

SCHWERPUNKTTHEMA

Gesundheitliche Chancengleichheit: Forschung im IPP

INHALT

Editorial	Seite 01
Schwerpunktthema	 Seite 02
Aktuelle Projekte	Seite 10
Qualifikationsarbeiten	Seite 17
Personalien	Seite 20
Veranstaltungen	Seite 22
Publikationen	Seite 23
Impressum	Seite 24

Editorial

Liebe Leserin, lieber Leser,

die vorliegende Ausgabe des IPP-Info widmet sich den aktuellen Forschungslinien am Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen. Damit liegt erstmalig ein IPP-Info vor, dessen Beiträge in der Rubrik „Schwerpunktthema“ alle im IPP entstanden sind und aktuelle Arbeitsfelder und Forschungsthemen des Instituts vorstellen.

Nach über 10 Jahren Institutsgeschichte hat sich das IPP als gesundheits- und pflegewissenschaftliches Forschungs- und Lehrinstitut etabliert: Mit der neu gegründeten Abteilung 8 Gesundheitsmanagement unter der Leitung von Prof. Wolf Rogowski und der neuen Leitung der Abteilung Prävention und Gesundheitsförderung durch Prof. Benjamin Schüz sind in den vergangenen zwei Jahren wesentliche Schritte zum weiteren inhaltlichen, personellen und strukturellen Ausbau vorgenommen worden. Das IPP ist nun eines

der größten universitären Forschungsinstitute in Deutschland, das sich den vielfältigen Forschungsfeldern von Public Health und Pflegewissenschaften widmet. In einem internen Strategieentwicklungsprozess haben wir uns als Ziel gesetzt, diese guten Voraussetzungen optimal für eine gelungene Kooperation und Vernetzung zwischen den Forschungsabteilungen des IPP, aber auch nach außen in wissenschaftliche Netzwerke sowie in die Felder der Gesundheits- und Pflegepraxis, Politik und Gesellschaft zu nutzen. Als strategische Schwerpunktthemen für die nächsten Jahre haben wir drei Bereiche identifiziert, deren Entwicklung wir durch neu initiierte Prozesse und Maßnahmen befördern wollen: Die karriereorientierte weitere Qualifizierung unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter am IPP, die weitere Stärkung unserer Forschungsaktivitäten und unseres inhaltlichen Profils und der Ausbau des Wissenschaftstransfers in Praxis, Politik und Gesellschaft.

Bereits jetzt haben diese Aktivitäten zu einer intensiveren, gezielten Vernetzung innerhalb des IPP wie auch zu vielfältigen Kooperationsprojekten im Wissenschaftsschwerpunkt

Health Sciences der Universität Bremen und in nationalen und internationalen Zusammenhängen geführt. So ist das IPP an mehreren großen BMBF-Projekten beteiligt bzw. hat die Forschungsverbundleitung inne. Unsere Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler bearbeiten mehrere kooperative Forschungsvorhaben aus den Mitteln des Innovationsfonds und zahlreiche weitere Projekte in Forschung und Lehre aus den Themenfeldern Public Health und Pflegewissenschaft.

Wir haben in diesem Heft Artikel zu Schwerpunktthemen versammelt, die einen Einblick in die am IPP bearbeiteten Forschungslinien geben sollen. Das thematische Spektrum der Beiträge reicht von Aspekten der Soziologie der Gesundheit (Schmidt-Semisch et al.), über soziale Ungleichheiten in den Gesundheitschancen als zentrales Public Health-Thema in zwei Beiträgen (Schüz et al. sowie Bolte et al.), Management im Gesundheitswesen (Rogowski et al.) bis hin zu innovativen Pflegeformen (Wolf-Ostermann et al.), Konzepten zur Bekämpfung des Fachkräftemangels in der Pflege (Görres et al.) und der Entwicklung, Implementation und Evaluation

von Curricula für Pflege- und Gesundheits(fach)berufe (Darmann-Finck).

Die Beiträge veranschaulichen zudem, wie die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler des IPP die Forschungsthemen in konkreten Projekten aufgreifen und bearbeiten.

In den anschließenden Rubriken erfahren Sie näheres zu weiteren Aktivitäten des IPP, wie zu aktuellen Forschungsprojekten, Publikationen und zu Qualifikationsarbeiten am IPP.

Wir hoffen, Ihnen damit einen Eindruck unserer wissenschaftlichen Aktivitäten vermitteln zu können. Weitere Informationen finden Sie auf unserer Internetseite unter www.ipp.uni-bremen.de. Bei Interesse an einem der im Schwerpunkt vorgestellten Themen oder an einem unserer Forschungsprojekte freuen wir uns über Ihre Kontaktaufnahme.

Die Herausgebenden und die IPP-Info-Redaktion wünschen eine anregende Lektüre.

Prof. Dr. Gabriele Bolte (Geschäftsführende Direktorin)

Prof. Dr. Stefan Görres (Direktorium des IPP)

Prof. Dr. Ansgar Gerardus (Direktorium des IPP)

Heike Mertesacker MPH (Wiss. Koordinatorin

IPP-Geschäftsstelle)

Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP)

Mail: gabriele.bolte@uni-bremen.de

www.ipp.uni-bremen.de

www.healthsciences.uni-bremen.de

SCHWERPUNKTTHEMA

Soziologie der Gesundheit

Fragestellungen und Handlungsfelder der Abteilung 6 Gesellschaft & Gesundheit

Die Annahme, dass soziale und gesellschaftliche Strukturen und Zusammenhänge einen Einfluss auf Gesundheit und Krankheit ausüben, reicht in der Geschichte weit zurück. Dabei gerieten die Wechselwirkungen von Gesundheit und Gesellschaft aus zwei unterschiedlichen Perspektiven in den Blick: Einerseits gab es medizinisch ausgebildete Wissenschaftler*innen, die feststellten, dass Gesundheit und Krankheit vor allem auch soziale und gesellschaftliche Ursachen haben; andererseits interessierten sich aber auch sozialpolitisch und später soziologisch orientierte Wissenschaftler*innen u.a. auch für gesundheitliche Aspekte. Die sich aus diesen beiden Zugängen entwickelnde Medizinsoziologie hat Robert Straus bereits 1957 idealtypisch in eine ‚Soziologie in der Medizin‘ und eine ‚Soziologie der Medizin‘ unterteilt. Die ‚Soziologie in der Medizin‘ widmet sich (in enger Zusammenarbeit mit der Medizin) den soziokulturellen Bedingungen von Erkrankungen und Krankheitsverläufen sowie den (subjektiven) Prozessen der Krankheitsbewältigung. Die ‚Soziologie der Medizin‘ hingegen macht das Medizinsystem und die mit ihm verbundenen Professionen zu ihrem Forschungsgegenstand und untersucht ihre Praktiken und Rituale, ihre organisationale Struktur, ihre Rollenbeziehungen und Werthaltungen etc. Einer so verstandenen ‚Soziologie der Medizin‘ geht

es dementsprechend nicht in erster Linie darum, mit ihren Erkenntnissen die Medizin bei ihren diagnostischen, kurativen, rehabilitativen und palliativen Aufgaben und Tätigkeiten zu unterstützen, sondern sie nimmt vielmehr das Feld medizinischen Agierens in den Blick.

Eine ‚Soziologie der Gesundheit‘ wiederum knüpft an diese Unterscheidung an, nimmt aber nicht nur die Medizin in den Blick, sondern auch den allgemeineren Themenbereich Gesundheit: Im Fokus der Betrachtung stehen die staatlichen und sozialen, die kulturellen und gemeinschaftlichen, die individuellen und biographischen Be- und Verarbeitungen von Gesundheit und Krankheit sowie von gesundheitlichen Risiken und Krisen. Dabei nehmen wir in der Abteilung 6 des IPP sowohl die sozialen und psychosozialen Wechselwirkungen zwischen Gesundheit und Gesellschaft als auch das Verhältnis von individuellem Handeln und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen in den Blick. Besondere Bedeutung kommt hier den gesellschaftlichen und diskursiven Aushandlungsprozessen von Gesundheit und Krankheit und den damit verbundenen sozialen Konstruktionen von Normalität und Abweichung zu, denn diese dienen auf unterschiedlichen gesellschaftlichen Ebenen der Legitimation oder Delegitimation bestimm-

ter Verhaltensweisen, Normen, Maßnahmen etc. Um diese Komplexität und Verwobenheit von Gesundheit und Gesellschaft zum Ausdruck zu bringen, sprechen wir von einer ‚Soziologie der Gesundheit‘.

Die Gesundheitswissenschaften und Public Health können u.E. aus vielen Gründen von einer solchen Perspektive profitieren: So kann es in dem politisch und ökonomisch stark umkämpften Bereich der Gesundheit z.B. hilfreich sein, sich immer wieder darüber zu verständigen, dass auch die Konzepte Gesundheit und Krankheit (nur) Ergebnisse machtvoller diskursiver Aushandlungen und mithin gesellschaftlicher Konstitutions- und Konstruktionsprozesse sind, die auch anders ausfallen könnten. Dies ist z.B. für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention von enormer Bedeutung, denn je nach dem, was von den unterschiedlichen gesellschaftlichen Akteuren mit ihren unterschiedlichen Interessen unter ‚Gesundheit‘ oder ‚Krankheit‘ verstanden bzw. welches Verhalten oder welcher körperliche Zustand jeweils als gesund oder krank etikettiert wird, ändern sich die Interventionen erheblich – sowohl in ihren konkreten Praktiken als auch in ihren Zielen.

Eine ‚Soziologie der Gesundheit‘ ermöglicht aber nicht nur einen Gewinn bringenden Blick auf die (kontingenten) Konzepte von Gesundheit und Krankheit sowie die damit verbundenen Praktiken, sondern auch auf die Interessen, das Grundverständnis und die Verstrickungen der eigenen Profession: Welche Rolle spielt z.B. Public Health im komplexen Zusammenspiel der Gesundheits- und Sozialberufe? In welche Machtstrukturen sind die Gesundheitswissen-

schaften verstrickt und wie lassen sich diese ggf. verändern? Auf der Basis welcher theoretischer Grundlagen und welcher Normen handelt eine Profession wie Public Health? Wie verändern gesellschaftliche oder politische Rahmenbedingungen die Konzepte von Gesundheitsförderung und Prävention sowie die Wirkungen entsprechender Maßnahmen? Wo verläuft die Grenze zwischen Empowerment und Bevormundung, und wann wird Gesundheitsschutz zu Disziplinierung? Wie verhalten sich die Gesundheitswissenschaften zur Ökonomisierung oder auch zur Digitalisierung des Gesundheitswesens?

Der soziologische Blick kann hier helfen, einen Schritt zurückzutreten und die eigene Profession ein wenig aus der Distanz zu betrachten: Auf diese Weise kann es einerseits gelingen, das eigene Denken und Handeln in Relation zu den Vorstellungen und Bedürfnissen jener Menschen zu setzen, die Public Health adressieren will; andererseits wird es so möglich, die eigenen individuellen und professionellen Problemdeutungen, aber auch Verstrickungen in die gesellschaftlichen Macht- und Ungleichheits-Verhältnisse zu reflektieren. Im Kontext der Multidisziplin Public Health sollte eine ‚Soziologie der

Gesundheit‘ somit ein wichtiger Bestandteil einer reflexiven Professionalität sein – einer Professionalität, die ihre eigenen Problemdeutungen bewusst hält und offenlegt, Partizipation ermöglicht und dadurch ihre eigenen Handlungsoptionen vermehrt.

.....
Prof. Dr. Henning Schmidt-Semisch,

Dr. Friedrich Schorb & Dr. Monika Urban

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

Soziale Ungleichheiten in den Gesundheitschancen als zentrales Public Health-Thema

Schwerpunkte der Forschung in den Abteilungen 2 (Prävention und Gesundheitsförderung) und 5 (Sozialepidemiologie)

Erklärungsansätze für die weltweit bestehenden sozialen Ungleichheiten in den Gesundheitschancen umfassen die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, die materiellen Lebensbedingungen einschließlich der gebauten, biologischen und sozialen Umwelt, psychosoziale

Ressourcen und Stressoren sowie letztlich das individuelle, gesundheitsrelevante Verhalten (Mackenbach, 2006). Insbesondere die Abteilungen 2 und 5 des IPP beziehen sich in ihrer Forschung zu den Ursachen gesundheitlicher Ungleichheiten und zur Entwicklung und Evaluation von Interventionsmaßnahmen zur Verringerung sozialer Ungleichheiten in den Gesundheitschancen auf diese Erklärungsansätze mit unterschiedlicher, sich ergänzender Schwerpunktsetzung: Während die Forschungsprojekte der Abteilung 5 Sozialepide-

miologie vor allem die kontextuellen Ebenen und deren Bedeutung für individuelle Gesundheitschancen und Gesundheitsverhalten untersuchen (s. nachfolgenden Artikel „Place matters“), widmet sich die Abteilung 2 Prävention und Gesundheitsförderung vor allem Fragestellungen rund um das Gesundheitsverhalten von Einzelnen und von Gruppen mit Bezug auf verschiedene Wirkmechanismen (s. nachfolgenden Artikel „Gesundheit und Gesundheitsverhalten: Eine Ungleichheits- und Umweltperspektive“).

Gesundheit und Gesundheitsverhalten

Eine Ungleichheits- und Umweltperspektive

Soziale Ungleichheit und Gesundheitsverhalten

Weltweit herrscht eine ungleiche Verteilung guter Gesundheit. Gruppen mit niedrigem sozio-ökonomischen Status leben durchschnittlich kürzer und in schlechterer Gesundheit (Marmot 2010).

Ein Erklärungsansatz (unter mehreren) für das soziale Verteilungsmuster von Gesundheitsoutcomes sind soziale Ungleichheiten im Gesundheitsverhalten, insbesondere beim

Rauchen, Alkoholkonsum, Ernährungsverhalten und körperlicher Aktivität (Laaksonen et al., 2007; Lantz et al., 1998; Stringhini et al., 2010).

Obwohl es bereits viele Interventionsmaßnahmen gibt, die darauf abzielen, gesundheitsrelevantes Verhalten positiv zu fördern und gesundheitliche Ungleichheiten zu reduzieren, hat sich die gesundheitliche Ungleichheit in den letzten Jahren nicht verringert (Maynou & Saez, 2016). Aktuelle Forschungserkenntnisse weisen sogar darauf

hin, dass manche Interventionsansätze und -strategien gesundheitliche Ungleichheiten zwischen sozialen Gruppen in einer Gesellschaft vergrößern oder sogar effizieren können (sogenannte „intervention-generated inequalities“) (White et al., 2009).

Allerdings wissen wir viel zu wenig über die Mechanismen, die sowohl den Ungleichheiten in gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen als auch den unterschiedlichen Effekten von Interventionen zugrunde liegen. Unter anderem stellt sich die Frage, wie und unter welchen Umständen sich soziale Ungleichheit auf Gesundheitsverhalten auswirkt. In der verhaltenswissenschaftlichen Forschung, insbesondere in der Gesundheitspsychologie gibt es eine lange Tradition, solche Verhaltensweisen durch individuelle Determinanten (z.B. Einstellungen, Motivation, Selbstwirk-

samkeit), zu erklären. In unserer Forschung versuchen wir, diese Perspektiven zusammenzubringen: Können wir Ungleichheiten in gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen (die gesundheitliche Ungleichheiten mitbedingen) durch unterschiedliche Wirkmechanismen von diesen Determinanten erklären? Durch neue Erkenntnisse über die Wirkmechanismen könnten Public Health Interventionen effektiver gestaltet werden, um so effektiv einen Beitrag zur Reduzierung von gesundheitlichen Ungleichheiten zu leisten.

Studien aus unserem Arbeitsbereich (z.B. Schüz et al., 2017) legen beispielsweise nahe, dass sich die Zusammenhänge zwischen individuellen Determinanten von Gesundheitsverhalten wie Absichten nach sozio-ökonomischem Status unterscheiden können – diese Zusammenhänge fielen in Stichproben mit niedrigerer Bildung geringer aus. Dies impliziert, dass Interventionen, die vor allem auf individuelle Motivation und Absichtsbildung abzielen, bei Gruppen mit niedrigerer Bildung weniger effektiv sind.

Individuelle und umweltbezogene Ungleichheit

Eine weitere wichtige Perspektive bei der Untersuchung von sozialer Ungleichheit in Gesundheitsverhalten ist die Konzeptionalisierung von Ungleichheit. Neben individuellen Indikatoren sozialer Strukturierung wie z.B. Bildung oder Einkommen lassen sich soziale Ungleichheiten in Gesundheit auch anhand der Ressourcen und Barrieren abbilden, die

die soziale und bauliche Umwelt aufweist. Während z.B. riskantere Arbeitsplätze, geringe Luftqualität oder auch der schlechtere Zustand des Wohn- und Lebensraumes direkte Effekte auf die Gesundheit von Menschen haben können, spielen in Bezug auf sowohl gesundheitlich riskantes als auch förderliches Verhalten vor allem indirekte Effekte eine entscheidende Rolle. Maßnahmen, die auf die Veränderung von Umwelten und Verhältnissen abzielen, können sich also direkt (z.B. über Luftfilter zur Reduktion von Emissionen) oder indirekt (über Maßnahmen zur Veränderung von Verhalten, z.B. Steuererhöhungen auf Tabakprodukte, „Zuckersteuer“, oder Interventionen zur Verhaltensänderung) auf Risiko- und Schutzfaktoren für Gesundheit auswirken. Manche traditionell eher als „Verhältnis“-bezogen klassifizierte Interventionen wirken sich also indirekt über Veränderungen in individuellem Verhalten auf Gesundheit aus.

Ein zentraler Pfad, über den sich verhältnisbezogene Interventionen indirekt über Verhalten auf Gesundheit auswirken kann, ist die Veränderung von individuellen Umwelten (z.B. durch die Umgestaltung von Wohnumgebungen, die Veränderung von Angeboten im Lebensmitteleinzelhandel oder in der normativen Umgebung durch die Einführung von Rauchverboten).

Umwelteinflüsse auf Verhalten

Hier liegt ein zweiter Schwerpunkt unserer Forschung: Die Abbildung und Erklärung von

Umwelteinflüssen auf gesundheitsrelevantes Verhalten. Durch eine umweltbezogene Sicht auf soziale Ungleichheit lassen sich auch so gesundheitliche Ungleichheiten zumindest teilweise durch Verhaltenseinflüsse konzipieren: Sozial ungleiche Umwelten stellen unterschiedliche Barrieren und Ressourcen für Verhalten bereit, das wiederum Gesundheit beeinflusst. Unsere Forschung untersucht insbesondere, wie sich die soziale Umwelt (z.B. Schüz et al., 2018) oder das lokale Nahrungsmittelangebot (Elliston et al., 2017) auf Verhalten auswirkt.

Effektive Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention bedürfen also der Berücksichtigung von sozialer Ungleichheit auf Individuums- und Umweltebene und können durch Berücksichtigung der erwarteten direkten und indirekten Effekte potenziell wirksamer gestaltet werden.

Literatur online im Internet unter:

www.ipp.uni-bremen.de/veroeffentlichungen/ipp-info

Lisa Karla Hiltz M.A., Christopher Jones M.Sc. & Prof. Dr. Benjamin Schüz

Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung IPP, Abt. 2 Prävention und Gesundheitsförderung,
Mail: benjamin.schuez@uni-bremen.de
www.ipp.uni-bremen.de/forschung/abteilung-2-praevention-und-gesundheitsfoerderung

Place matters

Der epidemiologische Blick auf soziale Ungleichheiten in den Gesundheitschancen

Die weltweit vielfach beschriebenen sozialen Ungleichheiten in den Gesundheitschancen lassen sich auch in Bremen darstellen: Ein Blick auf Daten des statistischen Landesamtes Bremen zeigt deutlich, wie unterschiedlich die durchschnittliche Lebenserwartung in verschiedenen Stadtteilen in Bremen ist: Während die Lebenserwartung von Männern und Frauen in Schwachhausen etwa 81 bzw.

85 Jahre beträgt, liegt diese bei Männern und Frauen in Gröpelingen bei ca. 73 bzw. 79 Jahren (Freie Hansestadt Bremen, 2015). Erklärungsansätze, die diese Unterschiede allein auf Unterschiede zwischen den Individuen hinsichtlich ihres gesundheitsrelevanten Verhaltens zurückführen, greifen jedoch zu kurz. Räumlich ungleiche Verteilungen von Gesundheit und Krankheit bei Bevölkerungen

sind keine Phänomene, die ausschließlich auf der Ebene der/des Einzelnen entstehen (Bolte, 2018). Vielmehr tragen kontextuelle Einflussfaktoren auf die Gesundheit, beispielsweise aus der sozialen und gebauten Wohnumwelt auf Ebene eines Stadtteils oder einer Gemeinde wie soziale Netzwerke, Parkanlagen oder Straßenverkehrslärm, zu dem beobachteten räumlichen Muster bei (Schüle & Bolte, 2015; Mena et al., 2018).

Demzufolge sind Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen, die einen lebensstilorientierten Ansatz verfolgen und Kontextfaktoren ignorieren, wenig erfolgversprechend für eine Verringerung sozialer Ungleichheiten in den Gesundheitschancen. Aktuell steht die

sozialepidemiologische Forschung vor der Herausforderung, die Komplexität der Ursachen und die Vielfalt der Mechanismen, wie gesellschaftlicher Kontext, Lebensumwelt und soziale Lage die Gesundheit beeinflussen, aufzuklären. Ziel ist es, Ansatzpunkte für wirksame Interventionen zu identifizieren.

Innovative Herangehensweisen für Operationalisierungen und Effektanalysen

Theoretische Konzepte wie die ökosoziale Theorie von Nancy Krieger stellen die wechselseitigen Prozesse zwischen Individuen und deren Kontexten in den Mittelpunkt. Kontextuelle und individuelle Einflussfaktoren für Gesundheit sind nicht isoliert voneinander, sondern in ihren Wechselwirkungen und aus einer Lebenslaufperspektive zu betrachten (Krieger, 2011). Hinzu kommen Aspekte wie über die Zeit veränderliche Empfindlichkeiten bzw. Widerstandsfähigkeiten sowie Handlungsmöglichkeiten.

Diese Theorien und Modelle erfordern innovative Ansätze bei der Operationalisierung von dynamischen Merkmalen und bei der Modellierung von Daten sowohl auf Individual- als auch auf Kontextebene. Ein Beispiel für eine neue Operationalisierung ist die Erfassung von biologischen und sozialen Aspekten von Geschlecht mit ihrer Lebenslauf- und Kontext-abhängigen Dynamik anstelle eines einfachen dichotomen und statischen Merkmals (vgl. die Projekte INGER, S. 14, und AdvanceGender, S. 14). Um der Multidimensionalität sozialer Ungleichheitslagen gerecht zu werden, ist ein breites Spektrum an Indikatoren sozialer Differenzierungen auf individueller und kontextueller Ebene zu nutzen. Der Bezugsrahmen von PROGRESS-Plus (O'Neill et al., 2014) bietet eine Hilfestellung für die umfassende Berücksichtigung sozialer Ungleichheiten sowohl bei der Entwicklung und Evaluation von Forschungsprojekten und Interventionen als auch bei der Evidenzsynthese im Rahmen systematischer Übersichtsarbeiten (Lehne & Bolte, 2017; Nanninga et al., 2018).

Die Erfassung von städtischen Grünflächen ist ein gutes Beispiel für methodische Fragen der Operationalisierung von Umweltmerkmalen, u.a. mittels geographischer Methoden, für eine Modellierung kleinräumiger Daten.

Es stellen sich Fragen der geeigneten Quantifizierung von städtischen Grünflächen in Abhängigkeit ihrer räumlichen Verfügbarkeit, Qualität, Erreichbarkeit für und Nutzungsinteresse von verschiedenen Bevölkerungsgruppen (WHO, 2016). Die Kombination subjektiver Daten zur Einschätzung der Wohnumwelt und zur Belästigung z.B. durch Lärm oder Beeinträchtigung durch fehlende zugängliche Grünflächen mit objektiven Daten (z.B. adressgenaue Lärmexpositionsdaten, Entfernung der Wohnung zur nächsten öffentlichen Grünfläche) ist notwendig für ein umfassendes Bild der Expositionen (Riedel et al., 2014).

Die Wechselwirkungen zwischen individuellen und kontextuellen Einflussfaktoren sowie die zeitlichen Aspekte stellen zudem neue Anforderungen an statistische Methoden für die Quantifizierung von Effekten auf gesundheitliche Ungleichheiten. Strukturgleichungsmo- delle und Mediationsanalysen zur Modellierung indirekter Effekte, Interaktionsanalysen zur Untersuchung von Effektmodifikationen oder Multilevel-Analysen zur Schätzung von Kontexteffekten, finden in diesem Zusammenhang zunehmend Anwendung (z.B. Schüle et al., 2016; Riedel et al., 2018).

Eine weitere Herausforderung besteht darin, Auswirkungen von kontextuellen Einflussfaktoren differenziert nach Bevölkerungsgruppen zu untersuchen. Beispielsweise können sich verschiedene soziale Bevölkerungsgruppen in ihrer Empfindlichkeit gegenüber Umweltbelastungen unterscheiden, wenn z.B. sozial schlechter gestellte Gruppen stärker gesundheitlich auf Verkehrslärm reagieren. Sowohl Mehrfachbelastungen bei gleichzeitigem Mangel an Umweltressourcen als auch aufgrund der sozialen Lage geringere Handlungsmöglichkeiten zur Gesunderhaltung tragen zu einer erhöhten Vulnerabilität bei (Bolte et al., 2011; vgl. auch das Projekt zu psychosozialen Faktoren von Gesundheit und politischer Beteiligung als Schlüssel zu gesundheitlicher (Un-)Gleichheit, S. 13).

Ungleichheitseffekte durch Interventionen?!

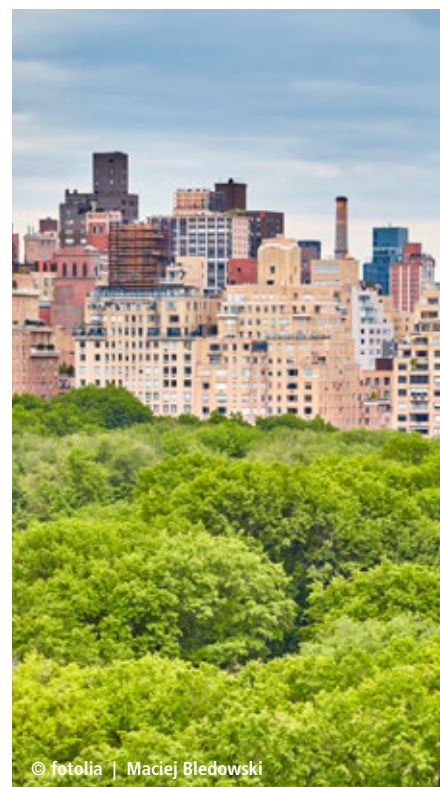
Aus Public-Health-Sicht ist insbesondere die Frage relevant, ob Interventionen tatsächlich zu einer Verringerung sozialer Ungleichheiten bei Gesundheit führen oder unbeabsichtigt soziale Unterschiede verschärfen. Letzte-

res scheint insbesondere bei Interventionen der Fall zu sein, welche beispielsweise mittels Medienkampagnen auf Individuen und deren Verhalten abzielen und nicht die Kontextbedingungen, unter denen eine Bevölkerung lebt, berücksichtigen (Lorenc et al., 2013). Im Gegensatz dazu stehen Interventionen, die vor allem strukturelle Veränderungen zum Ziel haben. Ungleichheitseffekte von bevölkerungsweiten Interventionen werden bisher in Evaluationen von Public-Health-Interventionen nicht systematisch erfasst (Lehne & Bolte, 2017; Nanninga et al., 2018). Die aktuelle Herausforderung liegt in der Entwicklung innovativer Methoden, mit denen umfassend und valide Ungleichheitseffekte komplexer Interventionen quantitativ abgeschätzt werden können (vgl. das Projekt EQUAL, S. 11).

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

**Dr. Steffen Schüle, Dr. Stefanie Dreger,
Dr. Natalie Riedel, Gesa Lehne M.A.,
Emily Mena M.A., Sarah Nanninga M.Sc.,
Tanja Brüchert M.A. & Prof. Dr. Gabriele Bolte**

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



© fotolia | Maciej Bledowski

Zwischen Heim und Häuslichkeit – innovative Pflegewohnformen

In den vergangenen 20 Jahren hat sich in Deutschland ein breites Spektrum an innovativen Pflegewohnformen entwickelt. Diese versuchen, für die Herausforderungen der traditionellen Pflegewohnsettings (stationärer Sektor mit Pflegeheimen, ambulanter Sektor mit Pflegeleistungen im Solitärhaushalt) Lösungen zu entwickeln und die Bedürfnisse der Nutzerinnen und Nutzer – insbesondere ihre Selbstbestimmung – in den Fokus zu rücken (GKV-Spitzenverband, 2017).

Bislang existiert keine allgemeingültige Typisierung oder Definition innovativer Pflegewohnformen. Abgrenzungen der vielfältigen Angebotsformen lassen sich zwischen selbständig organisierten und verantworteten Wohnformen (wie Seniorenwohngemeinschaften oder Mehrgenerationenprojekten oder selbstverantworteten Pflegewohngemeinschaften (WGen)) und trägerverantworteten Wohnformen (wie sogenannte ambulantisierete stationäre Einrichtungen aber auch trägerverantwortete Pflegewohngemeinschaften) ziehen. Zu der Frage, wie viele pflegebedürftige Menschen in Deutschland in innovativen Pflegewohnformen leben, liegen lediglich Schätzungen für einzelne Wohnformen vor. So wird beispielsweise die Anzahl der WGen auf 3.120 (Klie et al., 2017) bis 3.891 (Rothgang et al., 2018) beziffert. Im Durchschnitt leben in diesen WGen durchschnittlich etwa 8 Pflegebedürftige (ebd.), so dass von mindestens 25.000 Menschen mit Pflegebedarf ausgegangen werden kann, die in solchen WGen leben. Zwar ist über die letzten Jahre ein starker Anstieg dieser Personengruppe festzustellen, dennoch entspricht diese Anzahl – bezogen auf Daten zu Pflegebedürftigkeit des Jahres 2015 – knapp unter einem Prozent aller Menschen mit Pflegebedarf (vgl. Statistisches Bundesamt, 2017).

Für eine detailliertere Einschätzung der Lebens- und Versorgungssituation von Pflegebedürftigen in Pflegewohngemeinschaften liegen derzeit kaum Erkenntnisse vor. Dies liegt nicht ausschließlich darin begründet, dass ein großer Anteil dieser Wohnformen dem privaten Wohnen gleichzusetzen ist und somit keiner Prüfung und Aufsicht durch Behörden unter-

liegt. Das Leistungsrecht der sozialen Pflegeversicherung differenziert lediglich in den ambulanten und stationären Sektor. Innovative Pflegewohnformen bedienen hingegen einen Bereich, welcher sich als Grat zwischen beiden Sektoren beschreiben lässt. Auf Grund der Leistungsausweitungen der letzten Pflegereformen im ambulanten Sektor ergeben sich aktuell für Leistungsanbieter ökonomische Anreize, eine umfassende Versorgung in Form einer ambulant betreuten Pflegewohngemeinschaft anstelle eines Pflegeheimes zu erbringen (Rothgang et al., 2018).

Eine besondere Herausforderung in innovativen Wohnformen ergibt sich durch die Vielzahl beteiligter Akteure und den sich daraus ergebenden geteilten Verantwortlichkeiten. Neben professioneller Pflege werden auch die Einbindung von Angehörigen und Ehrenamtlichen und die enge Anbindung an das Quartier als wichtige Merkmale dieser Versorgungsform angesehen (Rothgang et al., 2018; Wolf-Ostermann et al., 2013; Gräse et al., 2013).

Die Auswirkungen, die sich für Pflegebedürftige, Angehörige und Pflegenden durch das Wohnen und Arbeiten in innovativen Pflegewohnformen ergeben, sind international bereits vielfach beforscht worden – wobei die explizite Ausgestaltung von Angebots- und Versorgungsstrukturen stark variiert. Für Deutschland liegen überwiegend Forschungsergebnisse zum Setting ambulant betreute WG vor – insbesondere für Menschen mit Demenz. Dabei lässt sich in der derzeitigen Empirie in der Vielfalt unterschiedlicher innovativer Wohnangebote kein Goldstandard für eine Umsetzungsvariante ausmachen, die für alle Pflegbedürftigen positive Auswirkungen auf Gesundheitszustand und Lebensqualität erwarten lässt. Im Vergleich mit Pflegebedürftigen in Pflegeheimen benötigen Menschen mit Demenz in innovativen Pflegewohnformen u.a. weniger Hilfe bei den Aktivitäten des täglichen Lebens, sind stärker sozial eingebunden und involviert und weisen weniger physische Einschränkungen auf (u.a. Wolf-Ostermann et al., 2010; te Boekhorst et al., 2009). Auch erleben Pflegebedürftige in innovativen Pflegewohnformen

einen individualisierten Versorgungsansatz, eine gesonderte Aufmerksamkeit und das Gefühl „Zuhause zu sein“. Angehörige fühlen sich oftmals stärker in den Pflegeprozess in innovativen Wohnformen eingebunden. Jedoch können die Erwartungen der Angehörigen und des Pflegepersonals hinsichtlich der Übernahme von Verantwortung im Pflegeprozess miteinander differieren (van Zadelhoff et al., 2011). Pflegenden, die in innovativen Pflegewohnformen arbeiten, weisen im Vergleich zu Pflegenden in traditionellen Wohnformen eine höhere Arbeitszufriedenheit auf (Ausserhofer et al., 2016). Sie können sich jedoch gegenüber den Pflegebedürftigen stärker emotional und solidarisch verpflichtet fühlen und so Spannungen hinsichtlich der klinischen und professionellen beruflichen Distanz erleben (van Zadelhoff et al., 2011).

In Deutschland gehen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler derzeit unter anderem Fragen der Qualitätsentwicklung und -sicherung in innovativen Wohnformen nach und betreiben grundlegende Forschung zu Vorkommen und Organisationsprozessen innovativer Pflegewohnformen (u.a. Rothgang et al., 2018; Wolf-Ostermann et al., 2017; Klie et al., 2017). Die nach wie vor andauernden sozialpolitischen Aushandlungsprozesse zur Aufweichung der Sektorengrenzen (ambulanter und stationärer Sektor) und einer bedarfsgerechten Leistungsstruktur (Rothgang & Kalwitzki, 2017) lassen in den kommenden Jahren zunehmende Forschungsaktivitäten zu innovativen Pflegewohnformen erwarten. Erkenntnisse dazu, wie die Bewohnerinnen und Bewohner innovativer Pflegewohnformen das Wohnen und die pflegerische Versorgung in diesem besonderen Setting erleben und welche Auswirkungen sich im Vergleich zu traditionellen Pflegewohnarrangements durch das Leben in innovativen Pflegewohnformen für die physische und psychische Gesundheit und Lebensqualität der Pflegebedürftigen ergeben, benötigen zukünftig eine stärkere theoretische und empirische Fundierung.

Literatur bei den Verfassenden.

Prof. Dr. Karin-Wolf Ostermann,

Kathrin Seibert M.Sc. & Dominik Domhoff M.A.

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

Konzepte des Case- und Care-Mix in Zeiten des Fachkräftemangels in der Pflege

In Deutschland werden derzeit unterschiedliche Strategien auf verschiedenen Ebenen entwickelt und implementiert, um auf die Frage einer qualitativ ausreichenden pflegerischen Versorgung eine Antwort zu finden. Herausforderungen sind die hohe Arbeitsverdichtung in Pflegeheimen, der aktuelle Fachkräftemangel sowie die Zunahme schwerstpflegebedürftiger und dementer älterer Menschen.

Übergeordnete Rahmenbedingungen wie beispielsweise auf gesetzlicher Ebene das Inkrafttreten des Gesamtpakets der Pflege-reform (PSG I, II und III) lassen ebenso Veränderungen erwarten wie Ergebnisse jüngst initiiert oder bereits abgeschlossener Projekte, die im Rahmen der Weiterentwicklung der Pflegeversicherung nach §8 Abs. 3 SGB XI in Auftrag gegeben und im Wesentlichen an der Universität Bremen mit Beteiligung des IPP bearbeitet wurden. Hierunter sind vor allem die „Evaluation des Neuen Begutachtungsassessments (NBA) – Erfassung von Versorgungsaufwänden in stationären Einrichtungen“ oder weitere Forschungsprojekte, die relevante Aspekte zur Messung von Ergebnisqualität liefern können, wie beispielsweise die „Modellhafte Pilotierung von Indikatoren in der stationären Pflege (MoPIP)“ sowie die Entwicklung brauchbarer Personalbemessungsinstrumente, wie sie jüngst in Auftrag gegeben wurden, zu verstehen.

Dennoch ist im Bereich der stationären Langzeitpflege der Einfluss von Qualifikationsniveaus und Care-Mix Parametern auf Bewohneroutcomes bislang nur unzureichend untersucht, gewinnt aber zunehmende internationale Aufmerksamkeit in der Forschung (Castle & Engberg 2007, S. 1822). Die Ergebnisse vorliegender Studien weisen darauf hin, dass Einrichtungen mit den niedrigsten Anteilen lizenzierten und unlizenzierten Personals disproportional schlechtere BewohnerInnenoutcomes aufweisen (Clarke & Donaldson 2008, S. 17). Jedoch fehlen für Deutschland bis heute signifikante Daten zum Einfluss pflegerischer Qualifikationen auf BewohnerInnenoutcomes.

Notwendig sind nach wie vor grundlegende Konzepte, die sich aus dem Zusammenspiel von Case-Mix, Care-Mix, Organisationscharakteristika und Ergebnisqualität ergeben, um unter gegebenen Rahmenbedingungen „gute Pflege“ zu erbringen. Nachhaltige Lösungen können nur unter Berücksichtigung aller vier Variablen generiert werden.

Angesichts knapper personeller Ressourcen in der Pflege wird daher immer häufiger die Frage gestellt, wie viel Personal mit welcher Qualifikation (Care-Mix) bei einer gegebenen Zusammensetzung der Pflegebedürftigen (Case-Mix) und gegebenen Organisationscharakteristika angemessen bzw. erforderlich ist, um im Ergebnis eine vertretbare und gute Pflegequalität zu erzeugen bzw. zu gewährleisten (Ergebnisqualität). Der entscheidende Gestaltungsspielraum ergibt sich aus dem Verhältnis des Vierecks: Care-Mix, Case-Mix, Organisationscharakteristika und Ergebnisqualität.

Die Betrachtung von Case-Mix, Care-Mix, weiteren Organisationscharakteristika und der Ergebnisqualität muss verschiedene Annahmen überprüfen: Ein Case-Mix mit hohen pflegfachlichen Anforderungen benötigt einen anderen Care-Mix als ein Case-Mix mit niedrigeren pflegfachlichen Anforderungen, wenn eine im Vorfeld definierte Ergebnisqualität gleichermaßen gehalten werden soll. Steigen die Anforderungen an die Ergebnisqualität, muss nicht zwangsläufig der Case-Mix angepasst werden, aber möglicherweise der Care-Mix und/oder weitere Organisationscharakteristika.

Ziel einer aktuellen Studie am IPP, unter Leitung von Prof. Dr. Stefan Görres und Prof. Dr. Werner Brannath vom Kompetenzzentrum Klinische Studien Bremen (KKSb), ist die Abbildung von statistisch belastbaren Zusammenhängen zwischen Care-Mix-, Case-Mix, Organisationscharakteristika und Outcome Variablen (vgl. das Projekt StaVaCare 2.0, S. 16). Gegenüber einer bereits vor wenigen Jahren abgeschlossenen Pilotstudie wird

diese zentrale Variablenassoziation in StaVaCare 2.0 erweitert um die Abbildung der Assoziationen ausgewählter Organisationscharakteristika (darunter Trägerschaft, Einrichtungsgröße, regionale Lage, ergänzende Versorgungsverträge und/ oder spezialisierte Leistungsangebote, Art des Pflegedokumentationssystems, eingesetzte Arbeitszeitmodelle, Art des Pflegesystems) und bewohnerInnenbezogener Ergebnisqualität. Diese gesundheitsbezogenen Outcome-Parameter der BewohnerInnen – und sofern möglich auch solche der Lebensqualität – werden wie alle anderen Variablen auch weitestgehend aus Routinedaten (Pflegedokumentation) generiert und deren Abhängigkeit von Care-Mix und Organisationscharakteristika inkl. Pflegesystemen dargestellt. Dabei werden nicht nur die Ergebnisse der Pilotstudie StaVaCare-Pilot, sondern auch Ergebnisse der modellhaften Pilotierung von Indikatoren in der stationären Pflege (MoPIP) sowie bis zum Studienbeginn verfügbare Erkenntnisse zu den Modulen des NBA berücksichtigt.

Erwartet werden grundlegende und belastbare Schlussfolgerungen für einen (zukünftigen) Care-Mix. Weiterhin sind ergänzende und zur Validierung geeignete Hinweise für Fragestellungen zur Personalbemessung, Qualitätsparametern („gute Pflege“) und begünstigenden Rahmenbedingungen zu erwarten. Auf dieser Grundlage sollen verschiedene Care-Mix-Modelle entwickelt werden, die einen Einfluss auf bewohnerInnenbezogene Ergebnisqualität darstellen.

Prof. Dr. Stefan Görres, Sarah Leonhardt-Achilles, Jennifer Müller-Wilckens & Carolin Schröer

Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Abt. 3 Interdisziplinäre Alters- und Pflegeforschung
Mail: sgoerres@uni-bremen.de
www.ipp.uni-bremen.de/forschung/abteilung-3-interdisziplinäre-alterns-und-pflegeforschung

Theoretische, empirische und praktische Fragen des Managements im Gesundheitswesen

Gutes Management im Gesundheitswesen beinhaltet, Institutionen im Gesundheitswesen oder Versorgungsprogramme so zu gestalten und zu steuern, dass mit begrenzten Ressourcen bestmöglich gesellschaftlicher Mehrwert geschaffen wird. Dabei stellen sich Fragen auf drei Ebenen: Erstens ist aus theoretischer Sicht unklar, worin der gesellschaftliche Mehrwert bzw. das Ziel des Managements überhaupt bestehen, und wie Institutionen zur Realisierung dieses Mehrwerts gestaltet werden können. Dies ist auch deswegen von Bedeutung, weil jenseits üblicher Erfolgskriterien des Managements wie z.B. „Kundenzufriedenheit“ im Gesundheitswesen Vorgaben des Sozialrechts und ethische und gesundheitswissenschaftliche Intuitionen „guter Versorgung“ angemessen berücksichtigt werden sollten. Zum Zweiten stellt sich die empirische Frage, wie verschiedene Ansätze zur institutionellen Gestaltung und Steuerung der Versorgung bei Evaluationen im Hinblick auf diesen Mehrwert bzw. dieses Ziel abschneiden. Und zum Dritten stellt sich die praktische Frage, wie die Ergebnisse der theoretischen und empirischen Forschung in der Versorgungspraxis umgesetzt und in der universitären Lehre vermittelt werden können.

Alle drei Aspekte bergen Herausforderungen. So ist bspw. für den deutschen Kontext derzeit noch unklar, anhand welcher Kriterien „Mehrwert“ definiert werden sollte. In ökonomischen Fachkreisen ist es üblich, sich hierfür an individueller Zahlungsbereitschaft zu orientieren, was jedoch kaum uneingeschränkt auf das deutsche Gesundheitswesen anwendbar ist. Ebenso wenig überzeugt die von der angelsächsischen Gesundheitsökonomik vorgeschlagene Alternative der Maximierung qualitätsadjustierter Lebensjahre. Wenn schon die theoretischen Grundlagen unklar sind, gilt das Gleiche natürlich für die Fragen der empirischen Umsetzung in Evaluationskonzepten sowie für die praktische Umsetzung in Versorgung und Lehre. Die 2016 gegründete Abteilung 8 „Management im Gesundheitswesen“ widmet sich diesen drei Problemebenen in interdisziplinärer Kooperation innerhalb des IPP sowie darüber hinaus.

Bei der Frage danach, wie Ziele guter Versorgung theoretisch gefasst werden können, geht es in der

Arbeit der Abteilung bspw. darum, die theoretische Basis gesundheitsökonomischer Analysen zu erweitern. Zwei wichtige Eckpunkte für die Entwicklung tragfähiger Konzepte zur Spezifikation von „gesellschaftlichem Mehrwert“ könnten die die Orientierung an Bedarfsdeckung statt an Nutzenmaximierung, sowie die Orientierung an begründetem Konsens anstelle statistischer Präferenzaggregation spielen. Die theoretische Arbeit der Abteilung baut auf Vorarbeiten im Rahmen des EU-finanzierten Projektes „EuroGentest“ auf, um dies weiter zu entwickeln. Ausgangspunkt des EU-Projektes war das Interesse der Europäischen Gesellschaft für Humangenetik an einem Ansatz zur Priorisierung der vielfältigen neuen genetischen Tests. Vorarbeiten zeigten, dass gängige Ansätze der Gesundheits- oder Nutzenmaximierung hierzu kaum konsensfähig sind (Rogowski, Grosse, Schmidtke & Marckmann, 2014). Als Alternative wurde daher ein bedarfsbasierter multikriterieller Priorisierungs-Ansatz entwickelt (Rogowski & Schleidgen, 2015). Methoden der Präferenzhebung wurden eingesetzt, um potenzielle Gewichte für die einzelnen Kriterien zu erheben (Severin, Hess, Schmidtke, Muhlbacher & Rogowski, 2015). Diese wurden anschließend im Rahmen einer Stakeholder-Deliberation entsprechend dem „Accountability for Reasonableness“-Framework von Norman Daniels kritisch diskutiert (Severin, Borry et al., 2015). Darauf aufbauend widmet sich die aktuelle Forschung der Abteilung zum einen der Frage, wie konsensorientierte bedarfsbasierte Evaluationskonzepte theoretisch begründet werden können (Rogowski, 2018). Weiterhin wird untersucht, ob bzw. mit welchen Verfahren Konsens hergestellt werden kann, und wie Forscher*innen bei der Auswahl empirischer Evaluationskonzepte ethisch fundiert mit der Vielfalt normativer Evaluationskonzepte umgehen können (Klinger & Rogowski, 2017).

Auch zur empirischen Frage der Bewertung von Ansätzen zur Gestaltung und Steuerung der Leistungserbringung knüpft die Abteilung an Vorarbeiten des Abteilungssprechers sowie des Fachbereichs zur klinischen und gesundheitsökonomischen Evaluation neuer Gesundheitsleistungen an. Neben Arbeiten zur Evaluation auf Basis von Routinedaten (z.B. Gansen, 2018; Kähm et al., 2018) spielt die Anwendung von

Discrete-Event Simulationen zur Analyse von Krankenhausprozessen eine zunehmende Rolle. Untersuchungen der Abteilung zu Kosten und Effekten verschieden gestalteter Versorgungsprozesse beinhalten auch bislang in der gesundheitsökonomischen Evaluation kaum verwendete Ansätze wie bspw. das Standardkosten-Modell zur Erfassung des Erfüllungsaufwands verschiedener Dokumentationsverfahren in der Pflege (Larjow & Rogowski, 2018).

Zur praktischen Frage der Umsetzung von Ergebnissen in Versorgungspraxis und Lehre befindet sich die Abteilung derzeit im Gespräch mit Praktiker*innen aus dem Gesundheitswesen. Dabei geht es um die Frage, welches theoretische und empirische Wissen und welche Management-Kompetenzen Public Health Studierende mitbringen sollten, um im späteren Berufsleben bestmöglich zu gutem Management im Gesundheitswesen beizutragen. Die Ergebnisse fließen u.a. in die Neugestaltung der Lehrveranstaltungen zum Management im Gesundheitswesen im Fachbereich 11 der Universität Bremen ein. Die Kompetenzen werden direkt in einem dafür konzipierten Seminar anhand von Fallstudien trainiert, die im Rahmen eines Lehrbuches im Springer Verlag veröffentlicht werden sollen.

Wenn Sie Interesse haben, sich an diesem Gespräch zu beteiligen, Fallstudien zum Management im Gesundheitswesen beizusteuern oder an unserer Studie zu Dokumentationskosten in der Pflege teilnehmen möchten, sind Sie herzlich eingeladen, auf uns zuzukommen!

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

Prof. Dr. Wolf Rogowski, Fabia Gansen, Julian Klinger, Eugenia Larjow & Xiang Zhang

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

Curriculumentwicklung, -implementation und -evaluation

Einer der Arbeits- und Forschungsschwerpunkte der Abteilung 4 „Qualifikations- und Curriculumforschung“ besteht in der wissenschaftlich fundierten Curriculumentwicklung, -implementation und -evaluation für Pflege- und Gesundheits(fach)berufe. Beispiele für Projekte aus diesen Schwerpunkt stellen die „Entwicklung eines Mustercurriculums Kommunikative Kompetenz für die Pflege“ oder die „Evaluation der Modellstudiengänge in Nordrhein Westfalen“ dar. Im Unterschied zu Lehrplänen richten sich Curricula auf die Lernprozesse und auf die inhaltlichen und methodischen Lehr-/Lernangebote, anhand derer die Lernergebnisse erreicht werden sollen und sind daher vergleichsweise konkret und halboffen bis geschlossen gestaltet. Dem neuen Pflegeberufegesetz zufolge sollen zukünftig alle Pflegeschulen über schulinterne Curricula verfügen.

Die Abteilung vertritt einen bildungstheoretisch fundierten Ansatz, wonach Curricula so konzipiert werden sollen, dass sie neben eher funktionalen Qualifikationen auch auf emanzipative Bildungsziele abheben. Dies bedeutet, dass die Unterrichtsgegenstände mittels eines (pflege- oder gesundheits-)didaktischen Kategoriensystems hinsichtlich ihres Bildungspotenzials ausgelegt werden müssen und auch Unterrichtsgegenstände ausgewählt werden, auf deren Grundlage sich die Lernenden beispielsweise Kompetenzen des kritischen Denkens aneignen können. Die Auswahl von Zielen (Kompetenzen) sowie von Inhalten, anhand derer diese erworben werden, kann nur bedingt wissenschaftlich begründet werden, sie stellt auch eine Wertentscheidung dar. Gleichwohl müssen Curricula sich auch auf wissenschaftliche Grundlagen stützen, so werden beispielsweise nur solche Unterrichtsgegenstände ausgewählt, die dem aktuellen Stand der Forschung entsprechen. Außerdem greift die Curriculumentwicklung auf Befunde aus der Qualifikationsforschung zu aktuellen beruflichen Anforderungen zurück und es werden empirische Befunde zu wirksamen Unterrichtskonzepten oder Lehrstrategien und lehr-/lerntheoretische und entwicklungspsychologische Theorien herangezogen. Um die Implementation von Curricula zu verbessern, wird in der Abteilung ein partizipatives Vorgehen präferiert, d. h.

dass Curricula zumindest teilweise gemeinsam mit Lehrerinnen und Lehrern entwickelt werden, die im Anschluss für deren Umsetzung zuständig sind.

Bei der Konstruktion von Curricula orientiert sich die Abteilung an folgenden Grundsätzen:

- Situationsorientierte Struktur: Berufliche Aufgabenstellungen bzw. Situationen stellen die übergeordnete Struktur der Curricula dar, in die auch stärker wissenschaftssystematisch aufgebaute Unterrichtseinheiten oder auf den gezielten Erwerb einzelner Teilkompetenzen abzielende Unterrichtseinheiten integriert sind. Durch die Strukturierung anhand von Situationen sind die curricularen Einheiten zwangsläufig fächerintegrativ angelegt und verknüpfen Kompetenzen zur Bewältigung von Anforderungen auf der Mikro-, Meso- und Makroebene.
- Schlüsselprobleme der Berufswirklichkeit: Kernelement der situationsorientiert ausgerichteten curricularen Einheiten sind Unterrichtseinheiten, die auf solchen Fallsituationen basieren, die als Schlüsselprobleme der Berufswirklichkeit bezeichnet werden können. Diese sind mit einem besonderen Bildungspotenzial verbunden und ermöglichen auch die Aneignung von emanzipativen Kompetenzen.
- Entwicklungslogischer Aufbau: Um sukzessiv Kompetenzen auf einem immer höheren

Niveau fördern zu können, werden die in den beruflichen Situationen und Aufgabenstellungen enthaltenen Anforderungen schrittweise komplexer gestaltet.

Wichtige Inputs für die Curriculumentwicklung und -implementation bilden ebenfalls in der Abteilung durchgeführte Studien zur Qualifikationsforschung (z. B. Identifikation von Schlüsselproblemen der Berufswirklichkeit), zur Sozialisationsforschung (z. B. zu beruflichen Entwicklungsaufgaben) oder zu Denk- und Handlungsmustern von Lehrerinnen und Lehrern bei der Planung und Durchführung von Unterricht.

Bei der Evaluation von Curricula fokussiert die Abteilung alle drei Ebenen (intendiertes, implementiertes und erreichtes Curriculum). Der Schwerpunkt der Abteilung liegt aber auf der (fachdidaktischen) Analyse des intendierten Curriculums und der Durchführung von vornehmlich qualitativen Studien zum implementierten Curriculum, um Ansatzpunkte für die Weiterentwicklung der Curricula und deren Implementation gewinnen zu können.

Aufgrund der Expertise in der Bildungsforschung sowie in der Curriculumentwicklung wurden zwei Mitglieder der Abteilung, Ingrid Darmann-Finck und Sabine Muths, in eine vierköpfige Arbeitsgruppe von Expertinnen berufen, welche die beteiligten Bundesministerien bei der Erstellung der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflege berät.

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



© fotolia | kasto

AKTUELLE PROJEKTE

Zweite Förderphase des Präventionsforschungsnetzwerks AEQUIPA

Leitung der Teilprojekte OUTDOOR ACTIVE, AFOOT und EQUAL im IPP

Im Februar 2018 startete die zweite Phase des Präventionsforschungsnetzwerks AEQUIPA (Physical activity and health equity: primary prevention for healthy ageing), welches aufgrund der erfolgreichen Forschungsarbeiten in den ersten drei Jahren nun für weitere drei Jahre vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert wird. Im Fokus des Präventionsforschungsnetzwerks steht die Förderung körperlicher Aktivität als wesentlicher Baustein für gesundes Altern unter besonderer Berücksichtigung von Aspekten der gesundheitlichen Chancengleichheit.

Am Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) werden drei von insgesamt sechs AEQUIPA-Teilprojekten federführend durchgeführt: OUTDOOR ACTIVE – Entwicklung eines gemeindebasierten Programms zur Förderung der Outdooraktivität bei älteren Erwachsenen 65+ (Leitung: PD Dr. Karin Bammann), AFOOT – Altern zu Fuß oder mit dem Fahrrad – urban mobil ohne Stress und EQUAL – Ungleichheitseffekte von Interventionen zur Förderung der körperlichen Aktivität (Leitung von beiden Projekten: Prof. Dr. Gabriele Bolte).

Weitere Informationen zu aktuellen Aktivitäten des AEQUIPA-Präventionsforschungsnetzwerks und den Teilprojekten im Internet unter www.aequipa.de.

AEQUIPA-Teilprojekt AFOOT

Von der Forschung in die Praxis - Verknüpfung von Stadtplanung und Public Health zur Förderung von fuß- und radfahrbezogener Mobilität im Alter



Aktuelle Studien zeigen, dass fußgängerfreundliche Nachbarschaften die täglichen Aktivitäten außerhalb der Wohnung und das transportbezogene Zuzußgehen von älteren Menschen fördern (Moran et al., 2014, Van Holle et al., 2014). Dennoch finden sich heute in den wenigsten Städten multi-sektorale Ansätze von räumlicher Planung, Verkehrsplanung und Öffentlichem Gesundheitsdienst um gemeinsame Lösungsansätze für Probleme im Wohnumfeld der Bevölkerung

zu finden und so die Gesundheit nachhaltig zu fördern (Nieuwenhuijsen, 2016). In Deutschland fehlt diese systematische Zusammenarbeit des Planungs- und Gesundheitssektors bislang ebenfalls, insbesondere im Bereich der Bewegungsförderung im Alter durch Stadtgestaltung.

Im Projekt AFOOT der Abteilung Sozialepidemiologie am IPP wurde auf Basis der Ergebnisse von Interviews mit lokalen Akteuren, von Workshops zur Indikatorenentwicklung und von Planspielen eine Arbeitshilfe für die Zusammenarbeit zwischen der kommunalen Planungs- und Bauverwaltung und dem Öffentlichen Gesundheitsdienst erarbeitet und veröffentlicht. Sie soll insbesondere Klein- und Mittelstädte dabei unterstützen, durch die Gestaltung einer bewegungsfördernden und altersgerechten Umgebung aktive Mobilität in Form von

Zuzußgehen und Radfahren im Alter zu fördern. In den kommenden drei Jahren wird der Fokus des Projekts nun auf der Umsetzung der Arbeitshilfe im Rahmen eines Reallabors liegen. Reallabore zielen auf eine anwendungsorientierte Problemlösung und gleichzeitig auf einen sozialen Lernprozess, z.B. die Erprobung neuer administrativer Routinen und neuer Formen der Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft und Praxis (Schneidewind, 2014). Das AFOOT Reallabor wird in der Gemeinde Ritterhude realisiert und soll dazu beitragen, die Rahmenbedingungen für gesundes Altern in der Gemeinde zu verbessern, z.B. durch ein erhöhtes Bewusstsein für die Mobilitätsbedürfnisse Älterer, verbesserte (räumliche) Rahmenbedingungen für die aktive Mobilität Älterer und die Integration von Aspekten der Gesundheitsförderung in die räumliche Planung.

Für den Zeitraum des Reallabors wird ein/e Experte/in für Gesundheitsförderung direkt in der Gemeinde Ritterhude angestellt sein, sodass ein enger fachlicher Austausch innerhalb der Verwaltung möglich ist. Für eine Gemeinde dieser Größe stellt das in Deutschland eine Besonderheit dar. Dies erfordert Offenheit und bietet gleichzeitig die Möglichkeit neue Wege einer gesundheitsorientierten Kommunalentwicklung zu erproben. Wissenschaftlerinnen des IPP und der Fakultät Raumplanung der TU Dortmund sind aktiv an diesem Prozess beteiligt und bieten fachliche und methodische Unterstützung. Neben dem Reallabor sind weitere Aktivitäten in den kommenden drei Jahren die Evaluation der Arbeitshilfe, die mit Ergebnissen aus einem regionalen Survey angereichert und später durch eine praxiserprobte Toolbox ergänzt wird, und Workshops zur Verbreitung der Erkenntnisse insbesondere für die Bevölkerung und Praxisakteure der Metropolregion Bremen-Oldenburg.

Das Ziel des Projekts AFOOT ist, eine strategische Verbindung zwischen räumlicher Pla-

nung und Public Health herzustellen, durch die körperliche Aktivität im Alter durch die Gestaltung der Umwelt erleichtert wird. AFOOT analysiert, wie theoretische normative Ansätze (aus Sicht von räumlicher Planung und Public Health) in die Praxis umgesetzt werden um Gesundheitsbelange in kommunale Stadtentwicklungsstrategien zu integrieren, welche Hindernisse bestehen und wie Aufmerksamkeit und Kompetenzen lokaler Akteure hinsichtlich der Abschätzung von Folgen für Gesundheit, soziale Chancengleichheit sowie Teilhabe in räumlichen Planungsprozessen gestärkt werden können.

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

.....
Tanja Brüchert M.A. & Prof. Dr. Gabriele Bolte MPH
 Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Abt. 5 Sozialepidemiologie
 Mail: t.bruechert@uni-bremen.de
www.ipp.uni-bremen.de/forschung/abteilung-5-sozialepidemiologie



Aktive Mobilität im Alter fördern
 Eine Arbeitshilfe für die Zusammenarbeit zwischen der kommunalen Planung und Bauverwaltung und dem Öffentlichen Gesundheitsdienst in Klein- und Mittelstädten

Bolte, G., Brüchert, T., Baumgart, S. & Quentin, P. (Hrsg.) (2018). *Aktive Mobilität im Alter fördern. Eine Arbeitshilfe für die Zusammenarbeit zwischen der kommunalen Planungs- und Bauverwaltung und dem Öffentlichen Gesundheitsdienst in Klein- und Mittelstädten.* Bremen; Dortmund: Universität Bremen, TU Dortmund.

www.aequipa.de/fileadmin/aequipa/2018_AFOOT_Arbeitshilfe-Aktive-Mobilitaet-im-Alter.pdf

AEQUIPA-Teilprojekt EQUAL

Welchen Einfluss haben Interventionen zur Bewegungsförderung älterer Menschen auf soziale Ungleichheiten bei Gesundheit?



Public Health Interventionen können soziale Ungleichheiten bei Gesundheit verringern oder ungewollt vergrößern. Diese als „Intervention-generated Inequalities“ („IGIs“) bezeichneten Effekte können bei der Inanspruchnahme, der Akzeptanz sowie bei der Wirkung von Interventionen auftreten, werden bei Evaluationen jedoch

bislang selten berücksichtigt (White et al., 2009, Petticrew et al., 2012).

Das Teilprojekt EQUAL, das in der Abteilung Sozialepidemiologie am Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen angesiedelt ist, widmet sich der Frage, welchen Einfluss primärpräventive Interventionen zur Bewegungsförderung älterer Menschen auf soziale Ungleichheiten bei Gesundheit haben. In der ersten Förderphase des Projekts wurde mit der Entwicklung innovativer Methoden zur Abschätzung von Ungleichheitseffekten begonnen, die in den kommenden drei Jahren auf die im Rahmen des Aequipa-Präventionsforschungsnetzwerks durchgeführten Bewegungsinterventionen angewendet

werden. Die auf diese Weise aufgebaute Datenbasis zu Ungleichheitseffekten soll durch eine systematische (Re-)Analyse von Daten weiterer Interventionsprojekte gezielt erweitert werden. Auf Basis der Analysen sollen Vorhandensein, Art und Ausmaß von Ungleichheitseffekten beschrieben und diskutiert sowie Gründe für nachgewiesene Ungleichheitseffekte eruiert werden. Diesbezüglich werden unter Beteiligung der für die Evaluation der Interventionsprojekte verantwortlichen Wissenschaftler*innen sowie Expert*innen aus dem Bereich Evaluation von Ungleichheitseffekten zwei internationale Workshops durchgeführt.

Ein weiterer Fokus des Projekts liegt auf der Analyse des Präventionspotentials von

Bewegungsinterventionen für die ältere Bevölkerung in Deutschland unter besonderer Berücksichtigung des zu erwartenden Einflusses entsprechender Interventionen auf soziale Ungleichheiten („health equity impact assessment“). Mittels DYNAMO-HIA (Dynamic Modeling for Health Impact Assessment) Software (Boshuizen et al., 2012) werden Gesundheitseffekte von Verbesserungen im Bewegungsverhalten bei älteren Erwachsenen in Deutschland durch Interventionen quantifiziert (z.B. Veränderungen in der Lebenserwartung oder in der Inzidenz

und Prävalenz chronischer Erkrankungen) sowie Änderungen gesundheitlicher Ungleichheiten zwischen unterschiedlichen sozialen Gruppen ermittelt.

Mit diesem Forschungsprogramm wird das Teilprojekt EQUAL neue Erkenntnisse zum Einfluss von Gesundheitsförderungsmaßnahmen auf soziale Ungleichheiten bei Gesundheit im Themenfeld körperliche Bewegungsförderung bei älteren Menschen hervorbringen. Es werden Ansatzpunkte für die Entwicklung von bewegungsförderlichen Interventionen iden-

tifiziert, die möglichst viele soziale Gruppen älterer Menschen erreichen und dadurch zu einer Verringerung sozialer Ungleichheiten bei Gesundheit beitragen.

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

Gesa Lehne MA & 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

AEQUIPA-Teilprojekt Ready to Change (1. Förderphase):

Interviewstudie zu den Gründen der (Nicht-) Teilnahme älterer Menschen an Bewegungsförderungsangeboten

Interventionen zur Förderung der körperlichen Aktivität können einen wesentlichen Beitrag zum gesunden Altern leisten. Der ungleiche Zugang zu solchen Präventionsangeboten ist ein wesentlicher Grund, weshalb sie möglicherweise gesundheitliche Ungleichheit eher verstärken, anstatt diese zu verringern. Es ist deshalb von großer Public Health Relevanz, auf unterschiedliche Zielgruppen zugeschnittene, passgenaue Zugangsmöglichkeiten zu präventiven und gesundheitsförderlichen Angeboten zu schaffen. Bisher gibt es wenig wissenschaftliches Wissen zu subjektiven Motiven, Einstellungen und Gewohnheiten bezogen auf das Teilnahmeverhalten älterer Menschen an organisierten Bewegungsförderungsangeboten. Im Fokus dieses Teilprojekts stehen vor allem ältere Menschen, bei denen die Adhärenz mit Angeboten zur Förderung körperlicher Aktivität gering ist. Nicht-Teilnahme wird bislang vorwiegend unter einer defizitorientierten Perspektive untersucht, auch wird meistens von eher statischen Wirkungsmodellen ausgegangen. Ziel dieser Studie war es, am Beispiel eines gemeindebezogenen Angebots zur Förderung körperlicher Aktivität älterer Menschen, das im Rahmen des BMBF geförderten Verbundprojekts AEQUIPA in der ersten Förderphase entwickelt wurde, ein ver-

tieftes Verständnis von Motiven, Zielen und Dynamiken von Nutzungserfahrungen der Nicht-Teilnehmer*innen von strukturierten Programmen zur Bewegungsförderung im Alter zu gewinnen.

Um die subjektiven Sichtweisen genauer erfassen zu können wurde ein qualitatives Forschungsdesign gewählt. Die Datenerhebung erfolgte über episodische Interviews, die sowohl mit Teilnehmer*innen als auch mit (bewussten) Nicht-Teilnehmer*innen einer forschungsbasierten Intervention zur Bewegungsförderung durchgeführt wurden (Verhältnis 1:3). Mit dem Ziel der Variation der Perspektiven wurden etwa das Wohnumfeld und das Geschlecht variiert. Die Rekrutierung von Nicht-Teilnehmer*innen erfolgte über ein kombiniertes Verfahren. Zum Einsatz kamen sowohl direkte Rekrutierungsstrategien über Flyer, schriftliche Einladungen und Pick-Up-Verfahren („direktes Aufgreifen vor Ort“) als auch indirekte Rekrutierungsstrategien, wie die Rekrutierung durch Gatekeeper*innen. Die im Rahmen der Intervention gewonnenen Teilnehmenden wurden persönlich kontaktiert. Die Auswertung der Daten erfolgte nach der Grounded Theory Methodologie (GT) mit anschließender empirisch begründeter Typenbildung.

Durch die vielfältigen Rekrutierungsstrategien konnten 17 Nichtteilnehmer*innen erreicht werden. Insgesamt wurden 25 Personen der Altersgruppe zwischen 60-79 Jahren (Durchschnittsalter: 71,5 Jahre, 60% weiblich) aus drei unterschiedlichen Kommunen in Bremen und dem niedersächsischen Umland in die Studie eingeschlossen.

Mit Blick auf das im Rahmen des Teilprojekts Ready to Change entwickelte gemeindebezogene Angebot zur Förderung der körperlichen Aktivität wurden individuelle Aktivitätsziele und die bevorzugte Zeitgestaltung als zentrale Einflussfaktoren eines Abwägungs- und Priorisierungsprozess zur Teilnahmeentscheidung der befragten älteren Personen identifiziert. Dabei wird zwischen Zielen, die ein langfristiges Wohlbefinden adressieren („Ganz einfach, gesund bleiben und alles dafür zu tun, was ich tun kann“) und die ein unmittelbares Wohlgefühl erzeugen („Ich mach bewegungsmäßig nur das wozu ich Lust habe“), unterschieden. Die bevorzugte Zeitgestaltung im Alltag der befragten älteren Personen ist ebenfalls divers und reicht von einer komplexen Strukturierung bis hin zu einer ausgeprägten Flexibilität. Aufgrund dieser Vergleichsdimensionen, ergaben sich vier Idealtypen des Teilnahmeverhaltens, die sich aus der Kombination differierender Aktivitätsziele und

den Präferenzen der persönlichen Zeitgestaltung im Alltag ableiteten:

1. Komplexe Gesundheitsgestaltende (strukturiert / langfristige Aktivitätsziele),
2. Flexible Funktionsorientierte (flexibel / langfristige Aktivitätsziele),
3. Organisierte Wellnesstypen (strukturiert / unmittelbare Aktivitätsziele) und
4. Individuelle Spaßorientierte (flexibel / unmittelbare Aktivitätsziele).

Hinsichtlich des vorliegenden Bewegungsangebots zeigte sich, dass vor allem Typen mit langfristigen Bewegungszielen und einer strukturierteren Zeitgestaltung angesprochen wurden.

Die Ergebnisse deuten auf eine Heterogenität der soziokulturellen Lebensstile und der damit verbundenen Präferenzen bezogen auf körperliche Aktivität der befragten älteren Personen hin. Für eine bessere Erreichbarkeit von älteren Erwachsenen sollten Angebote zur Bewegungsförderung unterschiedliche Aktivitätsziele ansprechen und in ihrer Strukturie-

rung auch Personen mit einer eher flexiblen Zeitgestaltung im Alltag berücksichtigen. Die identifizierten Idealtypen können zudem als Ausgangspunkt weiterer Forschung zu passgenaueren Rekrutierungs- bzw. Kommunikationsstrategien dienen.

Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck &

Frauke Wichmann M.A. Gesundheitswissenschaften

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

Gemeinsame psychosoziale Faktoren von Gesundheit und politischer Beteiligung

Chancengleichheit als Maßstab für eine vorsorgeorientierte Verkehrslärmpolitik

Straßenverkehrslärm kann die Bevölkerungsgesundheit maßgeblich gefährden. Aus diesem Grund hat die Europäische Kommission die EU Umgebungslärmrichtlinie erlassen. Um ein hohes Umweltschutz- und Gesundheitsniveau zu erreichen, beschreibt die EU Umgebungslärmrichtlinie zwei wesentliche Aufgaben: (1) die Abschätzung der Lärmexposition und deren gesundheitlichen Auswirkungen mittels durchschnittlicher, bevölkerungsbezogener Expositions-Wirkungs-Beziehungen sowie (2) die Lärmaktionsplanung, die ein hohes Maß an Handlungsfähigkeit, Motivation und Bereitschaft zum Verständnis von Lärm als bevölkerungsrelevantem Gesundheitsproblem und zur öffentlichen Information und Beteiligung voraussetzt. In Anbetracht sozialepidemiologischer und umweltpsychologischer Erkenntnisse könnte die gegenwärtige Planungspraxis im Kontext der EU Umgebungslärmrichtlinie jedoch Gefahr laufen, gesundheitliche Ungleichheiten zu verschärfen und dadurch das Vorsorgeprinzip der Umweltplanung zu verletzen.

Das neue Projekt in der Abteilung Sozialepidemiologie des IPP verfolgt daher zwei Ziele:

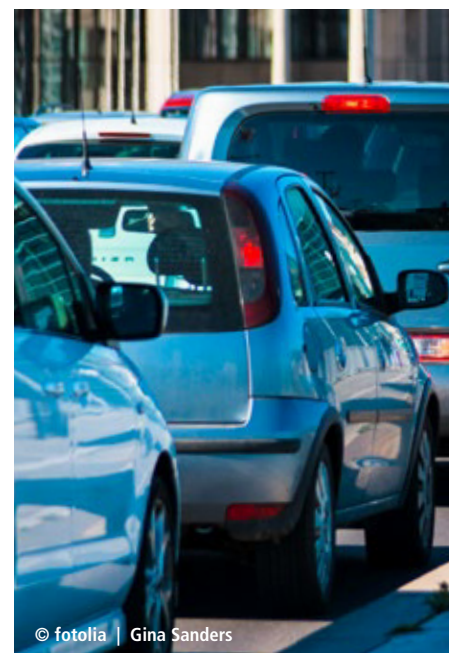
1. Ein neues konzeptionelles Modell über psychosoziale Faktoren von Gesundheit und politischer Beteiligung als Schlüssel zu gesundheitlicher (Un-)Gleichheit wird im Rahmen einer großen epidemiologischen Studie empirisch überprüft. Statistische Analysen sollen
 - (a) psychosoziale Muster identifizieren, die Bürgerengagement lärm betroffener Anwohnerinnen und Anwohnern bei lokalen Lärmpolitiken vorhersagen,
 - (b) die Rolle psychosozialer Faktoren als effektmodifizierende Variablen im Zusammenhang zwischen Straßenverkehrslärmbelastung und Bluthochdruck schätzen und
 - (c) soziale Unterschiede bei psychosozialen Faktoren und deren Beitrag zur Entstehung gesundheitlicher Ungleichheiten untersuchen.
2. Mögliche Implikationen der Projektergebnisse für eine am Vorsorgeprinzip orientierte Planungspraxis sollen mit Expertinnen und Experten auf der Schnittstelle zwischen Forschung und Praxis auf einem Workshop diskutiert werden.

Das Projekt beschreibt einen neuen Ansatz, der sozialepidemiologische und umweltpsychologische Erkenntnisse zur Bewertung umweltplanerischer Interventionen hinsichtlich ihrer Wirkung auf gesundheitliche Ungleichheiten integriert.

Das Projekt baut auf der Pilotstudie „Transforming noise action planning into an instrument for more health equity“ auf, die im Rahmen der M8 Postdoc Initiative der Universität Bremen gefördert worden war.

Dr. Dipl.-Ing. Natalie Riedel

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



© fotolia | Gina Sanders

Integration von Geschlecht in die Forschung zu umweltbezogener Gesundheit:

Aufbau einer fundierten Evidenzbasis für geschlechtersensible Prävention und umweltbezogenen Gesundheitsschutz – INGER

In der biomedizinischen Forschung und Praxis zu Umwelt und Gesundheit wird Geschlecht mit den vielfältigen biologischen und sozialen Dimensionen noch nicht angemessen berücksichtigt. Das Verbundprojekt INGER hat zum Ziel, innovative Methoden für eine geschlechtersensible quantitative Forschung zu umweltbezogener Gesundheit mit Bezug auf gendertheoretische Ansätze interdisziplinär zu entwickeln und zu erproben.

Innerhalb des Projekts wird dazu im ersten Schritt der aktuelle Forschungsstand ermittelt, inwiefern Geschlecht in der Forschung zu umweltbezogener Gesundheit bereits integriert wird. Darauf aufbauend werden neue Fragen bzw. Fragebogenmodule entwickelt und erprobt, um die Datenerhebung in populationsbasierten Studien zu umweltbezogener Gesundheit durch umfassende Erhebung von Sex/Gender-Dimensionen entsprechend gendertheoretischer Konzepte zu verbessern. Die Fragebogenmodule werden für Fragestellungen zur korporalen Schadstoffbelastung des Menschen bei der jährlichen Erhebung der Umweltprobenbank und für Fragestellungen zu gesundheitlichen Wirkungen von Luftschadstoff- und Lärmexpositionen sowie von Grünflächen als Gesundheitsressource der gebauten Wohnumwelt im Rahmen der Kohortenstudien der Kooperativen Gesundheitsforschung in der Region Augsburg (KORA) eingesetzt.

Um die Bedeutung von Sex/Gender für Umweltexpositionen und umweltbezogene Gesundheit zu quantifizieren, werden des Weiteren neue statistische Analysestrategien identifiziert und erprobt. Es soll eine Wissensbasis geschaffen werden, die als Grundlage dafür dienen kann, Sex/Gender-Aspekte in Umweltexpositionen und deren Gesundheitseffekten bei umweltbezogenem Gesundheitsschutz sowie Prävention und Gesundheitsförderung im Bereich Umwelt und Gesundheit besser zu berücksichtigen. Implikationen für die Praxis sollen aufgezeigt und Ansatzpunkte für weitergehende Forschung herausgearbeitet werden.

Für die erfolgreiche Umsetzung dieser Arbeitsziele umfasst das Verbundprojekt INGER dabei die Forschungs- und Anwendungsfelder Umweltepidemiologie, Umwelttoxikologie und Public-Health-Forschung zu Umwelt und Gesundheit. Führende Institutionen in diesen Forschungsbereichen arbeiten in dem Verbundprojekt zusammen: Neben der Universität Bremen (Institut für Public Health und Pflegeforschung, Abteilung Sozialepidemiologie), die die Koordination inne hat, sind das Helmholtz Zentrum München (Institut für Epidemiologie), das Umweltbundesamt Berlin (Fachgebiet II 1.2 Toxikologie, gesundheitsbezogene Umweltbeobachtung) und die Humboldt-Universität (Lehrstuhl Gender and Science) zu Berlin beteiligt.

Das Verbundprojekt wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung im Rahmen der Förderinitiative „Gesund – ein Leben lang“ unter dem Förderkennzeichen 01GL1713 für vier Jahre bis Mitte 2021 gefördert.

Weitere Informationen in Bolte et al. (2018) und unter <https://www.uni-bremen.de/inger>.

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

Sarah Nanninga M.Sc. & Prof. Dr. Gabriele Bolte MPH

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

AdvanceGender - Geschlechtersensible Gesundheitsberichterstattung

Methoden für einen geschlechtersensiblen Forschungsprozess in populationsbasierten Studien

Das Verbundprojekt AdvanceGender der Charité-Universitätsmedizin Berlin [Institut für Public Health], der Universität Bremen [Institut für Public Health und Pflegeforschung, Abteilung Sozialepidemiologie] und des Robert Koch-Instituts [Abteilung Epidemiologie & Gesundheitsmonitoring, Fachgruppe Gesundheitsberichterstattung] knüpft inhaltlich unmittelbar an die aktuelle internationale Forschung zur Integration von gendertheoretischen Konzepten in die quantitative gesundheitswissenschaftliche Forschung an. Das Anliegen von AdvanceGender ist die Entwicklung einer geschlechtersensiblen Gesundheitsberichterstattung, die theoretisch fundiert und empirisch basiert ist. Der gesamt-

forsehungprozess populationsbasierter Studien wird hinsichtlich der Geschlechtersensibilität analysiert und bewertet. Ziel ist die Entwicklung eines Best-Practice-Modells, durch das ein gendersensibler Forschungsprozess gefördert wird und welches die Verzahnung von Datenanalyse, Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsförderung bzw. Präventionsmaßnahmen verbessert.

Das Verbundprojekt wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung im Rahmen der Förderinitiative „Gesund – ein Leben lang“ unter dem Förderkennzeichen 01GL1710 für vier Jahre bis Mitte 2021 gefördert.

AdvanceDataAnalysis - Methodenentwicklung zur geschlechtersensiblen multivariablen Datenanalyse

Im Rahmen des Teilprojektes AdvanceDataAnalysis werden in der Abteilung Sozialepidemiologie am IPP gendersensible Datenanalysestrategien unter besonderer Berücksichtigung von Intersektionalitätsansätzen entwickelt und erprobt. Als Grundlage dient zunächst eine systematische Re-

cherche zu gendertheoretischen Konzepten und ihren Operationalisierungen in gesundheitswissenschaftlichen Datenanalysen. Die identifizierten Konzepte und Strategien für gendersensible multivariablen Datenanalysen werden bedarfsgerecht weiterentwickelt und im Rahmen multivariabler Datenanalysen in ausgewählten, für die Gesundheitsberichterstattung relevanten Themenfeldern angewendet. In Kooperation mit den Verbundpartnern werden schließlich die Impli-

kationen der Forschungsergebnisse für die Praxis einer gendersensiblen Gesundheitsberichterstattung aufgezeigt und Ansatzpunkte für weitergehende Forschung herausgearbeitet.

Emily Mena M.A. & Prof. Dr. Gabriele Bolte MPH

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

ZQP-Perspektivenwerkstatt zur Patientensicherheit in der ambulanten Pflege

Einleitung und Hintergrund

Der Begriff Patientensicherheit meint die Abwesenheit unerwünschter Ereignisse. Dies sind schädliche Vorkommnisse in der gesundheitlichen Versorgung, die eher auf der Behandlung denn auf der Erkrankung beruhen. Angestoßen durch den bereits 1999 veröffentlichten Bericht „To err is human: Building a Safe Health Care System“ des amerikanischen Instituts of Medicine haben sich auch in Deutschland in den letzten Jahren die Politik und Öffentlichkeit verstärkt dem Thema der Patientensicherheit gewidmet. Im Unterschied zur stationären Akutbehandlung in Krankenhäusern ist Patientensicherheit in der ambulanten Pflege kaum untersucht. Dies, obwohl hier aufgrund vielfältiger Umgebungsfaktoren und der Beteiligung diverser Akteure sowie Multimorbidität der Pflegebedürftigen das potenzielle Risiko für Fehleranfälligkeit besonders hoch sein dürfte. Insofern besteht ein erheblicher Nachholbedarf an entsprechender evidenzbasierter Forschung.

Das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP), Berlin, hat das Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Universität Bremen, und die Uni Bremen Campus GmbH daher beauftragt, eine fundierte Erhebung der Ausgangssituation durchzuführen.

Fragestellungen

Welche Kriterien und Instrumente zur Verbesserung der Patientensicherheit stehen in der ambulanten Pflege zur Verfügung, wie

können diese Instrumente eingesetzt werden und welche Empfehlungen lassen sich abschließend daraus ableiten?

Methoden

Zur Bearbeitung des Projektes wurde als Format eine Perspektivenwerkstatt eingerichtet, die mehrere operative Schritte vorsieht: In einem ersten Schritt wurde eine wissenschaftsbasierte Übersicht zur Datenlage nationaler sowie internationaler Verfahren zur Patientensicherheit in der ambulanten Pflege erstellt. Drei aufeinander folgende Fachkonferenzen zum Thema mit unterschiedlichen Expert*innen aus der Wissenschaft, der Verbandsebene sowie der Praxis ergänzen das Vorgehen. Das Gesamtergebnis wird im September 2018 im

Rahmen einer abschließenden Konferenz der Fachöffentlichkeit vorgestellt.

Vorläufige Ergebnisse

Die Ergebnisse sind vielschichtig. Vor allem die Themenkomplexe Medikation, Hygiene, Wundversorgung und Sturzereignisse weisen aufgrund der Literaturanalyse eine hohe Relevanz auf, wenn es darum geht, zentrale Risiken zu identifizieren. Eine weitere Herausforderung ist die Rolle der Angehörigen, die, zusammen mit dem Wirken der Pflegefachkräfte und den Pflegebedürftigen selbst, die Komplexität im Rahmen des Versorgungsprozesses deutlich erhöhen. Eine ethische Herausforderung ist für die Pflegefachkräfte die Ambivalenz, einerseits professionelles Pflegehandeln umsetzen zu müssen und andererseits den Anspruch auf Selbstbestimmung, Selbstorganisation und Eigenverantwortlichkeit von Angehörigen und Pflegebedürftigen entsprechend zu berücksichtigen. In diesem Zusammenhang spielt die Verantwortung der einzelnen Akteure eine wichtige Rolle. Sie ist aber durchaus differenziert



© fotolia | Photographee.eu

zu betrachten. Die Verantwortung sollte daher als Querschnittsaufgabe aller an der Versorgung beteiligten Akteure verstanden werden und nicht nur als jene der Pflegenden. Die Frage, wann die Verantwortung des einen Akteurs beginnt und die des anderen endet ist – wenn man so will – auch ein kommunikatives Schnittstellenrisiko. Deshalb konnte durch die Literaturanalyse die akteursübergreifende Kommunikation als Schlüsselement identifiziert werden. Eine Standardisierung der Kommunikationsprozesse zumindest an jenen Schnittstellen, an denen professionelle Dienstleister aktiv sind, könnte als Lösungsstrategie zur Verbesserung der Kommunikation dienen. Weitere wichtige Einflussfaktoren auf die Patientensicherheit sind die Qualifikation sowie das Wissen und die Kompetenzen von Pflegefachkräften. Entsprechende Inhalte müssen daher verstärkt in die Ausbildung als auch in Fort- und Weiterbildungsangeboten integriert werden. Besonders auffällig ist die hohe Prävalenz medikationsassoziierter Fehler im ambulanten Bereich. Eine Standardisierung des Medikationsprozesses könnte die Risiken ebenso verringern wie eine engere Absprache mit den verordnenden Hausärzt*innen und den Apotheken. Die Einführung des bundeseinheitlichen Medikationsplans kann diesbezüglich als Lösungsstrategie betrachtet werden.

Im Fazit hat zumindest für das ambulante Setting in Deutschland die Etablierung einer Sicherheitskultur bis dato nicht stattgefunden. Eine wesentliche Voraussetzung ist u.a. die Vorbildfunktion von Führungskräften, die eine Sicherheitskultur vorleben und in ihrer Organisation fest einrichten. Zusätzlich bedarf es konkreter Handlungsrahmen, Guidelines und Strukturvorgaben für Pflegedienste für die Etablierung einer Sicherheitskultur. Ein beteiligungsorientiertes Fehlermeldesystem, wie CIRS (Critical Incident Reporting System), wäre aufgrund positiver Erfahrungen – wie etwa in Bayern – durchaus denkbar.

Prof. Dr. Stefan Görres, Paulina Meinecke M.A. &

Dr. Caroline Warfelmann

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

Mail: p.meinecke@uni-bremen.de

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

Stabilität und Variation des Care-Mix in Pflegeheimen unter Berücksichtigung von Case-Mix, Out-come und Organisationscharakteristika (StaVaCare 2.0)

Einleitung

Die Ansprüche an die Versorgungsqualität in der stationären Langzeitpflege werden weiter steigen. Herausforderungen bei der erfolgreichen Umsetzung dieser Ansprüche sind die hohe Arbeitsverdichtung in Pflegeheimen, der aktuelle Fachkräftemangel sowie die Zunahme schwerstpflegebedürftiger und dementer älterer Menschen.

Seit dem 1. November 2017 fördert der GKV Spitzenverband Bund im Rahmen des Modellprogramms zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung gemäß § 8 Abs. 3 SGB XI das Forschungsprojekt StaVaCare 2.0 an der Universität Bremen. Die Leitung liegt bei Prof. Dr. Stefan Görres, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) zusammen mit Prof. Dr. Werner Brannath, Kompetenzzentrum für Klinische Studien (KKSb), Universität Bremen.

Die Studie zielt darauf ab, für Deutschland erstmals auf der Grundlage repräsentativer Daten die Zusammenhänge zwischen dem in Pflegeheimen an der pflegerischen Versorgung beteiligten Personal (Care-Mix), der Zusammensetzung der Heimbewohnerschaft (Case-Mix), ausgewählten gesundheitsbezogenen Outcomes der BewohnerInnen (Ergebnisqualität) und Organisationscharakteristika der Einrichtungen (Größe, Trägerschaft, Managementsystem usw.) zu identifizieren. Auf der Basis der Daten soll die Steuerbarkeit des Versorgungsprozesses verbessert werden mit dem Ziel, durch die an die Bedarfe der Pflegebedürftigen angepasste Mischung von Qualifikationen des Pflegepersonals eine optimale Versorgungsqualität zu erreichen.

Methoden

In der Beobachtungsstudie im Längsschnittdesign werden die Routinedaten von etwa 2.000 Bewohnerinnen und Bewohnern aus 40 Pflegeheimen über einen Zeitraum von zwölf Monaten untersucht. Eingeschlossen werden Pflegeeinrichtungen (nach § 71 SGB XI) mit vollstationärem Ver-

sorgungsauftrag in unterschiedlicher Trägerschaft, Lage und Größe mit niedrigen, mittleren oder hohen Personalanhaltszahlen in den Bundesländern Bayern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein.

Erwartete Ergebnisse

Erwartet werden für Deutschland erstmals repräsentative Daten zu den Zusammenhängen zwischen dem in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege an der pflegerischen Versorgung beteiligten Personal (Care-Mix), der Bewohnerzusammensetzung (Case-Mix), ausgewählten, gesundheitsbezogenen Outcomes der Bewohnerinnen und Bewohner (Ergebnisqualität) und den Organisationscharakteristika der Einrichtungen.

Im Einzelnen werden Ergebnisse zu folgenden, bisher weitestgehend unbeantworteten aber äußerst praxisrelevanten Aspekten erwartet:

- Bildung einer erstmals validen und belastbaren Datengrundlage für die stationäre Altenpflege in Deutschland durch Bestätigung der Erkenntnisse aus StaVaCare-Pilot im Rahmen der bundesweiten Betrachtung mit (signifikanten) Ergebnissen.
- Analyse weiterer Zusammenhänge zwischen Care-Mix-, Case-Mix und bewohnerInnenbezogenen Outcome Variablen und Beschreibung dieser mit geeigneten Modellen, ausgehend von StaVaCare-Pilot unter Berücksichtigung der Personalanhaltszahlen in den einbezogenen Bundesländern.
- Wesentlicher Erkenntnisgewinn durch die Identifikation von Zusammenhängen zwischen bewohnerInnenbezogenen Outcome-Variablen und Organisationscharakteristika.
- Herausstellung und Beschreibung von Organisationscharakteristika und Rahmenbedingungen, die zu (signifikant) positiven Outcome-Variablen führen.

- Identifizierung günstiger/ ungünstiger Konstellationen der Variablen Care-Mix, Case-Mix und Organisationscharakteristika im Hinblick auf das Outcome und darauf basierend die Entwicklung von Care-Mix-Modellen (wie Berufsbezeichnung bzw. Qualifikationsniveau) im Hinblick auf bestmögliche Outcome-Variablen.
- Bildung einer wesentlichen Grundlage zur Erhöhung der Steuerbarkeit des Verhältnisses von Care-Mix, Case-Mix und Outcome mit dem Ziel der
 - a) optimalen Mischung professioneller Pflege(fach)kräfte und nicht-professionellen Betreuungspersonals, um einer Über- und Unterversorgung entgegenzuwirken und
 - b) optimalen Auslastung von Einrichtungen.

Sekundär sind darüber hinaus Ergebnisse

- zur systematischen Optimierung bzw. Nutzung von Routinedaten,
- sowie die Identifikation relevanter Variablen zur Messung der bewohnerInnenbezogenen Ergebnisqualität neben den bereits aus StaVa-Care-Pilot bekannten Ergebnissen zu erwarten.

Fazit

Die Erkenntnisse der bis zum 31.10.2019 laufenden Studie sollen es erlauben, den Personaleinsatz auf ein neues rationales Fundament zu stellen, die Über- oder Unterversorgung bestimmter Personengruppen zu verhindern und damit die Kosteneffektivität des Personaleinsatzes zu optimieren, ohne

dabei die Ergebnisqualität zu beeinträchtigen.

Literatur: Ein Verzeichnis der verwendeten Literatur ist bei den Autor*innen erhältlich.

Prof. Dr. Stefan Görres, Sarah Leonhardt-Achilles M.A., Jennifer Müller-Wilckens & Carolin Schröer

Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Abt. 3 Interdisziplinäre Alterns- und Pflegeforschung
Mail: sgoerres@uni-bremen.de
www.ipp.uni-bremen.de/forschung/abteilung-3-interdisziplinäre-alterns-und-pflegeforschung

Prof. Dr. Werner Brannath, Dr. Katharina Schulte & Gesine Arndt

Universität Bremen, Kompetenzzentrum für klinische Studien Bremen
www.kksb.uni-bremen.de

QUALIFIKATIONSARBEITEN

Mental Health in context - Impact of social structures and the built environment on mental wellbeing and mental distress

Dissertation zur Bedeutung sozialer Strukturen und der gebauten Wohnumwelt für psychisches Wohlbefinden und psychische Belastungen

Hintergrund

Nicht nur individuelle Faktoren, sondern auch Faktoren der sozialen und gebauten Umwelt beeinflussen psychische Belastung und Krankheit und psychisches Wohlbefinden. Ziel dieser Dissertation war es, einen besseren Einblick in das Verhältnis zwischen individuellen Merkmalen, Faktoren der sozialen und gebauten Umwelt und mentaler Belastungen sowie mentalem Wohlbefinden zu erhalten.

Methoden

Die drei Zielsetzungen wurden durch vier konzeptionell unabhängige, aber themenorientiert zusammenhängende Studien verfolgt. Als Grundlage für diese Studien dienten die Daten der dritten Welle des European Quality of Life Surveys (2011-2012) und der Gesundheits-Monitoring-Einheiten in Bayern. Odds Ratios wurden durch Mehrebenen- und multivariate logistische

Regressionsanalysen berechnet. Zur Berechnung des relativen Risikos für die Inzidenz wurden Poisson-Regressionsanalysen verwendet.

Ergebnisse

Bei Erwachsenen waren sowohl materielle, als auch psychosoziale und sozio-demographische Faktoren unabhängig voneinander mit einem niedrigen psychischen Wohlbefinden assoziiert. Bei den Kindern zeigten die Analysen, dass einige Indikatoren der sozialen Benachteiligung der Familien mit psychischer Belastung zusammenhingen. Auf der Makro-Ebene wurden Ungleichheiten zwischen den Geschlechtern, zu Ungunsten von Frauen, in hohem psychischen Wohlbefinden unabhängig von weiteren individuellen sozio-demographischen Variablen und unabhängig von den Wohlfahrtsregimen, in denen die Menschen lebten, identifiziert. Auf der individuellen Ebene der gebauten Umwelt war die Exposition gegenüber Straßenverkehrslärm

am Tag oder nachts der Hauptrisikofaktor für psychische Belastungen bei Kindern.

Diskussion

Die Ergebnisse dieser Dissertation belegen eine Assoziation zwischen individuellen Faktoren, Aspekten der sozialen und gebauten Umwelt und psychischem Wohlbefinden und psychischer Belastung. Um effektive präventive Interventionen und Maßnahmen der Gesundheitsförderung zu planen, ist ein gründliches Verständnis der zugrunde liegenden Mechanismen und Wirkungsketten erforderlich. Weitere Studien sind erforderlich, um Kenntnisse über die Auswirkungen von (weiteren Aspekten) der sozialen und gebauten Umwelt und des psychischen Wohlbefindens auf die psychische Belastungen bei Erwachsenen und Kindern zu gewinnen, um die zugrunde liegenden Mechanismen zu identifizieren und gefährdete Gruppen für eine gezielte Prävention zu identifizieren.

Die Dissertation wurde kumulativ durch vier unabhängige, internationale wissenschaftliche Publikationen erstellt.

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

Dr. Stefanie Dreger

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

Neighbourhood context and its contribution to urban health inequalities

Dissertation zur Bedeutung des Kontextes für soziale Ungleichheiten bei Gesundheit im urbanen Raum

Hintergrund

Kontextfaktoren im Stadtteil und deren gesundheitliche Bedeutung sind in der epidemiologischen Forschung zunehmend von Interesse. Diese Dissertation untersuchte Zusammenhänge zwischen kleinräumigen Faktoren der gebauten Umwelt und individueller Gesundheit und deren Beitrag zu gesundheitlichen Ungleichheiten in Städten. Des Weiteren wurden neue Methoden zur Analyse von Umweltfaktoren, mit dem Fokus auf öffentliches Grün, und deren Verteilung nach sozioökonomischen Merkmalen von Stadtteilen angewandt.

Methoden

In einem systematischen Review und in zwei Multilevelanalysen mit Querschnittsdaten der Stadt München wurde untersucht, inwieweit Faktoren der gebauten Umwelt und die sozioökonomische Position des Stadtteils mit individueller Gesundheit assoziiert waren. In

zwei ökologischen Studien in Dortmund und München wurde untersucht inwieweit Luftverschmutzung und Lärmbelastung, sowie die Verfügbarkeit von öffentlichem Grün disproportional nach dem Grad der sozioökonomischen Benachteiligung von Stadtteilen verteilt waren.

Ergebnisse

Der systematische Review identifizierte eine sehr große Heterogenität an Definitionen, welche für die Berechnung der Variablen, insbesondere der gebauten Umwelt, verwendet wurden. Meist wurden gemischte Ergebnisse gefunden inwieweit die gebaute Umwelt und die sozioökonomische Position des Stadtteils mit gesundheitlichen Zielgrößen und Verhaltensweisen assoziiert waren. Die Multilevelanalysen zeigten, dass individuelle Faktoren, wie z.B. elterliche Bildung und elterliches Übergewicht, die wichtigsten Determinanten für kindliches Übergewicht waren. Jedoch klärten Faktoren der gebauten Umwelt zusätzliche

Varianz von Übergewicht zwischen Stadtteilen auf, wie z.B. die wahrgenommene Belastung durch Lärm und Luftverschmutzung oder durch fehlende Grünflächen sowie die objektive Verfügbarkeit von Spielflächen und Parkanlagen. Die zwei ökologischen Studien fanden eine sozioökonomisch ungleiche Verteilung von Luftverschmutzung und öffentlichen Grünflächen.

Diskussion

Diese Dissertation empfiehlt, dass Maßnahmen zur Gesundheitsförderung neben individuellen Determinanten auch zusätzlich Faktoren der unmittelbaren Stadtteillumwelt berücksichtigen sollten. Darüber hinaus kann eine sozioökonomisch ungleiche Verteilung von Umweltbelastungen und -ressourcen gesundheitliche Ungleichheiten im urbanen Raum verstärken.

Die Dissertation wurde kumulativ durch fünf unabhängige, internationale wissenschaftliche Publikationen erstellt. Die Referenzen der Publikationen sind online gelistet unter www.ipp.uni-bremen.de/veroeffentlichungen/ipp-info

Dr. Steffen Schüle

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

Eine qualitative Studie zur Anerkennung von Homosexualitäten in der Altenpflege

Dissertation

Die heute älteren, pflegebedürftigen homosexuellen Menschen sind kollektiv und individuell im unterschiedlichen Maß durch Zeiten geprägt, in denen sie weitestgehend gesellschaftlich stigmatisiert, diskriminiert und teils strafrechtlich verfolgt wurden. Aus ihren biografischen Erfahrungen resultieren Befürchtungen im Alter und in der Pflegebedürftigkeit erneut diskriminiert zu werden und ihre Autonomie zu verlieren (Schmauch und Braukmann 2007; Rat & Tat e. V. 2009; Gerlach und Szillat

2017). Über die reale Lebenssituation pflegebedürftiger lesbischer Frauen und schwuler Männer im Alter ist jedoch noch wenig bekannt. Dem Forschungsdesiderat begegnen die Autoren mit ihrer qualitativen Studie (Gerlach und Schupp 2017). Sie befragten 32 pflegebedürftige lesbische Frauen und schwule Männer sowie elf Pflegefachkräfte mit Erfahrung in der ambulanten und stationären Altenpflege homosexueller Menschen. Für die Grundlagenforschung, Datenauswertung und Theorie-

entwicklung boten sich die Methodologie der Grounded Theory (Strauss 1994; Strauss und Corbin 1996) sowie Elemente des integrativen Basisverfahrens nach Jan Kruse (2014) an.

Mit ihrer generierten Theorie der Anerkennung von Homosexualitäten in der Altenpflege schließen die Autoren an die philosophische Anerkennungstheorie von Axel Honneth (1994, 2013) und deren Übertragung in die Pflegewissenschaft durch Heiner Friesacher (2008) an. Hiernach umfasst die Anerkennung von Homosexualitäten einen Dreiklang, um den Identitätserhalt, das Wohlbefinden und die soziale Integration homosexueller Pflegebedürftiger zu fördern. Umgekehrt kann das Ausbleiben von Anerkennung auf einer oder mehreren Ebenen das Wohlbefinden beeinträchtigen, zum gesellschaftlichen Ausschluss und zur Unsichtbarkeit homosexueller Pflegebedürftiger führen.

Die Anerkennungstheoretischen Ausführungen von Honneth und Friesacher finden in kritischer Reflexion eine datenbasierte theoretische Erweiterung, bspw. können beruflich Pflegende in Abweichung zu Honneth durchaus als Bezugspersonen der emotionalen Zuwendung interagieren.

Wie die Autoren in ihrem Theorieentwurf zeigen, stellt eine am Subjekt orientierte Pflege sicher, dass die Homosexualität eines Menschen genauso wie andere Lebensaspekte in die Pfl-

gepraxis miteinbezogen wird. Jeweilige Identitäten werden gefördert und gestärkt, deren Sichtbarkeit erhöht sowie eine gesundheitliche Ungleichheit vermindert.

Die Dissertation wurde von Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck, Sprecherin der Abteilung 4 Qualifikations- und Curriculumforschung am Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen betreut. Eine gekürzte Fassung der Studie von Gerlach und Schupp wird in der Schriftenreihe IPP Pflege-

forschung (Hs. I. Darmann-Finck/S. Görres) im Peter Lang Verlag im Sommer 2018 veröffentlicht. Weitere Literatur online im Internet unter: www.ipp.uni-bremen.de

Dr. Heiko Gerlach

Dipl.-Pflegerwirt, systemischer Therapeut und Berater (SG) in Hamburg

Dr. Markus Schupp

Dipl. Sozialwissenschaftler, Referatsleiter in der Studienförderung der Hans-Böckler-Stiftung

Persönlichkeitsmerkmale von Auszubildenden der drei Pflegeberufe

Masterarbeit

Studien kommen zu dem Schluss, dass sich SchülerInnen, die eine Ausbildung in einem der drei Pflegeberufe, Altenpflege (AP), Gesundheits- und Krankenpflege (GKP) und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege (GKKP), absolvieren, nur bedingt auch eine Ausbildung in einem der jeweils anderen beiden Pflegeberufe vorstellen können (Bomball et al., 2010; Matthes, 2016). Dies lässt die Vermutung zu, dass sich die jungen Menschen bewusst für einen der drei Pflegeberufe entscheiden. Aus den unterschiedlichen Zielgruppen und Versorgungsbereichen der drei Pflegeberufe resultieren außerdem unterschiedliche persönliche Anforderungen an BerufsinteressentInnen. Die in der Masterarbeit durchgeführte Studie geht daher der Fragestellung „Gibt es Zusammen-

hänge zwischen Persönlichkeitsmerkmalen von SchülerInnen der Altenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege und der Wahl einer der drei Pflegeberufe?“ nach. Internationale Untersuchungen vielfältiger Berufe bestätigen die Annahmen persönlichkeitsorientierter Berufswahlkonzepte, wonach ein Zusammenhang zwischen der Persönlichkeit und der Berufswahl besteht (z.B. Kwon & Park, 2015; Torrance & Bugos, 2017). Zur Fragestellung der Arbeit existiert derzeit aber eine Forschungslücke.

Für die Beantwortung der Fragestellung wurde ein quantitatives Design gewählt. Im Rahmen einer Totalerhebung (N = 561) wurden im Zeitraum von Oktober bis November 2017 insgesamt

n = 324 SchülerInnen des ersten Semesters der Ausbildung in der AP, GKKP und GKP in vier norddeutschen Städten und 20 Pflegeschulen mit Hilfe der Persönlichkeitsstrukturtests Bochumer Inventar zur berufsbezogenen Persönlichkeitsbeschreibung-6 Faktoren (BIP-6F) und NEO-Fünf-Faktoren-Inventar (NEO-FFI) befragt. Die erhobenen Daten wurden anschließend mittels deskriptiver und analytischer Verfahren mit SPSS 22 ausgewertet (vgl. Holder & Kistel, 2018).

Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen, dass die Persönlichkeitsmerkmale aller drei Berufsgruppen sehr ähnlich ausgeprägt sind. Lediglich in den Dimensionen Stabilität (BIP-6F) ($p = 0,037$) und Verträglichkeit (NEO-FFI) ($p = 0,001$) unterscheiden sich die Merkmalsausprägungen zwischen der AP und der GKKP signifikant. Ein Zusammenhang zwischen den Persönlichkeitsmerkmalen und der Wahl eines der drei Pflegeberufe kann somit statistisch nicht hergestellt werden ($p > 0,05$) (vgl. Holder & Kistel, 2018). Die eingangs beschriebene Beobachtung, dass sich SchülerInnen größtenteils bewusst für einen der drei Pflegeberufe entscheiden, ist folglich aus der persönlichkeitsorientierten Sicht der Berufswahl nicht zu klären. Um die Berufswahlmotive Pflegenden für einen der drei Pflegeberufe zu verstehen, müssen weitere, beispielsweise das Wahlverhalten in unterschiedlichen sozialen Milieus berücksichtigende Berufswahlkonzepte in den Blick genommen werden (vgl. Seifert, 1977).

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

Lena Holder M.A. & Martina Kistel M.A.

Universität Bremen, Master Berufspädagogik Pflegewissenschaften
 Mail: lholder@uni-bremen.de
 Mail: m.kistel@uni-bremen.de

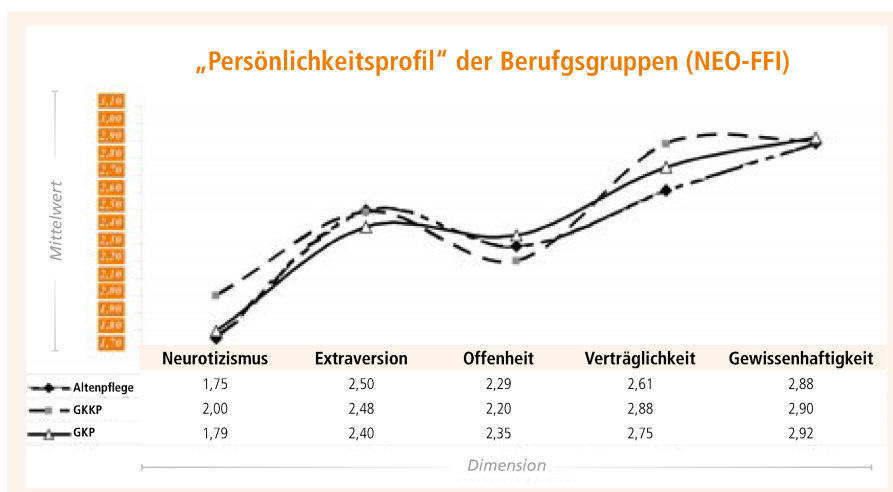


Abbildung 2: Mittelwerte der Dimensionen des NEO-FFI im Gruppenvergleich mit Wertetabelle

PERSONALIA & AKTUELLES

Neu am IPP: Prof. Dr. Benjamin Schüz



Prof. Dr. Benjamin Schüz | © Benjamin Schüz

Benjamin Schüz übernimmt Leitung der Abteilung 2 am IPP.

Prof. Dr. Benjamin Schüz ist seit 1.10.2017 neuer Sprecher der Abteilung 2 „Gesundheitsförderung und Prävention“ am Institut für Public

Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen. Die Abteilung beschäftigt sich mit angewandter Forschung zur Förderung von Gesundheit und gesundheitlich relevantem Verhalten über die Lebensspanne. Besondere Schwerpunkte in diesem Bereich sind dabei die Wechselwirkungen zwischen sozio-ökonomischen und psychosozialen Einflussgrößen auf Gesundheit und Gesundheitsverhalten sowie die Auswirkungen von Indikatoren sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit auf die Effekte psychosozialer Einflussgrößen auf Gesundheit.

Prof. Dr. Benjamin Schüz ist seit Oktober 2017 Universitätsprofessor für Public Health mit dem Schwerpunkt Gesundheitsförderung und Prävention am Fachbereich 11 für Human- und Gesundheitswissenschaften der Universität Bremen. Nach seinem Diplomstudium der Psychologie an der FU Berlin wurde Benjamin Schüz 2007 auch an der FU Berlin im Bereich Gesundheitspsycho-

logie promoviert. Seine Forschungsschwerpunkte auf der Erklärung und Veränderung gesundheitlich relevanter Verhaltensweisen konnte er im Rahmen von Post-Doc-Positionen an der Jacobs University Bremen und am Deutschen Zentrum für Altersfragen weiter ausbauen. Anschließend arbeitete er bis 2017 als Associate Professor an der University of Tasmania in Australien. Seine Forschung widmet sich der Frage, wie sich sozialstrukturelle Unterschiede in gesundheitlich relevanten Verhaltensweisen erklären und modifizieren lassen.

Prof. Dr. Benjamin Schüz

Universität Bremen, Sprecher der Abt. 2 Prävention und Gesundheitsförderung
Institut für Public Health und Pflegeforschung
Fachbereich 11 Human- und Gesundheitswissenschaften
Universität Bremen
Mail: benjamin.schuez@uni-bremen.de

Neues assoziiertes Mitglied des IPP:
Prof. Dr.-Ing. Sabine Baumgart

Prof. Dr. Sabine Baumgart | © Sabine Baumgart

Prof. Dr.-Ing. Sabine Baumgart ist seit März 2018 assoziiertes Mitglied des IPP und arbeitet eng mit der Abteilung Sozialepidemiologie zusammen.

Prof. Dr.-Ing. Sabine Baumgart ist Architektin/Bauassessorin und war bis Februar 2018 Fachgebietsleiterin des Fachgebiets Stadt und Regionalplanung, Fakultät Raumplanung der TU Dortmund. Seit vielen Jahren befasst sie sich in ihrer Forschung mit Fragen auf der Schnittstelle zwischen räumlicher Planung und Public Health. Sie ist Mitinhaberin des Büros BPW Baumgart+partner Stadtplanung Forschung Beratung, Bremen. Darüber hinaus ist sie als Fachpreisrichterin tätig. Weiterhin ist sie Mitglied in unterschiedlichen Fachorganisationen, u.a. Vereinigung für Stadt, Regional und Landesplanung e.V., Informationskreis Raumplanung, Architektenkammer Bremen, Editorial Advisory Board von disP, Mitglied der Arbeitsgruppe „Menschliche Gesundheit“ der UVP Gesellschaft, Fachkollegiatin im Bereich „Bauwesen und Architektur“ der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG, FK 410), Vize-

präsidentin der Akademie für Raumforschung und Landesplanung (ARL).

Bisher bestand bereits eine Zusammenarbeit mit der Abteilung Sozialepidemiologie in dem Forschungsprojekt AFOOT (siehe Seite 10) und in der Junior-Forschungsgruppe Salus (Stadt als gesunder Lebensort unabhängig von sozialer Ungleichheit, vgl. Beiträge in den Ausgaben IPP-Info 11 und 12). Diese interdisziplinäre Zusammenarbeit an der Schnittstelle von Public Health und räumlicher Planung im Sinne eines Health-in-All-Policies-Ansatzes für eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung wird nun intensiviert.

Prof. Dr. Gabriele Bolte

Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Abt. 5 Sozialepidemiologie
Mail: gabriele.bolte@uni-bremen.de

Prof. Annelie Keil mit dem Carola Gold-Preis für ihr herausragendes Engagement im Bereich der gesundheitlichen Chancengleichheit geehrt

Preisverleihung an Bremer Wissenschaftlerin im Rahmen des Kongresses Armut und Gesundheit

Im Rahmen der Abendveranstaltung des 23. Kongresses Armut und Gesundheit mit dem Schwerpunkt Health in All Policies wurde am 20. März 2018 der diesjährige Carola Gold-Preis verliehen. Der Preis wurde an Prof. Dr. Annelie Keil und an Prof. Gerhard Trabert für ihr besonderes Engagement für mehr gesundheitliche Chancengleichheit verliehen.

Prof. Dr. Annelie Keil ist Angehörige des Instituts für Public Health und Pflegeforschung (IPP) am Fachbereich 11 der Universität Bremen. Bis 2004 war Annelie Keil Professorin für Sozial- und Gesundheitswissenschaften und Dekanin des Fachbereiches 11 Human- und Gesundheitswissenschaften der Universität Bremen. „Den Menschen suchen und verstehen“ ist ein Motto der jahrzehntelangen gesundheitswissenschaftlichen Tätigkeit

von Annelie Keil. Mit ihrem großen wissenschaftlichen wie persönlichen Einsatz für gesundheitliche Chancengleichheit in vielen Themenfeldern von Gesundheit und Pflege ist Annelie Keil eine wichtige Impulsgeberin nicht nur für die Bremer Gesundheits- und Pflegewissenschaften. Gleichzeitig bietet sie mit ihrem Wirken Betroffenen und Angehörigen immer wieder konkrete Hilfestellung und Unterstützung. So beleuchtet sie z.B. in ihrem neuen Buch „Wenn das Leben um Hilfe ruft. Angehörige zwischen Hingabe, Pflichtgefühl und Verzweiflung“ die Situation von pflegenden Angehörigen. Die Laudatio für Annelie Keil anlässlich der Preisverleihung hielt Ulrike Hauffe, Landesbeauftragte für Frauen des Landes Bremen a. D.: „Wenn Professorin Annelie Keil hier und heute mit dem Carola Gold-Preis ausgezeichnet wird,

dann stimmt alles: Der Kongress Armut und Gesundheit als thematischer Rahmen repräsentiert ihre Arbeit. Und die Namensgeberin mit ihrem Engagement zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Menschen in schwieriger sozialer Lage passt auch zu dem, was Annelie Keil fast tagtäglich macht - und das seit Jahrzehnten.“ (U. Hauffe am 20.03.2018)

Seit 2013 wird der Carola Gold-Preis an Menschen verliehen, die sich wie die Namensgeberin des Preises mit besonderer Ausdauer und Hingabe für die Bekämpfung gesundheitlicher Chancengleichheit einsetzen.

(Quellen: Marion Amler, Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.; <http://www.armut-und-gesundheit.de/Carola-Gold-Preis-2018.2170.0.html>; <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/?artikel2=1128>)

Informationen & Kontakt:
www.anneliekeil.de

Heike Mertesacker MPH

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



Prof. Dr. Annelie Keil

© Gesundheit Berlin-Brandenburg | Foto: André Wagenzik

VERANSTALTUNGEN

13. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie (DGEpi):

„In Extremen leben – aus Extremen lernen“, 26. - 28.09.2018 in Bremen

Tagungspräsidium: Prof. Dr. Hajo Zeeb, Prof. Dr. Ulrike Haug, Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie - BIPS; Prof. Dr. Gabriele Bolte, Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen

In diesem Jahr wird die Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie gemeinsam vom Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie - BIPS und dem Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen ausgerichtet. Bremen ist einer der großen Lehr- und Forschungsstandorte der Epidemiologie in Deutschland. Seit 2014 bietet die Universität Bremen als einer von vier Standorten in Deutschland einen Studiengang Master of Science Epidemiologie an. Am IPP sind in der epidemiologischen Forschung und Lehre Wissenschaftler*innen der

Abteilung Sozialepidemiologie und der AG Epidemiologie des demographischen Wandels aktiv.

Mit dem übergreifenden Tagungsthema „In Extremen leben - aus Extremen lernen“ sollen gezielt Aspekte von Forschung und Lehre zusammengebracht werden. Extreme können hierbei extreme Expositionen und Gesundheitsgefährdungen sein, epidemiologische Studien zu besonderen Bevölkerungsgruppen und ihre gesundheitliche Lage wie auch extreme Konstellationen von Daten und die damit verbundenen Herausforderungen der statistischen Analyse. Für die Jahrestagung konnten namhafte internationale Expertinnen und Experten für Plenarvorträge gewonnen werden. Beispielsweise wird Dr. Larry Engel, Department of Epidemiology, Gillings School of Global Public Health, University of North Carolina, Chapel Hill, USA, die groß angelegte Langzeitstudie

Gulf Long-term Follow-up Study (GuLF STUDY) zu den gesundheitlichen und sozialen Auswirkungen der Ölkatastrophe im Golf von Mexiko auf die Bevölkerung präsentieren. Dr. Sandra Feodor Nilsson, Copenhagen University Hospital, Mental Health Centre Copenhagen & IPSYCH – The Lundbeck Foundation Initiative for Integrated Psychiatric Research, Dänemark, wird ihre epidemiologische Forschung zur gesundheitlichen Situation von marginalisierten, obdachlosen Menschen in Industrienationen aus einer Public Health-Perspektive vorstellen.

Zudem soll die Jahrestagung zu einer intensiven Beschäftigung mit Fehlern, Misserfolgen und Pannen in epidemiologischer Forschung beitragen, um so gemeinsam neue Erkenntnisse für bessere Forschung zu gewinnen. Es werden rund 250 Beiträge zu nationalen und internationalen epidemiologischen Studien erwartet.

Weitere Informationen zur Jahrestagung unter: www.dgepi2018.de

Prof. Dr. Gabriele Bolte MPH

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

„Future Challenges for Global Disaster Risk Management – Evidence based Research and Powerful Competencies Needed for Nurses“

The 5th Research Conference of World Society of Disaster Nursing, 18. - 19.10.2018 in Bremen, Germany

Veranstalter: Präsidentin der World Society of Disaster Nursing Prof. Dr. Aiko Yamamoto und Prof. Dr. Stefan Görres, Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen

Die Zahl der Katastrophen nimmt weltweit zu, 75% der Weltbevölkerung haben bereits ein Katastrophenerlebnis durchleben müssen. Jüngere Beispiele sind schwere Erdbeben wie in Nepal 2015 und in Mexiko 2017. Vermehrt sind auch Europa bzw. Deutschland von Katastrophen betroffen: beispielhaft sind hier Überflutungen, Hitzeperioden, schwere Stürme und Erdbeben zu nennen. Zu den primär von Menschen

verursachten Desastern werden neben dem Klimawandel Massenunfälle und Terrorismusbedrohungen und vor allem kriegerische Auseinandersetzungen gezählt, die enorme Flüchtlingsströme bedingen und auf diesem Wege zu Sekundärfolgen führen. Ein Beispiel ist jüngst die grenzüberschreitende Flüchtlingsituation in Afrika und Syrien und die zu spürenden Folgen in den direkten Nachbarländern, aber auch in Europa. Katastrophen haben einen direkten oder indirekten Einfluss auf die Gesundheit: regelmäßig kommt es zu erhöhter Sterblichkeit, zu einer gestiegenen Frequenz von Erkrankungen und schließlich zum Entzug der Lebensgrundlagen.

Seit Jahren befasst sich die Abt. 3 „Interdisziplinäre Alters- und Pflegeforschung“ des Instituts für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen unter der Leitung von Prof. Dr. Stefan Görres mit diesem Gegenstand, er ist Mitglied der WSDN und im Board of Directors vertreten. Die internationalen Konferenzen der WSDN finden alle zwei Jahre statt – in der Vergangenheit in Japan, Wales, China und Indonesien. Ziel der Welttagung ist es, internationale Expert*innen der Wissenschaft und Praxis einzuladen, um diese mit dem Standort Bremen vertraut zu machen und den internationalen Diskurs anzuregen. Dazu werden unter anderem Vertreter*innen aus Japan, China, Indonesien, Korea, Thailand, UK und den USA erwartet.

Informationen und Anmeldung unter: <https://wsdn2018.de>

Prof. Dr. Stefan Görres & Paulina Meinecke M.A.,

Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Abt. 3 interdisziplinäre Alters- und Pflegeforschung
www.ipp.uni-bremen.de/forschung/abteilung-3-interdisziplinäre-alterns-und-pflegeforschung

PUBLIKATIONEN

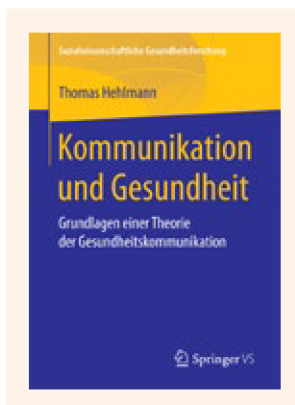


Susanne Fleckinger (2018).

Hospizarbeit und Palliative Care. Zum wechselseitigen Arbeitsverhältnis von Haupt- und Ehrenamt. Reihe sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung.

Wiesbaden: Springer VS

In ihrer Dissertation an der Alpen-Adria-Universität Klagenfurt/Graz/Wien beleuchtet Susanne Fleckinger das Verhältnis zwischen haupt- und ehrenamtlich Tätigen in Hospizarbeit und Palliative Care. Hierzu befragte sie die beteiligten Akteure und ging der Frage nach, welche Bedeutung dem Ehrenamt in den unterschiedlichen Versorgungsbereichen zukommt. Im Ergebnis wird deutlich, dass sich Haupt- und Ehrenamt zwar durchaus ergänzen, zugleich aber grundsätzlich unterschiedlichen Handlungslogiken folgen. Eine gelingende Zusammenarbeit scheint vor allem dann möglich, wenn diese zum Gegenstand der kontinuierlichen Aushandlung der Sorgepraxis in der konkreten Einrichtung gemacht wird. Dafür allerdings ist es notwendig, dass der Zusammenarbeit von Ehrenamt und Hauptamt mehr Raum im Rahmen der Aus- und Weiterbildung eingeräumt wird.



Thomas Hehlmann (2018).

Kommunikation und Gesundheit. Grundlagen einer Theorie der Gesundheitskommunikation. Reihe sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung.

Wiesbaden: Springer VS

Wenn von Gesundheitskommunikation die Rede ist, dann wird darunter in aller Regel das persönliche Übermitteln gesundheitsrelevanter Informationen im Rahmen der Arzt-Patienten-Kommunikation oder die

mediengestützte Übermittlung gesundheitsförderlicher Botschaften verstanden. Der vorliegende Band stellt diesem eher funktionalistisch-technischen Ansatz eine sprachphilosophisch und erkenntnistheoretisch ausgerichtete Perspektive an die Seite und erweitert so den aktuellen gesundheitswissenschaftlichen Blick auf Gesundheitskommunikation. Auf diese Weise gerät dann nicht mehr nur die Informationsübermittlung, sondern vor allem auch die kreative Ausgestaltung der Beziehungen der Gesprächspartner*innen in den Mittelpunkt einer Theorie gesundheitlich bedeutsamer Wirkungen von Kommunikation. Die Arbeit eröffnet so eine theoretisch hoch informierte Perspektive auf Gesundheitskommunikation und zugleich auch vielfältige theoretische und empirische Anschlussmöglichkeiten.



Nadine Ochmann (2018).

Gesundheit hinter Gittern: Gesundheitsförderung und -versorgung aus Sicht von inhaftierten Frauen. Reihe sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung.

Wiesbaden: Springer VS

Nadine Ochmann untersucht das Gesundheitsverständnis und -verhalten inhaftierter Frauen sowie die gesundheitsförderlichen Bedingungen in Gefängnissen. Dazu wurden Insassinnen sowohl nach ihren subjektiven Einstellungen und individuellen Bedürfnissen befragt als auch nach ihren Erfahrungen mit der gesundheitlichen Versorgung. Dabei zeigen inhaftierte Frauen einerseits ein großes Interesse an ihrer eigenen Gesundheit und ihr Gesundheitsverhalten verbessert sich in der Haft. Andererseits verschlechtert sich jedoch ihr Gesundheitszustand, insbesondere das psychosoziale Wohlbefinden. Die Autorin zeigt, dass intramurale Gesundheitsförderung möglich und in mehreren Bereichen bereits vorhanden ist. Großes Verbesserungspotenzial besteht insbesondere im Hinblick auf die (gesundheitlichen) Bedürfnisse der Selbstbestimmung und der Partizipation.



Simon Egbert, Henning Schmidt-Semisch, Katja Thane & Monika Urban (2018).

Drogentests in Deutschland. Eine qualitative Studie.

Wiesbaden: Springer VS

Das Buch nimmt eine qualitative Bestandsaufnahme von Drogentestanwendungen in Deutschland vor und fragt dabei nach ihren Kontexten, ihrer Durchführung und ihren Folgen. Von besonderem Interesse ist dabei die Frage nach den spezifischen Intentionen (Anwendungsrationalitäten) der jeweiligen Drogenkonsumkontrollen, die für unterschiedliche soziale Felder – Soziale Arbeit, Schule und Arbeitsplatz – vertiefend untersucht werden. Zugleich werden kontextspezifische und -übergreifende Folgen für die getesteten Individuen und die Wirkungen der Testpraxen auf die Anwendungskontexte selbst beschrieben und analysiert.



Maria Stefani (2018).

Die Macht des pflegeberuflichen Alltags. Subjektive Konstruktionen im Gesundheitsverhalten von Pflegefachpersonen.

Wiesbaden: Springer VS

Ausgangspunkt der hier veröffentlichten Dissertationsschrift ist die Aufklärung eines Paradoxons: Pflegefachpersonen, eine Berufsgruppe mit hoher Gesundheitskompetenz, sind überdurchschnittlich von Gesundheitsstörungen betroffen. Widersprüchlich erscheint auch, dass für diese Adressaten Angebote des betrieblichen Gesundheitsmanagements häufig unwirksam bleiben. In diesem Zusammenhang erforscht die qualitative Interviewstudie subjektive Gesundheitskonstruktionen der Zielgruppe. Mit Blick auf das private Gesundheitsverhalten von Pflegefachpersonen setzt die Untersuchung bei den subjektiven Gesundheitsvorstellungen an und selektiert kollektive Muster der Gesundheitsdeutungen dieser sozialen Gruppe. Auf dieser Basis wird eine empirisch begründete Theorie entwickelt, die untersuchungsrelevant die Toleranz ambivalenter Handlungsmuster im Gesundheitsverhalten von Pflegeberuf und Privatleben im Deutungsmuster der Berufsgruppe eingeleitet. Der Praxisbezug der Studienergebnisse wird konkretisiert durch die Abgrenzung von vier Typen von Gesundheitsverhalten und die Darstellung praktischer Implikationen für die Konzeption subjektorientierter Gesundheitsangebote.

Publikationen in Fachzeitschriften mit Peer-Review (bis Juni 2018)

Die nachfolgende Liste gibt einen Überblick über die aktuellsten Publikationen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des IPP in nationalen und internationalen Journals. Alle Veröffentlichungen aus dem IPP in dieser und allen weiteren Publikationskategorien finden Sie für das Jahr 2018 und für die Vorjahre unter: www.ipp.uni-bremen.de/veroeffentlichungen/publikationen

Bolte, G.; David, M.; Dębiak, M.; Fiedel, L.; Hornberg, C.; Kolossa-Gehring, M.; Kraus, U.; Lätzsch, R.; Paeck, T.; Palm, K.; Schneider, A., 2018: *Integration von Geschlecht in die Forschung zu umweltbezogener Gesundheit. Ergebnisse des interdisziplinären Forschungsnetzwerks Geschlecht – Umwelt – Gesundheit (GeUmGe-NET)*, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2018, 61 (6), S. 737 - 746, doi:10.1007/s00103-018-2745-8

Bolte, G.; Bunge, C.; Hornberg, C.; Köckler, H., 2018: *Umweltgerechtigkeit als Ansatz zur Verringerung sozialer Ungleichheiten bei Umwelt und Gesundheit*, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2018, 61 (6), S. 674 - 683, doi:10.1007/s00103-018-2739-6

Booth, A.; Noyes, J.; Flemming, K.; Gerhardus, A.; Wahlster, P.; Van der Wilt, G.; Mozygemba, K.; Re-folo, P.; Sacchini, D.; Tummers, M.; Rehfuess, E., 2018: *Structured methodology review identified seven (RETREAT) criteria for selecting qualitative evidence synthesis approaches*, in: Journal of Clinical Epidemiology (99), S. 41 - 52, doi:10.1016/j.jclinepi.2018.03.003

Gansen, F., 2018: *Health Economic Evaluations Based on Routine Data in Germany: A Systematic Review*, in: BMC Health Serv Res 18: 268

Herr, R.; Barrech, A.; Riedel, N.; Gündel, H.; Angerer, P.; Li, J., 2018: *Long-term effectiveness of stress management at work: Effects of changes in perceived stress reactivity on mental health and sleep problems seven years later*, in: International Journal of Environmental Research and Public Health, 15 (2), S. 255, doi:10.3390/ijerph15020255

Höppner, G.; Urban, M., 2018: *Where and How Do Aging Processes Take Place in Everyday Life? Answers From a New Materialist Perspective*, in: Front. Sociol., 3 (7), doi:10.3389/fsoc.2018.00007

Lehne, G.; Zeeb, H.; Pischke, C.; Mikolajczyk, R.; Bewick, B.; McAlaney, J.; Dempsey, R.; van Hal, G.; Stock, C.; Akvardar, Y.; Kalina, O.; Orosova, O.; Aguinaga-Ontoso, I.; Guillen-Grima, F.; Helmer, S., 2018: *Personal and perceived peer use and attitudes towards use of non-prescribed prescription sedatives and sleeping pills among university students in seven European countries*, in: Addictive Behaviors, 87, S. 17 - 23, doi:10.1016/j.addbeh.2018.06.012

Mena, E.; Kroll, L.; Maier, W.; Bolte, G., 2018: *Gender inequalities in the association between area deprivation and perceived social support: A cross-sectional multilevel analysis at the municipality level in Germany*, in: BMJ Open, 8, e019973, doi:10.1136/bmjopen-2017-019973

Nanninga, S.; Lhachimi, S.; Bolte, G., 2018: *Impact of public smoking bans on children's exposure to tobacco smoke at home: a systematic review and meta-analysis*, in: BMC Public Health 18:749, doi: 10.1186/s12889-018-5679-z

Pulst, A.; Justus, I.; Schmiemann, G., 2018: *Kommunikation zwischen Apothekern und Ärzten bei potenziell schweren Arzneimittelinteraktionen*, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift, 143 (04), S. 18 - 24, doi:10.1055/s-0043-122713

Pulst, A.; Hoffmann, F.; Dehlfing, A.; Schmiemann, G., 2018: *Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit bei Heimbewohnern mit chronischer Niereninsuffizienz*, in: Z Allg Med, 94 (2), S. 58-63

Riedel, N.; Köckler, H.; Scheiner, J.; van Kamp, I.; Erbel, R.; Loerbroks, A.; Claßen, T.; Bolte, G., 2018: *Home as a place of noise control for the elderly? A cross-sectional study on potential mediating effects and associations between road traffic noise exposure, access to a quiet side, dwelling-related green and noise annoyance*, in: International Journal of Environmental Research and Public Health, 15 (5), doi:10.3390/ijerph15051036

Rieks, S.; Gerhardus, A., 2018: *Finanzierung der Gesundheitsforschung in Deutschland*, in: Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 61(7), 864-871, 10.1007/s00103-018-2760-9

Urban, M., 2018: *Ageing as Social and Cultural Praxis. Orders – Relationships – Materiality“ A book review on: Endter, C., Kienitz, S. (2017). Alter(n) als soziale und kulturelle Praxis. Ordnungen – Beziehungen – Materialitäten.*, in: Front. Sociol. doi:10.3389/fsoc.2018.00008



IPP-Info, Ausgabe 15, 12. 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. Stefan Görres, Prof. Dr. Ansgar Gerhardus.

KONTAKT: Heike Mertesacker MPH, Universität Bremen, Geschäftsstelle des Instituts für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Fachbereich 11, Grazer Straße 4, 28359 Bremen, Tel: +49 (0) 421 218-68980, Mail: hmer-tesa@uni-bremen.de, www.ipp.uni-bremen.de

REDAKTION: Prof. Dr. Gabriele Bolte, Heike Mertesacker MPH.

BEITRÄGE: Gesine Arndt, Prof. Dr. Gabriele Bolte, Prof. Dr. Werner Brannath, Tanja Brüchert M.A., Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck, Dominik Domhoff M.A., Dr. Stefanie Dreger, Dr. Susanne Fleckinger, Simon Egbert, Dr. Heiko Gerlach, Prof. Dr. Stefan Görres, Dr. Thomas Hehlmann, Lisa Karla Hilz M.A., Lena Holder M.A., Christopher Jones M.Sc., Martina Kistel M.A., Julian Klinger, Eugenia Lajrow, Gesa Lehne M.A., Sarah Leonhardt-Achilles M.A., Pauli-na Meinecke M.A. PH, Emily Mena M.A., Heike Mertesacker MPH, Jennifer Müller-Wilckens, Sarah Nanninga M.Sc., Dr. Nadine Ochmann, Dr. Natalie Riedel, Prof. Dr. Wolf Rogowski, Prof. Dr. Henning Schmidt-Semisch, Dr. Friedrich Schorb, Carolin Schröder, Dr. Steffen Schüle, Dr. Katharina Schulte, Dr. Markus Schupp, Prof. Dr. Benjamin Schütz, Kathrin Seibert M.Sc., Maria Stefani, Dr. Katja Thane, Dr. Mona Urban, Frauke Wichmann, Dr. Caroline Warfelmann, Prof. Dr. Karin Wolf-Osternann.

REDAKTIONSSCHLUSS DER VORLIEGENDEN AUSGABE: 03.05.2018

AUFLAGE: 1000 Stück

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

DRUCK: Druckerei der Universität Bremen

BILDNACHWEIS: S. 1: fotolia (BitBot, majivecka) | S. 5: fotolia (Maciej Bledowski) | S. 9: fotolia (kasto) | S. 11: IPP | S. 13: fotolia (Gina Sanders) | S. 15: fotolia (Photographee.eu) | S. 19: IPP | S. 20: Benjamin Schütz | S. 20: Sabine Baumgart | S. 21: Anré Wagenzik | S. 23: Buchcover / IPP

ERSCHEINUNGSWEISE: 1x jährlich

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

→ BESTELLADRESSE PRINTAUSGABE:

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

→ ONLINEAUSGABE UNTER:

www.ipp.uni-bremen.de/veroeffentlichungen/ipp-info



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

