

SCHWERPUNKTTHEMA

Bewertung komplexer Interventionen in Gesundheitsförderung, Prävention und Versorgung

INHALT

Vorwort | Seite 01

Schwerpunktthema | Seite 02

Aktuelle Projekte | Seite 12

Qualifikationsarbeiten | Seite 18

Kommentar | Seite 19

Personalia & Aktuelles | Seite 20

Impressum | Seite 24

Vorwort

Liebe Leserin, lieber Leser,

wir freuen uns, Ihnen die 14. Ausgabe des IPP-Infos in einem ganz neuen Erscheinungsbild präsentieren zu können. Ein Jahrzehnt nach seiner Gründung forschen und lehren im Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen nun über 80 Mitarbeiter*innen in vielfältigen Forschungsfeldern der Gesundheits- und Pflegewissenschaften. Im Jahr 2016 wurde das Portfolio des IPP mit der Eröffnung der 8. Abteilung „Management im Gesundheitswesen“ nochmals erweitert. Die Abteilungen und Arbeitsgruppen des IPP bearbeiten aus unterschiedlichen Perspektiven Fragestellungen aus den Themenfeldern „Umwelt und Gesellschaft“, „Krankenversorgung und Versorgungssystem“, „pflegerische Versorgung“ sowie „Professionsentwicklung“. Der Nachweis der Wirksamkeit gesundheitsbezogener Maßnahmen, die Nutzung von Forschungsergebnissen für die Praxis und die Entwicklung innovativer Konzepte zur Lösung drängender

Probleme sind wesentliche Schwerpunkte unserer Aktivitäten in Forschung und Lehre.

Die erfolgreiche Umsetzung dieser Ziele wird auch durch erfreuliche Entwicklungen im Bereich der Forschungsförderung ermöglicht: Durch den Innovationsfonds hat die Bundesregierung die Versorgungsforschung nachhaltig gestärkt und ermöglicht damit die Entwicklung, Erprobung und Evaluation von innovativen Projekten in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung. Der Wissenschaftsschwerpunkt „Gesundheitswissenschaften“ an der Universität Bremen konnte in der ersten Ausschreibung des Innovationsfonds Projekte in Höhe von 4,8 Mio Euro akquirieren – das IPP hat in einem dieser Projekte die Federführung übernommen und ist an zwei weiteren beteiligt. Ein weiterer Meilenstein in der Gesundheitspolitik ist der Start der Pflegereform zu Beginn des Jahres 2017. An der Entwicklung des Begutachtungsinstrumentes, das der neuen Einstufung in Pflegestufen zugrunde liegt, war das IPP wesentlich beteiligt. Auch bei der Diskussion um die Einführung der generalistischen Pflegeausbildung melden sich IPPler*innen engagiert zu Wort und unterstützen die Konzeptentwicklung durch Mitwirkung in Expertengremien.

Weitere relevante und aktuelle Themen wie die Förderung von Bewegung älterer Menschen im Quartier durch gesundheitsfördernde Stadtentwicklung sowie Methoden zur Qualitätssicherung von Palliativversorgung wurden und werden in übergreifenden Verbundprojekten durch Forscher*innen des IPP bearbeitet.

Näheres über unsere aktuellen Aktivitäten und Projekte erfahren Sie auf den nachfolgenden Seiten. Wir freuen uns über Ihre Anregungen zum IPP-Info und wünschen nun eine interessante Lektüre.

Mit herzlichen Grüßen,

Prof. Dr. Gabriele Bolte, Prof. Dr. Ansgar Gerhardus & Prof. Dr. Stefan Görres
(Direktorium des IPP)

Kontakt: Heike Mertesacker, MPH

Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Wissenschaftliche Geschäftsführung und Koordination IPP-Geschäftsstelle
Mail: hmertes@uni-bremen.de
www.ipp.uni-bremen.de
www.healthsciences.uni-bremen.de

SCHWERPUNKTTHEMA

Editorial: Komplexe Interventionen – Von falschen Fragen und richtigen Antworten

Welche Unterstützung benötigen Angehörige von Sterbenden? Wie lässt es sich vermeiden, dass Menschen mit Demenz fixiert werden? Welche Person ist am besten geeignet, eine wichtige politische Position einzunehmen?

Der israelisch-amerikanische Nobelpreisträger Daniel Kahnemann hat über lange Jahre hinweg untersucht, wie Menschen mit komplexen Fragestellungen umgehen (nachzulesen in seinem Bestseller „Thinking, fast and slow“). Seine verblüffende Erkenntnis: die meisten Menschen neigen dazu, eine komplexe Frage einfach gegen eine andere, leichtere Frage auszutauschen und diese dann zu beantworten – natürlich ohne dass ihnen dieser Vorgang bewusst wäre. So wird z.B. die (komplexe) Frage, wer am besten als Präsident(in) für die USA geeignet sei, unbewusst ersetzt durch Fragen wie „Wer ist mir ähnlicher? Wer sieht besser aus? Wer hat die tiefere Stimme?“ Leider ist die richtige Antwort auf die falsche Frage oft die falsche Antwort auf die richtige Frage.

Dieses Ersetzen von Fragestellungen ist alltäglich im Bereich von Gesundheitsförderung, Prävention und der gesundheitlichen Versorgung: Die Frage „Wie wird erreicht, dass der Anteil von Jugendlichen ohne starkes Übergewicht in Deutschland nachhaltig zunimmt?“ wird ersetzt durch Fragen der Art „Welche Maßnahmen gegen Übergewicht klingen plausibel?“ oder „Wie ändert sich der Body-Mass-Index drei Monate nachdem eine Ernährungs-App auf dem Smartphone installiert wurde?“

Was deutlich wird: Wenn komplexe Interventionen in Gesundheitsförderung, Prävention und Versorgung bewertet werden, geht das immer mit einer Vereinfachung her; das gilt für die Praxis wie für die Wissenschaft. Notwendig ist aber, diesen Prozess der Vereinfachung bzw. der Veränderung der Fragestellung transparent zu machen, um

diesen Einfluss auf die Antwort einschätzen zu können. Wie dieser Prozess in verschiedenen Phasen und Konstellationen gestaltet werden kann, davon handeln die Beiträge in diesem Schwerpunkt:

Der Artikel von M. Hohmann zeigt, dass der Grad der Komplexität durch die Anzahl der beteiligten Elemente und die Art und Zahl ihrer Interaktionen bestimmt wird. Der darauf folgende Beitrag von A. Gerhardus et al. beschreibt, wie in dem EU-geförderten Projekt *Integrated Health Technology Assessment for Evaluating Complex Technologies* (INTEGRATE-HTA) versucht wurde, aus der Perspektive von Entscheidungsträger_innen eine umfassende und integrierte Bewertung von komplexen Interventionen vorzunehmen. Einen wichtigen Schritt dafür, die Entwicklung und Anwendung von „logic models“, skizziert der anschließende Beitrag von A. Rohwer et al. Wie auch A. Dehlfing in ihrem Beitrag darlegt, geht es bei komplexen Interventionen nicht nur um die Frage „Wirkt die Intervention?“ sondern auch, auf welche Art und unter welchen Umständen sie wirkt. Voraussetzung dafür ist allerdings, dass Theorie, Ausführung und Kontext der Interventionen in den Studien detailliert beschrieben sind. Bisher geschieht das nur spärlich und unsystematisch. R. Möhler et al. haben daher ein Instrument entwickelt, mit dem die Berichterstattung in Studien über komplexe Interventionen strukturiert werden kann. Viel zu oft noch gelten randomisierte, kontrollierte Studien (RCT) als nicht geeignet, um komplexe Interventionen zu untersuchen. S. Köpcke et al. zeigen dagegen am Beispiel einer alltäglichen, gleichwohl komplexen Situation aus der Pflegepraxis, wie ein RCT gestaltet werden kann, um zu aussagekräftigen Ergebnissen zu kommen.

Richtige Antworten auf die richtigen Fragen zu geben – lässt sich das lernen? Zumindest studieren kann man es in zwei interdisziplinären

Studien gängen „Komplexes Entscheiden“ und „Entscheidungsmanagement“, die an der Universität Bremen etabliert wurden. S. Kohl und M. Kahrs stellen diese in dem abschließenden Beitrag des Schwerpunktes vor.

Prof. Dr. med. Ansgar Gerhardus, M.A., MPH

Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Mitglied des Direktoriums, Sprecher der Abt. 1 Versorgungsforschung
Mail: ansgar.gerhardus@uni-bremen.de
www.ipp.uni-bremen.de/forschung/abteilung-1--versorgungsforschung

Die Ergebnisse des Forschungsprojektes Integrated Health Technology Assessment for Evaluating Complex Technologies (INTEGRATE-HTA) wurden in Form von Leitfäden veröffentlicht. Diese stehen auf der Homepage des Projektes zur Verfügung unter: www.integrate-hta.eu

Komplexität in den Gesundheitswissenschaften

Definition und Herausforderungen

Einleitung

Die Erforschung neuer Technologien bringt nicht nur wissenschaftlichen Fortschritt, sondern darüber hinaus auch weitreichende Veränderungen für Umwelt, Wirtschaft und Gesellschaft mit sich. Vor allem im Bereich der Gesundheit stellen die Möglichkeiten der sozialen und technischen Innovationen und die damit verbundenen Interventionen in Gesundheitsförderung, Prävention und Versorgung die Akteure vor große Herausforderungen. Um mit der Komplexität dieses Prozesses angemessen umzugehen, besteht die Aufgabe der Technikfolgenabschätzung darin, die zukünftigen Folgen der Entwicklung, Anwendung und Verbreitung von Technologien auf die natürliche Umwelt, die menschliche Gesundheit und auf gesellschaftliche Strukturen und Kulturen prospektiv zu analysieren, zu prognostizieren und zu bewerten (Woopan & Mertz, 2014).

Begriffsdefinition

Grundlegend wird Komplexität als die Existenz und Vielschichtigkeit von zahlreichen sowie voneinander abhängigen Merkmalen definiert. Allerdings ist die reine Anzahl der Variablen nicht ausschlaggebend; erst die Vernetztheit und gegenseitige Beeinflussung führt zur Komplexität einer Situation. Die Komplexität eines Themenfeldes ist demnach höher, je mehr Variablen vorhanden sind, die sich durch eine Interdependenz gegenseitig beeinflussen. Der Begriff Komplexität umfasst die sachliche Informationsebene, die soziale Akteursebene sowie die zeitliche Dimension. Bei öffentlichen Entscheidungsprozessen in modernen Gesellschaften sind entscheidungssituationsabhängige, komplexe Akteurskonstellationen vorzufinden, die unterschiedliche Wertvorstellungen, Interessen, Zielformulierungen und Handlungslogiken beinhalten. Niklas Luhmann versteht unter Komplexität, dass immer mehr Hand-

lungsmöglichkeiten bestehen als tatsächlich umgesetzt werden können, so dass ein Selektionszwang vorliegt (Luhmann, 1987). Daher erfordert der Umgang mit Komplexität nicht nur ein hohes Maß an Wissen über die kausalen Zusammenhänge der Elemente, sondern auch die Fähigkeit, sich unter Berücksichtigung der Interdependenzen der Akteure sowie zumeist unter Zeitdruck für eine sachgerechte Lösungsalternative vor dem Hintergrund einer komplexen Problemstellung zu entscheiden (Schimank, 2005).

Komplexe Entscheidungsprozesse

Daran anknüpfend sind komplexe Entscheidungssituationen von der zeitlich bedingten sowie strukturellen Intransparenz wichtiger Informationen, der Dynamik der Ereignisse, der hohen Anzahl und dem Grad der Vernetztheit der Variablen, der Unkenntnis der handelnden Akteure hinsichtlich bestimmter Hypothesen sowie der Vielzahl an teilweise konfligierenden Zielen geprägt. Diese Gegebenheiten stellen hohe Anforderungen an die Fähigkeiten eines Akteurs, Informationen zu sammeln, zu integrieren und Handlungen zu planen. Aufgrund der unterschiedlichen Erfahrungen, Kenntnisse und Kompetenzen der handelnden Akteure ist der Grad der Komplexität immer von deren Subjektivität geprägt. Die Dynamik eines Entscheidungsprozesses spielt eine wichtige Rolle, da jeder Entschluss zukünftige Ereignisse im Zuge einer Eigendynamik hervorrufen kann, die im Vorfeld nicht beabsichtigt waren. Ursache dafür ist unter anderem, dass die entscheidende Instanz nicht jederzeit über alle relevanten Informationen verfügt, zum Zeitpunkt einer bestimmten Entscheidung jedoch unter Zeitdruck steht. Anschließend werden aus diesen fehlenden oder nicht korrekten Informationen Hypothesen gebildet, die sich im weiteren Verlauf der Handlungssituation als problematisch erweisen können (Dörner, 2008, 2000).

Bewertung komplexer Sachverhalte

Im Bereich der Gesundheitswissenschaften spielen rechtliche, ökonomische, naturwissenschaftliche und medizinische Rahmenbedingungen eine ebenso bedeutende Rolle wie philosophische, ethische, soziale und theologische Aspekte. Im Zuge von Bewertungsprozessen hinsichtlich Interventionen in Gesundheitsförderung, Prävention und Versorgung werden Chancen und Risiken bestimmter Handlungsoptionen abgewogen. Vor dem Hintergrund der dabei zu berücksichtigenden Vielzahl von Informationen, der Vielfalt der Verhaltensmöglichkeiten der Akteure und der Veränderlichkeit der Wirkungsverläufe ist die Technikfolgenabschätzung als komplexes Themenfeld zu bezeichnen. Bei der Bewertung komplexer Sachverhalte ist es im Sinne der Komplexitätsforschung notwendig, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von Formal-, Natur-, Sozial- und Geisteswissenschaften zu gewährleisten, um sachgerechte Lösungen für komplexe Problemstellungen zu erarbeiten (Mainzer, 2008).

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

Maximilian Hohmann

Universität Bremen, Institut für Philosophie
Mail: hohmann@uni-bremen.de
www.philosophie.uni-bremen.de



Neu erschienen: Fat Studies in Deutschland. Hohes Körpergewicht zwischen Diskriminierung und Anerkennung. (2017).

Hrsg.: Lotte Rose, Friedrich Schorb

INTEGRATE-HTA

Die integrierte Bewertung komplexer gesundheitsbezogener Interventionen

Entscheidungen zu gesundheitsbezogenen Interventionen sollten auf der Grundlage bestverfügbarer Informationen zu deren Effektivität, unter Berücksichtigung von Ressourcen und Werten getroffen werden. Gerade bei komplexeren Interventionen wie z.B. in der Palliativversorgung ist das alles andere als trivial: Hier handelt es sich meist um eine Vielzahl ganz unterschiedlicher Effekte, die die Informationsgrundlage schnell unübersichtlich werden lassen. Dazu kommt, dass diese Effekte in Abhängigkeit von Umgebung, Anwendung oder Zielgruppen ganz unterschiedlich ausfallen und je nach Perspektive und Wertvorstellungen unterschiedlich interpretiert werden können.

Ein wichtiges Instrument zur Bewertung von gesundheitlichen Interventionen ist das Health Technology Assessment (HTA; deutsch: „Gesundheitstechnologiebewertung“). In der Definition des Europäischen HTA-Netzwerks (EUnetHTA) ist HTA „... a multidisciplinary process that summarises information about the medical, social, economic and ethical issues related to the use of a health technology in a systematic, transparent, unbiased, robust manner. Its aim is to inform

the formulation of safe, effective, health policies that are patient focused and seek to achieve best value“ (EUNetHTA (o.J.)).

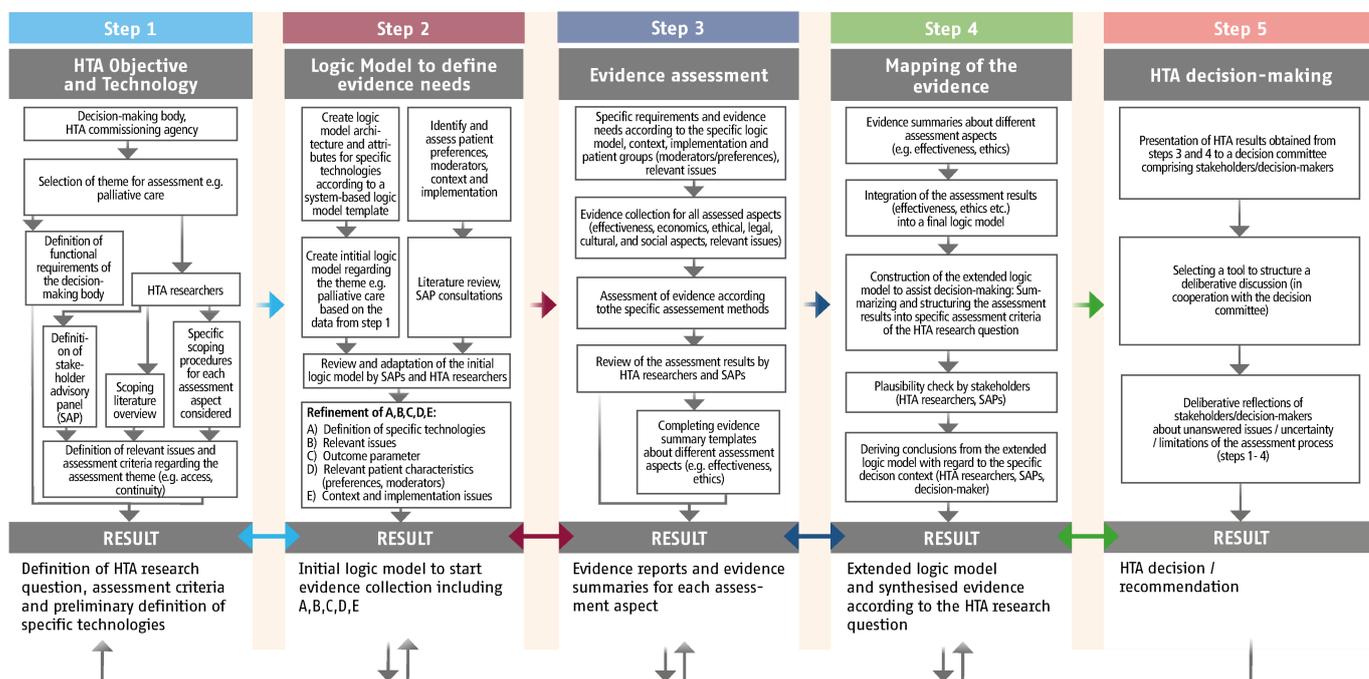
Bisherige HTA-Methoden kommen bei der Bewertung komplexer Interventionen an ihre Grenzen: Neben der Bewertung von medizinischen, ökonomischen, sozialen und ethischen Aspekten wird der Einfluss von unterschiedlichen Kontexten und Implementierungsformen unzureichend oder gar nicht berücksichtigt. Wenn tatsächlich eine Bewertung über die gesundheitsbezogenen und ökonomischen Aspekte hinaus vorgenommen wird, fehlt eine integrierende Betrachtung der Ergebnisse. Dieses Urteil wird denen überlassen, die z.B. darüber entscheiden, ob eine Intervention in den Katalog der gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen werden soll. Dies geschieht meist nach impliziten und wenig transparenten Kriterien.

Das Projekt *Integrated Health Technology Assessment for Evaluating Complex Technologies* (INTEGRATE-HTA) setzte an dieser Stelle an. In dem Projekt wurden Konzepte und Methoden entwickelt, um eine umfassende und integrierte Bewertung von komplexen gesundheitlichen In-

terventionen vorzunehmen. Das Fallbeispiel des Projekts, die systematische Unterstützung von Angehörigen in der häuslichen Versorgung von Palliativpatient_innen, ist in jeder Hinsicht komplex: Zu den Maßnahmen gehört z.B. den Angehörigen zu zeigen, wie sie Patient_innen lagern, aber auch sie darin zu unterstützen, ihre eigene Gesundheit zu erhalten und mit den mit der Pflege verbundenen psychischen Belastungen, wie der Erschöpfung und Überforderung, umgehen zu können.

Im Rahmen von INTEGRATE-HTA wurde ein fünfschrittiges Bewertungskonzept entwickelt (s. Abb.). Im ersten Schritt werden die in die Versorgung involvierten Beteiligten (Patient_innen, Angehörige, Versorger_innen, u.a.) zusammengebracht, um alle wichtigen Elemente der Bewertung zu identifizieren. Dazu gehören kritische Konstellationen, die Rahmenbedingungen, die beteiligten Institutionen oder Personen und die wichtigsten Effekte, die erwartet bzw. erhofft werden. So wurde z.B. die Kontinuität der Versorgung beim Übergang in ein anderes Erkrankungsstadium oder beim Wechsel der Versorgungsinstitution (Krankenhaus, Pflegeheim zur häuslichen Pflege) als ein kritischer Punkt genannt. Im folgenden Schritt werden die Elemente mit Hilfe eines systembasierten ‚logic model‘ (vgl. den Beitrag von Rohwer et al. in diesem Heft) in eine Beziehung zueinander gesetzt und diese Beziehungen visualisiert. Daraus ergibt sich eine Reihe von spezifischen Fragestellungen,

Abbildung 1: INTEGRATE-HTA Model for the process of an integrated HTA on complex health technologies. www.integrate-hta.eu



die im dritten Schritt bearbeitet werden. In dem Fallbeispiel zeigte sich z.B., dass die strukturierte Weiterbildung der Angehörigen zu einer leichten Zunahme der Lebensqualität führte, aber wenig an ihrem psychischen Zustand änderte. Eine mögliche Erklärung für das Ausbleiben der erhofften Effekte war die Sorge, dass mit der Ausbildung auch eine Zunahme der Verantwortung verbunden sein könnte. Im vierten Schritt der Bewertung werden die Ergebnisse in das logic model aus dem zweiten Schritt eingetragen. Das so gefüllte logic model bietet eine systematische Grundlage für Entscheidungen bzw. kann die Diskussion über die Entscheidung besser strukturieren, in-

dem es die Wirkungsketten der Interventionen auf unterschiedliche medizinische, ökonomische und soziale Outcomeparameter visualisiert. Damit kann es Entscheider_innen unterstützen, kritische Punkte in den Wirkungsketten besser zu erkennen und die Auswirkungen von Modifikationen des Kontexts oder der Art der Implementations besser umzusetzen.

Die konzeptionellen und methodischen Ergebnisse von INTEGRATE-HTA sind als Leitfäden veröffentlicht. Diese sind so konzipiert, dass sie unmittelbar zur Bewertung komplexer Interventionen in unterschiedlichen Bereichen angewendet

werden können. Unter www.integrate-hta.org können sie kostenfrei heruntergeladen werden.

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

**Prof. Dr. med. Ansgar Gerhardus, M.A., MPH,
Dr. Philip Wahlster & Dr. Kati Mozygemba**

Universität Bremen, Institut für Public Health
und Pflegeforschung (IPP), Abt. 1 Versorgungsforschung
Mail: ansgar.gerhardus@uni-bremen.de
www.ipp.uni-bremen.de/forschung/abteilung-1--versorgungsforschung

Die Bewertung komplexer Verfahren strukturieren:

Sind System-basierte logische Modelle die Lösung?

Der Begriff „komplexe Interventionen“ wird in Public Health zunehmend häufiger angewendet. Komplexität bezieht sich jedoch nicht nur auf die Intervention selbst, sondern auch auf den Kontext und die Implementierung dieser Interventionen. Petticrew et al. (2013) entwickelten eine Kategorisierung, die sich sowohl auf die Eigenschaften der Intervention selbst (z.B. Anzahl der Komponenten, Grad der Flexibilität), als auch auf die kausalen Zusammenhänge zwischen der Intervention und ihren vielen potenziellen Endpunkten bezieht (z.B. nicht-lineare Zusammenhänge, Feedbackschleifen, Interaktionen mit dem Kontext). Konzeptionalisierung, Entwicklung, Evaluation und Umsetzung stellen sowohl für die Primärforschung, als auch für die Sekundärforschung (z.B. in systematischen Reviews oder Health Technology Assessments (HTAs)) eine Herausforderung dar.

Logische Modelle wurden entwickelt, um der Komplexität in der Evidenzsynthese (aber nicht nur da) besser gerecht zu werden. Sie sind eine graphische Darstellung der Komponenten einer komplexen Intervention und der Beziehungen zwischen ihnen, der zugrundeliegende Theory of Change, der Annahmen über die kausalen Pfade sowie der Interaktionen zwischen der Intervention, ihrer Implementierung und dem System, in dem diese Interaktionen stattfinden (Anderson et al. 2011). Somit sind logische Modelle eine große Hilfe, sich innerhalb von Forschungsteams über Annahmen einig zu werden und die Ergebnisse

für Entscheidungsträger transparent zugänglich zu machen. Der Mehrwert von logischen Modellen innerhalb der Evidenzsynthese erstreckt sich von der Entwicklung der Forschungsfrage, über die Methodenentwicklung und Durchführung des Reviews oder HTAs bis hin zur Strukturierung der Ergebnisse. Letztlich soll damit die Relevanz der Ergebnisse für Politik und Praxis erhöht werden.

Im Rahmen des EU-geförderten INTEGRATE-HTA Projekts (www.integrate-hta.eu) wurden zwei unterschiedliche Vorlagen für logische Modelle – system- oder prozessbasierte logische Modelle – entwickelt (Rohwer et al. 2016). Diese wurden bereits in mehreren systematischen Reviews komplexer Gesundheitsinterventionen angewandt (Burns et al. 2016, Pfadenhauer et al. 2016, Burns et al. 2014, Rohwer et al. 2014, Durao et al. 2015). Im Zuge eines systematischen Reviews für die Weltgesundheitsorganisation haben wir ein systembasiertes logisches Modell erstellt (s. Abb. auf nachfolgender Seite) (Pfadenhauer et al. 2015). In dem Review wurde untersucht, ob regulatorische, Bildungs- und Umweltinterventionen zu Konsumprodukten und Trinkwasser zu einer Verringerung des Blutspiegels von Blei und zu einer Verbesserung damit assoziierter Gesundheitsendpunkte bei Kindern, Schwangeren und der allgemeinen Bevölkerung führten. Durch das Modell wurden die Interaktionen der untersuchten Interventionen mit dem sie umgebenden System sichtbar gemacht und dargestellt, auf welchen Wegen sie zu einer Verbesserung der Gesundheit beitragen

können. Allgemein gesprochen: Um zu wissen, ob und warum Interventionen wirksam sind, müssen wir wissen, welche Interventionen; von wem; für wen; wie; und in welchen Kontexten implementiert wurden.

Nachdem wir die relevante Literatur gesichtet und Experten befragt haben, wurden die Informationen den einzelnen Komponenten (Studienpopulation, Intervention, Vergleichsintervention, Endpunkte, Kontext und Implementierung) zugeordnet. Die Anwendung des logischen Modells hilft Reviewautor*innen und Endnutzer*innen zu verstehen, wie diese Komponenten zusammenhängen und welche möglichen Auswirkungen eine Abweichung in einer oder mehrerer dieser Komponenten auf das Ergebnis haben können.

Zusammengefasst hat die Anwendung des logischen Modells den gesamten Reviewprozess neu strukturiert. Die bisherigen Erfahrungen zu sehr unterschiedlichen komplexen Gesundheitsinterventionen waren durchweg positiv.

Anke Rohwer^{1,2}, Lisa Pfadenhauer¹, Jacob Burns¹ & PD Dr. Eva Rehfuess¹

¹ Institut für Biometrie und Epidemiologie, Ludwig-Maximilians-Universität, München, Deutschland

² Centre for Evidence-based Health Care, Faculty of Medicine and Health Sciences, Stellenbosch University, Kapstadt, Südafrika

Mail: pfadenhauer@ibe.med.uni-muenchen.de



Intervention

INTERVENTION and COMPARISON

THEORY

INTERVENTION GOALS

- Reduction of lead in drinking water
- Reduction of lead in consumer products
- Health improvement

INTERVENTION DESIGN

COMPONENTS

- **Regulatory intervention**
 - Product bans (e.g. lead-contaminated toys)
 - Product regulations (e.g. COMMISSION REGULATION (EU) No836/2012)
 - Testing requirements (e.g. Consumer Products Safety Improvement Act, USA)
 - Lead standards
 - Drinking water regulations
- **Environmental interventions**
 - Drinking water supply (e.g. removal, additives)
 - Drinking water use (e.g. filter)
- **Educational interventions**
 - Education (e.g. preparation of formula feeds)
 - Information regarding lead in consumer products (e.g. health warnings)

EXECUTION

- **Duration**
 - Long-term (e.g. regulations)
 - Short-term (e.g. health campaigns)
- **Intensity / dose**
 - Intensity of training / information distribution
 - Degree of incentives / disincentives

INTERVENTION DELIVERY

DELIVERY AGENTS

- Engineer vs. health worker vs. regulator

DELIVERY MECHANISM

- Guideline vs. leaflet vs. community event vs. enforcement measures

SETTING

- Home vs. outside of home

POPULATION

- DEVELOPING AND DEVELOPED COUNTRIES
- URBAN & RURAL SETTINGS
- GENERAL POPULATION WITH FOCUS ON:
 - Children
 - Pregnant women
- EXCLUSION OF POPULATIONS OCCUPATIONALLY EXPOSED TO LEAD

OUTCOMES

INTERMEDIATE OUTCOMES

- **Process outcomes:** Implementation fidelity, population reach, dose delivered and received, contamination of comparison group
- **Behaviour outcomes:** compliance with educational interventions and regulations
- **Surrogate outcomes:** blood lead levels

HEALTH OUTCOMES

- Acute lead poisoning
- Cognitive and neurobehavioural development
- Cardiovascular outcomes
- Renal outcomes
- Pregnancy outcomes

NON-HEALTH OUTCOMES

- Lead levels in drinking water and consumer products

Abbildung 2:
System-basiertes logisches Modell von Interventionen zur Verringerung oder Vermeidung von Blei in Konsumprodukten und Trinkwasser (Pfadenhauer et al. 2015).

IMPLEMENTATION AND CONTEXT

▸ Implementation

- Policy (e.g. presence of national policy, international collaborations)
- Finance (e.g. public vs. private sources)
- Organisation and Structure (e.g. governmental, non-governmental organisations, private sector, health, water, consumer protection sector)

▸ Context

- Geographical (e.g. natural lead exposure in volcanic areas)
- Locational (e.g. lead mining, low-income neighbourhood, vicinity to motorways)
- Epidemiological (e.g. background incidence / prevalence of various outcomes)
- Socio-economic (e.g. educational characteristics, income classes)
- Socio-cultural (e.g. ethnicity, religion, use of traditional / ayurvedic medicine)
- Legal (e.g. environmental legislation, international guidelines and regulations)
- Political (e.g. priority setting)
- Ethical (e.g. discrimination of low-income neighbourhoods, disenfranchised communities, gender)

Systematische Reviews in Prävention und Gesundheitsförderung

Herausforderungen durch Komplexität

Prävention und Gesundheitsförderung sind komplexe Interventionen

Prävention und Gesundheitsförderung umfassen Maßnahmen und Aktivitäten, um Krankheiten vor ihrem Eintritt zu verhindern und die Gesundheitspotentiale der Menschen zu stärken. Die meisten dieser Maßnahmen sind vielschichtig: sie

bestehen z.B. aus mehreren Bausteinen, richten sich an unterschiedliche Bevölkerungsgruppen oder betreffen eine Reihe von Ergebnisparametern. Das kennzeichnet sie als komplexe Interventionen (Craig et al., 2008). Ein Beispiel

ist der Wettbewerb um rauchfreie Schulklassen (Hanewinkel, 2007). Die Intervention ist für die Klassenstufen sechs bis acht konzipiert. Die teilnehmenden Klassen verpflichten sich vertraglich sechs Monate lang nicht zu rauchen. Die Schüler_innen berichten in ihren Klassen regelmäßig, ob sie geraucht haben und am Ende des Wettbewerbs können diejenigen Klassen einen Preis gewinnen, in denen innerhalb der sechs Monate am wenigsten Schüler_innen geraucht haben. Die Intervention setzt sich aus mehreren Komponenten zusammen (s. Tabelle 1).

Die verschiedenen Komponenten hängen voneinander ab und beeinflussen sich wechselseitig. Einerseits kann eine einzelne Komponente der Intervention zum Misserfolg führen, z.B. wenn durch den Wettbewerb ein negativer Gruppendruck entsteht und rauchende Mitschüler_innen schikaniert werden, sodass die Maßnahme abgebrochen werden muss (Hanewinkel, 2007). Andererseits sind es typischerweise mehrere Komponenten, deren Zusammenwirken für den Erfolg einer komplexen Intervention verantwortlich ist (Mühlhauser, Lenz & Meyer, 2011; Craig et al., 2008): in dem Beispiel werden unter anderem die Auswahl der Zielgruppe (Schüler_innen, die in der Regel noch nicht rauchen), die Gestaltung der Inhalte (eine Lotterie mit Gewinnmöglichkeit, die als positive Verstärkung wirkt und den kurzfristigen Erfolg des Nichtrauchens betont) und die Einbettung in den Kontext (die Eingliederung in kommunale Strukturen verdeutlicht die Bedeutung des Nichtrauchens auch außerhalb des Settings Schule) kombiniert, um den Erfolg der Maßnahme zu sichern (Isensee & Hanewinkel, 2012).

Tabelle 1: Beispiele für verschiedene Bausteine einer Präventionsmaßnahme am Beispiel des Wettbewerbs um rauchfreie Schulklassen

Komponenten der Intervention	Beispiele für die Ausprägung
Inhalte der Intervention	<ul style="list-style-type: none"> → Vertragliche Vereinbarung zum Nichtrauchen → Teilnahme an Lotterie für Schulklassen mit besten Nichtraucheranteilen → Regelmäßige Abfragen des Rauchstatus im Klassenverbund → Wettbewerb mit anderen Schulklassen → CD-Rom mit Unterrichtsvorschlägen → CD-Rom mit Hintergrundinformationen zur Prävention des Rauchens
Initiatoren der Intervention	<ul style="list-style-type: none"> → Initiiert von Lehrer_innen → Initiiert von Schüler_innen → Initiiert von externen Präventionsberater_innen
Kontext der Intervention	<ul style="list-style-type: none"> → Eltern werden über die Teilnahme informiert und gebeten ihre Kinder zu unterstützen → Hinweise auf Hilfsangebote zur Rauchentwöhnung für Eltern → Eingegliedert in kommunale Strukturen mit Suchtpräventionskräften → In einigen Bundesländern fester Bestandteil der Schulcurricula → Teilnahme einzelner Klassen oder der ganzen Schule
Zielgruppe	<ul style="list-style-type: none"> → Klassenstufen 6 bis 8 → Schüler_innen haben häufig noch nicht mit dem Rauchen begonnen
Art der Umsetzung	<ul style="list-style-type: none"> → Entscheidung über die Teilnahme im Klassenverbund offen oder geheim → Lehrer_innen können vorab an einer Fortbildung teilnehmen
Theoretische Grundlage der Intervention	<ul style="list-style-type: none"> → Lerntheorie → Lernen am Modell → Theorie geplanten Verhaltens → Entwicklungspsychologie

Systematische Reviews zu Prävention und Gesundheitsförderung

Zu wissen, ob eine gesundheitsbezogene Maßnahme wirkt oder nicht, ist von hoher Bedeutung. Die Etablierung der Evidenzbasierung hat die Bedeutung unterstrichen, gesundheitsbezogene Entscheidungen auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse zu treffen (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes, & Richardson, 1996). Der Ansatz evidenzbasierten Handelns wurde auch auf Prävention und Gesundheitsförderung übertragen (Nutbeam, 1998). Doch ist der Nachweis eines Zusammenhangs zwischen Maßnahme und Wirkung aufwendig, da Prävention und Gesundheitsförderung - wie anfangs dargestellt - häufig komplexe Interventionen sind. So unterscheidet sich das oben genannte Beispiel zum Wettbewerb um rauchfreie

Schulklassen bzgl. der Initiatoren der Intervention (z.B. Lehrer_innen, Schüler_innen oder externe Präventionsberater_innen), schnürt verschiedene Maßnahmen (z.B. Vertragsabschluss, Lotterie, Unterrichtsinhalte) und berücksichtigt das (soziale) Umfeld (z.B. Einbindung der Eltern oder Eingliederung in kommunale Strukturen). Dies erfordert differenzierte Evaluationsstrategien, da Maßnahmen in Teilen hoch wirksam, in ihrer Summe aber effektneutral sein können (Gusy, 2006).

Die Vielzahl an einzelnen Wirksamkeitsstudien wird in systematischen Reviews zusammengefasst (Khan et al., 2003). Die Erstellung und der Bericht eines systematischen Reviews müssen rigorosen methodischen Standards folgen, um eine hohe Qualität des systematischen Reviews zu garantieren (Cochrane Deutschland, 2016). Zu diesen Standards gehören z.B. eine systematische Literaturrecherche, eine Qualitätsbewertung der eingeschlossenen Studien, die Beschreibung des Auswahlprozesses der eingeschlossenen Studien und die Beschreibung der Methode der Datenextraktion (Higgins & Green, 2011). Die Heraus-

forderung an Prävention und Gesundheitsförderung, den Beitrag der Einzelkomponenten und ihre Interaktionen zu klären, wird noch einmal verstärkt, wenn in einem systematischen Review mehrere inhomogene Wirksamkeitsstudien zusammengefasst werden. Seit einigen Jahren werden darum differenzierte methodische Verfahren zur Synthese von komplexen Interventionen in systematischen Reviews diskutiert (Mühlhauser, Lenz, & Meyer, 2011). Die Cochrane Collaboration hat eine Leitlinie für die Erstellung von systematischen Reviews zu Public Health und Health Promotion herausgegeben (Armstrong et al., 2007). Demnach gelten für systematische Reviews zu Public-Health-Maßnahmen, wie z.B. Prävention und Gesundheitsförderung, zusätzliche Standards. Sie sind erforderlich, um die aktiven Komponenten verschiedener Maßnahmen aus den Primärstudien zu beschreiben und zu begutachten, sodass Abhängigkeiten zwischen den Komponenten deutlich werden (Armstrong et al., 2007). Es geht bei systematischen Reviews zu Prävention und Gesundheitsförderung also nicht nur um die Frage „Wirkt die Intervention?“ son-

dern auch um die Fragen „Warum wirkt die Intervention?“ und „Wie wirkt die Intervention?“.

Um die methodische Qualität von systematischen Reviews zu bewerten, liegen bereits mehrere Instrumente vor. Diese passen allerdings nicht für systematische Reviews zu Prävention und Gesundheitsförderung, weil sie die Komplexität nicht berücksichtigen und die zusätzlichen Standards, die in der Leitlinie der Cochrane Collaboration beschrieben werden, nicht prüfen. Um die Qualität und die Aussagekraft von Systematischen Reviews zu Prävention und Gesundheitsförderung zu verbessern, müssen passende Instrumente entwickelt werden.

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

Anne Dehlfing, M.A.

Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Abt. 1 Versorgungsforschung
Mail: anne.dehlfing@uni-bremen.de
www.ipp.uni-bremen.de/forschung/abteilung-1--versorgungsforschung

Kriterien für die aussagekräftige Berichterstattung der Entwicklung und Evaluation von komplexen Interventionen

Einleitung

Mit der Etablierung des EQUATOR Netzwerks (www.equator-network.org) geriet neben der methodischen Qualität auch die aussagekräftige Berichterstattung von Studien vermehrt in den Fokus von Wissenschaft und Forschung. Inzwischen liegt eine Vielzahl sogenannter „Reporting Guidelines“ vor, also von Checklisten mit methodischen Aspekten, die in wissenschaftlichen Publikationen von Studien unterschiedlicher Designs berichtet sein sollten. Auch für die Entwicklung und Evaluation komplexer Interventionen wurde eine solche Reporting Guideline erstellt (CReDECI, Möhler et al. 2012) und kürzlich in überarbeiteter Version publiziert (CReDECI 2, Möhler et al. 2015). Für die erste Fassung der Reporting Guideline wurde eine umfassende

Analyse der relevanten Methodenliteratur durchgeführt. Im nächsten Schritt wurden Literatur-basiert Kriterien entwickelt und durch erfahrene Expert*innen im Forschungsfeld begutachtet (Möhler et al. 2012). Anschließend wurde die Praktikabilität der Kriterienliste überprüft (Möhler et al. 2013). Im Unterschied zu den meisten Reporting Guidelines wurde CReDECI / CReDECI 2 nicht für ein spezifisches Studiendesign entwickelt, da bei der Entwicklung und Evaluation komplexer Interventionen ganz unterschiedliche Studiendesigns zum Einsatz kommen. Die Kriterienliste fokussiert daher auf spezifische methodische Aspekte der Entwicklung, Pilotierung und Evaluation komplexer Interventionen, in Anlehnung an das entsprechende Modell des britischen Medical Research Council (MRC) (Craig et al. 2008).

CReDECI 2 / CReDECI 2-DE

Um die Vorgaben für eine Reporting Guideline des EQUATOR Netzwerks (www.equator-network.org) zu erfüllen, wurde die ursprüngliche Kriterienliste überarbeitet. Hierzu wurden umfangreiche Rückmeldungen von Wissenschaftler*innen und Expert*innen aus dem Bereich der Entwicklung und Evaluation komplexer Interventionen eingeholt und eine überarbeitete Liste im Rahmen einer Konsensuskonferenz erstellt (CReDECI 2, Möhler et al. 2015). Eine deutsche Fassung der überarbeiteten Kriterienliste (CReDECI 2-DE) wird demnächst veröffentlicht (Möhler et al. 2016).

CReDECI 2 beinhaltet 13 Kriterien, die je mit einer Erläuterung und einem Beispiel versehen sind (Möhler et al. 2015 & 2016). Die Kriterien adressieren die Phasen Entwicklung, Machbarkeit und Akzeptanz sowie Evaluation komplexer Interventionen.

Die vier Kriterien der **Entwicklungsphase** beziehen sich insbesondere auf die Fundierung der Intervention: Wurden die theoretischen Grundlagen und die angestrebten Veränderungsprozesse beschrieben? Gibt es Informationen zu allen Komponenten (inklusi-

ve Angaben zu Inhalt und Form, wie beispielsweise Dauer, Häufigkeit, Zielgruppe) und deren geplanten Wechselwirkungen? Wird der Einbezug Kontext-spezifischer Merkmale bei der Interventionsentwicklung beschrieben?

Das einzelne Kriterium zur Phase **Machbarkeit und Akzeptanz** thematisiert die Durchführung einer Pilotierungs- bzw. Praktikabilitätsstudie, inklusive der Beschreibung der Ergebnisse und der Auswirkungen dieser Studie auf die Intervention (z.B. ob Änderungen der Komponenten oder deren Inhalt oder Form notwendig wurden und warum).

Zur **Evaluationsphase** beinhaltet CReDECI 2 acht Kriterien. Diese adressieren die Beschreibung der Kontrollgruppe (z.B. welche Angebote die Standardversorgung beinhaltet), Angaben zu verwendeten Materialien oder Hilfsmitteln als Teil der Intervention (inkl. Angaben zur Verfügbarkeit), die Evaluation der Implementierung und der Prozesse im Rahmen der Evaluationsstudie (Prozessevaluation) und deren Ergebnisse, sowie Angaben zur ökonomischen Evaluation.

Beurteilung der Qualität der Berichterstattung

Da CReDECI 2 drei Phasen im Forschungsprozess zu komplexen Interventionen beinhaltet, werden die Informationen zu den verschiedenen Kriterien oft nicht in einer einzigen Publikation verfügbar sein. Daher sollten alle verfügbaren Publikationen zur begutachteten komplexen Intervention für die Prüfung der Berichterstattungsqualität einbezogen werden. Bei der Beurteilung wird überprüft, inwieweit ausreichend aussagekräftige Informationen zu jedem Kriterium vorliegen. Auch ein Verweis auf weitere Quellen (z.B. eine Internetseite mit Materialien) kann ausreichen.

Resümee

Mit CReDECI 2 liegt eine Reporting Guideline speziell für komplexe Interventionen vor, die demnächst auch in deutscher Sprache zur Verfügung stehen wird. Diese Reporting Guideline ist für die Gesundheits- und Pflegewissenschaft von Bedeutung, da viele Interventionen in diesen Bereichen komplexer Natur

sind. Um die Qualität der Berichterstattung zu verbessern, müssen diese Kriterien jedoch bei der Erstellung von Publikationen beachtet werden. Daher ist beispielsweise der Einbezug dieser und ggf. weiterer Reporting Guidelines im Rahmen von Begutachtungsverfahren in wissenschaftlichen Fachzeitschriften unerlässlich (Möhler & Bartoszek 2014).

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

Dr. Ralph Möhler^{1,2,3}, Prof. Dr. Sascha Köpke⁴ & Prof. Dr. Gabriele Meyer¹

¹ Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Medizinische Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

² Cochrane Deutschland, Institut für Medizinische Biometrie und Statistik, Universitätsklinikum Freiburg, Medizinische Fakultät, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

³ Department für Pflegewissenschaft, Fakultät für Gesundheit, Universität Witten/Herdecke

⁴ Sektion Forschung und Lehre in der Pflege, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Universität zu Lübeck
Mail: moehler@cochrane.de

Können komplexe Interventionen in randomisiert-kontrollierten Studien untersucht werden?

Eine Studie zur Reduktion freiheitseinschränkender Maßnahmen in Alten- und Pflegeheimen

Freiheitseinschränkende Maßnahmen in Alten- und Pflegeheimen (FEM)

FEM werden bei Bewohner_innen von Alten- und Pflegeheimen traditionell eingesetzt, um Gefahren wie z.B. Stürze zu verhindern oder sogenanntes „herausforderndes Verhalten“ zu kontrollieren (Köpke et al., 2015). Die Wirksamkeit von FEM ist jedoch nicht belegt. Im Gegenteil finden sich Hinweise darauf, dass die unfreiwillige Immobilisierung zu mehr Stürzen und Sturz-bedingten Frakturen und zu vermehrtem herausforderndem Verhalten führen kann. Dennoch werden in Deutschland FEM weiterhin

als prinzipiell angemessene Pflegemaßnahme angesehen (Möhler & Meyer, 2014).

Vermeidung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen

Interventionen zur Vermeidung von FEM sind ein typisches Beispiel für komplexe Interventionen [s. Beitrag von M. Hohmann in diesem Heft], da die Anwendung von FEM einerseits durch die Situation bzw. das Verhalten der Bewohner_innen bedingt ist, aber andererseits zu einem großen Teil von der „Pflegekultur“ der jeweiligen Einrichtung bzw. der Pflegenden abhängt. Eine

Intervention zur Vermeidung von FEM muss daher auf verschiedenen Ebenen ansetzen und an die spezifischen Gegebenheiten unterschiedlicher Einrichtungen adaptierbar sein.

Cluster-randomisiert-kontrollierte Studie zur Evaluation der Wirksamkeit einer komplexen Leitlinien-basierten Intervention zur Reduktion von FEM

Die sichere Überprüfung der Wirksamkeit von Interventionen ist nur im Rahmen von randomisiert-kontrollierten Studien (RCT) möglich. Bei pharmakologischen Studien herrscht seit langem Konsens, dass diese „experimentellen“ klinischen Studien geeignet sind, Kausalzusammenhänge zwischen Intervention und Ergebnis nachzuweisen und den Einfluss von Störvariablen (Confoundern) und systematische Verzerrungen (Bias) durch geeignete Methoden zu minimieren.

Auch die Wirksamkeit komplexer Interventionen sollte durch ein RCT überprüft werden. Die Empfehlungen des Medical Research Council

Tabelle 2: Interventionskomponenten

Schriftliche Materialien	<ul style="list-style-type: none"> → Leitliniendokument für Leitungspersonen und FEM-BA → Leitlinienkurzversionen als Broschüren für Pflegende, Angehörige, Betreuer*innen, Ärzt*innen → Informationsflyer für Angehörige und Besucher*innen
Schulungen	<ul style="list-style-type: none"> → 90-minütige Schulung für alle Pflegenden → Eintägige Schulung von FEM-Beauftragten (FEM-BA)
FEM-Beauftragte	<ul style="list-style-type: none"> → Begleitung und Beratung während der ersten drei Monate → Strukturierte Dokumentation der Aktivitäten
„Öffentlichkeitsarbeit“	<ul style="list-style-type: none"> → Deklaration der Einrichtungsleitungen (Aushang im Foyer) → Bereitstellung von Postern
„Erinnerungsmaterialien“	<ul style="list-style-type: none"> → Bereitstellung von Tassen, Stiften und Post-its mit dem Projektemblem

(MRC) bieten hierfür einen etablierten Rahmen (Craig et al., 2008; Moore et al., 2015). Entscheidend ist die sorgfältige Vorbereitung, Pilotierung und Begleitung einer solchen Studie. Wir haben auf Grundlage verschiedener Vorarbeiten eine komplexe Intervention zur Reduktion von FEM in Pflegeheimen erfolgreich in einem RCT untersucht (Köpke 2012). Die komplexe Intervention wurde auf Basis einer nach international anerkannten Standards entwickelten evidenzbasierten Leitlinie (Köpke et al. 2015) entwickelt, pilotiert und schließlich implementiert (siehe Tabelle). Kern der Intervention war die Schulung und strukturierte Begleitung von FEM-Beauftragten, also Pflegenden, die als Multiplikator_innen fungieren und einen Kulturwandel in den Einrichtungen bei der Entscheidungsfindung zur Anwendung von FEM erreichen sollten. Daneben wurden u.a. Informationsmaterialien bereitgestellt und Kurzschulungen für Pflegende angeboten, um den Kulturwandel zu verstetigen.

Da die Intervention auf ganze Einrichtungen und nicht auf individuelle Personen abzielte, erfolgte auch die Randomisierung auf Basis der Einrichtungen. In diesem Fall spricht man von einem Cluster-RCT („Cluster“ = Gruppe, Ansammlung).

Für das Cluster-RCT wurden die 36 Einrichtungen zwei Gruppen zugeteilt (Leitlinienprogramm vs. (optimierte) Standardversorgung).

Die sechsmonatige Intervention zeigte einen positiven Effekt, während in den Einrichtungen der Kontrollgruppe bei 29,1% der Bewohner mindestens eine FEM angewandt wurde, waren dies in der Interventionsgruppe nur 22,6%, also 6,5% weniger. Die Reduktion von FEM führte nicht zu mehr Stürzen, Sturz-bedingten Verletzungen oder psychotropen Medikationen (Köpke et al., 2012). Die begleitende Prozessevaluation verdeutlichte, dass Leitungspersonen und FEM-BA in den Einrichtungen entscheidend zu einer FEM-kritischen Kultur beitragen und dass Schulungen für die Gesamtheit der Pflegenden eher zweitrangig sind.

Auf Basis dieser Erkenntnisse führen wir derzeit eine Implementierungsstudie durch, in der jeweils 40 Einrichtungen in eine von drei Interventionsvarianten (mit Schulung, ohne Schulung, nur Printmaterialien) randomisiert wurden. Eine ausführliche Prozessevaluation sowie eine gesundheitsökonomische Analyse komplementieren die Erfassung der Wirksamkeit der Interventionsvarianten (Abraham et al., 2015). Nach Abschluss der Studie wird die Intervention zusammen mit den Ergebnissen der Evaluation öffentlich bereitgestellt werden (www.leitlinie-fem.de).

Fazit:

Dieser Beitrag verdeutlicht anhand eines Beispiels, dass auch komplexe Interventionen

erfolgreich im Rahmen von RCT auf ihre Wirksamkeit überprüft werden können. Die sorgfältige Vorbereitung durch eine strukturierte Theorie- und Literatur-basierte Entwicklung und Pilotierung sowie eine ausführliche Prozessevaluation führt zu aussagekräftigen Ergebnissen mit einem starken Bezug für die praktische Versorgung.

.....
Prof. Dr. Sascha Köpke¹, Prof. Dr. Gabriele Meyer² & Dr. Ralph Möhler³

¹ Sektion Forschung und Lehre in der Pflege, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Universität zu Lübeck

² Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Medizinische Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

³ Cochrane Deutschland, Institut für Medizinische Biometrie und Statistik, Universitätsklinikum Freiburg, Medizinische Fakultät, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Mail: sascha.koepke@uksh.de

Lernen, komplexe Entscheidungen zu managen

Decision Making in zwei Masterangeboten der Universität Bremen

Dass in modernen Gesellschaften ständig und überall entschieden werden muss, ist für diese konstitutiv. In der „Entscheidungs-gesellschaft“ werden allerdings die Entscheidungs-lagen immer unübersichtlicher und komplexer. Entscheiden im öffentlichen Raum wird aufgrund seiner Vielschichtigkeit konflik-treicher, zugleich steigen die Anforderungen an strategische Positionierung, Transparenz und Partizipation.

Der gesellschaftliche, ökonomische und po-litische Wandel wird sich zukünftig noch beschleunigen. Entscheider*innen werden im Spannungsfeld langfristiger strategischer Planung und situativer problembezogener Be-wältigung agieren müssen, und dies vor dem Hintergrund zunehmender Planungsunsicher-heit. Neben Fachwissen wird daher Expertise im Umgang mit komplexen Entscheidungs-problemen des öffentlichen Raumes immer wichtiger.

Wer entscheidet aufgrund welcher Grundla-gen? Welche Interessen müssen berücksich-tigt werden? Kann überhaupt noch „rational“ entschieden werden? Und wie wirken sich Entscheidungen tatsächlich aus? ... sind nur einige der Fragen, mit denen sich eine syste-matische und interdisziplinäre Qualifizierung rund um das Thema öffentliches Entscheiden beschäftigen muss.

Angesichts komplexer, unübersichtlicher und offensichtlich brisanter Entscheidungslagen nicht zu resignieren, sondern systematisch und lösungsorientiert vorzugehen – kann man das lernen? Viele Entscheidungsprobleme in pluralistischen Gesellschaften weisen identi-fizierbare Aspekte auf, die man grundsätzlich kompetent bearbeiten kann. Viele Probleme, wie zum Beispiel die nationale und internati-onale Flüchtlingspolitik, die gerechte Gestal-tung der Energiewende oder die öffentliche Finanzierung des Gesundheitswesens haben u. a. ethische, ökonomische, politische und rechtliche Dimensionen. Und so ist der Ge-

danke naheliegend, dass die entsprechenden Fachdisziplinen in enger interdisziplinärer Ko-operation Wissen vermitteln können, das für das rationale, systematische Entscheiden von großer theoretischer Relevanz und praktischer Bedeutung sein kann.

Bereits seit dem Wintersemester 2010/11 bie-tet die Universität Bremen den zweijährigen Masterstudiengang „Komplexes Entscheiden (Professional Public Decision Making)“ an. Ziel ist es, den jährlich 30 Studierenden nach ihrem B.A.-Studium umfassende Kompeten-zen für die Analyse und für Problemlösungen in komplexen Entscheidungslagen zu vermit-teln. Studiert wird dabei fächerübergreifend und interdisziplinär (Rechtswissenschaft, Politikwissenschaft, Wirtschaftswissenschaft, Philosophie). Im ersten Semester werden vertiefende Einführungen in die Grundlagen komplexen Entscheidens und in die betei-ligten Fächer gegeben. Im interdisziplinären Kernbereich wird im zweiten Semester das fachspezifische Wissen gezielt vertieft. Zu-gleich findet ein Entscheidungstraining statt. Im dritten Semester wird im Projektmodul die interdisziplinäre Konfrontation mit kom-plexen Entscheidungsproblemen geübt, bei denen das erworbene Wissen zur Anwendung kommt. Zudem wird ein Praktikum durchge-führt, das inhaltlich auch zur Vorbereitung der M.A.-Thesis im vierten Semester dienen kann. Während des Studiums erhalten die Studie-renden im Rahmen von Exkursionen, Studi-enfahrten, Vorträgen und Diskussionsrunden auch einen praktischen Einblick in Entschei-dungssituationen, -routinen und -probleme von Organisationen im öffentlichen Raum.

Durch die Veranstaltungen werden die Stu-dierenden systematisch darin geschult, eine interdisziplinäre Perspektive im Hinblick auf komplexe Entscheidungsprobleme einzuneh-men. Z.B. gehören in der Philosophie neben grundlegenden Fragestellungen der Ethik und der Moralphilosophie insbesondere auch phi-losophisches Argumentieren und der Umgang

mit normativen Konflikten zu den Studienin-halten. Im Laufe des Masterstudiums lernen die Studierenden dabei systematisch, die je-weiligen Perspektiven der beteiligten Fächer in Bezug auf konkrete Problemstellungen ein-zunehmen und zu synthetisieren, um auf die-ser Basis zu Lösungsvorschlägen kommen zu können. So wurden z.B. Projekte zu den The-menfeldern Migration, Medizinethik, Vertei-lungsgerechtigkeit, öffentliche Verschuldung und Korruption durchgeführt.

Seit dem Wintersemester 2015/16 wurde für berufstätige Studierende mit dem Weiter-bildungsmaster Entscheidungsmanagement ein eigenes Angebot eingeführt und durch Soziologie und Informatik fachlich erweitert. Der auf drei Jahre angelegte 120 CP-Master ist ein bundesweit einmaliges Angebot. Im Mittelpunkt steht der Erwerb eines systema-tischen Methodenwissens, um Entscheidungs-prozesse im öffentlichen Raum erfolgreich und effektiv anleiten zu können. Inhalte sind: Entscheiden in der Ökonomie (Entscheidungs-theorie, Spieltheorie), ethisches Entscheiden, politisch-administratives Entscheiden, stra-tegisches Entscheidungsmanagement, Ent-scheiden im digitalen Zeitalter, Entscheiden im Recht und Praxis des Entscheidens. Das Angebot wird durch einen Projekt- und Wahl-pflichtbereich ergänzt und in einem Blen-ded-Learning-Format angeboten.

Der Studiengang Komplexes Entscheiden wird von den vier Fachbereichen der beteiligten Fächer getragen. Der Weiterbildungsmaster Entscheidungsmanagement wird zusätzlich von der Akademie für Weiterbildung der Uni-versität Bremen begleitet.

Komplexes Entscheiden:
www.make.uni-bremen.de

Entscheidungsmanagement:
www.uni-bremen.de/emma

Sandra Kohl¹ & Miriam Kahrs²

¹ Universität Bremen, Fachbereich 9, Institut für Philosophie

² Universität Bremen, Akademie für Weiterbildung

Mail: sandra.kohl@uni-bremen.de; m.kahrs@uni-bremen.de

AKTUELLE PROJEKTE

Umsetzung von Patient*innenbeteiligung für die klinische Studie REGATTA

Patient*innenbeteiligung an klinischen Studien

Klinische Studien untersuchen den Nutzen gesundheitlicher Verfahren und Technologien für Patient*innen. Die Beteiligung der Patient*innen beschränkt sich dabei meist auf die Rolle von passiven Proband*innen, an denen die Wirksamkeit von Technologien gemessen wird. Dadurch besteht die Gefahr, dass sich die eigentlichen Bedürfnisse bzw. Erkenntnisinteressen der Patient*innen nicht in der Forschungspraxis abbilden (Chalmers, 1995, Chalmers & Glasziou, 2009, Liberati, 2011). Eine aktive Beteiligung von Patient*innen an der Planung, Durchführung und Translation klinischer Studien hat das Potential Forschung und Gesundheitsversorgung verstärkt an den Bedürfnissen der Patient*innen zu orientieren. In Deutschland haben das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) die Beteiligung von Patient*innen als explizites Kriterium bei der Beantragung klinischer Studien aufgenommen (BMBF 2015, DFG 2014). Bislang gibt es jedoch wenig Evidenz zu effektiven Methoden Patient*innen an klinischen Studien zu beteiligen (Domecq et al., 2014). Nötig sind wei-

tere Erkenntnisse zu fördernden und hindernden Faktoren bei der Umsetzung von Patient*innenbeteiligung.

REGATTA – eine klinische Studie

Harnwegsinfektionen bei Frauen sind ein häufiges Krankheitsbild und damit für eine Vielzahl antibiotischer Verschreibungen verantwortlich. Aus klinischen Studien ist bekannt, dass diese Infektionen auch ohne Antibiotika behandelt werden können. In der randomisierten, kontrollierten klinischen Studie REGATTA wird die Effektivität einer symptomatischen Behandlung verglichen mit einer sofortigen antibiotischen Behandlung. In einer erfolgreich durchgeführten Vorläuferstudie (ICUTI) wurde bereits gezeigt, dass der primäre Einsatz von Ibuprofen die Rate an Antibiotikaverordnungen deutlich senken konnte (Gágyor et al., 2015). In der 2016 begonnenen Folgestudie soll die vergleichende Wirksamkeit eines Phytopharmakons (Bärentraubenblätter) untersucht werden. Zielkriterien sind Antibiotika-Einnahme und Symptomlast; zudem wird in beiden Gruppen die Rate an schwerwiegenden Komplikationen und

Rezidiven verglichen. Geplant ist, insgesamt 400 Patientinnen mit Symptomen eines Harnwegsinfektes in hausärztlichen Prüfzentren in Nord- und Mitteldeutschland einzuschließen.

Patient*innenbeteiligung konkret

In der Konzeption und Beantragung von REGATTA beim BMBF wurde die Perspektive von Patientinnen bereits einbezogen: bei der Studienkonzeption wurde auf Literatur zu den Erfahrungen von Frauen mit HWI zurückgegriffen und das Studienvorhaben wurde mit verschiedenen Patientinnenvertreterinnen diskutiert. Um die Beteiligung von Patientinnen zu verstetigen und somit das Potential von Patient*innenbeteiligung auszuschöpfen wird nun ein Patientinnenbeirat für REGATTA eingerichtet. Im Beirat wird eine feste Gruppe von fünf bis sechs Patientinnen die Durchführung und Translation von REGATTA begleiten und in den Beiratstreffen kontinuierlich mit den klinischen Forscher*innen zusammenarbeiten, um REGATTA patientinnenorientierter zu gestalten. Der Beirat begleitet die Studie über ihren gesamten weiteren Verlauf.

Die Patientinnenbeteiligung an REGATTA wird im Rahmen einer Dissertation untersucht. Mittels qualitativer Erhebungen wird erforscht, mit welcher Motivation und welchen Erwartungen die Forscher*innen und Patientinnen den Patientinnenbeirat unterstützen und welche Erfahrungen sie mit der Umsetzung des Beirats machen. Zudem wird erhoben, wie die Beteiligten die Auswirkungen der Patientinnenbeteiligung auf die Durchführung und Translation der klinischen Studie wahrnehmen. Auf die Resultate können Forschende aufbauen, die eine aktive Beteiligung von Patient*innen an anderen klinischen Studien planen. Sie lernen die Perspektive der Teilnehmer*innen auf Patient*innenbeteiligung kennen und erfahren, was diese aus ihren Erfahrungen gelernt haben.

Literatur bei den Autor*innen und online im Internet unter: www.ipp.uni-bremen.de

Imke Schilling, M.A., PD Dr. Guido Schmiemann, MPH & Prof. Dr. med. Ansgar Gerhardus, M.A., MPH

Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Abt. 1 Versorgungsforschung
Mail: imke.schilling@uni-bremen.de
www.ipp.uni-bremen.de/forschung/abteilung-1--versorgungsforschung



© AOK-Mediendienst

FLexeBel:

Das Projekt „Forschendes Lernen zur Vorbereitung auf komplexe Berufsfelder“ im Studiengang MA Public Health – Gesundheitsversorgung, -ökonomie und -management

Aufgabenfelder im Bereich Public Health sind komplex und erfordern es, Sachverhalte aus verschiedenen Blickwinkeln beurteilen zu können. Aufgabe der Public-Health-Lehre ist es, Studierende darin zu unterstützen auf die Lösung dieser komplexen Aufgaben vorbereitet zu sein. Ein Weg dies im Studium umzusetzen ist Forschendes Lernen (Gerhardus et al., 2016). Ziel Forschenden Lernens ist, dass Studierende Forschungsprozesse selbstständig mitgestalten, durchlaufen und in diesem Kontext Erkenntnisse gewinnen und reflektieren, die auch für Dritte relevant sind (Huber, 2009).

In dem Projekt „FLexeBel Forschendes Lernen zur Vorbereitung auf komplexe Berufsfelder“ wird die Lehre des Masterstudiengangs MA Public Health – Gesundheitsversorgung, -ökonomie und -management auf Forschendes Lernen ausgerichtet. Das Projekt ist Teil einer universitätsweiten Strategie zur Förderung Forschenden Lernens als Studiengangprofil und wird als eines von drei Pilotprojekten an der Universität Bremen gefördert.

Forschendes Lernen wird in dem Studiengang in verschiedenen Formaten umgesetzt. a) in Vorlesungen in der Studieneingangsphase; b) in Seminaren; c) in General Studies Angeboten zur Vertiefung der Forschungskompetenz; d) über Internationalisierungsprogramme; e) über die Förderung von Publikationen studentischer Abschlussarbeiten und f) über ein dreisemestriges Forschungsprojekt, das den Kern Forschenden Lernens im Studiengang darstellt und deshalb kurz vorgestellt wird. Die Studierenden erarbeiten in Kooperation mit Praxispartnern aus dem Gesundheitswesen wissenschaftsbasierte Interventionskonzepte zur Lösung eines komplexen Problems aus der Gesundheitsversorgung. Sie beschäftigen sich in Kleingruppen beispielsweise mit der Geburtsversorgung in Bremen, entwerfen Lösungsstrategien für den Hausärzt_innenmangel in ländlichen Regionen und wirken bei der Entwicklung von integrierten Versorgungskonzepten

für sozial Benachteiligte mit. Die Studierenden orientieren sich in ihrem Forschungsprozess an einem Aufgabenplan, der eine Lageanalyse, die Interventionsplanung sowie die Evaluationsplanung vorsieht. Zum ersten Schritt, der Lageanalyse, gehört sowohl die Auseinandersetzung mit rechtlichen Rahmenbedingungen als auch die Auswertung statistischer Grunddaten. Im Falle des Projekts zum Thema Geburtsversorgung, das gemeinsam mit der Techniker Krankenkasse Bremen durchgeführt wird, haben die Studierenden z.B. statistische Daten zur Häufigkeit von Kaiserschnitten ausgewertet. Auch die Perspektive der beteiligten Akteure, Schwangeren, Hebammen, Frauenärzt_innen und Krankenhäuser, wird über Interviews oder Befragungen erfasst. Auf dieser Basis werden Ziele der Intervention formuliert. Hier wollen die Studierenden die Senkung der Kaiserschnittquote für Folgegeburten nach einer Geburt mit Kaiserschnitt erreichen. Im Zuge der Interventionsplanung arbeiten die Studierenden die Evidenz zu bestehenden Interventionen mittels einer systematischen Literaturrecherche auf. Auch Ergebnisse von Modellprojekten werden herangezogen. Da Public-Health-Interventionen in einem komplexen Umfeld stattfinden, prüfen die Studierenden außerdem die Übertragbarkeit der recherchierten Ergebnisse auf die jeweilige

Situation und reflektieren Interventionsansätze auch unter ethischen Gesichtspunkten. Ergebnis dieses Schrittes ist die Konkretisierung der Intervention. Im skizzierten Fall planen die Studierenden eine Intervention, die Fortbildungsangebote für die beteiligten Versorgenden und ein Informationsangebot für schwangere Frauen vorsieht und vor allem auf den interprofessionellen Austausch der Versorgenden setzt. Im letzten Schritt erarbeiten die Studierenden ein Konzept zur Evaluation sowie zur gesundheitsökonomischen Bewertung der Intervention. Die Ergebnisse der Projekte werden auf einem Symposium der Öffentlichkeit präsentiert.

Didaktisch wechseln sich in dem Modul Gruppen- und Selbstlernphasen, Expert_inneninput der Lehrenden und Präsentationen der Studierenden ab. Eine wesentliche Rolle nimmt Peer-Coaching ein.

In einer begleitenden Evaluation des Projekts FLexeBel wird unter anderem untersucht, wie sich Forschendes Lernen als didaktische Methode auf die Lern- und Handlungskompetenz von Public Health Studierenden auswirkt. Bisherige Veranstaltungsevaluationen zeigen ein positives Bild und deuten darauf hin, dass die Studierenden im Laufe ihres Forschungsprozesses an Selbstbewusstsein und Forschungskompetenz gewinnen.

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

Jennifer Koch, M.A., Maïke Voß, MPH & Prof. Dr. med. Ansgar Gerhardus, M.A., MPH

Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Abt. 1 Versorgungsforschung
Mail: ansgar.gerhardus@uni-bremen.de
www.ipp.uni-bremen.de/forschung/abteilung-1--versorgungsforschung



© Universität Bremen

Evidenz Geriatrischer Rehabilitation in der Pflege

Die Geriatrische Rehabilitation ist in Deutschland seit etwa 50 Jahren fester Bestandteil in der gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen. Sie ist geprägt durch die spezialisierte Behandlung geriatrischer PatientInnen, die durch ein interdisziplinäres Team versorgt und begleitet werden. Ziel der vor allem medizinisch, pflegerisch und therapeutisch aufwändigen Behandlungen und Maßnahmen ist es, die Selbstständigkeit durch rehabilitative Interventionen ganz oder zumindest teilweise wieder herzustellen. Dem Aspekt der Vermeidung von Pflegebedürftigkeit kommt in dieser Hinsicht eine besondere Bedeutung zu. Als Spezialgebiet der medizinischen Rehabilitation stellt die Geriatrische Rehabilitation aus pflegerischer Sicht ein komplexes Handlungsfeld dar. Im Rahmen stationärer, teilstationärer, ambulanter oder mobiler Behandlungsformen sind dabei physische, psychische und soziale Ressourcen der Pflegebedürftigen zu erkennen und in die Planung und Anwendung von rehabilitativen Maßnahmen zu integrieren. Gegenwärtig mangelt es jedoch an einer systematisch aufbereiteten Darstellung der vorhandenen Empirie zur Effektivität geriatrisch-rehabilitativer Interventionen durch die Pflegenden. Das übergeordnete Ziel des Projekts liegt in der Erstellung einer systematischen Übersicht zum aktuellen Stand der Forschung und zur Wirksamkeit rehabilitativer Interventionen für die Zielgruppe geriatrischer PatientInnen. Dabei sollen rehabilitativ wirksame Maßnahmen identifiziert werden, welche durch Pflegenden im Versorgungsalltag zum Einsatz kommen. Weiter werden evidenzbasierte und praxisrelevante Handlungsempfehlungen vor dem Hintergrund

der methodischen Güte der einbezogenen Publikationen für die pflegerische Praxis in der Geriatrischen Rehabilitation abgeleitet. Dazu fand von September bis November 2015 eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken *The Cochrane Library*, *PubMed* und *CINAHL* statt. Identifiziert werden sollten systematische Übersichtsarbeiten, Metaanalysen und randomisiert kontrollierten Studien, mit der Zielgruppe älterer PatientInnen oberhalb des 65. Lebensjahres, mit einem Unterstützungsbedarf im alltäglichen Leben und mindestens einer chronischen Erkrankung, die die Wirksamkeit rehabilitativer Interventionen durch Pflegenden thematisierten. Die methodische Güte der eingeschlossenen Studien wurde unter Einsatz der Instrumente *Cochrane Risk of Bias-Tool* sowie *AMSTAR* einer kritischen Bewertung unterzogen. Die Beurteilung der Studien erfolgte durch zwei voneinander unabhängige Wissenschaftlerinnen. Von den im ersten Schritt identifizierten 5673 Studien wurden 4925 Titel, 1489 Abstracts und 276 Volltexte gesichtet, davon wurden 15 Studien in die kritische Studienbewertung eingeschlossen. Die in den einzelnen Studien eingesetzten Interventionen lassen sich in zehn sog. Interventionsbereiche gliedern. Über alle Studien hinweg, lassen sich Hinweise auf die Wirksamkeit von Maßnahmen finden, die einen hohen Anteil an auf die individuellen Bedürfnisse und Ressourcen der PatientInnen abgestimmten kommunikativen, reflexiven und edukativen Komponenten aufweisen. Zudem konnten Interventionen mit dem Schwerpunkt auf der Förderung der Funktionalität zu einer Verbesserung der physischen Gesundheit und zum Erhalt von

Alltagsaktivitäten beitragen. Die methodische Güte der eingeschlossenen Studien war limitiert. Auch war die Studiendichte für einige Interventionsbereiche sehr gering und die Studienqualität entsprach einem niedrigen Niveau. Aus der Untersuchung lassen sich daher drei zentrale Aussagen generieren:

1. Die Rollenvielfalt der Pflegenden in der Geriatrischen Rehabilitation über die „herkömmliche Pflege“ (usual care) hinaus ist überraschend groß - eine klare Rollendefinition aber kaum möglich
2. Das Phänomen des sogenannten „therapeutische Milieus“ erschwert die Evidenzbewertung der pflegerischen Interventionen erheblich
3. Die pflegewissenschaftliche Forschung muss gestärkt, die Quantität der Studien erhöht und ihre Qualität verbessert werden.

Die zumeist geringe Studiendichte und die niedrige methodische Güte schränkt die Übertragbarkeit der Ergebnisse deutlich ein und findet bei der Aussprache von Handlungsempfehlungen für die Praxis Berücksichtigung. Derzeit kann daher keine eindeutige Handlungsempfehlung zugunsten einer spezifischen Intervention ausgesprochen werden. Eine Eignung der hier vorgestellten Maßnahmen ist von Pflegenden jeweils individuell für die von ihnen versorgten PatientInnen abzuwägen.

**Prof. Dr. Stefan Görres, Christin Ellermann M. Sc.,
Dr. Jaqueline Bomball, Paulina Meinecke M.A. &
Christina Heller**

Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Abt. 3 Interdisziplinäre Alters- und Pflegeforschung (iap)

Mail: p.meinecke@uni-bremen.de

www.ipp.uni-bremen.de/forschung/abteilung-3-interdisziplinäre-alterns-und-pflegeforschung

CARO – Care-Reflection-Online:

Mediengestützte Reflexion beruflicher Erfahrungen in der Pflegeausbildung

An Pflegeschulen ist das Lernen anhand von digitalen Medien inzwischen durchaus verbreitet, auch stehen den Schulen vielfältige eLe-

arning-Materialien zur Verfügung. Allerdings werden die Potenziale des eLearning bei Weitem noch nicht ausgeschöpft. So sind die Lehr-/

Lernangebote bislang weitgehend statisch, sie werden nicht systematisch, sondern nur punktuell in den Pflegeunterricht eingebunden und auch webbasiertes Lernen wird bislang kaum genutzt, obwohl es sich in besonderem Maße anbieten würde, um z.B. das Lernen an den unterschiedlichen Lernorten der Praxis inhaltlich zu vertiefen und mit dem in der Schule Gelernten zu verzahnen.

Zum 01.05.2016 startete in der Abteilung Qualifikations- und Curriculumforschung des Instituts

für Public Health und Pflegeforschung unter der Leitung von Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck das Projekt „CARO - Care-Reflection-Online: Mediegestützte Reflexion beruflicher Erfahrungen in der Pflegeausbildung“, welches als Kooperationsprojekt gemeinsam mit dem Zentrum für Medien-, Kommunikations- und Informationsforschung (ZeMKI) der Universität Bremen (Prof. Dr. Karsten D. Wolf) durchgeführt wird. Das aus Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) und aus dem Europäischen Sozialfonds der Europäischen Union (ESF) geförderte Projekt CARO zielt auf die Entwicklung, Implementation und Evaluation einer computergestützten, fallbasierten, multimedialen und kooperativen Lernumgebung für die Pflegeausbildung an der Schnittstelle zwischen theoretischer und praktischer/ betrieblicher Ausbildung. Es trägt zur Verankerung digitalen Lernens in der Pflegebildung und zur Erhöhung der Medienkompetenz bei Lehrenden und Lernenden bei. Langfristig hat das Vorhaben zum Ziel, die Attraktivität der Pflegeausbildung zu erhöhen und diese aufzuwerten.

Drei in Zusammenarbeit mit dem Theater der Versammlung der Universität Bremen filmisch aufbereitete Fallsituationen oder Schlüsselprobleme des pflegeberuflichen Alltags bilden die Ausgangsbasis für die Entwicklung von drei pflege- und mediendidaktisch fundierten multimedialen Lehr-/Lernmodulen. Pflegedidaktisch stützt sich das Projekt auf die Interaktionistische Pflegedidaktik von Darmann-Finck. Angepasst an die Bedürfnisse der Lernenden und Lehrenden wird zudem eine computergestützte multimediale Lernumgebung für die Pflegeausbildung geschaffen und im Rahmen eines Classroom Management Systems nutzbar ge-

macht. Für die Lehrenden entsteht dadurch die Möglichkeit, ihren Unterricht sowie das Selbstlernen am Arbeitsplatz oder zu Hause durch die CARO-Lernumgebung didaktisch-methodisch zu gestalten. Unabhängig vom Lernort können die Schülerinnen und Schüler Lernaufträge mittels APP selbstständig bearbeiten und sich innerhalb ihrer Lerngruppe virtuell dazu austauschen. Im Unterschied zu bislang auf dem Markt erhältlichen digital unterstützten Lernangeboten wird so eine innovative Lernumgebung zur Verfügung gestellt, die es ermöglicht, das Lernen an den Lernorten Pflegeschule und Pflegeeinrichtung zu verknüpfen. Außerdem werden die Lernpotenziale der ästhetischen Dimensionen der Medien Film und Foto für die Aneignung von hermeneutischen und reflexiven Kompetenzen genutzt und die lernbezogene direkte und virtuelle Interaktion zwischen den Schülerinnen und Schülern unterstützt. Um die Rahmenbedingungen für die Implementation zu schaffen, werden die kooperierenden Pflegeschulen bei der Vervollständigung ihrer technischen Infrastruktur beraten. Außerdem wird eine Dozent/innen-Schulung zum Umgang mit der CARO-Lernumgebung, angeboten als Online-Tutorial wie auch als Präsenzveranstaltung konzipiert und durchgeführt. Die CARO-Lernumgebung und die drei fallbasierten Module werden parallel zum Entwicklungsprozess bereits an drei Pflegeschulen und den mit ihnen kooperierenden Pflegeeinrichtungen implementiert und evaluiert.

Um eine umfassende Verbreitung zu fördern, werden die optimierte Lernumgebung, die drei CARO-Module und die Online-Dozent/innen-Schulung zum Projektende als Open Source auf einem öffentlichen Repository veröffentlicht und interessierten Schulen zur Verfügung ge-

stellt. Die Erkenntnisse aus dem Projekt werden außerdem zur Weiterentwicklung des Modells der Interaktionistischen Pflegedidaktik und von Curricula für die Pflegeausbildung verwendet. Des Weiteren können zukünftig anhand der entstandenen Werkzeuge multimediale Module zu weiteren pflegeberuflichen Schlüsselproblemen entwickelt werden. Darüber hinaus eröffnen sich nach umfassender Implementation weiterführende Forschungsoptionen, etwa hinsichtlich der Wirkungsweise und Wirkungen fallbezogenen Lernens auf der Basis einer filmischen Aneignung oder der Akzeptanz und Nutzung digital unterstützten Lernens durch Pflegeschüler/innen.

Im November 2016 wurden die ersten Projektergebnisse den Lehrenden der kooperierenden Pflegeschulen im Rahmen eines Workshops präsentiert. Vorgestellt wurden drei empirisch ermittelte komplexe Fallsituationen, die auf Schlüsselproblemen des pflegeberuflichen Alltags zu den Themen „Ungewissheit im pflegerischen Handeln/ Menschen mit Demenz“, „Kultursensible Pflege/ Menschen mit Migrationshintergrund“ und „Interprofessionelle Zusammenarbeit/ Menschen mit Schmerzen“ basieren. Das erste Modul zum Thema Demenz soll im Frühjahr 2017 vorliegen und an den drei Pflegeschulen implementiert werden.

**Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck & Nicole Duveneck,
Dipl. Berufspäd. Pflegewissenschaft**

Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Abt. 4 Qualifikations- und Curriculumforschung
Mail: darmann@uni-bremen.de; n.duveneck@uni-bremen.de
www.ipp.uni-bremen.de/forschung/abteilung-4-qualifikations-und-curriculumforschung

GeUmGe-NET

Interdisziplinäres Forschungsnetzwerk zur Integration von Geschlechterkonzepten in die biomedizinische und Public-Health-Forschung zu Umwelt und Gesundheit

In der Forschung zu umweltbezogener Gesundheit fehlt bislang eine systematische Berücksichtigung von Geschlechterkonzepten. Es ist davon auszugehen, dass eine systematische Integration der biologischen und sozi-

alen Dimensionen von Geschlecht und ihrer Wechselwirkungen in die biomedizinische und Public-Health-Forschung zu Umwelt und Gesundheit die Aussagekraft und Validität dieser Forschung steigert.

An diesem Punkt setzt das interdisziplinäre Forschungsnetzwerk Geschlecht – Umwelt – Gesundheit (GeUmGe-NET) an. Das Ziel des Netzwerkes ist es, Handlungsempfehlungen für die Integration von Geschlecht in die Forschung und Praxis zu umweltbezogener Gesundheit zu entwickeln und die Auswirkungen für umweltbezogene Gesundheitsberichterstattung, umweltbezogenen Gesundheitsschutz und -förderung, Umweltgerechtigkeit sowie eine bedarfsorientierte umweltmedizinische Versorgung aufzuzeigen und zu diskutieren.

Das Forschungsnetzwerk wird von der Abteilung Sozialepidemiologie des IPP geleitet. In dem

Forschungsnetzwerk arbeiten Wissenschaftlerinnen des Umweltbundesamtes (Fachgebiet II 1.2 Toxikologie, gesundheitsbezogene Umweltbeobachtung), des Helmholtz Zentrum München - Deutsches Forschungszentrum für Gesundheit und Umwelt (Institut für Epidemiologie II), der Universität Bielefeld (Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Arbeitsgruppe 7 Umwelt und Gesundheit), der Humboldt-Universität Berlin (Institut für Geschichtswissenschaften, Gender and Science / Naturwissenschafts- und Geschlechterforschung), des Landesamtes für soziale Dienste Schleswig-Holstein (Abteilung Gesundheits- und Verbraucherschutz, Dez. 34 Umweltbezogener Gesundheitsschutz) sowie der Universität Bremen (Institut für Public Health und Pflegeforschung, Abteilung Sozialepidemiologie; artec Forschungszentrum Nachhaltigkeit) zusammen.

Folgende Forschungs- und Anwendungsfelder sind somit in dem Netzwerk vertreten:

- Umwelttoxikologie, Humanbiomonitoring
- Umweltepidemiologie, Gen-Umwelt-Interaktionen
- Umweltmedizin
- Public-Health-Forschung im Bereich Umwelt und Gesundheit, Umweltgerechtigkeit
- Sozialwissenschaftliche und sozial-ökologische Genderforschung

Ein erster gemeinsamer Workshop im Februar 2016 diente dazu Begriffsdefinitionen und vorhandene Konzepte abzustimmen und auf Basis explorativer Literaturrecherchen in den verschiedenen Forschungsfeldern sowohl Good-Practice-Beispiele als auch Wissenslücken und Forschungsbedarfe zu erörtern. Es wurde ein Ungleichgewicht zwischen theoretischen Konzepten und analytischen Vorgehensweisen, wie sie aktuell in der Praxis Anwendung finden, identifiziert. Im Unterschied zum gendertheoretischen Ansatz, der Geschlecht als ein multidimensionales, kontextspezifisches Strukturphänomen betrachtet, das historisch und lokal variiert, wird in der Forschung zu Umwelt und Gesundheit meistens lediglich von einer homogenen, dichotomen Kategorie (männlich/weiblich) ausgegangen.

Während des zweiten Workshops im Juni 2016 wurden die mit der Rapid Review Methode erarbeiteten Ergebnisse aus den einzelnen Forschungsfeldern bezüglich des aktuellen For-

schungsstands, zu Grunde gelegter Geschlechterkonzepte und eingesetzter Analysemethoden in der Forschung zu umweltbezogener Gesundheit präsentiert und diskutiert. Es zeigte sich, dass in allen Forschungsfeldern Lücken sowohl in der Theorie als auch in der Praxis der Forschung in Bezug auf die Integration von Geschlecht existieren. Zwar finden beispielsweise Stratifizierungen nach Geschlecht (als dichotomer Kategorie) immer häufiger Anwendung, jedoch werden die gefundenen Unterschiede aber auch Gemeinsamkeiten zwischen den Geschlechtern in der Ergebnisbewertung oftmals nicht weiter berücksichtigt.

Aktuell arbeitet das Forschungsnetzwerk daran, Potenziale für methodische Weiterentwicklungen in der umweltbezogenen Gesundheitsforschung durch die inter- und transdisziplinäre Zusammenarbeit zur Integration von Geschlechterkonzepten aufzuzeigen und neue interdisziplinäre Forschungsansätze durch methodische Innovationen zu entwickeln. Bereits bei der Planung von Studien ist zu überlegen, welche Prozesse und Mechanismen für die konkrete Fragestellung von Bedeutung sein können und wie dementsprechend Geschlecht bei der Datenerhebung und Analyse zu operationalisieren ist.

In einem dritten öffentlichen Workshop am 25.10.2016 in Berlin wurden die Ergebnisse und konzeptionellen Überlegungen des Forschungsnetzwerks zur Integration von Geschlechterkonzepten im Bereich Umwelt und Gesundheit präsentiert und mit Akteurinnen und Akteuren aus Wissenschaft und Praxis diskutiert. Das Ziel dieses Wissenschafts-Praxis-Dialogs ist, Denkanstöße zu geben bzw. Handlungsempfehlungen zu entwickeln für die umweltbezogene Gesundheitsberichterstattung, die umweltbezogene Gesundheitsförderung, den umweltbezogenen Gesundheitsschutz sowie zum Erreichen von mehr Umweltgerechtigkeit und einer besseren umweltmedizinischen Versorgung.

Das Vorhaben wird mit Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung unter dem Förderkennzeichen 01FP1443 gefördert.

Tatjana Paeck M.A. & Prof. Dr. Gabriele Bolte, MPH

Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Abt. 5 Sozialepidemiologie
E-Mail: gabriele.bolte@uni-bremen.de
www.ipp.uni-bremen.de/forschung/abteilung-5-sozialepidemiologie

Equity impact assessment

Bewertung der Effekte von Public-Health-Interventionen auf soziale Ungleichheiten – Zwischenergebnisse zweier Projekte

Soziale Ungleichheiten bei Gesundheit sind eine der zentralen Herausforderungen für Public Health. Universelle Interventionsstrategien, die nicht spezifisch auf bestimmte Bevölkerungsgruppen ausgerichtet sind, können unbeabsichtigt sozial benachteiligte Gruppen verfehlen und bestehende soziale Ungleichheiten verstärken. Diese als „Intervention-generated Inequalities“ (IGIs) bezeichneten Effekte können unter anderem bei der Inanspruchnahme, der Compliance und/oder bei den Wirkungen einer Maßnahme auftreten (Lorenz et al., 2012). Bisher wurden IGIs bei der Evaluation von Public-Health-Interventionen jedoch selten berücksichtigt (Petticrew et al., 2012).

Vor diesem Hintergrund werden in der Abteilung Sozialepidemiologie des Instituts für Public Health und Pflegeforschung aktuell zwei Forschungsprojekte durchgeführt, in denen an den Beispielen (1) körperliche Aktivitätsförderung und (2) Tabakkontrollpolitik die Evidenz für Ungleichheitseffekte von Public-Health-Interventionen zusammengefasst und bewertet wird. Mit den beiden Projekten werden exemplarisch unterschiedliche Interventionsansätze hinsichtlich ihrer Ungleichheitseffekte untersucht: (1) Interventionen zur Förderung körperlicher Aktivität setzen überwiegend auf der individuellen Ebene an, während (2) Tabakkontrollmaßnahmen in erster Linie auf einer kontextuellen Ebene im Sinne von Gesetzen, Steuern etc. umgesetzt werden.

Im Rahmen des vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Präventionsforschungsnetzwerks AEQUIPA wird in dem Teilprojekt EQUAL mittels eines systematischen Reviews untersucht, ob Interventionen zur Förderung der körperlichen Aktivität bei älteren Menschen Ungleichheitseffekte aufweisen. Das systematische Review wurde im International Prospective Register of Systematic Reviews (PROSPERO) registriert (CRD42015025066). Ein Protokoll des Vorhabens wurde in Systematic Reviews publiziert (Lehne & Bolte, 2016).

Insgesamt wurden 59 Studien identifiziert, die eine Evaluation der Effekte von universellen Interventionsstrategien auf das körperliche Aktivitätsverhalten von ≥ 50 -jährigen Menschen beinhalteten. In der Mehrheit der Studien wurde, neben Alter und Geschlecht, mindestens ein weiteres Sozialmerkmal erhoben. Für die Analyse von Interventionseffekten wurden in 37% der Studien Sozialmerkmale als Kontrollvariablen berücksichtigt. In 19% der Studien ließen sich zumindest Hinweise auf die Analyse potentieller Ungleichheitseffekte identifizieren. Berücksichtigt wurden insbesondere soziale Ungleichheiten nach Alter und Geschlecht. Seltener berücksichtigt wurden Unterschiede nach Bildung, ethnischer Zugehörigkeit oder Partnerstatus. Hinsichtlich Ungleichheiten nach Alter und Geschlecht wiesen die Ergebnisse von fünf Studien auf alters- bzw. geschlechtsspezifische Interventionseffekte hin.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse des Reviews, dass das Potential, Ungleichheitseffekte zu

analysieren, bisher in vielen Evaluationen von bevölkerungsbezogenen Interventionen zur Förderung körperlicher Aktivität nicht ausgeschöpft wird. Eine umfassende Publikation der Ergebnisse ist im Februar 2017 erschienen (Lehne & Bolte, 2017).

Das Rahmenübereinkommen der Weltgesundheitsorganisation zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (WHO Framework Convention on Tobacco Control, FCTC) ist das erste globale Public-Health-Abkommen (Hyland et al., 2012). Zum Schutz der Bevölkerung vor den Gesundheitsrisiken einer Tabakrauchbelastung wird im FCTC Artikel 8 der Schutz vor Passivrauchen an geschlossenen öffentlichen Orten geregelt. Aktuell wird mit Bezug auf das Konzept der IGIs intensiv diskutiert, welche Präventionsmaßnahmen der Tabakkontrollpolitik ungewollt soziale Ungleichheiten im Rauchverhalten bzw. in der Exposition gegenüber Tabakrauch verstärken (Brown et al., 2014; Hill et al., 2014). Soziale Ungleichheiten im Rauchverhalten von Eltern und damit in der Tabakrauchbelastung von Kindern in privaten Räumen wurden bereits umfassend untersucht (exemplarisch: Bolte & Fromme, 2009; Kuntz & Lampert 2016). Die Auswirkungen einer Nichtraucherchutzgesetzgebung auf die Tabakrauchbelastung von Kindern in Privaträumen wurden in den letzten Jahren in mehreren Staaten untersucht. Neu ist die Fragestellung, ob soziale Ungleichheiten in der Tabakrauchexposition systematisch vergrößert werden. In Deutschland gibt es hierzu erst eine Studie anhand von Daten wiederholter Querschnittstudien im Prä-Post-Design (Bolte et al., 2015) sowie eine Sekundäranalyse von Daten der Gesundheitsberichterstattung (Kuntz

& Lampert 2016). In einem systematischen Review (PROSPERO CRD42015025137) wurden 26 Studien identifiziert, die Veränderungen der Tabakrauchbelastung von Kindern im Zusammenhang mit Tabakkontrollpolitikmaßnahmen analysierten. Bei 9 Studien standen Ungleichheitseffekte im Fokus der Analysen. Die Studien werden derzeit in Form einer Metaanalyse bzw. eines systematischen Reviews mit Harvest-Plot weitergehend ausgewertet.

Beide Projekte zeigen, dass ein ‚equity impact assessment‘ von Public-Health-Interventionen noch selten bzw. unzureichend mit zu wenigen Sozialindikatoren durchgeführt wird. Zur Beurteilung komplexer Public-Health-Interventionen ist es jedoch notwendig, mögliche Ungleichheitseffekte umfassend zu erfassen. Der systematische Einsatz entsprechender Analysemethoden und die adäquate Berichterstattung der Ergebnisse können wichtige Anknüpfungspunkte für die Entwicklung und Priorisierung von bevölkerungsbezogenen Maßnahmen liefern, die möglichst alle sozialen Gruppen erreichen und nicht zu einer Vergrößerung gesundheitlicher Ungleichheiten beitragen.

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

Gesa Lehne M.A., Sarah Nanninga M.Sc. & Prof. Dr. Gabriele Bolte, MPH

Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Abt. 5 Sozialepidemiologie
Mail: gesa.lehne@uni-bremen.de
www.ipp.uni-bremen.de/forschung/abteilung-5-sozialepidemiologie

Virtualisierungen und Verkörperungen digitaler Gesundheit

Quantitative Studie zu Deutungs- und Bearbeitungsweisen im Kontext von mHealth

Die digitalen Kommunikations- und Informationstechnologien spielen eine Schlüsselrolle im sich transformierenden Gesundheitssystem. Mit diesen Technologien, die unter dem Begriff „Health 2.0“ gefasst werden, ist – vor dem Hintergrund des demographischen Wandels und des damit

verbundenen Fachkräftemangels – die Hoffnung verbunden, das gesamte Gesundheitssystem zu humanisieren und zugleich effizienter zu gestalten. Ein Sub-Segment dieser Health 2.0-Technologien ist mHealth, d.h. mobile digitale Sensoren, die (Körper-)Daten generieren und diese an me-

dizinische Call-Center, ambulante Einrichtungen oder Unternehmen transferieren und auf diese Weise sowohl chronisch Kranken und Menschen im Genesungsprozess als auch an Fitness orientierten Personen zu Gute kommen sollen.

Diese kostengünstige und ortsungebundene Digitalisierung von Körperfunktionen verändert das Körperwissen der Menschen und damit ihr Gesundheitshandeln, ebenso wie die daran gekoppelten Leiberfahrungen. Die Veränderungen auf der Ebene der Subjekte stehen wiederum im Wechselspiel mit den Rationalisierungs- und Ökonomisierungsbestrebungen des Gesundheitssystems sowie den jeweils korrespondierenden kontingenten Gesundheitsvorstellungen.

Seitens der Gesundheitswissenschaften werden *mHealth*-Programme bisher nur im Sinne der Wirkungsforschung evaluiert und damit unter dem Rubrum der Optimierung von Pflege und Gesundheitsmanagement behandelt (Bellinger/Krieger 2014; von Grätz 2004). Fragen danach, wie die neuen Technologien die Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit verändern, ob und wie sich ggf. das subjektive Verhältnis von Körper und Leib durch diese Technologien modifiziert und welche Konsequenzen die neue Sichtbarkeit für das Gesundheitssystem im Allgemeinen und die Subjekte im Besonderen haben könnte, werden in den Gesundheitswissenschaften bislang nur gehalten, bzw. mit Blick auf einzelne Aspekte, thematisiert (z.B. Gesundheitskommunikation vgl. Hurrelmann/Baumann 2014). Allerdings werden ähnliche Fragen in verschiedenen anderen Disziplinen aufgeworfen.

So fokussieren etwa die Kulturwissenschaften auf Web 2.0-basierte Medienkulturen und die dadurch entstehenden Kontrollmöglichkeiten im Spannungsfeld von Big Data (Geiselberger/Moorstedt 2013; Selke 2014). Einen vergleichbaren Fokus haben die Gouvernementalitätsstudien, die Subjektivierung im digitalen Zeitalter (Bröckling 2007) bzw. korrespondierende Logiken der Führung der Subjekte (Legnaro 2004) analysieren. Im Rahmen der Soziologie wiederum wird prominent der foucault'sche Ansatz der Biopolitik verhandelt (Lemke 2008; van den Daele 2005). Dabei wird allerdings der Niederschlag der Web 2.0-basierten Kultur in Bezug auf Gesundheit entweder nur gestreift (Hempel et al. 2010; Engemann 2004) oder es werden im Rahmen qualitativer Studien einzelne Aspekte der Transformation des Gesundheitssystems untersucht, wie etwa die elektronische Gesundheitskarte (Decker/Grave 2009), biometrische Erfassungen (Wehrheim 2013) oder das digitale Self-Tracking (Zhao 2015). Die Techniksoziologie (Daston/Galison 2007; Orland 2005) bietet wiederum theoretische Ansätze für Annäherungen an die Effekte der sich verschiebenden Mensch-Maschine-Schnittstellen. Aus der Perspektive der Medienwissenschaften schließlich, die sich dem Wandel von Subjektivierungen im digitalen Zeitalter annehmen und theoretische wie methodische Ansätze zur Virtualisierung und Visualität im Zeitalter von Web 2.0 vorlegen, spielen zwar Subjektivierungen (Paulitz/Carstensen 2014), digitale Praktiken (Schmidt 2009), die visuelle Herstellung von Wissen (Gugerli/Orland 2002)

und visuelle Kulturen (Rimmele et al. 2014) eine Rolle, nicht jedoch deren Einfluss auf Gesundheit. Gleichwohl erwacht in dieser *Scientific Community* ein Interesse an Praktiken der Körper(-inszenierungen) im Kontext Web 2.0-basierter Technologien (Harrasser 2013; Hahn/Stempfhuber 2015), womit sich ein wichtiger Anknüpfungspunkt zu dem geplanten Forschungsprojekt eröffnet.

Im Rahmen einer explorativen Studie, ermöglicht durch die M8 Postdoc - Initiative der Universität Bremen, soll erforscht werden, inwiefern die neuen Sichtbarkeiten und virtuellen Repräsentationen von Körpern ein neues Körperwissen sowie damit korrespondierende (Körper-)Praktiken und Leiberfahrungen befördern. Dies soll anhand von Untersuchungen in drei kontrastie-

renden Anwendungskontexten, in denen aktuell verstärkt *mHealth*-Programme implementiert werden, erfolgen: a) *mHealth* Boni-Programme der Gesetzlichen Krankenkassen, b) *mHealth* in der Betrieblichen Gesundheitsförderung und c) digitale Technologien in der Pflege. Bei den drei Kontexten handelt es sich einerseits um recht junge, andererseits jedoch um zukunftsweisende Einsatzbereiche vom *mHealth*-Technologien mit divergierenden Denk- und Bearbeitungsweisen von Gesundheit und Krankheit.

Dr. Monika Urban

Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Abt. 6 Gesundheit & Gesellschaft
Mail: murban@uni-bremen.de
www.ipp.uni-bremen.de/forschung/abteilung-6-gesundheit-&-gesellschaft

QUALIFIKATIONSARBEITEN

Qualitätsmanagement bei der Nutzung biologischer Proben im Rahmen der epidemiologischen Multizentrenstudie IDEFICS

Die Dissertation beschäftigte sich mit der Entwicklung eines Qualitätsmanagementsystems für biologische Probenmaterialien in der Epidemiologie und mit dessen Implementierung in der IDEFICS-Studie („Identification and prevention of Dietary- and lifestyle-induced health Effects In Children and infants“). Die biologischen Daten wurden in der Folge für die Generierung pädiatrischer Referenzwerte genutzt, auf deren Basis Erkrankungshäufigkeiten und Risikofaktoren bestimmt werden konnten.

Zur Gewährleistung einer hohen und standardisierten Probenqualität, wurde zunächst auf Basis der ISO 9000-Normen ein Qualitätsmanagementsystem für die Sammlung biologischer Proben (QMS-BS) entwickelt und in der Europäischen Multizentrenstudie IDEFICS implementiert. Die Qualität der biologischen Daten in der IDEFICS-Studie wurde anschließend anhand von Qualitätsindikatoren evaluiert, die im Rahmen des QMS-BS erhoben wurden. Für alle drei untersuchten Probenotypen (Blut, Urin und Speichel) konnten potentielle Qualitätsprobleme identifiziert werden (nicht nüchtern bei Blutentnahme, nicht erster Morgenurin etc.). Dabei zeigte sich

die Auswirkung unterschiedlicher Probenqualität auf die Konzentration biologischer Marker.

Im Folgenden wurden pädiatrische Referenzwerte für Marker der Insulinresistenz (IR) generiert: Insulin, Glukose, HbA1c und HOMA-IR (Homeostasis Model Assessment for Insulin Resistance). Für alle vier Marker lagen die Messwerte deutlich unter den für Erwachsene bekannten Referenzbereichen und zeigten einen ansteigenden Trend über die Altersgruppen. Das Fehlen von Referenzwerten ist ein bekanntes Problem in der pädiatrischen Praxis. In der Literatur gab es bis dato nur Daten aus nationalen Studien, deren Studiengröße zudem für die statistische Modellierung von Referenzwerten nicht ausreichend war.

In einer prospektiven Analyse anthropometrischer und lebensstilbezogener Risikofaktoren für kindliche IR bestätigte sich der bekannte Einfluss von Übergewicht und Adipositas auf die Entstehung dieses Stoffwechselproblems. Es zeigte sich darüber hinaus aber auch die Wirkung des Lebensstils. So konnten Medienkonsum, Medienutzung im Kinderzimmer und Fettkonsum als

unabhängige Risikofaktoren für IR identifiziert werden, während objektiv gemessene körperliche Aktivität sich protektiv auf die Entwicklung von IR auswirkte. IR ist eine der wesentlichen Vorstufen des Typ 2 Diabetes und fördert die Entstehung von Herzkreislauf-Erkrankungen. Das möglichst frühzeitige Erkennen von IR und deren

Prävention ist daher von entscheidender Bedeutung bei der Bekämpfung dieser Erkrankungen.

Die Begutachtung der Arbeit erfolgte durch Prof. Dr. Wolfgang Ahrens, Leibniz-Institut BIPS, und Dr. Karin Bammann, AG Epidemiologie des demographischen Wandels am IPP.

Dr. Jenny Peplies

Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), AG Epidemiologie des demographischen Wandels
www.ipp.uni-bremen.de/forschung/ag-epidemiologie-des-demographischen-wandels

KOMMENTAR

Das Pflegeberufsgesetz als Gegenstand von Partikularinteressen

Am 13.1. 2016 hat die Bundesregierung den Entwurf eines neuen Pflegeberufsgesetzes veröffentlicht. Dieser Entwurf enthält einige grundlegende Reformen, nämlich

- erstmalig eine Definition von Vorbehaltsaufgaben für die Pflege,
- die Zusammenführung der bisher getrennten Pflegeausbildungen in der Kinderkranken-, Kranken- und Altenpflege zu einem einheitlichen generalistischen Pflegeberuf,
- das primärqualifizierende Studium als ein weiterer Zugang zur Berufszulassung und
- die Möglichkeit der Erweiterung des Kompetenzprofils um heilkundliche Aufgaben.

Die Bundesländer haben sich durch Beschlüsse aus dem Jahr 2009 für die Zusammenführung der bisher getrennten drei Pflegeberufe zu einem generalistischen Pflegeberuf ausgesprochen, 2012 wurden von einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe Eckpunkte zur Vorbereitung des Entwurfs für ein neues generalistisches Pflegeberufsgesetz vorgelegt. Die Bundesregierung begründet die Einführung einer generalistischen Ausbildung im Gesetzesentwurf zunächst primär arbeitsmarktpolitisch, indem auf den universellen Einsatz der generalistisch ausgebildeten Pflegefachpersonen und die daraus resultierende erhöhte Attraktivität des Pflegeberufs verwiesen wird. Angeführt werden aber auch zukünftige Versorgungsanforderungen, die aufgrund des demografischen und epidemiologischen Wandels darauf hinauslaufen, dass in allen Sektoren zunehmend mehr Menschen mit komplexen Problemlagen, insbesondere multimorbide und in vielfältiger Hinsicht vulnerable Menschen zu versorgen

sind. Aufgaben, wie Kommunikation, Information und Beratung, Steuerungsaufgaben, Qualitätssicherung sowie Vernetzung von Versorgungsleistungen und Kooperation der Berufsgruppen werden an Bedeutung zunehmen. Pflegenden müssen zukünftig in der Lage sein, das Denken in Generationen und Sektoren zu verlassen, medizinisches oder sozialtherapeutisches Spezialwissen spielt demgegenüber eine nachgeordnete Rolle. Die generalistische Ausbildung führt zu einem neuen Qualifikationsprofil, das den veränderten Anforderungen gerecht wird. Die durchgeführten Modellversuche zur generalistischen Pflegeausbildung bestätigen, dass eine Zusammenführung machbar ist und zu den gewünschten Ergebnissen führt. Das neue Berufsbild „Pflege“ kann zudem zur „berufsständischen Identifikation“ beitragen und ein eigenes berufliches Selbstverständnis neben anderen Gesundheitsfachberufen konstituieren.

Mit der Einführung des primärqualifizierenden Studiums als eigenständigen Zugang zur Berufszulassung erfolgt im vorliegenden Gesetzesentwurf eine Annäherung an den schon seit vielen Jahren angemahnten europäischen Qualifizierungsstandard. In Deutschland wird eine Größenordnung von ca. 10-20% eines Ausbildungsjahrgangs angestrebt. Der Mehrwert eines Studiums für die Kompetenzentwicklung der Studierenden wie auch für die Patientenergebnisse ist national und vor allem international belegt.

In den letzten Monaten stagniert das Gesetzgebungsverfahren, obwohl die Bundesregierung eigentlich noch 2016 Anpassungen im Krankenpflegegesetz hätte vornehmen müssen, damit die deutsche Krankenpflegeausbildung innerhalb der europäischen Union weiterhin automatisch

anerkannt wird. Diese Anpassungen beziehen sich in erster Linie auf die Zulassungsvoraussetzungen und die Festlegung von Kompetenzen, die Absolventinnen und Absolventen der Ausbildung in Deutschland - wie in anderen Ländern der EU auch - nachweisen müssen. Im Mittelpunkt der Kontroversen steht die generalistische Ausbildung. Die Kritik kommt vornehmlich von Arbeitgeberverbänden der Altenhilfe und Kinderärzten und wurde von einigen Bundestagsabgeordneten und -fraktionen aufgegriffen. Die Ablehnung wird u.a. mit dem Verlust von Spezialwissen und -kompetenzen begründet. Die Arbeitgeberverbände der Altenhilfe befürchten außerdem, dass die generalistischen Pflegefachpersonen zukünftig in besser bezahlte Sektoren abwandern könnten und die zukünftige Pflegeausbildung zu anspruchsvoll für die bisherige Schülerschaft an Altenpflegeschulen sein könnte. Vordergründig wird mit dem Patientenwohl argumentiert, tatsächlich stehen eigene Besitzstandsinteressen im Mittelpunkt. Wie schon seit Beginn der Verberuflichung der Pflege ist die Pflege erneut der Spielball in einem Machtgefüge, in dem sie für die Realisierung der Interessen Anderer funktionalisiert wird. Dies geht zulasten einer zukunftsgerichteten pflegerischen Versorgung auf hohem fachlichen Niveau.

Wenn die Pflegeausbildung in Deutschland nicht in dieser Legislaturperiode an den europäischen Standard angepasst wird, besteht das Risiko, dass wir auf längere Sicht den Anschluss an den europäischen Standard verlieren. Aus pflegewissenschaftlicher Sicht ist eine Reform des Pflegeberufsgesetzes erfolgt - längst überfällig.

Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck

Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Abt. 4 Qualifikations- und Curriculumforschung
Mail: darmann@uni-bremen.de
www.ipp.uni-bremen.de/forschung/abteilung-4-qualifikations-und-curriculumforschung

PERSONALIA & AKTUELLES

Stefan Görres in Beirat der Gesellschaft zur Förderung der Pflegewissenschaft NRW berufen



Prof. Dr. Stefan Görres | © Stefan Görres

Die Mitgliederversammlung der Gesellschaft zur Förderung der Pflegewissenschaft NRW e. V. (GFP) hat Prof. Dr. Stefan Görres in den wissenschaftlichen Beirat berufen. Die GFP ist ein eingetragener Verein, der laut Satzung und Kooperationsvertrag mit der Universität Bielefeld das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld unterhält. Der Verein fördert die Pflegewissenschaft durch Entwicklung des wissenschaftlichen Faches „Pflege“, Entwicklung und Durchführung von Forschungsprogrammen, wissenschaftliche Beratung für öffentliche, frei gemeinnützige und private Träger und Förderung der Aus-, Fort- und Weiterbildung.

Prof. Dr. Stefan Görres ist Dekan des Fachbereiches 11 Human- und Gesundheitswissenschaften der Universität Bremen, Mitglied des Direktoriums des Instituts für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen sowie Leiter der Abteilung 3 Interdisziplinäre Alters- und Pflegeforschung.

Prof. Dr. Stefan Görres

Universität Bremen, Dekan des Fachbereiches 11, Mitglied des Direktoriums des Instituts für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Leiter der Abt. 3 Interdisziplinäre Alters- und Pflegeforschung
 Mail: sgoerres@uni-bremen.de
www.ipp.uni-bremen.de/forschung/abteilung-3-interdisziplinäre-alterns-und-pflegeforschung

Neu am IPP: Abteilung 8 „Management im Gesundheitswesen“ unter der Leitung von Wolf Rogowski

Seit Sommer 2016 ist Prof. Dr. Wolf Rogowski Sprecher der neu eingerichteten Abteilung „Management im Gesundheitswesen“ im Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen. Die Abteilung widmet sich in ihrer theoretischen und empirischen Forschung dem Management gesundheitlicher Versorgung im Spannungsfeld zwischen Ökonomie und Ethik. Ziel der Arbeit ist es, wertschöpfende Innovation im Gesundheitswesen aus Sicht der relevanten Stakeholder, insbesondere Patient*innen und Beitragszahler*innen zu fördern. Wolf Rogowski ist seit März 2016 Professor für Management und Organisations-

entwicklung im Fachbereich 11 Human- und Gesundheitswissenschaften der Uni Bremen. Nach seinem wirtschaftswissenschaftlichen Studium an der Universität Heidelberg und der LMU München promovierte er an der LMU im Themenfeld der gesundheitsökonomischen Evaluation genetischer Tests. Seine Forschung führte ihn auch ins Ausland, unter anderem an das Centre of Health Economics an der University of York (UK) und nach Boston (USA) an die Harvard School of Public Health. Anschließend übernahm Wolf Rogowski die Leitung der Arbeitsgruppe „Translationale Gesundheitsökonomie“ im Institut für Gesundheitsökonomie

und Management im Gesundheitswesen am Helmholtz Zentrum München. Seine Forschung widmet sich der Frage, wie „Mehrwert“ für innovative Gesundheitsleistungen definiert, im Laufe des Innovationsprozesses gemessen und erfolgreich implementiert werden kann.

Prof. Dr. Wolf Rogowski

Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung IPP, Leiter der Abt. 8 Management im Gesundheitswesen
 Mail: rogowski@uni-bremen.de
www.ipp.uni-bremen.de/forschung/abteilung-8-management-im-gesundheitswesen



(v.l.n.r.): Lisa Ann Baumann, Wolf Rogowski, Marita Frohne, Julian Klinger, Eugenia Larjow, Fabia Gansen | © IPP

Ingrid Darmann-Finck in Stiftungsrat der Bremer Heimstiftung berufen



Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck | © IPP

Die seit 1953 bestehende Bremer Heimstiftung verfolgt insbesondere den Zweck, Wohn-, Pflege-, Rehabilitations- und Betreuungsangebote vornehmlich für ältere oder pflegebedürftige Menschen sowie Fachschulen zu errichten, zu betreiben und zu fördern. Der Stiftungsrat der Stiftung besteht neben der für Altenpolitik zu-

ständigen Senatorin für Soziales, Jugend, Frauen, Integration und Sport als Vorsitzende aus weiteren politischen Vertreter/innen und auch aus zwei fachlich erfahrenen Personen. Aufgabe des Stiftungsrats ist es z. B., die Arbeit des Vorstands zu überwachen und den Wirtschaftsplan zu genehmigen. Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck wird in den Stiftungsrat vor allem die Expertise zu den Themen (Aus-)Bildung der Gesundheitsfachberufe und Fachkräftesicherung einbringen.

Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck

Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Leiterin der Abt. 4 Qualifikations- und Curriculumforschung
Mail: darmann@uni-bremen.de
www.ipp.uni-bremen.de/forschung/abteilung-4-qualifikations-und-curriculumforschung

Guido Schmiemann Preisträger des Deutschen Forschungspreises für Allgemeinmedizin



PD Dr. Guido Schmiemann | © Guido Schmiemann / IPP

Auf dem DEGAM-Kongress im September 2016 wurde der 1. Preis (geteilt) des Deutschen Forschungspreises für Allgemeinmedizin – der Dr. Lothar Beyer Preis – für das Projekt ICUTI (Sofortige vs. bedarfsangepasste antibiotische Therapie beim unkomplizierten Harnwegsinfekt – eine vergleichende Effektivitätsstudie in hausärztlichen Praxen) an Jutta Bleidorn und Ildikó Gágyor (Hannover / Göttingen) und deren Arbeitsgruppe verliehen. Einer der Preisträger ist PD Dr. Guido Schmiemann von der Abteilung 1 Versorgungsforschung des Instituts für Public Health der Uni-

versität Bremen, das als Partner an der Klinischen Studie beteiligt war. Braucht es unbedingt Antibiotika, um Blasenentzündungen zu heilen – oder reicht bei unkomplizierten Harnwegsinfektionen eine Behandlung mit Schmerzmitteln aus? – Um diese Frage zu beantworten, führten die Institute für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Göttingen und der Medizinischen Hochschule Hannover in Kooperation mit dem Lehrbereich Allgemeinmedizin der Universität Freiburg, der Abteilung für Versorgungsforschung am Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen sowie dem Institut für Medizinische Biometrie und Epidemiologie der Universität Hamburg die Arzneimittelstudie ICUTI durch.

PD Dr. Guido Schmiemann, MPH

Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Abt. 1: Versorgungsforschung/Department for Health Services Research
Mail: schmiemann@uni-bremen.de
www.ipp.uni-bremen.de/forschung/abteilung-1-versorgungsforschung

Neu erschienen: Healthy Justice. Überlegungen zu einem gesundheitsförderlichen Rechtswesen. (2016).

Hrsg.: Nadine Ochmann, Henning Schmidt-Semisch, Gaby Temme

Der vorliegende Band greift die immer wieder aktualisierte Kritik an der strafrechtlichen Bearbeitung von Konflikten auf. Insbesondere auch gesundheitlichen Belangen wird in diesem Kontext nur sehr begrenzt Rechnung getragen. Dies betrifft nicht allein die vermeintlichen „TäterInnen“, sondern insbesondere auch die „Opfer“, deren aus den Straftaten resultierende (physische, psychische und soziale) Verletzungen im Strafprozess nicht nur nicht geheilt und bearbeitet, sondern im Gegenteil häufig genug ignoriert oder gar verschlimmert werden. Die Beiträge des Bandes gehen der Frage nach, ob und wie das Strafrechtssystem abgeändert und/oder ergänzt werden kann, um allen Beteiligten ein gesundes Weiterleben während und nach der Konfliktbearbeitung zu ermöglichen. Beispielhaft für eine solche Veränderung steht etwa die so genannte Restorative Justice, deren Formen vor allem auf die (Wieder-)Herstellung des sozialen Friedens und auf Verfahrensgerechtigkeit abzielen.

Die Beiträge des Bandes befassen sich u.a. mit den Themen: Gesundheit und Gesundheitsförderung im Strafrechtssystem • Das Strafjustizsystem als Setting • Formen der Restorative Justice und des Täter-Opfer-Ausgleichs • Restorative Justice als Healthy Justice



Ansgar Gerhardus 1. Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Public Health



Prof. Dr. med. Ansgar Gerhardus
© Harald Rehling / Universität Bremen

Prof. Dr. Ansgar Gerhardus, Mitglied des Direktoriums des Instituts für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen, wurde auf der Jahresmitglieder-

versammlung der DGPH in Hannover am 18. 11.16 in Hannover als 1. Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Public Health (DGPH) wiedergewählt. Darüber hinaus trafen die Mitglieder der DGPH eine wichtige Entscheidung über die zukünftige Mitgliedschaft: Ab dem Frühjahr 2017 können auch Einzelpersonen, z.B. Public-Health-Wissenschaftler*innen und Studierende Mitglied der DGPH werden. Bisher war die Mitgliedschaft ausschließlich Institutionen vorbehalten. Wer sich weiter informieren möchte, kann unter <https://lists.fu-berlin.de/listinfo/DGPH-Newsletter> den Newsletter der DGPH abonnieren.

Die 1997 gegründete Deutsche Gesellschaft für Public Health e.V. (DGPH) ist ein interdiszi-

plinärer und multiprofessionaler Zusammenschluss von Institutionen, Organisationen und Fachgesellschaften mit Zuständigkeit und Verantwortung für Lehre, Forschung und Praxis im Bereich von Public Health / Gesundheitswissenschaften.

Weiterführende Informationen sind erhältlich unter: <http://www.deutsche-gesellschaft-public-health.de/>

Prof. Dr. med. Ansgar Gerhardus, M.A., MPH

Universität Bremen, Mitglied des Direktoriums des Instituts für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Leiter der Abt. 1 Versorgungsforschung - Department for Health Service Research
Mail: ansgar.gerhardus@uni-bremen.de
www.ipp.uni-bremen.de/forschung/abteilung-1--versorgungsforschung

Ansgar Gerhardus im European Network for cost containment and improved quality of health care

Steigende Ausgaben im Gesundheitsbereich stellen in fast allen EU-Mitgliedsländern ein Problem dar. Gleichzeitig besteht die Herausforderung, die Qualität gesundheitlicher Versorgung der EU-Bürger*innen zu verbessern. Versuche aus der Vergangenheit haben gezeigt, dass eine Steigerung der Effektivität und Effizienz alleine nicht zu einer notwendigen Reduktion der Kosten führt, um die Gesundheitsversorgung nachhaltig und bezahlbar für alle europäischen Bürger*innen zu gestalten. Im Gegenteil sind innovative Versorgungsmodelle notwendig, die die Kosteneindämmung von Anfang an berücksichtigen und dennoch die Qualität der Versorgung aufrechterhalten.

Die EU-Kommission hat die Lücke ihrer bisherigen R&D (Forschungs- und Entwicklungs-) Agenda erkannt und unterstützt mit dem COST Action Netzwerk die Entwicklung einer R&D Strategie und Roadmap zur Kosteneinsparung und Aufrechterhaltung der Qualität.

An dieser Entwicklung sind entscheidende Akteur*innen aus ganz Europa beteiligt, die den fragmentierten Gesundheitssektor und die vielen wissenschaftlichen Disziplinen bei der R&D- und Technologieentwicklung repräsentieren. Die COST Action "European Network for cost containment and improved quality of health care" verfolgt das Ziel, die wissenschaftliche Forschung und Entwicklung von Technologien zu unterstützen, die notwendig sind, um Kosten der Gesundheitsversorgung einzudämmen, ihre Qualität jedoch gleichzeitig aufrecht zu erhalten bzw. zu erhöhen. Durch die Ausweitung und Nutzung dieses Netzwerkes sollen die Bemühungen von Forschung und Entwicklung neuer Versorgungsmodelle abgestimmt werden. Diese sollen in großen Settings mit Unterstützung aller involvierten Stakeholder entwickelt und getestet werden, um die Implementierung erfolgreicher Modelle in die Versorgungspraxis zu ermöglichen.

Prof. Dr. Ansgar Gerhardus vom Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) in Bremen vertritt Deutschland innerhalb dieser COST Action, an der insgesamt 22 europäische Nationen partizipieren.

Weiterführende Informationen sowie ein Überblick aller teilnehmenden Länder erhalten Sie unter: http://www.cost.eu/COST_Actions/ca/CA15222?

Prof. Dr. med. Ansgar Gerhardus, M.A., MPH

Universität Bremen, Mitglied des Direktoriums des Instituts für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Leiter der Abt. 1 Versorgungsforschung - Department for Health Service Research
Mail: ansgar.gerhardus@uni-bremen.de
www.ipp.uni-bremen.de/forschung/abteilung-1--versorgungsforschung

Expertise von Gabriele Bolte zu gesundheitlichen Ungleichheiten und Umweltgerechtigkeit auf Bundes- und Landesebene gefragt:



Berufung in die gemeinsame Kommission Umweltmedizin und Environmental Public Health des Robert Koch-Institutes und des Umweltbundesamtes

Das Bundesministerium für Gesundheit hat im Juni 2016 die Kommission Umweltmedizin und Environmental Public Health für den Zeitraum 2016 – 2020 berufen. Mitglieder der Kommission sind Expertinnen und Experten aus dem Bereich der Gesundheitswissenschaften, der Umweltepidemiologie und der Umweltmedizin. Die Aufgabe der Kommission besteht in der Beratung der beiden Bundesoberbehörden Robert Koch-Institut und Umweltbundesamt zu aktuellen Fragestellungen im Bereich Umwelt und Gesundheit, zu Risikokommunikation und zu Berichterstattung im Rahmen der fachlichen Aufklärung. Ein Schwerpunkt der zukünftigen Arbeit in der vierjährigen Berufenungsperiode soll auf der Bewertung und Beurteilung von Umwelteinflüssen in Bezug auf den bevölkerungsbezogenen präventiven Gesundheitsschutz liegen. Aktuelle Themen wie z.B. Umweltgerechtigkeit sollen im Hinblick auf evidenzbasierte Information und Gesundheitsberichterstattung für die Fachöffentlichkeit und für die allgemeine Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden.

Aktuelle Informationen zu der Kommission Umweltmedizin und Public Health:
http://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/UmweltKommission/umweltkommission_node.html

Berufung in die Kommission Human-Biomonitoring am Umweltbundesamt

Mit einer konstituierenden Sitzung hat die Kommission „Human-Biomonitoring“ am 17./18.11.2016 ihre Arbeit für die Berufenungsperiode 11/2016 bis 10/2019 aufgenommen. Mitglieder der Kommission sind Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aus Universitäten sowie Bundes- und Landesbehörden, die aufgrund ihrer Expertise von der Präsidentin des Umweltbundesamtes berufen werden. Die Aufgabe der Kommission besteht in der Beratung des Umweltbundesamtes zu aktuellen Fragen des Human-Biomonitoring. Beim Human-Biomonitoring (HBM) wird die Schadstoffbelastung von menschlichen Körperflüssigkeiten und -geweben untersucht. In der aktuellen Berufenungsperiode stehen als Aufgaben die Ableitung von Beurteilungs- und Referenzwerten für die Schadstoffbelastung der Bevölkerung auf Basis toxikologischer und epidemiologischer Studien, die Beratung bei der Konzeption, Durchführung und Auswertung von HBM-Programmen sowie die Beteiligung am Netzwerk nationaler HBM-Aktivitäten als „National Hub“ im Rahmen des EU-Projekts HBM4EU im Mittelpunkt.

Nähere Informationen zu der Kommission Human-Biomonitoring sind zu finden unter:
<http://www.umweltbundesamt.de/themen/gesundheit/kommissionen-arbeitsgruppen/kommission-human-biomonitoring>

Berufung in den Projektbeirat „Gesunde Quartiere in Bremen und Bremerhaven“

Seit April 2016 wirkt Gabriele Bolte in dem Beirat für das Projekt „Gesunde Quartiere in Bremen und Bremerhaven“ der Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e.V. mit. Das Projekt wird in Kooperation mit der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. und der AOK Bremen/ Bremerhaven durchgeführt. Es hat zum Ziel, Gesundheitsförderung im Stadtteil zu verankern, indem bereits vorhandene Aktivitäten und Netzwerke verbessert aufeinander abgestimmt, neue Ansätze erprobt und Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (u. a. aus den Bereichen Bildung, Quartiersmanagement, Soziales, Sport, Wohnungsbau, Stadtplanung, Verkehr) für das Thema Gesundheit sensibilisiert werden. Letztlich soll Gesundheit im Sinne des Health-in-all-policies-Ansatzes in die Maßnahmen der verschiedenen Akteursgruppen integriert werden. Nach einer landesweiten Bedarfsbestimmung werden in ausgewählten Stadtquartieren von Bremen und Bremerhaven gesundheitsbezogene Maßnahmen durchgeführt und deren Wirksamkeit evaluiert.

Prof. Dr. Gabriele Bolte forscht seit 2013 an der Universität Bremen im Bereich Sozial- und Umweltepidemiologie zu Themen wie Chancengleichheit bei Umwelt und Gesundheit (Umweltgerechtigkeit), Urban Health und Methodenentwicklung zur Berücksichtigung von Sex/Gender in epidemiologischen Studien. Sie wird in die vorgenannten Kommissionen und den Projektbeirat ihre wissenschaftliche Expertise auf den Gebieten Environmental Public Health, gesundheitsfördernde Stadtentwicklung, Umweltgerechtigkeit sowie Umweltepidemiologie einbringen.

Prof. Dr. Gabriele Bolte, MPH

Universität Bremen, Geschäftsführende Direktorin des Instituts für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Leiterin der Abt. 5 Sozialepidemiologie
Mail: gabriele.bolte@uni-bremen.de
www.ipp.uni-bremen.de/forschung/abteilung-5-sozialepidemiologie

Karin Wolf-Ostermann als Fellow der GSA ausgezeichnet



Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann | © Karin Wolf-Ostermann

Die Gerontological Society of America (GSA) ist die älteste und größte interdisziplinäre Fachgesellschaft für Alternswissenschaften mit ca. 5.500 Mitgliedern weltweit und widmet sich der Forschung, Ausbildung und Praxis auf diesem Gebiet. Die Verleihung der Fellowship an Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann erfolgte am 10. Mai 2016 durch das GSA Fellowship Committee auf dem Gebiet der Gesundheitswissenschaften. Mit der internationalen Aus-

zeichnung würdigt das GSA Fellowship Committee die herausragenden wissenschaftlichen Leistungen von Karin Wolf-Ostermann auf dem Gebiet der Alterswissenschaften. Zugleich bedeutet die Verleihung der Fellowship für die Bremer Professorin und ihr Team am IPP einen Ansporn, auch weiterhin die internationale wissenschaftliche Vernetzung und Austausch auf ihrem Fachgebiet fortzuführen.

Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann

Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Leiterin der Abt. 7 Pflegewissenschaftliche Versorgungsforschung
 Mail: wolf-ostermann@uni-bremen.de
www.ipp.uni-bremen.de/forschung/abteilung-7-pflegewissenschaftliche-versorgungsforschung

Ansgar Gerhardus mit Berninghausen-Preis ausgezeichnet



(v.l.n.r.) Natascha Ueckmann, Julia Borst, Ansgar Gerhardus, Heinz Rothgang und Michael Claridge
 © Harald Rehling / Universität Bremen

Mit Prof. Dr. Ansgar Gerhardus (Institut für Public Health und Pflegeforschung IPP) und Prof. Dr. Heinz Rothgang (SOCIUM) wurden gleich zwei Hochschul-Lehrer des Fachbereiches 11 mit dem Berninghausen-Preis 2016 ausgezeichnet: Der Preis in der Kategorie „Hervorragend gestaltete Lehrveranstaltung im Sinne des forschenden Lernens: im Master“ wurde Ansgar Gerhardus und Heinz Rothgang für ihre Veranstaltung „Themenfindung Forschungsprojekt“ vergeben. Die Lehrveranstaltung im Masterstudien-Engang „Public Health – Gesundheitsversorgung, -ökonomie und -management“ bildet den Auftakt für das zentrale, dreisemestrige Forschungsprojekt. Ihre Lehrveranstaltung zeichnete sich vor allem dadurch aus, dass die Studierenden ihre Arbeiten zusammen mit Praxispartnern etwa in Krankenhäusern oder mit Krankenkassen erstellen konnten und auch ihre Themen selber wählen durften. Die Jury zeigte sich besonders von dem realen Bezug zu ihrem künftigen

Arbeitsfeld in einer sehr frühen Studienphase beeindruckt. Bereits zum 24. Mal wurde an der Uni Bremen der Berninghausen-Preis für hervorragende Lehre vergeben. Diese Auszeichnung ehrt Lehrende für ihr außergewöhnliches Engagement und ihre besondere Kreativität. Der Berninghausen-Preis ist mit insgesamt 6.000 Euro dotiert und wird von den „unifreunden“ (Gesellschaft der Freunde der Universität Bremen und der Jacobs University Bremen) auf Vorschlag von Studierenden und Lehrenden der Uni vergeben. Benannt ist der Preis nach seinem Stifter Friedo Berninghausen.

Prof. Dr. med. Ansgar Gerhardus, M.A., MPH

Universität Bremen, Mitglied des Direktoriums des Instituts für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Leiter der Abt. 1 Versorgungsforschung - Department for Health Service Research
 E-Mail: ansgar.gerhardus@uni-bremen.de
www.ipp.uni-bremen.de/forschung/abteilung-1-versorgungsforschung



IPP-Info, Ausgabe 14, 11. Jahrgang

ISSN 1864-4074 (Printausgabe)

ISSN 1864-452X (Internetausgabe)

IMPRESSUM

HERAUSGEBENDE: Direktorium des Instituts für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen: Prof. Dr. Gabriele Bolte (Geschäftsführende Direktorin), Prof. Dr. Ansgar Gerhardus, Prof. Dr. Stefan Görres.

KONTAKT: Heike Mertesacker, MPH, Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Geschäftsstelle, Tel: (+49) 0421 218-68980, Mail: hmertes@uni-bremen.de, www.ipp.uni-bremen.de

REDAKTION: Prof. Dr. med. Ansgar Gerhardus, M.A., MPH & Heike Mertesacker, MPH.

BEITRÄGE: Prof. Dr. Gabriele Bolte, MPH, Dr. Jaqueline Bomball, Jakob Burns, Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck, Anne Dehlfing M.A., Nicole Duveneck, Dipl. Berufspäd. Pflegewissenschaft, Christin Ellermann, Prof. Dr. med. Ansgar Gerhardus, M.A., MPH, Prof. Dr. Stefan Görres, Christina Heller, Maximilian Hohmann, Miriam Kahrs, Jennifer Koch, M.A., Prof. Dr. Sascha Köpke, Sandra Kohl, Gesa Lehne, M.A., Dr. Ralph Möhler, Paulina Meinecke M.A., Heike Mertesacker, MPH, Prof. Dr. Gabriele Meyer, Dr. Kati Mozygamba, Sarah Nanninga, M.Sc., Tatjana Paeck, M.A., Dr. Jenny Peplies, Lisa Pfadenhauer, PD Dr. Eva Rehfuess, Prof. Dr. Wolf Rogowski, Anke Rohwer, Imke Schilling, M.A., Prof. Dr. Henning Schmidt-Semisch, Dr. Friedrich Schorb, Dr. Mona Urban, Maike Voss, M.A., Dr. Philip Wahls-ter, Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann.

REDAKTIONSSCHLUSS DER VORLIEGENDEN AUSGABE: 30.11.2016

AUFLAGE: 1000 Stück

GESTALTUNG: Olga Schreiner, Universität Bremen, Dezernat 5, Druckerei Universität Bremen

DRUCK: Druckerei der Universität Bremen

BILDNACHWEIS: S. 1: fotolia (Sergey Nivens, Medicine user modern interface. Mixed media) | S. 12: AOK-Mediendienst | S. 13: Universität Bremen | S. 20: Stefan Görres | S. 20: IPP | S. 21: Ingrid Darmann-Finck / IPP | S. 21: Guido Schmiemann / IPP | S. 22: Harald Rehling / Universität Bremen | S. 23: Gabriele Bolte | S. 24: Karin Wolf-Ostermann | S. 24: Harald Rehling / Universität Bremen

ERSCHEINUNGSWEISE: 1x jährlich

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

➔ BESTELLADRESSE

Neli Perchemlieva,
 Universität Bremen, Fachbereich 11, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Geschäftsstelle
 Grazer Straße 4, 28359 Bremen
 Tel.: (+49) 0421 218-68880
 Mail: neli.perchemlieva@uni-bremen.de
www.ipp.uni-bremen.de



Das IPP ist beteiligt am Wissenschaftsschwerpunkt Gesundheitswissenschaften der Universität Bremen.
www.healthsciences.uni-bremen.de

