser Annahmen über Alter und Gesundheit wenig oder nichts stimmt, wird vorwiegend im internationalen Rahmen seit einiger Zeit intensiver diskutiert als im GKV-System. Dies gilt vor allem für die Stimmigkeit der Annahme, mit der Zunahme der Lebenserwartung sei eine Morbiditätsexpansion verbunden versus der Annahme, die Anzahl der gesunden Lebensjahre nehme zu und der Großteil der Morbidität würde ans Lebensende verschoben oder trete gar nicht auf.

Mit dem in der Reihe »Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes« 2009 erschienen, 323 Seiten umfassenden Band zum Thema »Gesundheit und Krankheit im Alter«, haben die drei HerausgeberInnen Karin Böhm (Statistisches Bundesamt), Clemens Tesch-Römer (Deutsches Zentrum für Altersfragen) und Thomas Ziese (Robert Koch-Institut) eine bemerkenswert gründliche, verständliche und für die Bundesrepublik Deutschland aktuell empirisch gestützte Analyse vorgelegt. Ihre Analyse bricht mit einigen der reflexartigen (Miss-) Verständnisse über den Zusammenhang und die Dynamik von Alter und Gesundheit und könnte damit einen längst überfälligen »Klima«wechsel in Sachen Auswirkungen des demographischen Wandels unterstützen.

Dazu tragen hauptsächlich die folgenden Aussagen zum Verhältnis von Gesundheit/Krankheit und Alter sowie der Morbiditätslast älterer Menschen bei:

- »Die Ergebnisse verdeutlichen, dass die Verschlechterung der subjektiven Gesundheit keiner altersinhärenten Gesetzmäßigkeit folgt. Vielmehr tragen vielfältige individuelle und gesellschaftliche Bedingungen dazu bei, ob und in welchem Ausmaß sich die subjektive Gesundheit mit steigendem Alter verschlechtert.« (S. 90)

- Eine andere Kernaussage lautet: »Auch wenn in Deutschland nur wenige Datenquellen zur Entwicklung der gesunden Lebenserwartung zur Verfügung stehen, deuten die vorliegenden Ergebnisse auf eine Zunahme der Lebenserwartung in Gesundheit hin.« (S. 105) Und: »Im Kohortenvergleich haben sich der Anteil und das Ausmaß der gesundheitlich beeinträchtigten Lebenszeit bei Männern und Frauen insbesondere für starke gesundheitliche

Beeinträchtigungen verringert. Damit deutet sich insgesamt eine Entwicklung in Richtung der Kompressionsthese an.« (S. 112)

Bleibt immer noch die Frage, ob nicht trotzdem die Krankheitskosten einer mehr und längerlebigeren älteren Bevölkerung nicht auf Dauer unfinanzierbar sind?

Hierzu stellt der Bericht fest:

- »Obwohl ein beträchtlicher Teil der Krankheitskosten bei älteren Menschen entsteht, kann das Alter per se nicht dafür verantwortlich gemacht werden: Weitere, teils altersabhängige, teils altersunabhängige Faktoren müssen bei der Interpretation der Daten berücksichtigt werden.« (S. 228)

- »Zusammenfassend gibt es eine Reihe zuverlässiger Belege dafür, dass weniger die Altersstruktur per se, als vielmehr ein Bündel verschiedener Faktoren Einfluss auf die Krankheitskosten ausübt, die teils selbst mit dem Alter in Zusammenhang stehen (z. B. die in der Sterbekostenforschung erkannte Ballung von Krankheitskosten im letzten Zeitabschnitt vor dem Tod – Anmerkung Bernard Braun), teilweise aber auch altersunabhängig sind. Welchem Faktor dabei im Einzelnen welcher Stellenwert zukommt, ist auf der gegenwärtigen Datenbasis und in Anbetracht der Komplexität des Themas nur schwer zu quantifizieren. ... Von einer (statistischen) Altersabhängigkeit der Krankheitskosten prospektiv auf eine »Kostenexplosion« im Gesundheitswesen zu schließen, würde die hier komplex wirkenden Mechanismen und Zusammenhänge deutlich verkennen.« (S. 231 – 232)

- »Abschließend sei daher nochmals betont: Das Alter an sich muss keine größere gesundheitliche Belastung und Pflegebedürftigkeit bedeuten.« (S. 263)

Wohlthuend zurückhaltend, realistisch und differenziert geht die Expertise schließlich auch beim Versuch einer Prognose der künftigen Entwicklung der Gesundheitswirtschaft unter besonderer Berücksichtigung der Zunahme der 60/65+ -Bevölkerung vor: »Zusammenfassend zeigt sich, dass einzelne Zweige der Gesundheitswirtschaft vom Älterwerden der Gesellschaft profitieren, ohne dass

sie zwangsläufig einen Ausgabenfaktor für die GKV darstellen (individuelle Gesundheitsleistungen, Selbstmedikation). ... Ob und inwiefern sich eine florierende Gesundheitswirtschaft auf die künftige Beschäftigungsentwicklung auswirken wird, bleibt offen. ... Umgerechnet in Vollzeitäquivalente ist im Gesundheitswesen eine stagnierende bis leicht abnehmende Beschäftigungsentwicklung zu beobachten. Ausgenommen hiervon sind wenige Berufsgruppen, primär die Beschäftigten in der Altenpflege.« (S. 285)

→ Der 323-seitige Untersuchungsband »Gesundheit und Krankheit im Alter« ist kostenlos als PDF-Datei erhältlich ([www.rki.de](http://www.rki.de)).

**Dr. Bernard Braun**

Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik (ZeS),

Abteilung Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung,

Mail: [bbraun@zes.uni-bremen.de](mailto:bbraun@zes.uni-bremen.de),

[www.zes.uni-bremen.de](http://www.zes.uni-bremen.de)



## Gesundheit und Krankheit im Alter

Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Eine gemeinsame Veröffentlichung des Statistischen Bundesamtes, des Deutschen Zentrums für Altersfragen und des Robert Koch-Instituts

## PUBLIKATIONEN



Petra Kolip &amp; Veronika Müller (Hrsg.) (2009)

## Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention

Gesundheitsförderung und Prävention erhalten immer stärkeres Gewicht im Gesundheitssystem. Doch mit zunehmender Etablierung steigen auch die Ansprüche an die Qualität gesundheitsförderlicher und präventiver Maßnahmen. In den letzten Jahren ist viel Bewegung in dieses Feld gekommen. Das Handbuch präsentiert den Status Quo der Qualitätssicherung und Evaluation. Es macht den Stand der Diskussion deutlich und benennt die noch offenen Fragen. Die Autorinnen und Autoren aus Deutschland, der Schweiz und Kanada haben

eine ausgewiesene Expertise in den Feldern und tragen auch international zur Weiterentwicklung von Prävention und Gesundheitsförderung bei. Das Buch gibt Praktikerinnen und Praktikern einen Überblick über die verfügbaren Ansätze zur Qualitätssicherung und liefert Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern Ansatzpunkte zum Füllen der noch vorhandenen Forschungslücken.

Bern: Verlag Hans Huber



Silke Gräser (2009)

## Gesundheitserziehung in der Hochschule In B. Wulfhorst & K. Hurrelmann (Hrsg.), Handbuch Gesundheitserziehung

In ihrem Beitrag stellt Silke Gräser theoretische Grundlagen und aktuelle Entwicklungen der Gesundheitsbildung und -erziehung in der Hochschule vor. Der »sperrige« Begriff der Gesundheitserziehung, im Deutschen versehen mit paternalistischen Konnotationen, wird integriert in den umfassenderen Begriff der »health education« und auf die Hochschule bezogen. Auf Basis des Settingansatzes werden Felder und Entwicklung der Gesundheitsbildung und -förderung an Hochschulen vorgestellt und im Rahmenkonzept der »Gesundheitsfördernden Hochschule« verortet. Zen-

tral ist eine Definition von Gesundheitserziehung, die auch salutogen orientiert ist und die Verhaltensdimensionen von Gesundheitserziehung um den verhältnisbezogenen Ansatz ergänzt. Das Handbuch von Wulfhorst und Hurrelmann orientiert sich an einer settingorientierten Sichtweise und stellt neben den umfangreichen theoretischen Grundlagen Gesundheitsbildung und -erziehung in unterschiedlichen Settings wie Betrieb, Schule und Krankenhaus vor.

Bern: Verlag Hans Huber



Wolfgang Hien (2009)

## Pflegen bis 67: Die gesundheitliche Situation älterer Pflegekräfte

In welcher Situation befinden sich ältere Pflegekräfte ab 50 Jahren? Warum verlassen so viele von ihnen aus gesundheitlichen Gründen vorzeitig den Beruf? Was könnte getan werden, um dagegen zu steuern? Wissenschaftlich belegt und anhand von vielen Interviews zeigt der Autor, welche Rolle strukturelle – also politisch hergestellte und betriebliche – Arbeitsbedingungen und persönliche Haltungen spielen und was sich ändern muss:

Die besonderen Problemlagen und Potenziale der älteren Pflegekräfte müssen wahrgenommen werden, und bei der Ausgestaltung gilt es zu beachten, dass das Erfahrungswissen der älteren Pflegekräfte aufgewertet wird sowie angemessene Angebote für Konfliktbewältigung und Stressmanagement gemacht werden.

Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag



Ingrid Darmann-Finck, Ulrike Böhnke & Katharina Straß (Hrsg.) (2009)

## Fallrekonstruktives Lernen. Ein Beitrag zur Professionalisierung in den Berufsfeldern Pflege und Gesundheit

Professionelles Handeln in den Berufsfeldern Pflege und Gesundheit erfordert die Fähigkeit zum kritisch-reflexiven Fallverstehen. Um diese Kompetenz zu vermitteln, schlagen die Herausgeberinnen vor, die systematisierten Methoden des Verstehens, die von der rekonstruktiven Sozialforschung entwickelt wurden, in der klinischen oder (hoch-)schulischen

Ausbildung zu nutzen. Verschiedene Methoden werden mit ihrem theoretischen Hintergrund vorgestellt. Beispiele aus der Forschungspraxis veranschaulichen die Potentiale des Fallkonstruktiven Lernens.

Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag



Friedrich Schorb (2009)

## Dick, doof und arm? Die große Lüge vom Übergewicht und wer von ihr profitiert

Der Soziologie Friedrich Schorb, wissenschaftlicher Mitarbeiter im Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen, setzt sich in seinem Buch mit der Pathologisierung von Übergewicht und seinen Folgen für Einzelne und die Gesellschaft auseinander. Wer hat den Body-Mass-Index (BMI) festgelegt? Wann und warum wurde das Übergewicht zur Epidemie erklärt? Wodurch entsteht Übergewicht, wie lässt es sich wirksam bekämpfen? Und ist Übergewicht wirklich

so problematisch wie es in Politik, Wissenschaft und Publizistik häufig dargestellt wird? Mit diesen Fragen setzt sich Friedrich Schorb kritisch und detailliert auseinander. Dabei beleuchtet er auch die finanziellen und gesundheitspolitischen Folgen des Umgangs mit Übergewicht in unserer Gesellschaft.

München: Droemer-Verlag

### NEU ERSCHIENEN

## IPP Schriften, Ausgaben 02 und 03

Das Direktorium des IPP ist Herausgeber der Reihe »IPP-Schriften«, in der Projektberichte, Tagungsbeiträge und weitere Arbeitsergebnisse des Instituts veröffentlicht werden. Aktuell sind zwei neue Ausgaben der Reihe erschienen:

- **IPP-Schriften 02:** Stefan Görres, Martina Hasseler & Barbara Mittnacht. (2009). Gutachten zu den MDK-Qualitätsprüfungen und den Qualitätsberichten im Auftrag der Hamburgischen Pflegegesellschaft e.V.
- **IPP-Schriften 03:** Silke Gräser, Norbert Krischke & Christine Wohlrab. (2009). HIV/AIDS-Prävention und Versorgung für MigrantInnen und Migranten aus SUB-Sahara Afrika. Eine Pilotstudie zur Evaluation des »Afrika-Projektes« des Gesundheitsamtes Bremen.

→ Printausgaben der IPP-Schriften (Einzel Exemplare) können kostenfrei über die IPP-Geschäftstelle unter [health@uni-bremen.de](mailto:health@uni-bremen.de) bezogen werden. Die Onlineausgaben stehen zum Download bereit unter: [www.ipp.uni-bremen.de/pages/info/ipp-schriften.php](http://www.ipp.uni-bremen.de/pages/info/ipp-schriften.php)

ISSN 1864-4546 (Printausgabe),  
ISSN 1867-1942 (Internetausgabe)



## PERSONALIA



Prof. Dr.

## Frauke Koppelin

Frauke Koppelin hat zum 01.10.2009 die Vertretungsprofessur für Sozialepidemiologie mit dem Schwerpunkt Geschlecht und Gesundheit am IPP übernommen. Nach dem Studium der Sozialwissenschaften promovierte sie 1998 an der Medizinischen Hochschule Hannover zu »Wechselwirkungen zwischen der Pflegebelastung und sozialer Unterstützung bei pflegenden Ehefrauen über 60«. Frauke Koppelin war von 1990 bis 1994 als wissenschaftliche Angestellte an der Abteilung für Medizinische Soziologie der Medizinischen Hochschule Hannover tätig. An der Universität Bremen war sie von 1994 bis 2001 in verschiedenen Projekten als wissenschaftliche Mitarbeiterin beschäftigt. Arbeitsschwerpunkte waren u. a. die wissenschaftliche Koordination des Zentrums für Public Health und die Entwicklung des Aufbaustudiengangs Gesundheitswissenschaften am Fachbereich 11 der Universität Bremen. Seit 2001 ist Frauke Koppelin Professorin für Gesundheitswissenschaften an der Fachhochschule Emden-Leer, Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit. Dort hat sie die Leitung des berufsbegleitenden Weiterbildungsmasters Public Health inne. Für die Ausübung der Vertretungsprofessur wurde sie bis zum 30.09.2010 im dienstlichen Interesse beurlaubt. Am IPP hat Frauke Koppelin die kommissarische Leitung der Abteilung Versorgungsforschung übernommen. Ihre Schwerpunkte in Forschung und Lehre sind Frauen- und Geschlechterforschung, Arbeit und Gesundheit, Häusliche Pflege / Pflegenden Angehörige, Medizinsoziologie und Gesundheitspsychologie sowie Empirische Sozialforschung.

**Kontakt: Prof. Dr. Frauke Koppelin**

Universität Bremen,

Institut für Public Health und Pflegeforschung,

Mail: [frauke.koppelin.uni-bremen.de](mailto:frauke.koppelin.uni-bremen.de),

[www.ipp.uni-bremen.de](http://www.ipp.uni-bremen.de)



## Thomas Hehlmann

Der Sportpädagoge und Diplom-Gesundheitswissenschaftler Thomas Hehlmann ist seit Juni 2009 als Lektor im Fachbereich 11 Human- und Gesundheitswissenschaften der Universität Bremen tätig und Mitglied in der Abteilung Prävention und Gesundheitsförderung des Institutes für Public Health und Pflegeforschung. Thomas Hehlmann hat in Hamburg Theologie und in Bremen Sport studiert. Nach dem ersten Staatsexamen für das Lehramt arbeitete er von 1993 an für die AOK-Niedersachsen im Bereich Gesundheitsservice. Im Jahr 2000 nahm er das Studium der Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld auf (Abschluss Dipl. Gesundheitswissenschaftler / MPH). In Bielefeld arbeitete er als wissenschaftlicher Mitarbeiter im Fachbereich für Gesundheitswissenschaften und später dort auch als Lehrkraft für besondere Aufgaben. Thomas Hehlmann promoviert an der Universität Bielefeld zum Einfluss des soziökonomischen Status auf die Arzt-Patientinnen-Kommunikation. Zu seinen aktuellen Arbeits- und Forschungsschwerpunkten zählen die Gesundheitskommunikationsforschung, der Bereich soziale Ungleichheit und Gesundheit, die betriebliche Gesundheitsförderung und der Bereich Sport und Public Health.

**Kontakt: Thomas Hehlmann**

Universität Bremen,

Institut für Public Health und Pflegeforschung,

Mail: [thehlman@uni-bremen.de](mailto:thehlman@uni-bremen.de),

[www.ipp.uni-bremen.de](http://www.ipp.uni-bremen.de)



Prof. Dr.

## Markus Zimmermann

Zum 01.10.2009 trat Markus Zimmermann die Vertretungsprofessur für klinische Pflegeforschung in der Abteilung 3, Interdisziplinäre Alters- und Pflegeforschung des Instituts für Public Health und Pflegeforschung an. Nach dem Studium der katholischen Theologie, Soziologie und Gerontologie promovierte Markus Zimmermann 2007 an der Universität Halle-Wittenberg über »Funktionen, Konzepte und Strukturen der Rehabilitation in Deutschland, England, Schweden und der Schweiz – Ansätze einer Methodik der vergleichenden Rehabilitationsforschung«. Markus Zimmermann war zuletzt als wissenschaftlicher Referent am Zentrum für Altern und Gesellschaft der Hochschule Vechta tätig. Von 2001 bis 2008 war er wissenschaftlicher Angestellter am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, von 1996 bis 2002 wissenschaftlicher Angestellter am Institut für Sozialmedizin der Medizinischen Universität zu Lübeck. Schwerpunkte seiner bisherigen Lehrtätigkeit bildete die pflegewissenschaftliche Methodenausbildung in sowohl quantitativer als auch qualitativer Ausrichtung. Die Arbeitsschwerpunkte von Markus Zimmermann in der Forschung beziehen sich auf klinische Forschung in ambulanter und stationärer Langzeitpflege, Versorgungsforschung in Pflege und Rehabilitation, Qualitätssicherung und Organisationsforschung, Schnittstellen- und Casemanagement sowie Interaktion zwischen Professionellen und KlientInnen.

**Kontakt: Prof. Dr. Markus Zimmermann**

Universität Bremen,

Institut für Public Health und Pflegeforschung,

Mail: [markus.zimmermann@uni-bremen.de](mailto:markus.zimmermann@uni-bremen.de),

[www.ipp.uni-bremen.de](http://www.ipp.uni-bremen.de)



**Prof. Dr.**  
**Heiner Friesacher**

Zum 30. September 2009 wurde Heiner Friesacher von seinen Kolleginnen und Kollegen des Instituts für Public Health und Pflegeforschung verabschiedet. Seit April 2008 hatte er die Vertretungsprofessur für Pflegewissenschaft mit dem Schwerpunkt »Theoretische Grundlagen und klinische Pflegeforschung« des Fachbereichs Human- und der Universität Bremen inne, die zum 01.10.2009 von Dr. Markus Zimmermann übernommen wurde. Als Hochschullehrer übernahm Heiner Friesacher u. a. die Lehrverantwortung im Masterstudiengang Public Health/Pflegewissenschaft. Aktuell ist Heiner Friesacher freiberuflich als Autor, Herausgeber und Dozent – u. a. im Masterstudiengang Public Health/Pflegewissenschaft an der Universität Bremen – tätig. Daneben baut er mit einer halben Stelle für einen größeren Pflegeanbieter die Abteilung »Professions- und Qualitätsentwicklung« auf.

Wir danken Heiner Friesacher auch auf diesem Weg noch einmal herzlich für sein Engagement und die sehr gute Zusammenarbeit und wünschen ihm alles Gute für die Zukunft!

**Kontakt: Dr. Heiner Friesacher**  
Mail: [friesacher@uni-bremen.de](mailto:friesacher@uni-bremen.de)  
und [heiner@friesachers.de](mailto:heiner@friesachers.de)



**Prof. Dr.**  
**Petra Kolip**

Zum September 2009 ist Prof. Dr. Petra Kolip dem Ruf auf die Professur Prävention und Gesundheitsförderung an der Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, gefolgt und wurde von ihren Kolleginnen und Kollegen des IPP verabschiedet. Bereits 2007 erhielt Petra Kolip einen Ruf an die Universität Graz, den sie jedoch ausschlug und damit dem IPP zunächst erhalten blieb. An der Universität Bremen hatte Petra Kolip seit 2000 die Professur für Sozialepidemiologie mit dem Schwerpunkt Geschlecht und Gesundheit inne. Im Institut für Public Health und Pflegeforschung war sie seit der Institutsgründung 2005 Mitglied des Direktoriums, in dem sie bis 2008 die Geschäftsführung inne hatte. In dieser Funktion hat sie Konzeption, forschungsstrategische Ausrichtung und die Entwicklung des IPP zu einem gesundheits- und pflegewissenschaftlichen Forschungs- und Lehrinstitut am Fachbereich 11 der Universität Bremen maßgeblich mit gestaltet und geprägt. Als Sprecherin der IPP-Abteilungen 1 »Versorgungsforschung« sowie 2 »Prävention und Gesundheitsförderung« leitete Petra Kolip Forschungsprojekte in den Schwerpunkten Frauen- und geschlechtervergleichende Gesundheitsforschung, Evidenzbasierung und Qualitätsentwicklung von Gesundheitsförderung und Prävention sowie Gesundheitsberichterstattung. In der Lehre engagierte sie sich für Aufbau und Entwicklung der gesundheitswissenschaftlichen Studiengänge im Fachbereich Human- und Gesundheitswissenschaften. Sie war Sprecherin des von der Hans-Böckler-Stiftung geförderten Promotionskollegs »NutzerInnenorientierte Gesundheitssicherung«, in dem acht PromotionsstipendiatInnen in Kooperation mit weiteren wissenschaftlichen Einrichtungen betreut wurden.

## IMPRESSUM

**IPP-Info, Ausgabe 08, 5. Jahrgang**

**ISSN 1864-4074** (Printausgabe)

**ISSN 1864-452X** (Internetausgabe)

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

**Kontakt:** Heike Mertesacker MPH, Wiss. Koordination, Geschäftsstelle Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen, Fachbereich 11, Grazer Straße 4, 28359 Bremen, Tel: 0421 / 218-3059, Mail: [hmertes@uni-bremen.de](mailto:hmertes@uni-bremen.de), [www.ipp.uni-bremen.de](http://www.ipp.uni-bremen.de)

**Redaktion:** Prof. Dr. Stefan Görres, Juliane Nachtmann, Heike Mertesacker, Annett Pruschwitz

**Beiträge:** Barbara Baumgärtner, Prof. Dr. Matthias Blau, Jaqueline Bomball, Dr. Bernard Braun, Prof. Dr. Bernd Krieg-Brückner, Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck, Birte Erdmann, Prof. Dr. Uwe Fachinger, Dr. Heiner Friesacher, Ute Gerken, Prof. Dr. Stefan Görres, Luca Halder, Niels Harenberg, Thomas Hehlmann, PD Dr. Josef Hilbert, Antje Kehrbach, Prof. Dr. Petra Kolip, Prof. Dr. Frauke Koppelin, Prof. Dr. Harald Künemund, Dr. Joachim Larisch, Joachim Liesenfeld, Heike Mertesacker, Barbara Mittnacht, Juliane Nachtmann, Dr. Detlef Oesterreich, Petra-Karin Okken, Helen Reimer, Franziska Richter, Dr. Petra Richter, Manuela Schoska, Svenja Schmitt, Dr. Eva Schulze, Aylin Schwanke, Martina Stöver, Jürgen Weemeyer, Prof. Dr. Markus Zimmermann, Dr. Matthias Zündel

**Literatur:** Die Literaturangaben zum IPP-Info No 8 stehen neben der Online-Ausgabe des Infos zum Download bereit unter: [www.ipp.uni-bremen.de/pages/info/ippinfo.php](http://www.ipp.uni-bremen.de/pages/info/ippinfo.php)

**Sekretariat:** Anke Stück

Redaktionsschluss der vorliegenden Ausgabe: 31.07.2009

**Auflage:** 2.500 Exemplare

**Gestaltung:** Mark Patel, Bremen, [www.patel-design.de](http://www.patel-design.de)

**Druck:** MERLIN Druckerei GmbH, Überseestadt Bremen

**Bildnachweis:** S. 1, 3: iStockphoto; S. 2: Yuri Arcurs/Fotolia.com; S. 6, 7: DFKI Bremen; S. 11: RISP Universität Duisburg-Essen; S. 12: Luc Viatour/Wikipedia; S. 13: Institut für Hörtechnik und Audiologie, FH Wilhelmshaven/Oldenburg/Elsfleth; S. 14: Luca Halder; S. 16: Matthias Zündel; S. 17: Barbara Mittnacht; S. 18: Petra Richter, IPP; S. 22: Jörg Klampäcker (Portrait Frauke Koppelin), Thomas Hehlmann (Portrait Thomas Hehlmann), Dr. Cordia Schlegelmilch (Portrait Markus Zimmermann); S. 23: Heiner Friesacher (Portrait Heiner Friesacher), Norma Langohr (Portrait Petra Kolip)

**Erscheinungsweise:** 2x jährlich

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

Auch auf diesem Wege noch einmal ein herzliches Dankeschön an Petra Kolip für ihr Engagement und die sehr gute Zusammenarbeit und alles Gute für die Zukunft!

**Kontakt: Prof. Dr. Petra Kolip**

Universität Bielefeld,

Fakultät für Gesundheitswissenschaften,

Mail: [petra.kolip@uni-bielefeld.de](mailto:petra.kolip@uni-bielefeld.de),

[www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag4/index.html](http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag4/index.html)

## INTERNATIONALES

## Pflegewissenschaft international:

## Deutsch-polnischer Dialog in Auschwitz

Vom 11. bis 18. September 2009 trafen sich Studierende der Pflegewissenschaft aus Bremen, Frankfurt (Main) und Posen zu einer internationalen Begegnung in Polen. Die Gruppe der Universität Bremen wurde von Professor Stefan Görres und Manuela Schoska aus dem Fachbereich Human- und Gesundheitswissenschaften begleitet. Die Studierenden der FH Frankfurt reisten unter der Leitung von Professor Eva-Maria Ulmer. Das Projekt wurde zum ersten Mal in dieser Konstellation durchgeführt und durch das Deutsch-Polnische Jugendwerk (DPJW), die Deutsch-Polnische Wissenschaftsstiftung (DPWS) und das International Office der Universität Bremen finanziell gefördert.

Schwerpunkt des gemeinsamen Seminars, das in der Internationalen Jugend- und Begegnungsstätte (IJBS) in Auschwitz stattfand, war die

Auseinandersetzung mit dem Thema »Pflege im Nationalsozialismus«. Die intensive Bearbeitung der Verbrechen des Nationalsozialismus und ihrer Folgen am Beispiel des Konzentrations- und Vernichtungslagers Auschwitz-Birkenau sollten die Teilnehmenden für die Lebenssituation und das Leiden der physisch und psychisch traumatisierten Überlebenden sensibilisieren. In diesem Zusammenhang war vor allem die Begegnung mit Zeitzeugen bedeutend, die den Studierenden einen Einblick in das Erleben der Betroffenen eröffnete. Darüber hinaus wurde im Seminar auch Raum geboten, die Rolle des pflegerischen Berufstandes in der NS-Zeit zu diskutieren und zu reflektieren, um dadurch das eigene Bewusstsein für problematische und gefährdende Strukturen im beruflichen Alltag zu schärfen. Inhaltlich befasste sich die Veranstaltung allerdings nicht ausschließlich mit der Vergangenheit der

Pflege. Die angehenden Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler widmeten sich auch dem Stand der Pflegewissenschaft in Europa und so ihren beiden Ländern. Das Projekt wurde bewusst als internationale Begegnung konzipiert und verfolgte als übergreifendes Ziel, die Studierenden beider Länder anzunähern und in einem zusammenwachsenden Europa die Entwicklung eines gegenseitigen Verständnisses sowie den Abbau von Vorurteilen und unsichtbaren Grenzen zu fördern. Die Ergebnisse des gemeinsamen wissenschaftlichen Arbeitsprozesses wurden im Dezember 2009 beim Thüringer Pflegetag in Jena vorgestellt. Ein Gegenbesuch in Bremen ist für 2010 geplant.

→ Nähere Informationen unter:  
[www.seminar-bre-fra-po.eu/](http://www.seminar-bre-fra-po.eu/)

**Prof. Dr. Stefan Görres, Manuela Schoska**  
Universität Bremen,  
Institut für Public Health und Pflegeforschung,  
Mail: [sgoerres@uni-bremen.de](mailto:sgoerres@uni-bremen.de), [schoska@uni-bremen.de](mailto:schoska@uni-bremen.de),  
[www.ipp.uni-bremen.de](http://www.ipp.uni-bremen.de)

## Expertenworkshop in Berlin:

## »Global Disaster Management and Nursing«

Zum Thema »Global Disaster Management and Nursing« initiierte das IPP mit Unterstützung der Robert Bosch Stiftung am 13.10.2009 einen Expertenworkshop in Berlin. Vertreter einschlägiger international tätiger Hilfsorganisationen – Ärzte der Welt, Deutsches Rotes Kreuz, Cap Anamur, Deutsche Gesellschaft für Katastrophenmedizin, Johanniter Schwesternschaft, Ärzte ohne Grenzen, AWO International, Medair, ADAC sowie der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe – folgten der Einladung in die Bosch Repräsentanz und diskutierten über Handlungsbedarf und mögliche Strategien auf nationaler und internationaler Ebene.

Zum Hintergrund: Die Zahl der Katastrophen nimmt weltweit durch Naturereignisse, Kriege und Hungersnöte zu. Fast monatlich berichten die Medien über deren Folgen und den Einsatz international tätiger Hilfsorganisationen. Dabei wird immer wieder auf die humanitären Notlagen hingewiesen, die eine hohe Logistikleistung und ein wirksames Situationsmanagement vor Ort erfordern. Wenig bekannt ist bisher über den internationalen Einsatz von Pflegeberufen und deren Aufgaben im Katastrophenfall. Zudem zeigt die Erfahrung, dass auch für das Inland bislang wenige Konzepte für die Rolle von Pflegenden im Katastrophenfall ent-

wickelt wurden. Auf der Veranstaltung präsentierten Prof. Dr. Stefan Görres und sein Team die Ergebnisse einer systematischen Analyse von nationalen und internationalen Studien, die am Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) durchgeführt wurde, um erstmals diese Datenlücke zu füllen und einen Handlungsbedarf aufzuzeigen.

Geplant ist nun eine bundesweite Synopse über den nationalen und internationalen Einsatz von Pflegekräften im Katastrophenfall.

**Prof. Dr. Stefan Görres, Niels Harenberg**  
Universität Bremen, Institut für Public Health  
und Pflegeforschung, Abteilung Interdisziplinäre  
Alterns- und Pflegeforschung (iap),  
Mail: [sgoerres@uni-bremen.de](mailto:sgoerres@uni-bremen.de), [harenberg@uni-bremen.de](mailto:harenberg@uni-bremen.de),  
[www.ipp.uni-bremen.de](http://www.ipp.uni-bremen.de)



**IPP-Info, Ausgabe 08, 5. Jahrgang**

**ISSN 1864-4074** (Printausgabe)

**ISSN 1864-452X** (Internetausgabe)

Bestelladresse:

**Institut für Public Health und Pflegeforschung**

Universität Bremen, Fachbereich 11

Grazer Straße 4, 28359 Bremen

Telefon: 0421 218-3059, Fax: 0421 218-8150

E-Mail: [health@uni-bremen.de](mailto:health@uni-bremen.de)

[www.ipp.uni-bremen.de](http://www.ipp.uni-bremen.de)