

SCHWERPUNKTTHEMA

Soziologische Perspektiven für Public Health

INHALT

- Editorial | Seite 01
- Schwerpunktthema** | Seite 02
- Aktuelle Projekte | Seite 10
- Transfer | Seite 17
- Qualifikationsarbeiten | Seite 20
- Personalia & Aktuelles | Seite 22
- Veranstaltungen | Seite 25
- Buchpublikationen | Seite 26/27
- Publikationen in Journals | Seite 27/28
- Impressum | Seite 28

Editorial

Liebe Leserin, lieber Leser,

Public Health beschäftigt sich als Multidisziplin in vielfältiger Weise mit den Wechselverhältnissen von Gesundheit und Gesellschaft. Ein soziologischer Blick kann dabei zwei idealtypisch zu unterscheidende Perspektiven einnehmen: Einerseits eine eher anwendungsorientierte ‚Soziologie in Public Health‘, die insbesondere den Gesundheitszustand der Bevölkerung oder einzelner Bevölkerungsgruppen zu beschreiben, zu erklären und zu verbessern sucht. Es handelt sich hierbei um eine soziologische Perspektive, die vor allem für Gesundheitsversorgung, Gesundheitsförderung und Prävention von großer Bedeutung ist. Andererseits nimmt eine eher reflektierende ‚Soziologie der Public Health‘ v.a. soziale und politische Dynamiken in den Blick und untersucht, wie diese mit Public Health Interventionen, ihren Begriffen oder ihren Forschungsfeldern interagieren. Sie beschäftigt sich z. B. mit Fragen wie: Welche sozialen und gesundheitlichen Dynamiken werden von Public Health aufgegriffen? Welchen Einfluss hat Public Health auf soziale Phänomene?

So kann man z. B. hinsichtlich der 2019 eingeführten Impfpflicht gegen Masern, die u. a. ein Bußgeld von 2.500 Euro bei Nichtbefolgung vorsieht, soziologisch in zwei unterschiedliche Richtungen denken: Die ‚Soziologie in Public Health‘ fragt danach, ob mit dieser (strafbewehrten) Impfpflicht eine höhere Impfquote, die Schließung von Impfücken und in der Konsequenz ‚Herdenimmunität‘ erreicht werden kann, oder welche Interventionen bei welcher Bevölkerungsgruppe erfolgversprechender erscheinen. Sie folgt also einer spezifischen Public Health-Rationalität und zielt daher auf eine möglichst wirksame Intervention im Sinne einer höheren Impfquote.

Die ‚Soziologie der Public Health‘ hingegen fragt danach, was diese Impfpflicht über die Entwicklung der Gesellschaft und die darin handelnden Akteure aussagt: Auf welchen Gesundheitsbegriff beziehen sich z. B. Impfgegner*innen einerseits und -befürworter*innen andererseits? Mit welchen Argumenten und Metaphern werden die jeweiligen Interessen in die Debatte eingebracht und inwiefern moralisieren oder tabuisieren sie andere Positionen? Steht die strafbewehrte Impfpflicht für eine normative Verschiebung, wonach in der ‚Gesundheitsgesellschaft‘ zukünftig auch

andere gesundheitsabträgliche Verhaltensweisen mit Sanktionen belegt werden?

Gerade die letzte Frage stellt sich z. B. im Kontext der Corona-Krise mit neuer Dringlichkeit, wenn z. B. ein gemeinsames Eis-Essen zu Dritt auf einer Parkbank mit empfindlichen Geldbußen geahndet wird, weil dieses Verhalten in Zeiten der Krise als Präventionsverweigerung bzw. als gesundheitsgefährdend gilt. Zwar ist es zur Zeit der Abfassung dieses Editorials (Anfang Mai 2020) zweifellos zu früh, um soziologische Forschungsergebnisse mit Blick auf die in der Krise getroffenen Public Health-Maßnahmen und die damit bewirkten sozialen, auch langfristigen Veränderungen zu präsentieren. Aber die soziologischen Fragestellungen liegen auf der Hand: Die anwendungsorientierte ‚Soziologie in Public Health‘ wird z. B. danach fragen, wie sich die einschneidenden Maßnahmen im sozialen Nahraum auswirken, wie Akzeptanz für solche Maßnahmen erzeugt, aber auch erhalten werden kann und wie Schäden für vulnerable Gruppen verhindert oder zumindest minimiert werden können. Eine eher reflexive ‚Soziologie der Public Health‘ wird sich hingegen z. B. mit dem Werte- bzw. Risikokonflikt zwischen ‚Gesundheit‘ auf der

einen und ‚Ökonomie‘ und ‚Freiheit‘ auf der anderen Seite befassen; mit der Frage, ob und wie sich gesundheits- und ordnungspolitische Maßnahmen, aber auch soziale und gesundheitliche Ungleichheiten durch die Krise verändern; oder auch damit, wie Covid-19 unsere Gesundheitsvorstellungen und -ängste, unsere nonverbale Kommunikation, unsere Vorstellungen von abweichendem Verhalten und unsere Akzeptanz für Soziale Kontrolle kurz- und langfristig beeinflusst usw.

Beide Perspektiven sind für Public Health äußerst wertvoll. Ein Blick in die Literatur der vergangenen Jahre zeigt jedoch, dass soziologische Arbeiten im Kontext von Public Health in aller Regel der ersten, also der anwendungsorientierten Perspektive zuzuordnen sind. Um den Gewinn auch der zweiten Perspektive zu unterstreichen, rückt das vorliegende Heft die ‚Soziologie der Public Health‘ in den Vordergrund.

Sophie Rubschleit

Prof. Dr. Henning Schmidt-Semisch

Dr. Friedrich Schorb

Dr. Monika Urban

Dr. Martina Wachtlin

Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Abt. Gesundheit & Gesellschaft
www.ipp.uni-bremen.de/abteilungen/gesundheits-&-gesellschaft

SCHWERPUNKTTHEMA

Gesundheitsdiskurse und Public Health

Als Brigitte Ruckstuhl 2011 ihr Buch ‚Gesundheitsförderung. Entwicklungsgeschichte einer neuen Public-Health-Perspektive‘ abschloss, war eines ihrer Ergebnisse, dass eine konsensuale (wissenschaftliche) Definition von Gesundheit bis heute fehlt. Stattdessen existiert eine Vielzahl an Aussagen zu und Definitionen von Gesundheit: Von der funktionalistischen Perspektive Talcott Parsons, für den Gesundheit insbesondere die Erfüllung gesellschaftlicher Rollen bedeutete, über das ‚Leben im Schweigen der Organe‘ (René Leriche) und Antonovskys Kohärenzgefühl bis hin zur Definition der WHO (1946), wonach Gesundheit „der Zustand des völligen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens [...] und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen“ ist. Diese unterschiedlichen Ansätze und Definitionen werden zudem durch die je subjektiven Gesundheitsvorstellungen und -ziele der Menschen in ihrem alltäglichen Leben ergänzt, kombiniert und abgeändert. Insofern könnte man Ruckstuhl dahingehend pointieren, dass sich Gesundheit vor allem als heterogene Zuschreibung für bestimmte Zustände, Umwelteinflüsse oder Verhaltensweisen erweist: ‚Gesund‘ wäre dann das, was Menschen so bezeichnen.

Allerdings erfolgt mit der Nutzung der Begriffe ‚Gesundheit‘ und ‚gesund‘ nicht nur eine Zuschreibung, sondern immer auch eine normative Wertung der bezeichneten Sachverhalte: Gesundheitsdiskurse verhandeln den Grenzverlauf zwischen ‚gesund‘ und ‚ungesund‘, d. h. sie legen nicht nur fest, was oder wer ‚gesund‘,

sondern immer auch, was oder wer ‚nicht gesund‘ ist. Indem sie dies tun, produzieren Gesundheitsdiskurse genau das, was sie zugleich als vermeintlich gegeben voraussetzen, nämlich eine spezifische Qualität von ‚gesunden‘ im Vergleich zu ‚ungesunden‘ Dingen, Zuständen, Verhaltensweisen, Personen etc. Das heißt, sie unterstellen, es bestehe die Möglichkeit, den Verlauf der Grenze ‚eindeutig‘ zu beschreiben, obwohl genau dieser Verlauf der zentrale Verhandlungsgegenstand von Gesundheitsdiskursen ist (etwa wenn darüber gestritten wird, ab welchem BMI ein Gesundheitsrisiko einsetzt oder ob ‚Burn-out‘ ein eigenes Krankheitsbild ist). So gesehen handelt es sich bei Gesundheit grundsätzlich nicht um allgemeingültige oder objektive, sondern stets um je historische, gleichermaßen normative wie partikulare Vorstellungen oder auch ‚Gesundheitserzählungen‘ (Schmidt 2017).

Dieser Aspekt von Gesundheit ist keineswegs trivial, denn er verweist darauf, dass Gesundheit an Macht gebunden ist: Welche Gesundheitsthemen auf der politischen Agenda stehen, wessen Gesundheitsvorstellungen dominieren und welche Maßnahmen ergriffen werden, entscheidet sich an den Machtverhältnissen, also daran, welchen Akteuren es gelingt, ihre Themen (machtvoll) öffentlich zu platzieren.

Die Machtgebundenheit von Gesundheit bedeutet dabei zunächst, dass Akteure mit einem hohen sozialökonomischen Status (SES)

aufgrund ihres ökonomischen, kulturellen und sozialen Kapitals bessere Chancen haben, die eigenen Gesundheitsvorstellungen als die ‚richtigen‘ zu propagieren und durchzusetzen (Hartmann 2013). Sie vertreten dabei vor allem ihre milieugeprägten Vorstellungen vom guten und richtigen Leben und zwar meist ohne überhaupt zu merken, „wie stark ihre Sicht durch ihre persönliche Erfahrung und ihre Position beeinflusst wird“ (Herzog 2014, S. 140). Zu diesen Vorstellungen gehört es z. B., Übergewicht (das bei Menschen mit niedrigem SES weiter verbreitet ist) für unvereinbar mit einem gesunden Lebensstil zu halten – anders als etwa das übermäßige Arbeiten, obwohl wissenschaftlich erwiesen ist, dass auch lange Arbeitstage die Gesundheit belasten (Conway et al. 2017).

Diesen dominierenden selektiven Gesundheitsvorstellungen folgen zugleich auch entsprechende Interventionen, welche die Menschen (auch die mit niedrigem SES) dazu motivieren, ‚empowern‘ oder ‚nudgen‘ sollen, entsprechende Gesundheitsverhaltensweisen zu praktizieren. Dabei kommt es zu einer zweiten Selektion, denn es werden vor allem solche Gesundheitsthemen öffentlich bearbeitet, die den persönlichen Lebensstil bzw. das Verhalten (Ernährung, Bewegung, Fitness etc.) betreffen, und seltener gesundheitsrelevante Lebensverhältnisse (Arbeitsbedingungen, Einkommensunterschiede etc.) (Levy 2018). Diese Selektion hat vor allem damit zu tun, dass Interventionen zum Gesundheitsverhalten weniger komplex, weniger teuer, weniger grundsätzlich und daher einfacher umzusetzen sind als Maßnahmen, die die Verhältnisse und damit ggf. auch die ungleiche Verteilung der Ressourcen zwischen Arm und Reich als gesundheitliches Risiko in den Blick nehmen und verändern wollen.

Diese Betonung der Verhaltensebene wiederum verträgt sich gut mit neoliberal orientierten Vorstellungen (siehe auch Brunnett in dieser Ausgabe), die seit vielen Jahren politisch sehr wirkmächtig sind: Danach soll nicht nur jeder seines Glückes Schmied sein, sondern auch durch persönliches Verhalten seine Gesundheit in Eigenregie herstellen können. Diese Vorstellung ist bei Personen in den gehobenen Soziallagen weit verbreitet (Gebauer 2017) und für diese auch nicht ganz falsch, denn aufgrund ihrer günstigen Lebensbedingungen können sie tatsächlich recht gut selbst für ihre Gesundheit sorgen.

In der Konsequenz entsprechen sowohl die gesellschaftlich dominierenden Gesundheitsvorstellungen als auch die entsprechenden Interventionen in der Regel nicht den gesundheitlichen Prioritäten und Bedürfnissen der Menschen mit niedrigem SES. Die machtgebundene Selektivität von Gesundheit im Blick zu behalten, könnte daher für die anwendungsorientierte Public Health in Sinne einer reflexiven Professionalität Gewinn bringend sein – einer Professionalität, die ihre eigenen Problemdeutungen bewusst hält, Partizipation ermöglicht und dadurch ihre eigenen Handlungsoptionen vermehrt.

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

Prof. Dr. Bettina Schmidt

Evangelische Hochschule Rheinland – Westfalen – Lippe.
Mail: bettina.schmidt@evh-bochum.de
www.evh-bochum.de/startseite.html

Prof. Dr. Henning Schmidt-Semisch

Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Abt. Gesundheit & Gesellschaft,
Mail: schmidt-semisch@uni-bremen.de

Gesundheit und neoliberale Selbsttechnologien¹

Bei ‚Regierung‘ denken wir gemeinhin an das Handeln staatlicher oder politischer Akteure. Für Michel Foucault hingegen ist ‚Regieren‘ deutlich mehr und umfasst jede Form der Führung (z.B. in Behörden, Betrieben, Familien oder Vereinen), aber auch der Selbstführung von Menschen. Um diese vielfältigen Formen des Regierens zu analysieren, hat er den Begriff der Gouvernementalität geprägt. Hieraus hervorgegangene Gouvernementalitätsstudien zeichnen sich insbesondere dadurch aus, dass sie eine analytische Beziehung zwischen Macht und Herrschaft einerseits und dem Subjekt andererseits herstellen. Gesundheit versteht sich in diesem Kontext zum einen als ein durch Machttechniken gestaltetes Handlungsfeld, zum anderen aber auch als eine ‚Selbsttechnologie‘, d.h. ein gestaltendes Einwirken der Individuen auf sich selbst (Foucault 1984, 255). Ein weiterer wichtiger Bezugspunkt solcher Studien ist die neoliberale Gouvernementalität, womit die Regierung gemäß einer neoliberalen Logik bezeichnet ist. Diese Entwicklung wird auch als ‚Ökonomisierung des Sozialen‘ beschrieben und besagt, dass soziale Fragen zunehmend mit ökonomischen Denkkategorien bearbeitet und gestaltet werden. Während es im klassischen Liberalismus darum ging, dass

der Staat die Marktfreiheit sichert und überwacht, macht der Neoliberalismus den Markt zum organisierenden Prinzip des Staates. Damit wird die ökonomische Logik als analytische und programmatische Folie für die Reflexion von Regierungstechniken auf alle sozialen Bereiche des menschlichen Handelns ausgedehnt (Lemke 2000 & 2001).

Neoliberale Regierung stützt sich dabei zudem auf die Freiheit autonomer Individuen, die sich eigenverantwortlich und rational auf dem Gesundheitsmarkt bewegen. Das Individuum handelt vermeintlich autonom und nutzt den Konsum zugleich um seine Persönlichkeit auszudrücken. Auch gesundheitspolitische Maßnahmen schreiben dem Individuum die Fähigkeit einer ‚rationalen Wahl‘ zu (Rose 1999a): (Eigen-) Verantwortung der Individuen und der Erwerb von Waren und Dienstleistungen zum Erhalt von Gesundheit werden dadurch eng miteinander verknüpft. Die Ökonomie der rationalen Wahl lässt den emanzipatorischen Gehalt von ‚Gesundheit‘ als Kehrseite ihrer Warenförmigkeit erscheinen.

Damit verändert sich auch der Begriff von Gesundheit: Wurde Gesundheit im medizinischen

Verständnis als normale Funktionsfähigkeit von Körper und Psyche verstanden, so erscheint sie nun als Ergebnis und Produkt der Eigenverantwortung und Selbstkontrolle des Subjektes. Nach der neoliberalen Logik besitzen alle Individuen die Fähigkeit, sich rational für Gesundheit zu entscheiden: Sie können auf ungesunde Gewohnheiten verzichten, medizinische Kontrolluntersuchungen wahrnehmen usw. (vgl. hierzu Greco 2000). Die Paradoxie besteht allerdings darin: Wenn Gesundheit eine Frage der rationalen Gestaltung, also eine Frage des Willens ist, dann ist Krankheit entweder schon im (fehlenden) subjektiven Willen verankert oder sie ist Ausdruck der freien Wahl von Individuen, aus der dann Selbstverantwortung mit allen Konsequenzen folgt (Greco 2000, 281). Die Paradigmen von Früherkennung und Selbstoptimierung machen Gesundheit und Krankheit zu einer Frage lebenslanger Gestaltung, während das medizinische Verständnis von ‚Gesundheit als Schweigen der Organe‘ (Gadamer) eher an Bedeutung verliert.

Dies wirkt sich auf die Bewertung von Gesundheit und Krankheit aus: Während Gesundheit den Individuen als gelungene Anpassung an sich beständig verändernde Lebens- und Arbeitsbedingungen zugeschrieben wird, erscheint Krankheit für die Individuen selbst, wie auch für die Umgebung, zunehmend als selbst zu verantwortendes Versagen, als Zeichen missglückter Anpassung an Lebensbedingungen. Dadurch verliert Krankheit entlastende

¹ Bei dem Beitrag handelt es sich um einen sprachlich und inhaltlich modifizierten Auszug aus dem Beitrag ‚Foucaults Beitrag zur Analyse der neuen Kultur von Gesundheit‘ in: R. Anhorn, F. Bettinger und J. Stehr (Hrsg). Foucaults Machtanalytik und Soziale Arbeit. Eine kritische Einführung und Bestandsaufnahme, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Aspekte, wie sie mit der Rolle als passive Patient*innen verknüpft war: Patient*innen wurden zwar durch die Medizin bevormundet, aber sie waren auch durch die mit Krankheit verknüpfte Unfähigkeit, ihre anderen Rollen und Aufgaben zu erfüllen, entlastet (Parsons 1968). Aktuell rückt stattdessen das aktive, selbst verantwortliche Subjekt in den Vordergrund.

Eine solche soziologische Perspektive veranschaulicht, in welchem Verhältnis ökonomische Prinzipien, politische Führung und individuelle

Selbstgestaltung zueinander stehen und wie sich diese auf unsere Ideen von Gesundheit, Krankheit und idealer Lebensführung auswirken: Sie gibt Hinweise darauf, warum für eine neoliberale politische Regierung das Selbstmanagement rationaler Subjekte im Vordergrund steht und nicht die wohlfahrtsstaatliche Absicherung kollektiver sozialer Risiken (vgl. Nettleton 1997), wodurch letztlich immer diejenigen Individuen und sozialen Gruppen benachteiligt und ausgeschlossen werden, die (ökonomisch) als unproduktiv gelten. Insofern

liefert diese Perspektive einen wichtigen Beitrag für die Multidisziplin Public Health und ihr zentrales Anliegen, nämlich gesundheitliche Ungleichheit zu reduzieren.

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

Prof. Dr. Regina Brunnett

Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft Ludwigshafen,
Mail: regina.brunnett@hwg-lu.de, www.hwg-lu.de

„Sucht“ aus körpersoziologischer Perspektive



Drogengebrauch im Allgemeinen und spezifische Drogenkonsummuster im Besonderen werden in der Regel durch drei wesentliche Variablen beeinflusst: durch a) die Art der Droge (Drug), b) die individuelle biologische, soziale und psychische Ausstattung und Konstitution der jeweiligen Konsumierenden (Set) und c) die situativen, sozialen, kulturellen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen des Gebrauchs (Setting). Diese drei Variablen wirken nicht isoliert auf den Konsum ein, sondern beeinflussen sich vielmehr wechselseitig. Obwohl dieses Modell des „Drug, Set and Setting“ (Zinberg 1984) in der Drogen- und Suchtforschung weitgehend konsentiert ist, fokussieren entsprechende Projekte und Theorien meist die Variablen Drug und/oder Set und vernachlässigen die vielfältigen Aspekte des Settings, wozu auch

die soziokulturell tradierten Wissensbestände zählen. Folglich bleiben in Untersuchungen zum Thema Sucht die Wechselwirkungen zwischen dem gesellschaftlichen Reden über Sucht (also dem Suchtdiskurs) und individuellen Verhaltensweisen in aller Regel unbeachtet. Mit einer körpersoziologischen Perspektive kann es jedoch gelingen, die spezifischen situativen, kulturellen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen zu berücksichtigen, wenn Sucht kommuniziert und verhandelt wird.

Ausgangspunkt der körpersoziologischen Perspektive ist dabei die Differenzierung eines konstitutiven Leibes, der man ist, und eines sozialwissenden Körpers, den man besitzt (Plessner 1975/1982). Körper und Leib sind für das Thema Sucht insoweit zentral, als man mit Lin-

demann (1993) das Körperhaben als kulturell geprägtes Wissen vom Körper und das Leibsein als das subjektive Erleben dieses Wissens verstehen kann. Auf das Thema Sucht angewandt bedeutet das, dass die subjektive Suchterfahrung eine leibliche ist, während die Grundlage für die Reflexion dieser Erfahrung, das diskursiv hervorgebrachte Körperwissen ist. Körperwissen und Leiberfahrung bedingen sich auf diese Weise wechselseitig und sind faktisch miteinander verquickt, sodass der Mensch im alltäglichen Leben als „Körperleib“ auftritt (Villa 2007, 10). Damit wird zugleich auf die unhintergehbare Verschränkung von natürlichem und kulturell geprägtem Körper (Hehlmann et al. 2018) verwiesen und das leibliche Spüren als kulturelles Produkt verstanden. Das bedeutet, dass leibliche Erfahrungen von der Sozial- und Kulturwelt geprägt sind. Ebenso wie das Modell des „Drug, Set and Setting“, das hinsichtlich der unterschiedlichen Drogenkonsummuster die Wechselwirkungen zwischen den drei Variablen berücksichtigt, geht also auch die körpersoziologische Perspektive von einer wechselseitigen Einflussnahme soziokultureller Rahmenbedingungen und leiblicher Erfahrungen aus.

Als eine Perspektive der Soziologie für Public Health wäre nach eben diesen Wechselwirkungen zwischen dem Setting im Sinne eines soziokulturell geprägten Suchtwissens samt seiner gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und den körper(leib)lichen Erfahrungen sowie dem entsprechenden Handeln der Konsumierenden zu fragen. Ein entsprechendes Ziel könnte darin bestehen, die Interdependenz von Körper und Gesellschaft am Beispiel „Sucht“ nachzuzeichnen. Dies könnte hilfreich sein, um die naturwissenschaftliche Verengung medizini-

scher Suchttheorien aufzubrechen und auf diese Weise sowohl der Forschung als auch der Praxis innovative Überlegungen und Maßnahmen zu ermöglichen.

Für Public Health wäre zu folgern, dass die Rede von der Sucht, unabhängig davon, ob sie als Krankheit (ICD, DSM), soziales Konstrukt (Schneider 2000) oder „interaktionale Errungenschaft“ (Reinarman 2005, 35) betrachtet wird, Konsequenzen hat, und zwar sowohl für die einzelne Person als auch für die Gesellschaft und Kultur, in der sie lebt. Die Ergänzung der biomedizinischen Perspektive auf Sucht um eine körpersoziologische scheint dabei nicht nur aufgrund der Multi- bzw. Interdisziplinarität von Public Health angebracht, sondern vor allem auch, weil es sich bei der Sucht um ein Phänomen handelt, das sowohl im alltäglichen als auch im professionellen Bereich vorrangig auf biologische

bzw. pharmakologische Prozesse zurückgeführt, durch diese jedoch nicht hinreichend erklärt wird (Schmidt-Semisch & Dollinger 2017, 133 f.).

Auch wenn die Wechselwirkungen zwischen der Sucht und den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, in denen sie erfahren wird, nur einen kleinen Bereich der Schnittstelle zwischen Körper und Gesellschaft darstellen, so verweisen sie doch auf etwas Grundsätzliches, von dem nicht nur der „Suchtkörper“ betroffen ist. Vielmehr gelten entsprechende Wechselwirkungen für alle von Krankheitsdiskursen betroffenen Körper: „den adipösen und den allergischen Körper, den ADHS-Körper gleichermaßen wie den AIDS-Körper, den von Rheuma oder Krebs befallenen Körper, den diabetischen und den demenziellen Körper, den gehandicapten Körper, den Körper im Rollstuhl usw.“ (Hehlmann et al. 2018, 245).

In dem Zusammenhang spielen tradierte Deutungsmuster und der gesellschaftlich anerkannte Umgang sowohl mit dem kranken als auch mit dem gesunden Körper eine zentrale Rolle. Vor diesem Hintergrund scheint die Einbeziehung körpersoziologischer Überlegungen in die gesundheitswissenschaftliche Sozialforschung sowie in konzeptionelle Überlegungen zu Public Health-Interventionen äußerst sinnvoll.

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

Sophie Rubscheit

Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Abt. Gesundheit & Gesellschaft
Mail: sophie.rubscheit@uni-bremen.de
www.ipp.uni-bremen.de/abteilungen/gesundheits-&-gesellschaft

Fat Studies

Spätestens seit der Jahrtausendwende gilt hohes Körpergewicht als zentrales Problem für Medizin und Public Health. Bereits Ende der 1990er Jahre wurde Adipositas durch die WHO symbolisch zur Epidemie erklärt. Auch in der Politik wurde die „Adipositas-Epidemie“ in den 2000er Jahren zum Thema gemacht und mit Szenarien wie dem Kollaps des Gesundheitssystems in Folge einer kollektiven Gewichtszunahme in Verbindung gebracht. Zwanzig Jahre später gilt hohes Körpergewicht immer noch als große Herausforderung für Public Health. Die Prognosen eines exponentiellen Gewichtsanstiegs in den Industrieländern haben sich allerdings ebenso wenig erfüllt, wie der vorhergesagte Rückgang der Lebenserwartung oder die Zusammenbruchsszenarien für das Sozial- und Gesundheitssystem.

Mittlerweile hat in Medizin und Public Health ein Umdenken eingesetzt. Diskriminierung aufgrund eines hohen Körpergewichts wird als ernstzunehmendes Problem angesehen. Alle großen medizinischen Adipositasfachgesellschaften haben im März 2020 ein Konsenspapier in der Fachzeitschrift *Nature Medicine* unterzeichnet, das nicht nur auf das Problem von

Gewichtsdiskriminierung in allen relevanten gesellschaftlichen Feldern aufmerksam macht, sondern auch die Mitverantwortung von Kampagnen der Gesundheitsförderung benennt. Diese werden aufgefordert, nicht länger individuelles Verhalten als Ursache für hohes Körpergewicht in den Mittelpunkt zu stellen und Körperfett nicht mehr als toxisch und ekelierend darzustellen. Gefordert wird zudem das Personal im Gesundheitswesen für das Thema Gewichtsdiskriminierung zu sensibilisieren. Denn Gewichtsdiskriminierung sei nicht nur erwiesenermaßen gesundheitsschädlich, sie wirke sich auch negativ auf gesundheitsförderliche Verhaltensweisen aus und stünde damit einer erfolgreichen Bekämpfung von Adipositas im Wege. Darüber hinaus wird in dem Papier gefordert, gesetzliche Maßnahmen zur Bekämpfung von Gewichtsdiskriminierung einzuführen.

Damit haben die Adipositasfachgesellschaften viele Argumente und Forderungen von Fat Acceptance- und Fat Rights-Aktivist*innen, zu denen in Deutschland etwa die Gesellschaft gegen Gewichtsdiskriminierung zählt, übernommen. Allerdings mit einem entscheiden-

den Unterschied: Für die medizinischen Fachgesellschaften bleibt hohes Körpergewicht eine chronische Krankheit, der es vorzubeugen und die es zu behandeln gilt. Nach wie vor steht im Mittelpunkt der Betrachtung von Medizin und Public Health die Wahrnehmung von Körperfett als ein Gesundheitsproblem. Nach wie vor dominiert ein defizitorientierter Blick auf dicke Menschen.

Fat Studies, die zunächst in den USA und Großbritannien aus einer sozialen Bewegung gegen die Ungleichbehandlung und Diskriminierung dicker Menschen hervorgegangen sind, beginnen sich, ähnlich dem Vorbild anderer Disziplinen mit Bewegungshintergrund wie etwa der Gender- oder Queer-Studies, im akademischen Feld zu etablieren. Dort angekommen drehen Fat Studies die gängige Perspektive auf dicke Körper um. Ihre Fragestellung lautet nicht mehr: Warum sind Menschen dick und was können wir dagegen tun? Sondern: Wie werden dicke Körper gesellschaftlich wahrgenommen und warum werden dicke Körper zum Problem erklärt? Fat Studies thematisieren den medizinischen Blick auf dicke Körper. Sie problematisieren die medizinische Problematisierung, indem sie sie in ihren gesellschaftspolitischen und historischen Kontext einordnen. Darüber hinaus fragen sie nach den weltanschaulichen, finanziellen und strukturellen Interessen der an der Problematisierung beteiligten Akteure.

Eine weitere zentrale Forschungsperspektive der Fat Studies ist die Suche nach Ursachen von Gewichtsdiskriminierung, immer verbunden mit dem Ziel, diese zukünftig zu überwinden. In diesem Zusammenhang fragen sie, wer von der Diskriminierung dicker Menschen profitiert; wie sich Gewichtsdiskriminierung auf das Leben von dicken Menschen in Familie und Intimbeziehungen, auf dem Arbeits-, Bildungs- und Konsummarkt und im Sozial- und Gesundheitswesen auswirkt; und schließlich, wie die Selbst- und Fremdwahrnehmung dicker Menschen intersektional durch Faktoren wie soziale Lage, Geschlecht, Alter, sexuelle Identität, ethnische Herkunft, Religion und Weltanschauung geprägt wird.

Doch Fat Studies beschäftigen sich nicht nur mit der Medikalisierung und Diskriminierung dicker Menschen. Sie befassen sich auch mit der gesellschaftlichen Vielfalt in der Wahrnehmung von Körperfett aus soziologischer, historischer und kulturwissenschaftlicher Perspektive. In diesem Zusammenhang verweisen Fat Studies auch auf positive Interpretationen und Deutungsformen dicker Körper in unterschiedlichen Kulturen und Kontexten.

Fat Studies betonen die Kontingenz der gesellschaftlichen Wahrnehmung dicker Körperlichkeit in Alltagskultur, bildender Kunst, Musik, Film, Literatur und Erotik, und machen so deut-

lich, dass dicke Menschen nicht passive Träger von Gesundheitsrisiken, sondern eigenständige Akteure mit komplexen und häufig widersprüchlichen Identitätskonstruktionen sind.

Dr. Friedrich Schorb

Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Abt. Gesundheit & Gesellschaft
Mail: schorb@uni-bremen.de
www.ipp.uni-bremen.de/abteilungen/gesundheits-&-gesellschaft

Disability Studies – eine notwendige Ergänzung der Gesundheitswissenschaften?

Behinderung scheint kein zentrales Thema der Gesundheitswissenschaften zu sein. Zu sehr entziehen sich körperliche und geistige Behinderung dem Dualismus von (heilbarer) Krankheit und Gesundheit. Doch spätestens beim Blick auf chronische Krankheiten und psychische Beeinträchtigungen sind wir mittendrin im Diskurs über Behinderung. Dabei sind behinderte Menschen im Alltagsverständnis weder gesund noch krank: Der Status der „Unheilbarkeit“ schiebt behinderte Menschen als Objekte der Forschung aus den Gesundheitswissenschaften hinaus und stattdessen hinein in die Rehabilitationswissenschaften sowie in die Sonder- und Behindertenpädagogik.

Unterzieht man die Begriffe „Krankheit“ und „Gesundheit“ jedoch einer genaueren Analyse, zeigt sich, dass auch sie wackelig und unscharf sind. Ab wann ist man gesund? Wer legt das fest? Und was gilt in welcher Gesellschaft als krank? In welcher Hinsicht unterscheidet sich überhaupt ein beeinträchtigter Körper von einem nichtbeeinträchtigten, oder gibt es nicht vielmehr ein Kontinuum der Beeinträchtigung (Hirschberg 2009)? Fragen wie diese stellen nicht nur Medizinsoziolog*innen, sondern auch die Disability Studies: Ein transdisziplinärer Forschungsansatz, der den beeinträchtigten und

„kranken“ Körper aus einer gesellschaftlichen, politischen und kulturellen Perspektive beleuchtet und dabei – anderes als die meiste andere Forschung – das Erfahrungswissen behinderter Menschen miteinbezieht.

Entstanden sind die Disability Studies in den 1980er und 1990er Jahren zunächst in Großbritannien und den USA aus einer Unzufriedenheit behinderter Menschen mit der Forschung über sie. Behinderte Medizinsoziolog*innen und Aktivist*innen der Behindertenbewegung forderten, dass behinderte Menschen nicht mehr Objekte, sondern Subjekte der Forschung sein und die Machtverhältnisse zwischen nichtbetroffenen Expert*innen und „Betroffenen“ aufgebrochen werden sollten (Linton 1998). Damit einher ging eine neue Sicht auf Behinderung, die sich von der rein körperlich-geistigen Beeinträchtigung abwandte. In Anlehnung an das berühmte Diktum Simone de Beauvoirs (1990, 265), dass man nicht als Frau geboren, sondern zur Frau gemacht werde, analysieren Vertreter*innen der Disability Studies nun auch Behinderung als ein zutiefst gesellschaftliches Geschehen: „die Disability Studies [verstehen] (verkörperte) Differenzen, die wahrnehmbar sind und (gemäß den herrschenden Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit) als gesundheitsrelevant gerahmt

werden, nicht als (natur-)gegeben, im Sinn einer vermeintlich objektiv vorhandenen, medizinisch-biologisch definierbaren Schädigung oder Beeinträchtigung, sondern als gesellschaftliches Differenzierungsmerkmal“ (Schneider & Waldschmidt 2012, 133).

Zwar sind die Disability Studies mittlerweile auch an einigen deutschsprachigen Universitäten und Hochschulen präsent (beispielsweise an den Universitäten Köln und Innsbruck sowie an den Fachhochschulen in Berlin, Bremen, Hildesheim, Emden, Stendal oder Görlitz; vgl. Brehme et.al.), es gibt aber nach wie vor kaum Überschneidungen zwischen den Disability Studies und den Gesundheitswissenschaften. Vielmehr konzeptualisieren Forschungen außerhalb der Disability Studies den beeinträchtigten Körper weiterhin meist ahistorisch und vorgesellschaftlich: Dabei wird Beeinträchtigung hauptsächlich als leidvolles Schicksal verstanden, was allerdings den Perspektiven vieler behinderter Menschen nicht entspricht, weil sie weniger ihren Körper oder Geist, sondern eher ihre gesellschaftliche Stigmatisierung und Benachteiligung als „Leid“ erleben. Zudem wird häufig von einem medizinischen, individualisierten Modell der Behinderung ausgegangen, das Behinderung mit Beeinträchtigung gleichsetzt und als dem Körper innewohnendes Defizit versteht (Oliver 1996).

Dies ist bedauerlich, denn – folgt man Theoretiker*innen der Disability Studies – läge doch in der Analyse von Behinderung jenseits eines medizinischen Modells eine große Chance. Basierend auf einem kulturellen (Waldschmidt

2005), relationalen (Thomas 1999) und menschenrechtlichen Modell der Behinderung (Degener 2015) können die Disability Studies zum Startpunkt einer allgemeinen Analyse von Körper werden. Im Anschluss an die Soziologie des Körpers (Turner 2001; Gugutzer 2015), an den Soziologen Erving Goffman (1967) und an den poststrukturalistischen Philosophen Michel Foucault (1976) stellen die Disability Studies scheinbare Selbstverständlichkeiten von Körperkonzepten auf den Prüfstand: Sie kehren den Blick um und untersuchen Nicht-/Behinderung und Normalität aus der Perspektive einer als Minderheit konstruierten Gruppe.

Vermeintlich klare Diagnosen wie ADHS oder Autismus beispielsweise können so auf neue

Art analysiert werden, ebenso Konzepte der Lebensqualität und des gesundheitsökonomischen Konzepts der „qualitätskorrigierten Lebensjahre“ („QALY“; kritisch dazu Lollar 2001). Intersektionale Analysen der Disability Studies ermöglichen einen Blick auf das Zusammenspiel von Behinderung mit anderen Differenzkategorien wie Geschlecht, Alter und „Klasse“ (Jacob et al. 2010). Auch hochaktuelle Debatten im Kontext von Public Health, wie die über die ethische Einschätzung des Bluttests auf Trisomie 21 könn(t)en durch eine Disability Studies Perspektive bereichert werden.

Behinderung als Ausgangspunkt einer ethischen Wissenschaftsperspektive, die der Disability Studies Forscher Lennard Davis (2002)

als „Dismodernism“ und damit als Teil einer grundlegenden Kritik der Moderne versteht, kann helfen, die überkommene Vorstellung des autonomen, „gesunden“ und „normalen“ Körpers zu überwinden, indem anerkannt wird, dass alle Körper beeinträchtigt und ihre Verletzlichkeit universell ist.

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

Dipl. Psych. Rebecca Maskos

Fakultät Gesellschaftswissenschaften –
Hochschule Bremen,
Mail: rebecca.maskos@hs-bremen.de
www.hs-bremen.de/internet/de/

Digital Public Health Studies

Die *digitale Revolution* hat Public Health erfasst. Der *digital turn*, also die Hinwendung zu bzw. Aneignung von digitalen Technologien, im Gesundheitswesen eröffnet der Multidisziplin Public Health viele attraktive Forschungs- und Anwendungsfelder. Neue Forschungsfelder resultieren vor allem aus der Flut an neuen gesundheitsbezogenen Daten: Im *digitalen Zeitalter* werden sie einerseits gezielt, andererseits aber auch nebenbei ubiquitär produziert, geteilt, gespeichert und sind zeit- und raumübergreifend verfügbar. Solche Daten versetzen Gesundheitswissenschaftler*innen in die Lage, dezidierte Schlüsse über die Ausprägungen der Gesundheit bestimmter Bevölkerungsgruppen, Zusammenhänge zwischen bestimmten Expositionen und Erkrankungen oder die Wirksamkeit von Interventionen zu ziehen.

Neue Anwendungsfelder ergeben sich durch digitale Infrastrukturen im Gesundheitswesen: Hier applizierte Softwareprodukte verändern Verwaltungsabläufe, bspw. durch digitale Patientendokumentationssysteme (Urban 2020a). Online-Plattformen bieten zielgruppenspezifische (Beratungs-)Angebote, bspw. für pflegende Angehörige dementiell Erkrankter (Döring 2016). Telemedizinische Angebote wie die Online-Sprechstunden resultieren aus Engpässen in der ärztlichen Versorgung (Schenkel

2017). Und eLearning-Angebote diversifizieren Aus-, Fort- und Weiterbildung von Akteuren im Gesundheitswesen. Außerdem begünstigt eine rasante Technikentwicklung den Ausbau technikerunterstützter Angebote, die die Gesundheitsversorgung effektiver, effizienter und zugleich humaner gestalten sollen: So stellen bspw. sensorgestützte, assistive Systeme zur Erweiterung ambulanter Versorgungsangebote einen Versuch dar, den strukturellen Herausforderungen in der ambulanten Pflege zu begegnen (Urban 2019).

So heterogen diese Zugänge und Interessen von Public Health bezüglich der Digitalisierung sind, so divers sind auch die Phänomene, mit denen sich ihre Bezugs-Disziplinen beschäftigen: Apps, eHealth, eMental Health, ePfleger, Gesundheit 2.0, mHealth, Robotik, Sensortechnologien, Telemedizin und -care, Telematik-Infrastruktur, künstliche Intelligenz und maschinelles Lernen. Gemein ist den digitalen Anwendungs- und Forschungsfeldern jedoch, dass sie einen neuen Bedarf an Methoden provozieren: Qualitative und quantitative Methoden werden insofern weiterentwickelt, als sie Interaktionen mit den Informations- und Kommunikationstechnologien wissenschaftlich fundiert und robust reflektieren. Quantitative Methoden müssen bspw. adäquat mit

exponentiell in Umfang und Komplexität zunehmenden, unstrukturierten Datenmengen umgehen (Fischer & Kleen 2019, 63). Qualitative Forschung ist mit ihrem Methodenkoffer herausgefordert, das Ineinandergreifen von On- und Offline-Praktiken methodisch fundiert herauszuarbeiten (Urban 2018, 155ff.). Eine solche Hinwendung zum Elektronischen bringt für Public Health, ergo: *ePublic Health*, außerdem Anforderungen an rechtssicheres Handeln in Bezug auf die Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO). Zusätzlich lösen digitale Möglichkeiten ethische Debatten aus, über solche Aspekte, die aus den Datenschnittstellen und Effekten von Forschung und Anwendungen resultieren.

Der *digital turn* hat jedoch nicht nur die Optionen und Obligationen bestehender Disziplinen modifiziert, er ist auch Geburtsstunde einer neuen Disziplin: der *Digital Public Health Studies*. Gemäß ihren Namensschwestern, den Disability Studies (Waldschmidt & Schneider 2007; siehe auch Maskos in dieser Ausgabe) oder Fat Studies (Rose & Schorb 2017; siehe auch Schorb in dieser Ausgabe), vereinen sich unter diesem Rubrum unterschiedliche disziplinäre, theoretische und methodische Perspektiven. Als Klammer dient den *Digital Public Health Studies*, dass sie die Erscheinungsformen, Effekte und Konsequenzen des Einsatzes von Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) im Kontext von Public Health analysieren. Dabei gehen sie zunächst ganz allgemein davon aus, dass es sich bei der Digitalisierung

in Public Health um ein *wirkmächtiges soziales Phänomen* handelt. Aus diesem sozialen Phänomen resultieren nicht nur Forschungs- und Gesundheitspraktiken (bspw. individualisierbare Fitnessaktivitäten), sondern auch kurz- und langfristige Veränderungen des Gesundheitssystems und seiner Einrichtungen. Neben den hieraus hervorgehenden neuen Möglichkeiten für die Gesundheitsberufe, ihre Fachdisziplinen und Nutzer*innen modifizierten sich auch deren Kompetenzbereiche, Werturteile und damit Bedarfe (Urban 2020b).

Digital Public Health Studies machen diese komplexen Prozesse mit ihren vielseitigen Wechselwirkungen zu ihrem Untersuchungsgegenstand. Es ist ihr Anliegen, soziale Pro-

zesse und konfligierende Positionen zu rekonstruieren, sich wandelnde Wissensbestände und Wertesysteme zu analysieren sowie neue soziale Ungleichheiten und Kontrollmechanismen herauszuarbeiten. Damit nehmen sie eine Perspektive im Sinne der Soziologischen Perspektive für Public Health ein, gemäß der Public Health mit Forschung und Interventionen nicht nur die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern sucht (z. B. mit Lösungen in Zeiten eines demografischen Wandels oder Fachkräftemangels), sondern damit auch (anteilig) an sozialen Veränderungsprozessen mitwirkt.

Als Impulsgeber können *Digital Public Health Studies* mit ihrer soziologischen Perspektive auf die Digitalisierung im Gesundheitswesen

daher *ePublic Health* bei der Entwicklung einer diversitätssensiblen, nutzer*innenorientierten Technikentwicklung und -implementierung sowie bei ethischen und rechtlichen Reflexionen unterstützen. *Digital Public Health Studies* und *ePublic Health* bilden somit ein ideales Ergänzungsverhältnis.

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

Dr. Monika Urban

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

Virtuelle Vernetzung und Gesundheit

In vielen Ländern der Welt steigen sowohl die individuellen Einkommen also auch die öffentlichen Ausgaben für das Gesundheitswesen (Nghiem & Connelly 2017) und gleichzeitig weist z. B. Deutschland eine sinkende durchschnittliche Patientenzufriedenheit und eine zunehmende Sorge über die Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens auf (Porter & Guth 2012). Die anhaltende Verbreitung digitalisierter Handlungsoptionen schürt die Hoffnung, dass diese Möglichkeiten auch zu Verbesserung der Gesundheitsversorgung und des Zugangs zu gesundheitsrelevanten Informationen genutzt werden können. Die allgemeine Nachfrage nach Grundlagenforschung zu digital vermittelten Gesundheitschancen zeigt sich aufgrund von Forschungs- und Förderprogrammen der Bundesländer (z. B. in Sachsen eHealthSax) sowie des Bundes (z. B. das Programm „Unsere Gesundheit – unsere Zukunft“ des BMBF mit Schwerpunkt Personalisierung und Digitalisierung). Steigende Nutzung des Internets und mobiler Technologien (Pew Research Center 2019) und speziell steigende soziale Vernetzung in virtuellen Räumen, z. B. die Nutzung von Social Network Sites (SNS) wie Facebook, WhatsApp, WeChat (Ortiz-Ospina 2019) legen es nahe, den Bereich der virtuellen Vernetzung hinsichtlich Gesundheitschancen zu erörtern.

Im Zusammenhang mit online sozialen Netzwerken (OSN) werden viele unterschiedliche Begriffe verwendet (z. B. social network sites (SNS), online social network (OSN), virtual community, social Media), die oftmals uneinheitlich und zuweilen auch unscharf verwendet werden (siehe Adebahr & Kriwy 2019). Braasch und Buchwald (2015) stellen zudem fest, dass die Grenze zwischen online und offline Netzwerken im alltäglichen Umgang verschwimmt, was demzufolge auch die Effizienzbewertung gesundheitsrelevanter Coping-Strategien (z. B. Selbsthilfe, Anpassung, Vermeidung) auf Online- und Offline-Ebene beeinflusst (Braasch 2018).

Aktuelle Studien zeigen bei der Nutzung von OSN soziale Ungleichheiten auf. Während frühe Diskussionen um Digital Divide noch vornehmlich den Zugang zum Internet thematisieren (van Dijk 2017), rücken zunehmend Fragen zur Befähigung (media literacy) und Nutzung in den Fokus, auch bezeichnet mit second-level divide (Hargittai 2002) oder deepening divide (van Dijk 2005). Zentrale individuelle Ungleichheiten im Internet-Nutzungsverhalten werden bezüglich Alter, Gender, Gesundheit, beruflicher Position und Bildung diskutiert (van Dijk 2015). Kalmus et al. (2011) beobachteten beispielsweise, dass

gering Gebildete das Internet eher für Social Media und Entertainment verwenden, wohingegen Höhergebildete das Internet für die Arbeit nutzen und um z. B. an spezifische Informationen zu gelangen. Entsprechend problembehaftet sind die häufig vorgefundenen plattformspezifischen Studien (zur Nutzung von Facebook, YouTube, Twitter etc.) mit nicht-repräsentativen Stichproben ohne Vergleichspopulation. Die Vergleichbarkeit sowie Verallgemeinerbarkeit von Ergebnissen solcher Studien ist überwiegend nicht gegeben (Burgess et al. 2017).

Zudem ist insbesondere die Argumentation von implizit angenommenen Kausalitäten häufig unreflektiert. Dabei wird oftmals davon ausgegangen, dass die Partizipation in OSN einen ursächlichen Einfluss auf die Gesundheit, Gesundheitschancen bzw. das Gesundheitsverhalten ausübt. Der anderen Wirkrichtung im Sinne von Selektionseffekten wird dabei zumeist wenig Beachtung geschenkt. Hier gilt es zu diskutieren, ob sich Personen mit einer bestimmten gesundheitlichen Prädisposition mit höherer Wahrscheinlichkeit in die Nutzung von OSN selektieren. Zur Frage inwiefern OSN-Nutzung zur Veränderung des Gesundheitsverhaltens beitragen kann (Kausationseffekt), ist eine Metaanalyse von Laranjo et al. (2015) hervorzuheben. In dieser wurden 12 Projekte verglichen, die überwiegend die Kriterien randomisiert kontrollierter Experimente erfüllen und Nachhermessungen vorweisen, die zeitlich hinreichend spät po-

sitioniert sind (21 Tage bis 18 Monate), um Stroheffekte auszuschließen. Die Interventionen dieser Metaanalyse bedienen sich überwiegend der Mechanismen sozialer Unterstützung und Aufklärung. Ein Vergleich der Effektgrößen der Studien zeigt einen kleinen positiven Effekt der OSN-basierten Interventionen auf verbessertes Gesundheitsverhalten (Laranjo et al. 2015).

Zum Selektionseffekt, also der Frage, ob gesundheitliche Prädispositionen die SNS-Nutzung beeinflussen, liegen ebenfalls einige Studien vor. Menschen mit Behinderung weisen beispielsweise eine signifikant höhere Nachfrage nach sozialer Interaktion im Netz

auf (van Deursen & van Dijk 2014). Internetnutzer*innen, die eine mäßige bis schlechte subjektive Gesundheit angeben, nutzen häufiger Social Media als gesunde Internetnutzer*innen (Chou et al. 2009). Betrachtet man das Nutzungsverhalten fokussiert auf OSN, so zeigt sich ein ähnliches Bild. In den letzten 12 Monaten hatten OSN-Nutzer*innen häufiger einen Arztbesuch als Nicht-Nutzer*innen (Kontos et al. 2010), was evtl. ein Indiz dafür ist, dass OSN-Nutzer*innen eine eher vulnerable Personengruppe darstellen.

In diesem Kurzbeitrag wurde ein Blick auf die ‚Soziologie der Public Health‘ geworfen, mit einem Fokus auf Besonderheiten der soziolo-

gischen Gesundheitsforschung im Zusammenhang mit sozialen online Netzwerken. Gerade die hier wirkenden Mechanismen (Selektion, Kausation) sind häufig zu wenig hinterfragt, was zukünftige Forschung aufgreifen sollte.

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

Prof. Dr. Peter Kriwy

Philip Adebahr M.A.

Institut für Soziologie – Technische Universität Chemnitz
Mail: peter.kriwy@soziologie.tu-chemnitz.de
www.tu-chemnitz.de

Stigmatisierung und Diskriminierung psychisch Kranker als Herausforderung für Public Health



Stigmatisierung bezeichnet die emotionsgeladene und sozial herabsetzende Bewertung einer Person(engruppe) aufgrund von Merkmalen wie Behinderung, Krankheit, Geschlecht, Alter, Herkunft, Hautfarbe oder Religion. Die jeweilige Person(engruppe) wird dabei von Mitgliedern der Mehrheitsgesellschaft manchmal gezielt, meist gedankenlos auf der Basis gesellschaftlicher Stereotype als abweichend, störend oder unerwünscht etikettiert und ausgegrenzt. *Diskriminierung* ist dann häufig die Folge der vorgängigen Stigmatisierung dieser Person(en-

gruppen) und steht zugleich für eine strukturelle *Benachteiligung*: a) rechtlich, etwa beim Zugang zu privaten Versicherungen (Pärli & Naguib 2012); b) durch *gesundheitspolitische Diskurse*, die z.B. übergewichtige Menschen stigmatisieren (Schmidt-Semisch & Schorb 2008); c) durch diskriminierende *Einstellungspraktiken*, die Personengruppen auf dem Arbeitsmarkt benachteiligen; d) durch *Mobbing* (von Kardorff et al. 2013); e) durch *Medikalisierung* und *Therapeutisierung* verhaltensauffälliger Kinder und Jugendlicher (Lebowitz, 2016); oder f) durch

genetische Tests zu potentiell auftretenden Erkrankungen (Lemke & Liebsch 2015). Dabei können sich Stigmatisierungs- und Diskriminierungserfahrungen belastend auf die Psyche der Betroffenen auswirken, was sich im Verlust von Selbstvertrauen, in Selbststigmatisierung oder sozialen Ängsten zeigen kann, die wie eine „zweite Krankheit“ (Finzen 2013) wirken.

Stigmatisierung und Diskriminierung als Herausforderung für Public Health

Psychische Krankheiten, insbesondere die Zunahme von Depression, Burn-out und Ängsten (die sog. „Common Mental Disorders“; WHO 2017), werden in den Medien breit dargestellt. Dies erfolgt z.B. mit Verweis auf zunehmende Belastungen durch sich rasch verändernde Arbeitswelten, gestiegene Sensibilität für psychische Probleme, Belastungen von Angehörigen dementiell Erkrankter, volkswirtschaftliche Kosten etc. Parallel dazu finden sich Sensationsberichte bei spektakulären Taten psychisch Kranker, die das Bild vom unberechenbaren und gefährlichen ‚Irren‘ generalisieren (vgl. Scherr 2019). Vor allem Menschen mit Psychosen oder schweren Persönlichkeitsstörungen sind besonders stark von Diskriminierung, etwa beim Zugang zum Arbeitsmarkt betroffen (Schubert u. a. 2013; Gühne & Riedel-Heller 2015). Menschen mit Depressionen und Ängsten wiederum gelten oft als überempfindlich und schwierig, als wenig leistungsfähig oder werden der Simulation verdächtigt. Viele Studien (z.B. Angermeyer et al. 2014; von Kardorff 2017) und Erfahrungsberichte Betroffener und Angehöriger (Baer et al.

2015) belegen die fortdauernde Stigmatisierung und Diskriminierung psychisch beeinträchtigter Menschen in Öffentlichkeit (Hoffmann-Richter 2000), Schule und Ausbildung (Moses 2010), im Versorgungssystem (Jacobi et al. 2004), bei der Wohnungssuche sowie am Arbeitsplatz (Hauß 2017). Angesichts einer geschätzten Gesamtprävalenz psychischer Störungen in der Bevölkerung von ca. 27 % (vgl. Jacobi et al. 2014), einer Zunahme bei „Common Mental Disorders“ und der darauf zurückgehenden Steigerungen bei den Erwerbsminderungsrenten (DRV 2018) sowie gehäufte Arbeitsunfähigkeits-Tage (Knieps & Pfaff 2016) handelt es sich um ein quantitativ bedeutsames gesundheitliches Problem, das auch für Public Health relevant ist.

Diskriminierung psychisch Kranker auf dem Arbeitsmarkt

Trotz staatlicher Programme und gesetzlicher Rehabilitationsmöglichkeiten sind chronisch kranke und behinderte Menschen weiterhin überproportional von einer gleichberechtigten

Teilhabe am Arbeitsmarkt ausgeschlossen (IAB 2017). Für die Gruppe der schwer psychisch Erkrankten, die geschätzt etwa 1,6 % (ca. 345.000 Personen) aller psychisch Kranken ausmachen, wird die Arbeitsmarktsituation wie folgt geschätzt: Ca. die Hälfte haben kein Arbeits- und Beschäftigungsangebot, 15 % erhalten Angebote zur Tagesstrukturierung, 5 % nehmen an einer beruflichen Trainings- oder RehaMaßnahme teil, 20 % haben einen beschützten Arbeitsplatz in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderungen (WfBM) und nur 10 % sind in Arbeit (vgl. Gühne & Riedel-Heller 2015). Insbesondere die Fehlplatzierung psychisch beeinträchtigter Menschen in WfBMs (ca. 60.000 Personen/ca. 20 % aller WfBM-Beschäftigten) steht dem Inklusionsziel der UN-Behindertenrechtskonvention entgegen.

Lösungsperspektiven

Um diese Situation zu verbessern, sind vielfältige Maßnahmen denkbar, z.B. Entstigmatisierungskampagnen, gezielte Informationsaktivi-

täten, Fortbildungen von Führungskräften und die Ausweitung unterstützter Beschäftigung bei der (Wieder-)Eingliederung (BAuA 2018). Vor allem aber geht es um die Herstellung einer betrieblichen Unternehmenskultur, die es Betroffenen ermöglicht, seelische Probleme möglichst angstfrei anzusprechen. Trotz einiger erfolgversprechender Ansätze ist der Weg allerdings noch weit: Denn unter den Bedingungen einer auf Höchstleistung und Konkurrenz basierenden Arbeitswelt sind psychische Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit und des reibungslosen sozialen Funktionierens nie allein ein Problem der betroffenen Menschen, sondern stets potentiell aller Beschäftigten.

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

Prof.i.R. Dr. Ernst von Kardorff

Institut f. Rehabilitationswissenschaften,
Humboldt-Universität zu Berlin;
Mail: ernst.von.kardorff@rz.hu-berlin.de
www.reha.hu-berlin.de

AKTUELLE PROJEKTE

Drugs & Urban Security (DRUSEC)

Einleitung und Hintergrund

Das Projekt ‚Drugs & Urban Security‘ (DRUSEC) untersucht den Alkohol- und Drogenkonsum in der Öffentlichkeit sowie die damit assoziierten gesundheitlichen und sozialen Risiken. Gegenstand sind dabei einerseits die semi-öffentlichen Ausgeh-Settings des urbanen Nachtlebens (z.B. Discotheken, Tanz-Clubs), andererseits aber vor allem die öffentlichen Alkohol- und Drogenszenen.

Gerade die Angehörigen dieser offenen Alkohol- und Drogenszenen sind aufgrund ihres polyvalenten Rauschmittelkonsums sowie ihrer meist langjährigen Suchtverläufe von diversen sozialen und gesundheitlichen Risikolagen betroffen. Insofern handelt sich bei ihnen um eine besonders vulnerable (Hoch)Risikogruppe, deren drogenzentrierter Lebensstil oftmals im öffentlichen urbanen Raum sichtbar wird und hier zu Konflikten mit unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen (Anwohnen-

den, Passant*innen, Gewerbetreibende, Sicherheitskräften etc.) führen kann. Daraus wiederum resultieren gesundheitliche und soziale Risiken und Unsicherheiten unterschiedlicher Art: Während z.B. Anwohner*innen, Passant*innen oder Gewerbetreibende Unsicherheitsgefühle und Kriminalitätsfurcht entwickeln (können), die sie den Aufenthalt an bestimmten Orten vermeiden lässt, sind die Konsumierenden in der Öffentlichkeit nicht nur mit hygienisch problematischen Konsumbedingungen konfrontiert, sondern werden hier nicht selten auch Opfer von Diskriminierung, Hass und Gewalt.

Ziele und Methoden

Dieser für alle Seiten unbefriedigenden Situation widmet sich das deutsch-französische Verbundprojekt DRUSEC, das vom BMBF im Programm „Forschung für die zivile Sicherheit“ gefördert und von August 2017 bis Oktober

2020 in verschiedenen deutschen (Hamburg, Bremen, Frankfurt, München, Berlin) sowie französischen Städten (Bordeaux, Paris, La Rochelle, Toulouse) durchgeführt wird. Das Bremer Teilprojekt untersucht die gesundheitlichen und sozialen Risiken im Bremer Nachtleben sowie an den so genannten Brennpunkten der Trinker- und Drogenszene mit qualitativen Methoden (u.a. Teilnehmende Beobachtung, problemzentrierte und narrative Interviews). In beiden Kontexten werden durch den Einbezug unterschiedlicher Befragungsgruppen (Konsumierende, Anwohnende, Passant*innen, Gewerbetreibende aus versch. Branchen, Polizei, Soziale Arbeit) diverse Perspektiven auf diese Thematik erhoben. Projektpartnerschaften bestehen mit der Comeback gGmbH, dem Verein für Innere Mission Bremen und der Polizei Bremen. Ziel des Projektes ist es, empirisch fundierte Empfehlungen für die politischen Entscheidungsträger zu erarbeiten.

Ergebnisse

Aus Platzgründen werden an dieser Stelle lediglich einige Empfehlungen benannt, die aus den

Ergebnissen abgeleitet werden können und die sich auf die offene Drogenszene beziehen:

- Dezentralisierung der Suchthilfeeinrichtungen und Substitutionsangebote, um die Erreichbarkeit zu verbessern und Szene-Ansammlungen zu verringern;
- Einrichtung eines medizinisch und sozialpädagogisch begleiteten Drogenkonsumraums in Bahnhofsnähe mit Aufenthaltsmöglichkeit, weiteren Angeboten und Vermittlung in weiterführende Hilfen etc. (wird bereits realisiert);
- Möglichkeit zum Testen illegalisierter Drogen (Heroin, Kokain) auf ihren Wirkstoffgehalt (drug checking) im Sinne eines Verbraucherschutzes;
- Ausweitung von Spritzentauschprogrammen

(stationär sowie aufsuchend) und Aufstellung von mehr Abwurfbehältern im Umfeld von Szenetreffpunkten, um das Herumliegen benutzter Spritzen zu reduzieren;

- Ausweitung von Streetwork an Szene-Brennpunkten (mit Verteilung steriler Konsum-utensilien) sowie von aufsuchenden Beratungs-Angeboten durch fachlich kompetente Sozialarbeiter*innen;
- Ausweitung der mobilen medizinischen Versorgung („Med-Mobil“);
- Einrichtung einer Diamorphin-Ambulanz zur so genannten Originalstoffvergabe;
- Schaffung „geduldeter Orte“ für Drogenkonsumierende (z. B. Streetwork-betreute Unterstände mit geringerem polizeilichen Kontrolldruck), um Konflikte zwischen Kon-

sumierenden und der Allgemeinbevölkerung zu reduzieren.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass Verbesserungen der gesundheitlichen und sozialen Versorgung der Angehörigen der offenen Drogenszene in der Regel auch positive Auswirkungen auf den öffentlichen Raum und damit das öffentliche Wohlbefinden haben können.

Prof. Dr. Henning Schmidt-Semisch & Dr. Susanna Prepeliczay

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

Digitales Altern. Wohnortbasierte Gesundheitstechnologien für ältere Menschen

Aufgrund des demografischen Wandels sieht sich die Alten- und Krankenpflege einem stetigen Zuwachs an Pflegebedürftigen gegenüber. Zugleich leidet sie unter einem Mangel an Fachkräften und ist mit Einsparmaßnahmen konfrontiert. Der Einsatz digitaler Technologien, wie altersgerechten Assistenzsystemen und Systemen für wohnortbasiertes Management von chronischen Erkrankungen, soll diesem Dilemma begegnen und zugleich eine humane, effiziente und personalisierte Versorgung im Alter gewährleisten. Dabei ist es das Ziel, die Pflege- und Versorgungsleistung zu dezentralisieren, indem die Senior*innen in ihrem eigenen Wohnraum befähigt werden, ihre Einschränkungen und Erkrankungen weitgehend eigenverantwortlich zu managen bzw. zu kompensieren.

Im Sinne einer techniksoziologisch informierten Altersforschung fokussiert das auf drei Jahre angelegte DFG-Projekt („Eigene Stelle“; Projektstart Juni 2019) auf wohnortbasierte digitale Gesundheitspraktiken von über 65-Jährigen und zielt auf die Rekonstruktion der primären, sekundären und tertiären Effekte dieser Praktiken. Es werden Ergebnisse zu folgenden drei sozialen Dynamiken erwartet: 1. die Modifizierung der

Ideale des Alter(n)s, 2. die Veränderung der Topografie des Alterns und 3. die Reorganisierung der (Selbst-)Pflege.

Ausgehend von der Verwobenheit sozialer Rahmungen und digitaler Praktiken soll mittels 20 Experteninterviews zunächst eine Bestandsaufnahme der einschlägigen digitalen Gesundheitstechnologien in Deutschland erfolgen. Von Interesse sind dabei die Motive der mit der Implementierung betreuten Institutionen, ihre Bedarfsbewertungen, die ihrerseits angesprochenen Effekte sowie problematisierten Aspekte der Gesundheitspraktiken sowie ggf. ein entsprechender Anpassungsbedarf. Zweitens sollen die digitalen Praktiken der Senior*innen in ihrem jeweiligen Kontext rekonstruiert werden. Exemplarisch werden hierfür zwei digitale Praktiken in vier Bereichen ausgewählt: 1. altersgerechte Assistenzsysteme a) im privaten Wohnraum und b) im Rahmen von Seniorenwohnheimen, 2. Monitoringsysteme für chronische Erkrankungen mit a) bereits verbreiteten selbstverantwortlichen Praktiken (hier: Diabetesbehandlung) und b) enger Anbindung an medizinische Kontexte (hier: chronische Herzinsuffizienz). Für diese Forschungsphase sind 40 teilnehmende Beob-

achtungen und 40 vertiefende, offene, thematisch-strukturierte Interviews mit involvierten Akteuren (Angehörigen, Pflegepersonal und Mediziner*innen) geplant. Das Forschungsinteresse richtet sich hierbei auf die psychischen und physischen Erfahrungen, auf die Motive und Veränderungen von Therapie und Versorgung, aber auch des Wohlbefindens, der Gewohnheiten und der sozialen Beziehungen.

Insgesamt will das Projekt die Frage beantworten, wie digitale Technologien die Versorgungsstrukturen, aber auch die Diagnosen und Therapien verändern und welche Folgen dies in sozialer, gesundheitlicher und ethischer Hinsicht für das Altern haben kann.

Dr. Monika Urban

Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Abteilung Gesundheit & Gesellschaft
Mail: murban@uni-bremen.de
www.ipp.uni-bremen.de/abteilungen/gesundheits-&-gesellschaft/

Neues Forschungsprojekt gestartet: DIVERGesTOOL

Toolbox zur Operationalisierung von geschlechtlicher Vielfalt in der Forschung zu Gesundheitsversorgung, Gesundheitsförderung und Prävention

Geschlechterunterschiede wurden in allen Bereichen von Medizin und Public Health beschrieben (Oertelt-Prigione & Regitz-Zagrosek, 2011; Bolte, 2016). Bisherige Forschungen zu Gesundheitsversorgung, Prävention und Gesundheitsförderung beschränken sich bei der Erhebung von Geschlecht allerdings meistens auf eine einfache Unterscheidung in „männlich“ und „weiblich“. Dies widerspricht dem aktuellen Forschungsstand der Natur- und Sozialwissenschaften, der sowohl für die physiologischen und anatomischen als auch die psychosozialen Ausprägungen von Geschlecht eine große Variationsbreite dokumentiert, und zeigte sich somit für die Entwicklung geschlechtergerechter Gesundheitsangebote als unzureichend (Hammarström et al., 2014; Olliffe & Greaves, 2012; Springer et al., 2012). Vielmehr wurde die Notwendigkeit deutlich, die verschiedenen biologischen (*Sex*) und sozialen (*Gender*) Dimensionen von Geschlecht und deren Komplexität, Verwobenheit und wechselseitige Beeinflussung in die Gesundheitsforschung zu integrieren (Krieger, 2011; Springer et al., 2012). In der aktuellen For-

schungspraxis finden diese Aspekte allerdings erst wenig Berücksichtigung. Dies wird unter anderem auf die methodischen Schwierigkeiten bei der Operationalisierung von Geschlecht zurückgeführt (Bolte, 2016).

Das Projekt DIVERGesTOOL („Toolbox zur Operationalisierung von geschlechtlicher Vielfalt in der Forschung zu Gesundheitsversorgung, Gesundheitsförderung und Prävention“) der Abteilung Sozialepidemiologie wird im Zeitraum von Mai 2020 bis Januar 2023 vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert. Ziel des Projektes ist es, eine anwendungsorientierte Toolbox zur Operationalisierung von geschlechtlicher Vielfalt für eine geschlechtersensible quantitative Gesundheitsforschung partizipativ zu entwickeln. Ein besonderer Fokus liegt hierbei auf der Berücksichtigung der Konzepte der Intersektionalität (Bolte & Lahn, 2015) und des Embodiments (Krieger, 2005).

Um verschiedene Wissensbestände und Anforderungen bei der Instrumentenentwicklung

berücksichtigen zu können, wird dieses Projekt in interdisziplinärer Zusammenarbeit der Bereiche Public Health & Epidemiologie, Medizin und Geschlechterforschung durchgeführt. Kooperationspartnerinnen der Abteilung Sozialepidemiologie, Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen (Expertise: Public Health & Epidemiologie), sind das Department of Primary and Community Care, Lehrstuhl für Gender in Primary and Transmural Care, der Radboud Universität Nijmegen, Niederlande (Expertise: Gendermedizin), und das Institut für Geschichtswissenschaften, Arbeitsgruppe Gender & Science, der Humboldt-Universität zu Berlin (Expertise: Geschlechterforschung).

In enger Zusammenarbeit mit Stakeholdern von Hochschulen und Forschungsinstitutionen in Deutschland soll ein grundlegender, allgemein nutzbarer Fragenkomplex für die Erfassung von Geschlecht in epidemiologischen Gesundheitsstudien entwickelt werden. Zusätzlich sollen bedarfsgerecht Aufbauinstrumente zur Berücksichtigung bestimmter Studienpopulationen und Fragestellungen entstehen.

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

Sophie Horstmann M. Sc. &

Prof. Dr. Gabriele Bolte MPH

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

Mail: sophie.horstmann@uni-bremen.de

www.ipp.uni-bremen.de/abteilungen/sozialepidemiologie

Gesundheitsförderliche Verwaltungskooperation im Stadtteil stärken

Strategieentwicklung zur Etablierung von Health in All Policies in der Stadt Bremen

Die Lösung dringender und komplexer gesundheitlicher Probleme erfordert gemeinsame Anstrengungen in allen Politikbereichen und auf allen Ebenen – mit einem Health in All Policies (HiAP)-Ansatz. Das Konzept von HiAP für eine grundlegende Gesundheitsförderung durch Verankerung von Gesundheit in allen Politikfeldern und Etablierung ressortübergreifender

Zusammenarbeit für Gesundheitsförderung ist seit Jahrzehnten bekannt und wurde verschiedentlich erprobt. Als prominente Beispiele sind zu nennen: das HiAP Model der Regierung von Südaustralien, die California Health in All Policies Task Force in den USA oder die Initiativen für intersektorale Gesundheitspolitik in Finnland seit 1986. Zentral ist das Wissen darum, dass

das Gesundheitsressort selten über das Mandat, die Befugnisse oder die organisatorischen Kapazitäten verfügt, um Einfluss auf gesundheitsfördernde Lebenswelten zu nehmen. Die Verantwortung für die grundlegenden sozialen Determinanten von Gesundheit (vgl. Modell der sozialen Determinanten von Gesundheit nach Dahlgren und Whitehead 1991) liegen überwiegend in anderen Politikbereichen, wie Verkehr, Bildung, Umwelt, Sicherheit und Arbeit. In den letzten Jahren wurde die Diskussion über ressortübergreifende Zusammenarbeit in Deutschland wieder intensiviert. Insbesondere zur Verringerung sozialer Ungleichheiten in den Gesundheitschancen – einer der zentralen Herausforderungen von Public Health – wird ein HiAP-Ansatz gefordert.

Die Zukunftskommission hat in ihrem Ergebnisbericht *Zukunft Bremen 2035* als eine vorrangige Maßnahme zum Erreichen des Leitziels 8 „Meine Straße, mein Stadtteil, meine Stadt“ die gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung durch Berücksichtigung von Gesundheitsaspekten in allen Politikfeldern im Sinne des HiAP-Ansatzes benannt. Des Weiteren wird eine integrierte und präventive Strategie für die „Gesunde Stadt Bremen – Stadt des Wohlbefindens“ unter Berücksichtigung der sozialen Ungleichheit in Bezug auf Gesundheit angestrebt. Eine wichtige Vorarbeit hierfür ist die Entwicklung einer Strategie, wie Gesundheit als Querschnittsthema in die stadtteilbezogene Verwaltungszusammenarbeit in Bremen integriert werden kann.

Die Abteilung Sozialepidemiologie am IPP wurde daher durch die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz im Jahr 2019 beauftragt, Ansatzpunkte für die Stärkung

gesundheitsförderlicher Verwaltungskooperationen im Stadtteil zu erarbeiten und Empfehlungen zur Vorgehensweise bei der Etablierung eines HiAP-Ansatzes zu geben. Hierzu wurde in einem ersten Schritt eine Auswahl aktueller nationaler und internationaler Leitfäden für ressortübergreifende Strategien einer gesundheitsfördernden Stadt(teil)entwicklung analysiert. Die Ergebnisse der Analyse wurden in Hinblick darauf zusammengestellt, welche Definitionen von Gesundheit bzw. Gesundheitsförderung diesen Strategien zugrunde liegen, welche Politikfelder oder Ressorts als besonders relevant erachtet werden und welche Vorgehensweisen zur Etablierung eines HiAP-Ansatzes empfohlen werden. In einem zweiten Schritt wurde eine mögliche Vorgehensweise zur Analyse Bremischer Normen, d.h. Gesetze, Verordnungen etc., hinsichtlich der Berücksichtigung von Aspekten der Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Chancengleichheit entwickelt.

Die aus beiden Schritten entwickelten Empfehlungen zur Vorgehensweise bei der Etablierung eines HiAP-Ansatzes wurden der Senatorischen Behörde übergeben und sollen in die Ausgestaltung und praktische Umsetzung des Vorhabens „Gesunde Stadtteile“ des Senatsprogramms „Zukunftsorientierte Verwaltung (ZOV)“ einfließen.

Tanja Brüchert¹, Dr. Stefanie Dreger¹,

Paula Quentin² & Prof. Dr. Gabriele Bolte¹

¹ Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Abt. Sozialepidemiologie, Mail: t.bruechert@uni-bremen.de
www.ipp.uni-bremen.de/abteilungen/sozialepidemiologie

² TU Dortmund, Fakultät Raumplanung, Fachgebiet Europäische Planungskulturen (EPK) und Fachgebiet Stadt- und Regionalplanung (SRP)

Equal-Life: Early environmental quality and life-course mental health effects

Gesundheit ist das Ergebnis des komplexen Zusammenspiels der Gesamtheit aller äußeren – sowohl physikalischen, chemischen, biologischen als auch sozialen – Umwelteinflüsse (Exposom) und des individuellen Erbguts (Genom). Das Ziel des interdisziplinär ausgerichteten Projekts Equal-Life besteht darin, das konzeptionelle Verständnis zu erweitern und die Bedeutung des Exposoms für die Entwicklung und psychische Gesundheit, mit Fokus auf unterschiedlichen kindlichen Entwicklungsphasen, aufzuklären. Die Entwicklung von Maßnahmen zur Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebenswelten für Kinder spiegelt den hohen Anwendungsanspruch des Projekts wider. Erstmals werden Daten zu Umwelt- und Sozialfaktoren integriert und mit einer Lebenslaufperspektive im Hinblick auf die Gesundheit von Kindern analysiert.

Der Schwerpunkt der *Abteilung Sozialepidemiologie des Instituts für Public Health und*

Pflegeforschung, Universität Bremen, innerhalb von Equal-Life liegt in der Entwicklung des Konzepts „**Soziales Exposom**“ und dessen Integration in die Gesamtkonzeption „Exposom“. Hierbei spielen Fragen der sozialen Ungleichheiten in den Lebensbedingungen und Gesundheitschancen eine zentrale Rolle. Darüber hinaus wird ein Equity Impact Assessment von Interventionen verschiedener Sektoren vor dem Hintergrund eines Health Equity in All Policies-Ansatzes entwickelt und umgesetzt. Die besondere Expertise der *Abteilung Sozialepidemiologie* als WHO Collaborating Centre for Environmental Health Inequalities liegt in der Forschung zu Umweltgerechtigkeit.

Equal-Life ist ein von 2020 bis 2024 EU-gefördertes Verbundprojekt, an dem 21 Institutionen aus 11 europäischen Staaten beteiligt sind. Es ist eines von insgesamt neun Verbundprojekten des **European Human Exposome Network**, das über **Horizon 2020**, das Rah-

menprogramm der EU für Forschung und Innovation, finanziert wird. Damit ist Equal-Life Teil des von der europäischen Kommission und WHO Europe über drei Jahrzehnte gemeinsam getragenen Vorhabens einer besseren Integration von Umwelt und Gesundheit in die Forschung.

Weitere Informationen:
www.equal-life.eu/en und
www.humanexposome.eu



Dr. Helene Gudi-Mindermann, Maddie White,
Jana Roczen, Dr. Natalie Riedel, Dr. Stefanie Dreger
& Prof. Dr. Gabriele Bolte

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

StaVaCare 2.0 – Zusammenhänge zwischen Case-, Care-Mix, Organisation und Qualität in Pflegeheimen

Die Studie *Stabilität und Variation des Care-Mix in Pflegeheimen unter Berücksichtigung von Case-Mix, Outcome und Organisationscharakteristika* (StaVaCare 2.0) untersuchte erstmals für Deutschland auf Grundlage repräsentativer Daten wirksame Zusammenhänge zwischen der Zusammensetzung der Heimbewohnerschaft (Case-Mix), dem in Pflegeheimen an der pflegerischen Versorgung beteiligten Personal (Care-Mix), den Organisationscharakteristika der Einrichtungen (u.a. Größe, Trägerschaft, Pflegesystem) und dem Pflegeergebnis bzw. der Pflegequalität (Outcome, gemessen an ausgewählten gesundheitsbezogenen Variablen der Heimbewohnerschaft). Das von November 2017 bis Oktober 2019 durchgeführte Projekt wurde vom GKV-Spitzenverband gefördert und basierte auf der Pilotstudie StaVaCare-Pilot (Görres et al., 2014).

In der Beobachtungsstudie im Längsschnitt-design wurden die Routinedaten von knapp 5.000 Bewohnerinnen und Bewohnern aus 38 Pflegeheimen untersucht. Eingeschlossen wurden ausschließlich Pflegeeinrichtungen (nach §71(2) SGB XI) mit vollstationärem Versorgungsauftrag. Um die Heterogenität der

Heimlandschaft abbilden zu können, wurden zum einen die Organisationscharakteristika wie Einrichtungsgröße mit niedrigen, mittleren oder hohen Personalanhaltszahlen, Lage (Stadt/Land) und Trägerschaft der Pflegeeinrichtungen berücksichtigt. Zum anderen wurde auf eine prozentuale Verteilung geachtet, die sich an der Gesamtanzahl stationärer Langzeitpflegeeinrichtungen in den teilnehmenden Bundesländern Bayern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein orientierte. Die Beobachtungsphase erstreckte sich über den Zeitraum von 12 Monaten, vom 01.09.2017 bis zum 31.08.2018, eingeteilt in drei Erhebungsintervalle.

Insgesamt ist festzuhalten, dass nur wenige Effekte erkennbar sind, die das Potenzial hätten, regelrecht Modelle aus der StaVaCare 2.0 Studie abzuleiten, die vor allem das Verhältnis Case-Mix und Care-Mix, also den idealen Personal-Mix, für ein bestmögliches Outcome aufzeigen könnten. Zusammenfassend – so die Erkenntnis aus StaVaCare 2.0 – handelt es sich in der Studie um kaum isolierbare und messbare Parameter, die selbst über ein adjustiertes Outcome nur schwer abzubilden sind.

Daher ist eine Abbildung der Effektivität und Wirksamkeit im Zusammenhang von Case-Mix, Care-Mix, Outcome unter Berücksichtigung von Organisationscharakteristika in dieser Studie nur im Ansatz gelungen. Gerade deshalb besteht weiterhin ein deutlicher Forschungsbedarf, die Wirksamkeit der in der StaVaCare 2.0-Studie untersuchten relevanten Zusammenhänge im Setting der stationären Langzeitpflege betreffend. Vor allem für Fortschritte in der Qualitätsdiskussion dürfte dies von hoher Relevanz sein. Aus den Ergebnissen und Erkenntnissen von StaVaCare 2.0 lassen sich zusammenfassend vier zentrale Forschungsdesiderate ableiten:

1. Forschungsdesiderat:
Gesamtscore auf Basis von Routinedaten
2. Forschungsdesiderat:
Wirkung von Personal- und Prozesssteuerung
3. Forschungsdesiderat:
Entwicklung und Erprobung von Steuerungsinstrumenten
4. Forschungsdesiderat:
Intensivierung der Outcome-Forschung

Die angesprochenen Forschungsdesiderate, sind durchaus geeignet, auch das neue Qualitäts- und Prüfsystem der Vertragspartner, die nach §113 SGB XI zu dessen Entwicklung aufgefordert wurden, zu verifizieren und mittel- bis langfristig um weitere, vor allem nicht-klinische, Indikatoren zu ergänzen. Entscheidend wird aber sein, angesichts der Komplexität des Handlungsfeldes, Kontext- und vor allem Variablen der Prozesssteuerung nicht aus dem Auge zu verlieren, denn entsprechend gesteuerte Prozesse sind letztlich eine wesentliche Voraussetzung für eine gute Ergebnisqualität.

**Prof. Dr. Stefan Görres¹, Silke Böttcher¹,
Pascal Rink² & Prof. Dr. Werner Brannath²**

¹Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Abt. Interdisziplinäre Alterns- und Pflegeforschung
Mail: sgoerres@uni-bremen.de
www.ipp.uni-bremen.de/abteilungen/interdisziplinäre-alterns-und-pflegeforschung

²Kompetenzzentrum für Klinische Studien Bremen (KKSb) der Universität Bremen
www.kksb.uni-bremen.de



Das CARE Reflection Online Learning Interaction System (CARO CLIS) ist online!

Ziel des BMBF- und ESF-geförderten Vorhabens CARE Reflection Online (CARO) (Laufzeit 04/2016-08/2019) unter Leitung von Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck war die Entwicklung, Erprobung und Evaluation einer computergestützten und multimedialen, pflege- und mediendidaktisch fundierten Lernumgebung zum Einsatz in der Pflegeerstausbildung. Dabei sollten insbesondere solche Lehr-/Lernangebote entwickelt werden, in denen anhand von explorativen Methoden problemlösende, hermeneutische und reflexive Kompetenzen gefördert werden.

Methodisch wurde der Design Based Research – Ansatz (DBR) zugrunde gelegt. Dem DBR folgend wurden unterschiedliche Designzyklen durchgeführt, die anhand der Ebenen Gestaltung, Durchführung, Überprüfung und Re-Design strukturiert wurden. Lehrer*innen von mehreren Pflegeschulen wurden als potenzielle Nutzerinnen und Nutzer von Beginn an in die Entwicklung bzw. Evaluation einbezogen. Nach Vorliegen eines fortgeschrittenen Entwicklungsstadiums wurden in kleinschrittigen Designzyklen Feldtests (Erprobungen im Pflegeunterricht) durchgeführt, evaluiert und Schlussfolgerungen hinsichtlich erforderlicher inhaltlicher und technischer Anpassungen gezogen. Bei der Entwicklung wurden pflege- und mediendidaktische Ansätze im Sinne einer Fachmediendidaktik eng aufeinander bezogen.

Das nun vorliegende CARO-Classroom Learning Interaction System (CARO-CLIS) stellt drei Anwendungsmodule bereit, nämlich ein Dashboard für Lehrende, eine mobile App für die Lernenden und ein Präsentationsboard. Mit dem Dashboard können Lehrende ihren Unterricht planen und interaktiv durchführen. Sie können Kurse anlegen und bereits in der CARO-Lernumgebung enthaltene Lernsituationen anwählen und ggf. an die spezifischen Lernvoraussetzungen oder die curriculare Struktur ihrer Schulen anpassen. Des Weiteren ermöglicht das Dashboard die Versendung von Arbeitsaufträgen an die Lernenden und eine Einsicht in den Fortschritt der Bearbeitung sowie in die von den Lernenden hochgeladenen Arbeitsergebnisse. Die Lernenden werden über eine mobile App in die Interaktion eingebunden. Sie erhalten

darüber Arbeitsaufträge oder vielfältige – z. B. textbasierte oder filmisch aufbereitete – Informationen, erarbeiten Ergebnisse und senden diese zurück an die Lehrenden. Schließlich gibt

uni-bremen.de/caroprojekt/oer. Um die Software testen zu können, wird eine Demo-Version angeboten (<https://demo.caro.cloud>). Wollen Lehrende die CARO-Lernumgebung mit ihren eigenen Klassen nutzen, dann können sie nach vorheriger schriftlicher Anmeldung einen eigenen Zugang erhalten (<https://caro.cloud>). Schließlich wird auch die Software als Open Source Software (OSS) unter dem Namen CLAIRE als Quellcode auf einem öffentlichen Reposi-



es ein Präsentations-Board, mit dem über einen Beamer oder ein Interactive Whiteboard Plenarinformationen präsentiert werden können. Inhaltlich wurden für die Durchführung von Pflegeunterricht drei Module bzw. Lernsituationen zu den Themen „Ungewissheit im pflegerischen Handeln am Beispiel der Pflege von Menschen mit Demenz im Krankenhaus“, „Freiheitsförderliches Handeln im Krankenhaus“ und „Transkulturelle Pflege“ entwickelt. Den Ausgangspunkt dieser Module bildet jeweils eine filmisch dargestellte Problemsituation der Berufswirklichkeit. In einzelnen Sequenzen werden jeweils unter Nutzung passender digitaler Interaktionsformate und der besonderen Lernpotenziale der ästhetischen Dimensionen der Medien Film und Foto gezielt problemlösende, hermeneutische und reflexive Kompetenzen aufgebaut.

Für die nachfolgende Nutzung werden unterschiedliche Optionen bereitgestellt. Die entwickelten Unterrichtsmaterialien werden als quelloffener Download als Open Educational Ressource zur Verfügung gestellt [github.com\) veröffentlicht, damit Interessierte das System sowohl auf eigenen Server-Systemen zu hosten als auch selbst weiterentwickeln können. Um die Nutzung zu erleichtern werden eine Reihe von Supportoptionen angeboten \(z. B. schriftliche Informationen, Video-Tutorials\).](https://blogs.</p></div><div data-bbox=)

Die CARO Lernumgebung wird im Rahmen des vom BMBF neu bewilligten Projekts CAROplusONKO weiterentwickelt (CARE Reflection online für die Fachweiterbildung Onkologische Pflege). In diesem Projekt sollen digital unterstützten, pflege- und mediendidaktisch fundierten Lehr-/Lernszenarien zur Förderung der kommunikativen Kompetenz in der Fachweiterbildung (FWB) Onkologische Pflege entwickelt und mit dem CARO-CLIS umgesetzt werden.

Dr. Claudia Schepers

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

Leibniz ScienceCampus Digital Public Health: Engagement der Wissenschaftler*innen des IPP

Schon heute hat die Digitalisierung erheblichen Einfluss auf den Gesundheitssektor. eHealth- und mHealth-Maßnahmen zur Gesundheitsförderung werden immer wichtiger. Ob Bewegungs-Apps, Ernährungs- und Fitnessprogramme via Smartphone oder Telemedizin – modernste digitale Technologien machen es möglich, eine Vielzahl von Menschen schnell und kostengünstig zu erreichen und an gesundheitsfördernden Maßnahmen teilhaben zu lassen. Der Einsatz digitaler Technologien richtet sich jedoch häufig nach den technischen Möglichkeiten und nicht nach den Bedürfnissen der Bevölkerung. Dies kann zu Anwendungen führen, die den Anforderungen evidenz-basierter Public Health nicht genügen und neue ethische, soziokulturelle und gerechtigkeitsbezogene Herausforderungen schaffen. Zentrale Fragen sind hierbei: Wie lässt sich die „digitale Kluft“ zwischen sozialen Bevölkerungsgruppen überwinden? Womit lassen sich Privatsphäre und Datensicherheit wahren? Und wie kann die Wissenschaft die Unmengen von Daten zum Wohle aller nutzbar machen?

Der seit August 2019 für vier Jahre von der Leibniz-Gemeinschaft und dem Land Bremen geförderte Leibniz-WissenschaftsCampus Digital Public Health (LSC DiPH) stellt sich diesen Herausforderungen. Dazu bringt das neue Netzwerk Wissenschaftler*innen aus den Gesundheitswissenschaften, der Informatik, der Statistik, den Rechtswissenschaften, den Kommunikationswissenschaften, der Ethnologie und der Philosophie zusammen. Im Rahmen dieses neuen Forschungsnetzwerks in Form eines Leibniz-WissenschaftsCampus kooperieren das Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie - BIPS, das Fraunhofer-Institut für Digitale Medizin MEVIS und die Universität Bremen. Forscher*innen aus dem IPP waren zentral an der Antragstellung beteiligt und bilden neben dem Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie (BIPS) den Kern der am Campus beteiligten Wissenschaftler*innen. Die Forscher*innen widmen sich der Frage, wie sich digitale Technologien effektiv, fair und mit den Prinzipien der Menschenwürde vereinbar in Gesundheitsförderung, Prävention und weitere Public Health-Aufgaben integrieren lassen.

Zentrale inhaltliche Bereiche des LSC DiPH sind über die folgenden vier Research Cluster abgedeckt:

- Das **Research Cluster 1** entwickelt einen systematischen Rahmen für die Nutzung und Bewertung digitaler Technologien im Gesundheitswesen. Die Arbeit in diesem Research Cluster befasst sich beispielsweise mit den wichtigsten Herausforderungen im Bereich der öffentlichen Gesundheit, indem Modelle formuliert werden, die Gesundheitsergebnisse und -determinanten miteinander verknüpfen. Anschließend wird festgelegt, ob und wie digitale Technologien in die Entwicklung wirksamer Interventionen integriert werden können.
- Im **Research Cluster 2** „Bedarfsgerechte Public Health-Technologie“ liegt der Schwerpunkt darauf zu verstehen, wie neuartige Technologien die individuellen und kommunalen Gesundheitsbedürfnisse unterstützen können. Die drei Hauptaspekte hierbei sind die Entwicklung und Evaluation neuartiger Interfaces für Einzelpersonen und Gruppen, die Untersuchung neuartiger automatischer Ansätze zum Erkennen von Gesundheitsdeterminanten, sowie die Bereitstellung neuartiger, auf Gesundheitsförderung und Prävention zugeschnittener Lösungen für verschiedene Bevölkerungsgruppen.
- Das **Research Cluster 3** „Evaluation“ entwickelt einen systematischen und paradigmengreifenden Ansatz, um Evaluationsfragen zu identifizieren und zu beantworten. Dabei reicht das Spektrum der Bewertungsmethoden von der Sozial- und Kulturanthropologie bis zur kausalen statistischen Modellierung. Eines der in diesem Research Cluster untersuchten Themen ist die Entwicklung eines wirtschaftlichen Rahmens für die Bewertung neuer digitaler Interventionen im Bereich der öffentlichen Gesundheit.
- In dem **Research Cluster 4** „Transfer und Partizipation“ konzentrieren sich die Forschungsarbeiten auf die Erforschung und Stärkung des Engagements der Community und Stakeholder. Des Weiteren werden partizipative und kollaborative Ansätze erforscht und entwickelt, die über One-Way-Messaging hinausgehen. Das Research Cluster hat zum Ziel,

digitale Ansätze für das Monitoring gesundheitlicher Chancengleichheit im städtischen Raum zu untersuchen, um lokal eingebettetes räumliches Wissen in gesundheitsbezogene Planungsprozesse zu integrieren, das Empowerment zu erhöhen, die Beteiligung an Entscheidungsprozessen zu verbessern sowie die sektorübergreifende Zusammenarbeit für eine gesunde Stadtentwicklung und gesundheitliche Chancengleichheit zu fördern.

Im LSC DiPH sind verschiedene Förderinstrumente für konkrete Projekte vorgesehen, unter anderem die Finanzierung von Anschubforschung für nachfolgende kompetitive Drittmittelanträge und die Finanzierung von Promotionsprojekten. Hier konnten Forscher*innen aus dem IPP bereits im ersten Jahr des LSC DiPH Projekte realisieren.

Wissenschaftler*innen des Instituts für Public Health und Pflegeforschung engagieren sich in vielfältiger Weise im LSC DiPH:

- Prof. Dr. Benjamin Schütz: Stellvertretender Sprecher des LSC DiPH, Mitglied des Board of Directors, Sprecher des Research Cluster 1
- Prof. Dr. Ansgar Gerhardus: Sprecher des Research Cluster 1
- Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann: Sprecherin des Research Cluster 3
- Prof. Dr. Gabriele Bolte: Sprecherin des Research Cluster 4
- PD Dr. Karin Bammann, Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck, Prof. Dr. Wolf Rogowski, Dr. Monika Urban: Engagement in einem der Research Cluster

Im IPP angesiedelte PostDoc-Stellen des LSC DiPH:

- Dr. Tina Jahnel, Research Cluster 1, Abteilung Versorgungsforschung
- Dr. Rehana Shrestha, Research Cluster 4, Abteilung Sozialepidemiologie

Aktuell werden folgende Projekte im IPP durchgeführt:

- Explorative Studie zur Integration ökologischer Erwägungen in die ökonomische Evaluation digitaler Gesundheitsinterventionen
Xiang Zhang, Oliver Lange, Prof. Dr. Wolf

- Rogowski, Abteilung Management im Gesundheitswesen
- Ph.D. Projekt zur Entwicklung eines Economic Evaluation Frameworks für DiPH Interventionen | Oliver Lange, Prof. Dr. Wolf Rogowski, Abteilung Management im Gesundheitswesen
- Innovative approaches to accelerometer data analyses for physical activity assessment in public health | Fabian Flaßkamp, PD Dr. Karin Bammann, AG Epidemiologie des demographischen Wandels

- Digital assessment of subjective environmental exposure and environmental justice: Proof-of-concept study | Johanna Schönbach, Prof. Dr. Gabriele Bolte, Abteilung Sozialepidemiologie, und Prof. Dr. Benjamin Schüz, Abteilung Prävention und Gesundheitsförderung
- Digital Public Health Applications Based on Movement Sensors to Support Behaviour Change. Current Evidence of their Effectiveness and Future Developments | Prof. Dr. Benjamin Schüz, Abteilung Prävention und Gesundheitsförderung

Weitere Informationen unter:
www.lsc-digital-public-health.de/home.html

Heike Mertesacker MPH

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

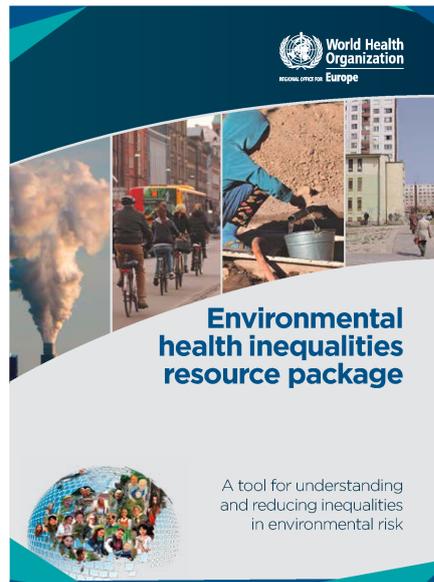
TRANSFER

WHO Collaborating Centre for Environmental Health Inequalities

Monitoring gesundheitsrelevanter umweltbezogener Ungleichheiten in Europa

Seit Mai 2019 ist die Abteilung Sozialepidemiologie des IPP das WHO Collaborating Centre for Environmental Health Inequalities. Für die Untersuchung des Ausmaßes und der zeitlichen Trends von sozialen Ungleichheiten in Umweltextpositionen in Europa wurden in 2019 drei systematische Reviews publiziert: Zu den gesundheitsgefährdenden Umweltbelastungen Lärm (Dreger et al., 2019) und Luftschadstoffe (Fairburn et al., 2019) sowie zu Grün- und Blauflächen als gesundheitsfördernden Umweltressourcen in der Wohnumwelt (Schüle et al., 2019).

Diese Reviews bildeten eine Grundlage für den Zweiten Sachstandsbericht zu umweltbedingten gesundheitlichen Ungleichheiten in der Europäischen Region, der ebenfalls 2019 veröffentlicht wurde (WHO 2019). In diesem Bericht werden anhand von 19 Indikatoren soziale Ungleichheiten in Bezug auf städtische Umfeld, Wohn- und Arbeitsbedingungen, die Grundversorgung und Unfallverletzungen in den Ländern der Europäischen Region der WHO dargestellt. Die Abteilung Sozialepidemiologie verfasste das Kapitel zu sozialen Ungleichheiten in der Lärmbelastigung (Dreger & Bolte, 2019) und trug wesentlich zu den Schlussfolgerungen des Berichts bei (Braubach et al., 2019). Die Ergebnisse dieses Berichts stärken den Aufruf zu mehr umweltpolitischen und ressortübergreifenden Maßnahmen zur Identifikation



und zum Schutz jener Bevölkerungsgruppen, die einer unverhältnismäßig hohen Umweltbelastung ausgesetzt sind. Angesichts der sozialen Ungleichheiten in Umweltbelastungen und deren gesundheitlichen Folgen verpflichteten sich die für Gesundheit und Umwelt verantwortlichen Ministerinnen und Minister der Mitgliedstaaten der WHO in der Europäischen Region bereits in der Erklärung der Sechsten Ministerkonferenz Umwelt und Gesundheit 2017, Chancengleichheit bei Handlungskonzepten im Bereich Umwelt und Gesundheit umfassend zu berücksichtigen. Die

Bekämpfung von Ungleichheiten in Bezug auf Umweltrisiken wird zu einem Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten insgesamt beitragen.

Ergänzend zu dem Sachstandsbericht wurde 2019 das „Environmental health inequalities resource package“ veröffentlicht (Fairburn, Bolte & Braubach, 2019). Es soll die Kenntnis des Konzeptes der sozialen Ungleichheiten in umweltbezogener Gesundheit vergrößern und Maßnahmen gegen Ungleichheiten in der Exposition gegenüber Umweltbelastungen auf nationaler und regionaler Ebene fördern. Es werden die verschiedenen Dimensionen gesundheitsrelevanter umweltbezogener Ungleichheiten dargestellt, relevante Ansätze und Methoden des Monitorings präsentiert sowie hilfreiche Instrumente vorgestellt, die nationale und lokale Akteure nutzen können für die Verringerung sozialer Ungleichheiten in Umweltextpositionen und die Erhöhung gesundheitlicher Chancengleichheit.

Weitere Informationen zu dem WHO Collaborating Centre for Environmental Health Inequalities:
www.uni-bremen.de/who-collaborating-centre-for-environmental-health-inequalities
 Literatur unter: www.ipp.uni-bremen.de/veroeffentlichungen/ipp-info

Prof. Dr. Gabriele Bolte, MPH

Geschäftsführende Direktorin des Instituts für Public Health und Pflegeforschung | Leiterin des WHO Collaborating Centre for Environmental Health Inequalities | Leiterin der Abteilung Sozialepidemiologie
 Institut für Public Health und Pflegeforschung
 Universität Bremen
 Mail: gabriele.bolte@uni-bremen.de
www.ipp.uni-bremen.de/abteilungen/sozialepidemiologie

Public-Health-Wissen für Entscheidungen: Das Kompetenznetz Public Health zu COVID-19

Seit Januar 2020 ist COVID-19 in Deutschland angekommen. Innerhalb kürzester Zeit hat sich die Epidemie zu einer der größten Herausforderung für Public Health der letzten Jahre entwickelt. Gleichzeitig gab (und gibt) es viele offene Fragen zu Übertragungswegen, Risikogruppen, geeignete Schutzmaßnahmen, einschließlich deren Nebenwirkungen. Mit der Komplexität der Fragen stiegen auch die Herausforderungen an die Wissenschaft. Rasch wurde deutlich, dass einzelne Disziplinen mit der Bearbeitung überfordert sind.

In dieser Situation wurde Ende März das interdisziplinäre Kompetenznetz Public Health zu COVID-19 gegründet. Anfang Juni 2020 sind es bereits über 30 wissenschaftliche Fachgesellschaften aus Deutschland, Österreich, der Schweiz und Europa zusammengeschlossen, die ihre methodische, epidemiologische, statistische, sozialwissenschaftliche und (bevölkerungs-)medizinische Fachkenntnisse bündeln. Ansgar Gerhardus vom IPP ist einer der Gründer und Mitglied der Koordinierungsgruppe, weitere

IPP-Mitglieder engagieren sich in dem Kompetenznetz in verschiedenen Arbeitsgruppen.

Ziel des Kompetenznetzes ist es, kurzfristig zuverlässige, interdisziplinäre Expertise zu COVID-19 für Entscheidungsprozesse zur Verfügung zu stellen. Dafür werden wissenschaftliche Erkenntnisse zusammengestellt, aufbereitet und in möglichst leicht verständlicher Form verbreitet.

Die Aktivitäten sind in 13 Arbeitsgruppen strukturiert. Mitte Juni sind fast 30 Policy Briefs, Hintergrundpapiere und Handreichungen veröffentlicht worden. Thematisch wird die ganze Bandbreite von Public Health abgedeckt, z.B. Schulöffnungen, soziale und gesundheitliche Ungleichheit, die „Corona-App“, die Gesundheit von Geflüchteten oder Gesundheitsmaßnahmen an unterschiedlichen Arbeitsplätzen. Zunehmend werden die Ergebnisse von regionalen und nationalen Medien aufgegriffen und fließen sowohl in politische wie auch konkrete Entscheidungen vor Ort ein.

Bisher erfolgt die gesamte Arbeit auf freiwilliger Basis, weitgehend in der Freizeit aller Beteiligten. Eine Finanzierung der wissenschaftlichen Arbeit, analog zu den 150 Millionen Euro, die für die Universitätskliniken kurzfristig bereitgestellt wurden, gibt es bisher nicht.

Auch wenn durch die Arbeit des Kompetenznetzes nicht alle Lücken in der Wissensbasis geschlossen werden können, bietet es Grundlagen für transparente Entscheidungen auf der besten verfügbaren, interdisziplinären Evidenz.

Webseite: www.public-health-covid19.de

Prof. Dr. Ansgar Gerhardus

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

Machbarkeitsstudie zur Umsetzung eines Drogenkonsumraumes (DKR) in Bremen

Ende 2018 erhielt die IPP-Abt. Gesundheit & Gesellschaft von der Gesundheitssenatorin den Auftrag für eine Machbarkeitsstudie zur Umsetzung eines DKR in Bremen. Den Hintergrund bildete einerseits die Frage, ob ein DKR aus gesundheitspolitischer Perspektive dazu beitragen kann, die Gesundheit von Drogenkonsumierenden zu fördern und die vorhandenen Angebote der Sucht- und Drogenhilfe in Bremen sinnvoll zu ergänzen. Andererseits stellte sich die Frage, inwieweit eine solche Einrichtung die Ordnungs- und Sicherheitssituation rund um den Bremer Hauptbahnhof verbessern könne, der seit einigen Jahren mit Sicherheitsproblemen und Unordnungserscheinungen durch die offene Drogenszene konfrontiert ist. Es sollte u. a. geprüft werden, welche Konzepte, Träger und Standorte für einen DKR in Bremen infrage kommen.

Das Ergebnis der von Januar bis Juni 2019 durchgeführten Studie besagte, dass die Einrichtung eines Drogenkonsumraumes sowohl aus gesundheits- als auch sicherheitspolitischer Perspektive sinnvoll ist. Empfohlen wurde ein sog. ‚integrierter DKR‘, der in weitere niedrigschwellige Angebote der Drogen- und Suchthilfe eingebettet, dessen Zielgruppe möglichst wenig eingeschränkt und der mit möglichst langen Öffnungszeiten ausgestattet sein sollte. Ende 2019 wurde von der Rot-Grün-Roten Koalition die Einrichtung eines

entsprechenden DKR beschlossen: Der DKR soll an sieben Tagen pro Woche (insg. 70 Stunden/Woche) geöffnet haben und sollte ursprünglich zum 01.04.2020 seine Arbeit aufnehmen. Durch die ‚Corona-Krise‘ hat sich die Eröffnung allerdings etwas verzögert und ist nun für Anfang August 2020 vorgesehen.

Prof. Dr. Henning Schmidt-Semisch, Dr. Nadine Ochmann, Dr. Katja Thane

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

Ein Reallabor als Experiment für Wissenschafts-Praxis-Transfer



In der Stadtplanung in kleineren und mittleren Gemeinden sind multisektorale Ansätze, die den Zusammenhang von Wohnumfeld und Gesundheit adressieren, selten. Ein intensiver Wissenschafts-Praxis-Transfer ist daher erforderlich, um die Nutzung gesundheitsbezogener Forschungsergebnisse für gemeinsame, ressortübergreifende Entwicklungsansätze zu stärken. Im Rahmen des Forschungsprojekts AFOOT, das einen Fokus auf die Förderung aktiver Mobilität (Zufußgehen und Fahrradfahren) im Alter hat, wurde in der Gemeinde Ritterhude ein Reallabor eingerichtet. In einem transdisziplinären Forschungsansatz zielt das Reallabor auf die direkte Zusammenarbeit von Wissenschaftler*innen und Praxisakteuren und die Integration verschiedener Wissensformen ab. Besonderes Gewicht wird auf die kollaborativen Prozesse der Problemerkennung, der Problemdefinition und des Problemverständnisses gelegt.

Die Zusammenarbeit im Reallabor findet in drei Dimensionen statt: (1) zwischen den Sektoren Public Health und Stadtplanung, (2) zwischen Wissenschaftler*innen und Verwaltungspersonal und (3) mit der Bevölkerung. Als verknüpfendes Element und als Experiment wurde eine Absolventin des Fachbereichs Public Health im Rahmen des Forschungsprojekts im Sachgebiet Bau, Planung und Umwelt der Gemeinde für die Koordination des Projekts eingestellt. Dies ist eine eigene Innovation, da es in Deutschland in Gemeinden dieser Größe in der Regel keine*in Expert*in für Gesundheit gibt. Das transdisziplinäre Team, bestehend aus je einer Wissenschaftlerin aus Public Health (IPP, Universität Bremen) und Stadtplanung (Fakultät Raumplanung, TU Dortmund) und der Koordinatorin für das Reallabor in der Gemeinde, arbeitet eng zusammen.

Durch monatliche Treffen mit weiteren Vertreter*innen des Planungssachgebiets soll die Einbindung in die Alltagsroutinen der Verwaltung vor Ort gewährleistet werden. Darüber hinaus werden Lokalpolitiker*innen aktiv einbezogen, beispielsweise durch Präsentationen im Planungsausschuss der Gemeinde oder Einladungen zu Projektaktivitäten.

Eines der Hauptziele des Reallabors ist es, die Fachkenntnisse aus Public Health und der Stadtplanung zusammenzuführen. Der Integrationsprozess ist in drei Phasen gegliedert: (A) die gemeinsame Konstitution des Forschungsgegenstandes (*Problem-Framing*), (B) die gemeinsame Wissensproduktion (*Co-Creation*), und (C) die (*Re-*)Integration und Anwendung des Wissens in der gesellschaftlichen und wissenschaftlichen Praxis (Lang et al., 2012: 28).

Für die Problemdefinition und zur gemeinsamen Wissensproduktion wurden u. a. kleinräumige Analysen zur Darstellung der Bevölkerungsstruktur nach Altersgruppen in verschiedenen Ortsteilen und Nachbarschaften der Gemeinde durchgeführt. Diese zeigte entgegen des Wissens um den Zuwachs des Anteils junger Familien in den letzten Jahren insgesamt, dass in einigen Ortsteilen und Nachbarschaften der Anteil älterer Menschen besonders hoch ist. Ein weiteres Beispiel ist eine Befragung von Bewohner*innen. Sie verdeutlichte, inwiefern ältere Menschen mit Mobilitätseinschränkungen andere Ansprüche an die Umwelt für ihre Alltagsmobilität stellen als Gesunde. Im Rahmen von Zukunftswerkstätten in ausgewählten Ortsteilen wurden Hinweise älterer Menschen aufgenommen. Diese bezogen sich v. a. auf den unzureichenden Erhaltungszustand und die Barrierefreiheit von Fuß- und Rad-

wegen, mangelnde Orientierung, Verknüpfung und Sicherheit für Fußgänger*innen und Radfahrer*innen sowie Aufenthaltsmöglichkeiten zum Ausruhen und zur Kommunikation. Darüber hinaus wurde die Perspektive der Bürger*innen nicht nur in der Bestandsanalyse, sondern auch in die Entwicklung von Lösungsansätzen integriert. Die Ergebnisse aller Arbeitsschritte mündeten in die Entwicklung einer lokalen Agenda „Aktiv mobil – länger gesund“.

Da der Forschungsprozess im Reallabor durch ein hohes Maß an Offenheit gekennzeichnet ist, spielt die Reflexion eine entscheidende Rolle. Um diese zu ermöglichen und den Forschungsprozess zu unterstützen, wird eine formative Evaluation auf der Grundlage eines Bewertungsschemas für Transitionsexperimente durchgeführt (Luederitz et al., 2017: 71). Die formative Evaluation soll einige Aspekte der Problemdefinition explizit machen und Bezugspunkte für die gemeinsame Arbeit definieren.

Die formulierte Agenda wurde mit diversen Aktivitäten umgesetzt, u. a. in Form einer Stellungnahme zum kommunalen Radförderkonzept, einer Forderung zur Einrichtung von Tempo 30 auf der Hauptverkehrsstraße und der Initiierung eines gemeindeübergreifenden Arbeitskreises Gesundheit. Die Erkenntnisse aus dem Reallabor werden in Form einer Toolbox als Einzelbeiträge und Handlungshilfen online veröffentlicht (siehe Projekt „AFOOT“ www.ipp.uni-bremen.de/abteilungen/sozialepidemiologie).



**Tanja Brüchert¹, Paula Quentin²,
Lena-Katharina Oeltjen³,
Prof. Dr.-Ing. Sabine Baumgart¹,
Prof. Dr. Karsten Zimmermann² &
Prof. Dr. Gabriele Bolte¹**

¹ Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Abt. Sozialepidemiologie, Mail: t.bruechert@uni-bremen.de
www.ipp.uni-bremen.de/abteilungen/sozialepidemiologie

² TU Dortmund, Fakultät Raumplanung, Fachgebiet Europäische Planungskulturen (EPK) und Fachgebiet Stadt- und Regionalplanung (SRP)

³ Gemeinde Ritterhude

QUALIFIKATIONSARBEITEN

Körperliche Aktivität im höheren Lebensalter im Kontext sozialer Ungleichheiten. Ungleichheitseffekte von Public-Health-Interventionen zur Förderung körperlicher Aktivität

Dissertation

Die Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten ist eines der zentralen Ziele von Public Health. Public-Health-Interventionen haben das Potenzial, soziale Ungleichheiten im körperlichen Aktivitätsverhalten, die als eine wesentliche Determinante gesundheitlicher Ungleichheiten gelten, zu reduzieren. Da Public-Health-Interventionen Ungleichheiten jedoch auch ungewollt vergrößern können, ist die Evaluation potenzieller Ungleichheitseffekte, die bei der Inanspruchnahme, Akzeptanz und Wirkung von Interventionen auftreten können, erforderlich.

In dieser kumulativen Dissertation wurde untersucht, ob und wie potenzielle Ungleichheitseffekte von Public-Health-Interventionen zur Förderung körperlicher Aktivität älterer Menschen gegenwärtig evaluiert werden und welche Implikationen sich daraus für die Forschung und Praxis ableiten lassen. Zur Beantwortung dieser Forschungsfrage wurde ein Methodenmix angewandt, bestehend aus einer quantitativen Datenanalyse auf Basis von Da-

ten des Deutschen Alterssurveys, einem systematischen Review, qualitativen Experteninterviews, explorativen Literaturrecherchen, einem Methodenworkshop sowie dem Aufbau einer internationalen Kooperation zur Reanalyse der Daten bestehender Interventionsstudien.

Die Ergebnisse zeigen, dass 1) sich Änderungen im Aktivitätsverhalten von Männern und Frauen im Alter nach sozialer Lage unterscheiden, 2) Ungleichheitseffekte bei der Wirkung von universellen Interventionen zur Förderung körperlicher Aktivität bei älteren Menschen gegenwärtig selten evaluiert werden, 3) der Einsatz logischer Modelle die systematische Planung, Umsetzung und Interpretation der Analyse von Ungleichheitseffekten ermöglicht und 4) die Entwicklung einer gemeinsamen Strategie zur Reanalyse der Daten bestehender Interventionsstudien im Hinblick auf Ungleichheitseffekte in einer interdisziplinären Kooperation von für Interventionsstudien verantwortlichen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern möglich ist.

Die Ergebnisse der Dissertation wurden in vier Publikationen in internationalen Zeitschriften mit Peer Review 2017 – 2019 veröffentlicht.

Da potenzielle Ungleichheitseffekte von Interventionen zur Förderung körperlicher Aktivität älterer Menschen gegenwärtig selten evaluiert werden, ist größtenteils unklar, welchen Einfluss entsprechende Interventionen auf gesundheitliche Ungleichheiten in der älteren Bevölkerung haben. Um diese Evidenzlücke zu schließen, sollten die Ungleichheitseffekte bestehender bzw. neuer Interventionen durch die Reanalyse vorhandener Daten bzw. a priori geplante Analysen evaluiert und die Evaluationsergebnisse in systematischen Reviews und Metaanalysen systematisch zusammengefasst und bewertet werden. Aufbauend auf dieser Evidenzgrundlage sollten Empfehlungen für zukünftige Interventionen abgeleitet werden, die es ermöglichen, entsprechende Interventionen so zu gestalten, dass diese zu einer Reduktion sozialer Ungleichheiten im körperlichen Aktivitätsverhalten in der älteren Bevölkerung beitragen.



Wesentliche Arbeiten für diese Dissertation wurden im Rahmen des vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Präventionsforschungsnetzwerks „AEQUIPA – Körperliche Aktivität, Gerechtigkeit und Gesundheit: Prävention für gesundes Altern“ im Teilprojekt „EQUAL – Ungleichheitseffekte von Interventionen zur Förderung der körperlichen Aktivität“ (siehe Projekt „EQUAL“ www.ipp.uni-bremen.de/abteilungen/sozialepidemiologie) durchgeführt.

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

Dr. Gesa Czwikla M.A.

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

Motive, Methoden und Erfahrungen der aktiven Beteiligung von Patient*innen an klinischer Forschung

Dissertation



Hintergrund

Zunehmend wird gefordert, Patient*innen an der Planung, Durchführung und Dissemination von Forschung zu beteiligen. Der Umsetzung von Patient*innenbeteiligung (PPI) stehen jedoch Herausforderungen entgegen. Ziel der Dissertation war es, zum Wissen, wie PPI gelingen kann, beizutragen. Fokussiert wurde auf die Perspektiven der Beteiligten sowie Methoden zur Beteiligung einer „oft übersehenen“ Zielgruppe, hier die der älteren Patient*innen.

Methode

In zwei qualitativen Studien wurde untersucht, (I) was Patient*innen und Forschende motiviert, (a) PPI umzusetzen und (b) welche Erwartungen sie haben, sowie (II) welche Erfahrungen sie mit der Beteiligung machen. In einem Review wurden systematisch (III) Methoden und fördernde Strategien zur Beteiligung älterer Patient*innen identifiziert und analysiert.

Ergebnisse

(I) Die Motive und Erwartungen der beteiligten Patient*innen und Forschenden waren in einigen Punkten identisch, unterschieden sich jedoch u.a. hinsichtlich des Verständnisses ihrer Rollen. (II) Auch die Erfahrungen der Beteiligten unterschieden sich in einigen Aspekten. Während beide Gruppen die Atmosphäre und Zusammenarbeit als angenehm empfanden und Trainingsbedarfe feststellten, wurden die Rollen, die Intensität und der Nutzen der Beteiligung unterschiedlich wahrgenommen. (III) PPI mit älteren Patient*innen ist mit verschiedenen Methoden wie Referenzgruppen, Workshops oder schriftlichen Erhebungen, umsetzbar. Sie geht jedoch mit speziellen Herausforderungen einher.

Fazit

Zum Gelingen von PPI kann beitragen, dass die beteiligten Stakeholder*innen 1) gute Beziehungen aufbauen, sich über ihre Motive und Erwartungen austauschen und die Ziele und Arbeitsweisen der Beteiligung vereinbaren, 2) Trainingsbedarfe berücksichtigen, 3) die Wahl von Methoden, Zeitpunkt und Teilnehmenden in Hinblick auf die Ziele sowie die Vor- und Nachteile verschiedener Ansätze reflektieren, Patient*innen früh beteiligen und Diversität in der Auswahl der beteiligten Perspektiven anstreben, 4) PPI rechtzeitig planen und in den regulären Studienprozess einbinden, 5) Flexibilität ermöglichen und 6) ausreichend Ressourcen zur Verfügung haben.

Rahmen der Dissertation

Die Dissertation wurde kumulativ mit drei internationalen Publikationen und einem Rahmenpapier erstellt [1–4]. Sie wurde betreut durch Prof. Gerhardus (IPP, Universität Bremen) und Prof. Brannath (KKSb, Universität Bremen). Die Referenzen sind online gelistet unter www.ipp.uni-bremen.de/veroeffentlichungen/ipp-info. Die Dissertation ist unter folgendem QR-Code abrufbar:



Dr. Imke Schilling

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

PERSONALIA & AKTUELLES

Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck erhält Deutschen Pflegepreis

Der Deutsche Pflegerat ehrt Bremer Pflegewissenschaftlerin für ihre pflegedidaktische Arbeit

Den Internationalen Tag der Pflegenden nahm der Deutsche Pflegerat zum Anlass, um die diesjährigen Preisträgerinnen des Deutschen Pflegepreises bekannt zu geben. Prof. Ingrid Darmann-Finck vom Institut für Public Health und Pflegeforschung und Professorin am Fachbereich Human- und Gesundheitswissenschaften der Universität Bremen ist eine von drei Preisträgerinnen. Wie auch die zwei Kolleginnen Prof. Gertrud Hundeborn und Prof. Dr. Barbara Knigge-Demal hat sie sich jahrzehntelang beruflich und ehrenamtlich für die Pflege engagiert und insbesondere im Bereich der Pflegepädagogik und Pflegedidaktik sowie in der Professionalisierung von Pflegelehrenden Pionierarbeit geleistet.

Prof. Dr. Darmann-Finck ist seit 2003 an der Universität Bremen tätig. Ihre Lehr- und Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich der Weiterentwicklung der Pflegedidaktik, der pflegedidaktischen Grundlagenforschung sowie in der Qualifikations- und Curriculumforschung

in der Pflege. In seiner Laudatio würdigt Franz Wagner auch Sabine Muths, die als langjährige Mitarbeiterin am IPP gemeinsam mit Ingrid Darmann-Finck und in enger Zusammenarbeit mit Pflegeschulen pflegedidaktisch fundierte Curricula, wie das Nationale Mustercurriculum Kommunikative Kompetenz in der Pflege (NaKomm) entwickelt hat.

Aufgrund der Coronapandemie konnte die Preisverleihung nicht wie geplant im Kontext des Deutschen Pflegeetags im März 2020 in Berlin stattfinden, sondern wird im November nachgeholt.

Hintergrund:

Seit 1999 verleiht der Deutsche Pflegerat den renommierten Deutschen Pflegepreis an Persönlichkeiten oder Institutionen, die sich durch ihr Wirken um die Pflege und das Hebammenwesen in Deutschland besonders verdient gemacht haben. Der Preis ehrt und würdigt ihre Arbeit und ist die höchste nationale Auszeichnung in der Pflege.

Link zur Pressemitteilung:
<https://deutscher-pflegerat.de/2020/05/11/>



Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck |
© WFB Bremen / Jonas Ginter

internationaler-tag-der-pflegenden-die-welt-gesund-pflegen

Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck

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

Bremer Gesundheitswissenschaftler in Wissenschaftlichen Beirat Nationale Diabetes-Surveillance berufen

Ansgar Gerhardus berät Robert Koch-Institut

Prof. Dr. Ansgar Gerhardus vom Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen ist zum Juni 2020 in den Wissenschaftlichen Beirat des Projekts „Nationale Diabetes-Surveillance“ am Robert Koch-Institut (RKI) berufen worden. Die Berufung erfolgte durch den Präsidenten des RKI, Prof. Dr. Lothar Wieler im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit.

Mit der Diabetes-Surveillance soll eine transparente Daten- und Informationsgrundlage zu

Risikofaktoren und dem Krankheits- und Versorgungsgeschehen zu Diabetes in Deutschland geschaffen werden. Der Beirat Nationale Diabetes-Surveillance soll das RKI bei seinen Aufgaben im Bereich des systematischen Monitorings des Diabetesgeschehens in Deutschland sowie der geplanten Ausweitung der Surveillance im Hinblick auf andere nichtübertragbare Krankheiten (NCD) fachlich beraten.

Prof. Dr. Ansgar Gerhardus ist seit 2011 Hochschullehrer am Fachbereich 11 Human- und Gesundheitswissenschaften der Universität Bremen und hat die Professur für Versorgungsforschung inne. Ansgar Gerhardus ist Humanmediziner,

Master of Public Health sowie Politikwissenschaftler/Ethnologe. Er ist Leiter der Abteilung Versorgungsforschung am IPP und gehört dem Direktorium des IPP seit 2011 an.

Informationen zum RKI-Projekt Diabetes-Surveillance: <https://diabsurv.rki.de/Webs/Diabsurv/DE/startseite/startseite-node.html>

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

Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Abteilung Versorgungsforschung – Department for Health Services Research
 Mail: ansgar.gerhardus@uni-bremen.de
www.ipp.uni-bremen.de/abteilungen/versorgungsforschung

Mitglied des IPP im Redaktionsteam der Zeitschrift Das Gesundheitswesen

Prof. Dr. Ansgar Gerhardus in Schriftleitung berufen

Prof. Dr. Ansgar Gerhardus, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen ist zum Januar 2020 in die Schriftleitung der Zeitschrift „Das Gesundheitswesen“ berufen worden. Die Zeitschrift Das Gesundheitswesen der Georg Thieme Verlag KG deckt die Themenfelder Sozialmedizin, Gesundheits-System-Forschung, Medizinischer Dienst, Public Health, Öffentlicher Gesundheitsdienst sowie Versorgungsforschung ab. Seit 80 Jahren informiert Das Gesundheitswesen umfassend und aktuell über die wichtigsten Themen des Gesundheitswesens. Neben Leitlinien, Übersichten und Kommentaren finden sich aktuelle Forschungsergebnisse und

Beiträge für die CME-zertifizierte Fort- und Weiterbildung. Sie bietet ein wissenschaftliches Diskussionsforum und eine Plattform für Mitteilungen der Fachgesellschaften. Für die inhaltliche Qualität sorgen ein Herausgeber-Gremium, der Expert*innenbeirat sowie weitere Gutachter*innen im Rahmen des Peer-Review-Prozesses. Das Gesundheitswesen erscheint – gedruckt und online – mit 11 Ausgaben pro Jahr und ist offizielles Organ zahlreicher Verbände im Gesundheitswesen.

www.thieme.de/de/gesundheitswesen/profil-1875.htm



Prof. Dr. Ansgar Gerhardus | © Harald Rehling

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

Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Abteilung Versorgungsforschung – Department for Health Services Research
Mail: ansgar.gerhardus@uni-bremen.de
www.ipp.uni-bremen.de/abteilungen/versorgungsforschung

Berufung von Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann als Mitglied der Plattform „Lernende Systeme“, Arbeitsgruppe „Gesundheit, Medizintechnik, Pflege“



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

Karin Wolf-Ostermann, Professorin am Fachbereich 11 „Human- und Gesundheitswissenschaften“ der Universität Bremen und Leiterin der Abteilung „Pfle gewissenschaftliche

Versorgungsforschung“ am Institut für Public Health und Pflegeforschung, wird zukünftig ihre Expertise in die Arbeit der Plattform und speziell in die Arbeitsgruppe „Gesundheit, Medizintechnik, Pflege“ einbringen. Die Plattform Lernende Systeme der Deutschen Akademie der Technikwissenschaften wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert und bringt führende Expertinnen und Experten aus Wissenschaft, Wirtschaft, Politik und zivilgesellschaftlichen Organisationen aus den Bereichen Lernende Systeme und Künstliche Intelligenz zusammen, um Deutschland international als Technologieführer für Lernende Systeme zu positionieren. In thematisch spezialisierten Arbeitsgruppen werden die Chancen, Herausforderungen und Rahmenbedingungen für die Entwicklung und den verantwortlichen Einsatz Lernender Systeme erörtert. Aus den Ergebnissen werden Szenarien, Empfehlungen,

Gestaltungsoptionen oder Roadmaps abgeleitet. In der Arbeitsgruppe „Gesundheit, Medizintechnik, Pflege“ diskutieren Vertreterinnen und Vertreter aus Wissenschaft, Wirtschaft, Krankenkassen, Sozialunternehmen und Patientenvertretungen die Chancen und Herausforderungen Lernender Systeme im Gesundheitswesen.

Weiterführende Informationen:

www.plattform-lernende-systeme.de/publikationen-details/lernende-systeme-im-gesundheitswesen.html

Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann

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

PD Dr. Guido Schmiemann Associated Editor im Editorial Board des Journals BMC Family Practice



PD Dr. Guido Schmiemann | © Guido Schmiemann

PD Dr. med. Guido Schmiemann wurde 2019 in das Editorial Board des BMC Family Practise berufen. BMC Family Practice ist ein peer reviewed open Access Journal mit Schwerpunkten auf der primärärztlichen Versorgung sowie der Versorgungsforschung. Es gehört zum Verlag Springer Nature und ist eine der führenden online Zeitschriften im Bereich Primary Care.

Guido Schmiemann ist Wissenschaftlicher Mitarbeiter sowie stellvertretender Leiter der Abteilung Versorgungsforschung am Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) am Fachbereich 11 der Universität Bremen. Seine Forschungsschwerpunkte sind u.a. Polyphar-

makotherapie und Hausärztliche Leitlinien. Guido Schmiemann ist zudem als Facharzt für Allgemeinmedizin in einer hausärztlichen Gemeinschaftspraxis in Verden tätig.

PD Dr. med. Guido Schmiemann, MPH

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

Berufung von Prof. Dr. Gabriele Bolte in den Ad-hoc-Arbeitskreis „Pandemie und Raum“

Gremium der Akademie für Raumentwicklung in der Leibniz-Gemeinschaft zu raumrelevanten Fragen vor dem Hintergrund der SARS-CoV-2-Pandemie



Prof. Dr. Gabriele Bolte | © Gabriele Bolte

Im Mai 2020 wurde Prof. Dr. Gabriele Bolte von der Präsidentin der ARL - Akademie für Raumentwicklung in der Leibniz-Gemeinschaft in den Ad-hoc-Arbeitskreis „Pandemie und Raum“ berufen. Dieser inter- und transdisziplinär zusammengesetzte Arbeitskreis hat zum Ziel, einen integrierenden Blick auf raumrelevante Themen

vor dem Hintergrund der SARS-CoV-2-Pandemie zu werfen. Er basiert auf der Expertise aus den Bereichen Raumplanung, Epidemiologie/ Public Health, Community Health, Hygiene und Umweltmedizin, Medizingeographie, Kritische Infrastrukturen einschließlich der Gesundheitsversorgung und ihrer Körperschaften (wie KV). Der Ad-hoc-Arbeitskreis wird wissenschaftliche Erkenntnisse aus der raumbezogenen Forschung zusammenzufassen, die Praxis und ihre Akteure in unterschiedlichen Politikfeldern in Bezug auf Gesundheitsschutz und Gesundheitsvorsorge betrachten sowie Erkenntnis- und Umsetzungsdefizite identifizieren. Angesichts der aktuellen Pandemie und ihrer kurz- und langfristigen Auswirkungen werden Aspekte der nachhaltigen Raumentwicklung wie planungsbezogene Fragen zur Gestaltung öffentlicher Räume, Sicherung der Nahversorgung, Zugänglichkeit zu sozialer Infrastruktur, Organisation öffentlicher Verkehre und Fragen zur Verfügbarkeit/Zugänglichkeit kleinräumiger Datengrundlagen zur Gesundheits- und Versorgungsinfrastruktur, zur Risikoanalyse der

Schutzgut-Bereiche Mensch, Umwelt und Volkswirtschaft einschl. Umwelt- und Teilhabegerechtigkeit differenziert nach (Planungs-)Ebenen/ Zuständigkeiten sowie Handlungserfordernisse in unterschiedlichen Politikfeldern behandelt. Es soll ein Positionspapier erarbeitet werden, das Erkenntnisse zum mittelfristigen raumbezogenen Krisenmanagement und zu langfristigen strategischen Herausforderungen der räumlichen Entwicklung angesichts zukünftiger Pandemien bietet.

Weitere Informationen: www.arl-net.de/de/projekte/pandemie-und-raumentwicklung

Prof. Dr. Gabriele Bolte, MPH

Geschäftsführende Direktorin des Instituts für Public Health und Pflegeforschung | Leiterin des WHO Collaborating Centre for Environmental Health Inequalities | Leiterin der Abteilung Sozialepidemiologie
Institut für Public Health und Pflegeforschung
Universität Bremen
Mail: gabriele.bolte@uni-bremen.de
www.ipp.uni-bremen.de/abteilungen/sozialepidemiologie

VERANSTALTUNGEN

Bremer Curriculum auf Fachtagung vorgestellt und veröffentlicht!

Im Rahmen einer Fachtagung im Konsul Hackfeld Haus mit 190 Teilnehmenden aus dem ganzen Bundesgebiet stellten Sabine Muths und Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck sowie die Mitglieder der Curriculuarbeitsgruppe am 4. 12. 2019 das Bremer Curriculum für die Ausbildung zur Pflegefachfrau / zum Pflegefachmann vor. Das Curriculum, das in Bremen zugleich als Lehrplan erlassen wird, ist im Auftrag der Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz innerhalb des letzten Jahres von der Abteilung Qualifikations- und Curriculumforschung am IPP in Zusammenarbeit mit Vertreter*innen der Bre-

mer Pflegeschulen entwickelt worden.

Das Curriculum basiert auf den rechtlichen Grundlagen des PflBG und der PflAPrV „Wir haben für die Erarbeitung des Curriculums auch auf Vorarbeiten aus den zahlreichen Curriculumprojekten zurückgegriffen, die wir seit 2003 durchgeführt haben“ berichtet Sabine Muths. „Im Unterschied zu den Rahmenlehrplänen der Fachkommission setzt das Bremer Curriculum stärker auf das Prinzip der Exemplicität und adressiert die konkrete Gestaltung von Lehr-/Lernprozessen“ erläutert Prof. Dr.

Darmann-Finck. Insgesamt enthält das Curriculum 24 Lernfelder. Insbesondere wenn die Vorschläge zu Lernsituationen aus dem Nationalen Mustercurriculum Kommunikative Kompetenz für die Pflege (NaKomm) aufgegriffen werden, kann das Bremer Curriculum mit vergleichsweise geringem Aufwand zu einem schulinternen Curriculum für die generalistische Pflegeausbildung weiterentwickelt werden. Es ist unter folgendem Link als Download erhältlich: www.gesundheit.bremen.de/sixcms/detail.php?gsid=bremen69.c.12790.de

Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck

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

Workshop „Ungleichheiten im umweltbezogenen Gesundheitsschutz und in der Gesundheitsförderung“ und Launch des WHO Collaborating Centre for Environmental Health Inequalities



Im Oktober 2019 fand der Launch des WHO Collaborating Centre for Environmental Health Inequalities in Verbindung mit dem Workshop „Ungleichheiten im umweltbezogenen Gesundheitsschutz und in der Gesundheitsförderung“ an der Universität Bremen statt. Die Veranstaltung wurde gemeinsam von der Abteilung Sozialepidemiologie des IPP mit dem Arbeitskreis „Umweltmedizin, Expositions-

und Risikoabschätzungen“ der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie (DGEpi), der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS) und der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) durchgeführt. Rund 30 Expert*innen aus Forschungseinrichtungen und Behörden sowie Studierende diskutierten, welche Ungleichheiten derzeit

international bzw. in Deutschland für das Thema „Umwelt und Gesundheit“ besonders relevant sind und wie negative Gesundheitsfolgen dieser Ungleichheiten vermindert oder vermieden werden können. Berichte zu dem Workshop (Conrad, Steinkühler & Bolte, 2020) und zu dem WHO Collaborating Centre for Environmental Health Inequalities (Bolte, 2020) wurden im UMID – Umwelt + Mensch – Informationsdienst veröffentlicht.

Literatur unter:

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

Prof. Dr. Gabriele Bolte, MPH

Geschäftsführende Direktorin des Instituts für Public Health und Pflegeforschung
Leiterin des WHO Collaborating Centre for Environmental Health Inequalities
Leiterin der Abteilung Sozialepidemiologie
Institut für Public Health und Pflegeforschung
Universität Bremen
Mail: gabriele.bolte@uni-bremen.de
www.ipp.uni-bremen.de/abteilungen/sozialepidemiologie

Ungleichheitseffekte von Interventionen zur Förderung körperlicher Aktivität im Alter

Workshop im Rahmen einer internationalen Kooperation zur systematischen Reanalyse der Daten bestehender Interventionsstudien in Europa

Am 16. Oktober 2019 fand in Bremen im Projekt EQUAL der Abteilung Sozialepidemiologie des IPP der internationale Workshop „Equity-specific analyses of intervention effects II“ statt. EQUAL ist ein Teilprojekt des vom Bundesministerium für Bildung und Forschung 2015 - 2021 geförderten Präventionsnetzwerks „AEQUIPA – Körperliche Aktivität, Gerechtigkeit und Gesundheit: Primärprävention für gesundes Altern“.

Interventionen zur Förderung körperlicher Aktivität können gesundheitliche Ungleichheiten verringern, aber auch ungewollt vergrößern. Entsprechende Ungleichheitseffekte können bei der Inanspruchnahme, Akzeptanz sowie bei der Wirkung von Interventionen auftreten. Das Potenzial, Ungleichheitseffekte zu analysieren, wird jedoch in vielen Evaluationen von Interventionen zur Förderung körperlicher Aktivität im Alter bislang nicht ausgeschöpft (Lehne & Bolte, 2017). Auf Ungleichheitseffekte fokussierte Reanalysen der Daten vorhandener

Interventionsstudien bieten die Möglichkeit, dieses Potenzial zu nutzen, und neue Erkenntnisse zum Einfluss von Interventionen auf gesundheitliche Ungleichheiten hervorzubringen. Vor diesem Hintergrund wurde im Rahmen des Projekts EQUAL eine internationale Kooperation zwischen acht Interventionsstudien aus Belgien, Großbritannien, den Niederlanden und Deutschland aufgebaut. Auf Basis der Ergebnisse eines ersten internationalen Workshops im November 2018 mit Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern der Interventionsstudien wurde eine gemeinsame Reanalysestrategie (Czwikla et al., 2019) erarbeitet und den statistischen Reanalysen zugrunde gelegt.

Für den zweiten Workshop am 16. Oktober 2019 kamen die kooperierenden Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aus den Bereichen (Sozial-)Epidemiologie, Statistik, Gesundheitspsychologie, Versorgungsforschung und Bewegungswissenschaften erneut zusammen, um die Ergebnisse der Reanalysen zu diskutie-

ren und weitere Schritte (insbesondere Metaanalyse) zu planen. Eine wesentliche Erkenntnis dieses Workshops ist, dass die Bewertung der Reanalyseergebnisse eine intensive Diskussion möglicher Erklärungsansätze für beobachtete Ungleichheitseffekte unter Beteiligung von Expertinnen und Experten unterschiedlicher Disziplinen erfordert.

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



Dr. Gesa Czwikla M.A. & Prof. Dr. Gabriele Bolte MPH

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

PUBLIKATIONEN

Ansgar Gerhardus, Petra Kolip, Tobias Munko, Imke Schilling & Kerstin Schlingmann (Hrsg.) (2020).

Lehren und Lernen in den Gesundheitswissenschaften.

Ein Praxishandbuch | Bern: Hogrefe Verlag

Im Bereich der Gesundheitswissenschaften werden derzeit über 600 unterschiedliche Studiengänge angeboten, mit unterschiedlichen Ausbildungszielen und Profilen. Die Lehre in diesen Studiengängen ist wegen der Interdisziplinarität und der heterogenen Studierendenschaft anspruchsvoll und stellt Neulinge in der Lehre ebenso vor Herausforderungen wie „alte Hasen“. Das aktuell erschienene Praxishandbuch „Lehren und Lernen in den Gesundheitswissenschaften“ will mit theoretischem Fundament und konkreten Beispielen eine zuverlässige Orientierung für

eigene Lehrpläne bzw. die Lehrdidaktik ermöglichen. Unter den folgenden Fragestellungen werden „Leitplanken“ für Studieninhalte, Veranstaltungsformate und geeignete Lehr-Lern-Methoden dargestellt:

- Welche Herausforderungen gibt es für die Lehre in den verschiedenen Studiengängen?
- Welche Kompetenzen sollen im Studium vermittelt werden und wie kann das geschehen?
- Wie können Studierende bei der Entwicklung ihres Selbstverständnisses und ihrer Persönlichkeit unterstützt werden?
- Wie plane ich eine Veranstaltung? Nutzen der Konzepte „Constructive Alignment“ und „kompetenzorientiertes Prüfen“
- Wie mache ich die Potenziale von problemorientiertem und forschendem Lernen für meine Lehre nutzbar?
- Welche handlungsorientierten und aktivierenden Methoden gibt es und wie werden sie richtig eingebunden? Planspiel, Praxisprojekt, E-Learning, Blended Learning, Wissenschaftli-

ches Arbeiten, Präsentieren und Vermitteln

- Wie funktioniert Lehre in verschiedenen Veranstaltungsformaten? Vorlesung, Seminar, Tutorien
- Wie lassen sich Feedback und Evaluation zur Qualitätsverbesserung einsetzen?

Damit richtet sich das Buch an Lehrende bzw. Dozentinnen und Dozenten, die sich mit der Gestaltung und Strukturierung von Studiengängen und Lehrveranstaltungen der Gesundheitswissenschaften beschäftigen.

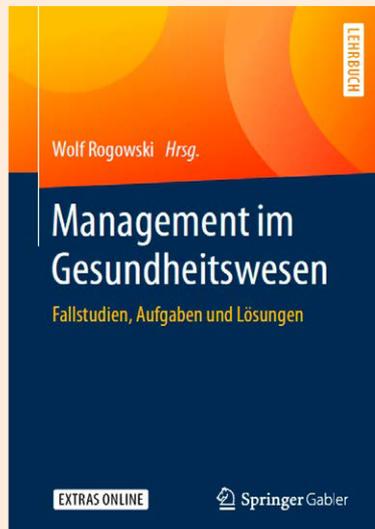


Weitere Informationen finden sich unter folgendem QR-Code.

Wolf Rogowski (Hrsg.) (2020).

Management im Gesundheitswesen.
Fallstudien, Aufgaben und Lösungen.

Wiesbaden: Springer Gabler



Das vorliegende Werk ergänzt die bisherigen Lehrbücher im Bereich Management im Gesundheitswesen um 16 Fallstudien. Anhand dieser Beispiele wird es den Lernenden ermöglicht ihre theoretischen Kenntnisse mit der Anwendung zu verbinden und ihre Problemlöse- und Entscheidungskompetenzen zu stärken. Indem das Lehrbuch auch Musterlösungen enthält, kann es zum einen als Grundlage eines Seminars im Bereich des Managements dienen und zum anderen zum Selbststudium genutzt werden.



Aktuelle Publikationen in Journals mit Peer-Review

Die nachfolgende Liste zeigt eine Auswahl aktueller Publikationen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des IPP in nationalen und internationalen Journals im angegebenen Zeitraum. Alle Veröffentlichungen aus dem IPP in dieser und allen weiteren Publikationskategorien finden Sie unter: www.ipp.uni-bremen.de/veroeffentlichungen/publikationen/

2020

Albrecht, B.; Stalling, I.; Drell, C.; Bammann, K., 2020: Accelerometer-assessed outdoor physical activity is associated with meteorological conditions among older adults: Cross-sectional results from the OUTDOOR ACTIVE study, in: PLoS One, 15 (1), S. e0228053, doi:10.1371/journal.pone.0228053

Jahnel, T.; Schüz, B., 2020: Partizipative Entwicklung von Digital-Public-Health-Anwendungen: Spannungsfeld zwischen Nutzer*innenperspektive und Evidenzbasierung, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, doi:10.1007/s00103-019-03082

Laureati, M.; Sandvik, P.; Almlı, V.; Sandell, M.; Zeinstra, G.; Methven, L.; Wallner, M.; Jilani, H.; Alfaro, B.; Proserpio, C., 2020: Individual differences in texture preferences among European children: Development and validation of the Child Food Texture Preference Questionnaire (CFTPQ), in: Food Quality and Preference, 80, S. 103828, doi:10.1016/j.foodqual.2019.103828

Li, J.; Wege, N.; Loerbroks, A.; Riedel, N., 2020: Does cognitive function predict changes in perception of stressful working conditions?, in: Industrial Health, 58 (1), S. 72-77, doi:10.2486/indhealth.2019-0017

Schorb, F., 2020: Crossroads between the right to health and the right to be fat, in: Fat Studies, 9 (3), doi:10.1080/21604851.2020.1772651

Schüz, B.; Urban, M., 2020: Unerwünschte Effekte digitaler Gesundheitstechnologien: Eine Public-Health-Perspektive Unintended consequences and side effects of digital health technology: a public health perspective, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, doi:10.1007/s00103-019-03088-5

Urban, M. (2020). Geschlechtersensible Gestaltung der Digitalisierung im Gesundheitswesen, in Journal für Prävention und Gesundheitsförderung, Springer nature, <https://rdcu.be/b5fyb>

Urban, M. (2020): Book Review: "The Beautiful Warriors. Technofeminist Praxis in the 21. Century", Sollfrank, C. (Hg.) (2020), in: Tecnosocienza. Italian Journal of Science and Technology Studies, 9(2), 197 - 212.

Wolf, K.; Kraus, U.; Dzolan, M.; Bolte, G.; Lakes, T.; Schikowski, T.; et al., 2020: Nächtliche Verkehrslärmelast in Deutschland: individuelle und regionale Unterschiede in der NAKO Gesundheitsstudie, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 63, S. 332–343, doi:10.1007/s00103-020-03094-y

Zeeb, H.; Pigeot, I.; Schüz, B., 2020: Digital Public Health – ein Überblick, in: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, doi:10.1007/s00103-019-03078-7

Zeeb, H.; Pigeot, I.; Schüz, B., 2020: Digital Public Health – Rasanter technischer Fortschritt, aber viele offene Public-Health-Fragen Digital public health—rapid technological progress, but many open public health questions, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 2020, doi:10.1007/s00103-020-03092-0

Zhang, X.; Lhachimi, S.; Rogowski, W., 2020: Reporting Quality of Discrete Event Simulations in Healthcare – Results from a Generic Reporting Checklist, in: Value Health, 23 (4), S. 506 - 514, doi:10.1016/j.jval.2020.01.005

2019

Bolte, G.; Nanninga, S.; Dandolo, L.; INGER Study Group, 2019: Sex/gender differences in the association between residential green space and self-rated health—A sex/gender-focused systematic review, in: International Journal of Environmental Research and Public Health, 16 (23), 4818, doi:10.3390/ijerph16234818

Brinken, L.; Schüz, B.; Ferguson, S.; Scholz, U.; Schüz, N., 2019: Social cognitions and smoking behaviour: Temporal resolution matters, in: British Journal of Health Psychology, 25 (1 (2020)), S. 210 - 227, doi:10.1111/bjhp.12402

Czwikla, G.; Boen, F.; Cook, D.; de Jong, J.; Harris, T.; Hilz, L.; Iliffe, S.; Morris, R.; Muellmann, S.; Peels, D.; Pischke, C.; Schüz, B.; Stevens, M.; van Lenthe, F.; Vanderlinden, J.; Bolte, G., 2019: Equity-Specific Effects of Interventions to Promote Physical Activity among Middle-Aged and Older Adults: Development of a Collaborative Equity-Specific Re-Analysis Strategy, in: International Journal of Environmental Research and Public Health, 16 (17), 3195, doi:10.3390/ijerph16173195

Czwikla, J.; Schulz, M.; Heinze, F.; Kalwitzki, T.; Gand, D.; Schmidt, A.; Tsiatsioti, C.; Schwinger, A.; Kloep, S.; Schmie-mann, G.; Wolf-Ostermann, K.; Gerhardus, A.; Rothgang, H., 2019: Needs-based provision of medical care to nursing home residents: protocol for a mixed-methods study. BMJ Open 2019; 9: e025614, in: BMJ Open, 9 (8), S. e025614, doi:10.1136/bmjopen-2018-025614

Darmann-Finck, I.; Rothgang, H.; Zeeb, H. (2020): Digitalisierung und Gesundheitswissenschaften – White Paper Digital Public Health. In: Das Gesundheitswesen, 82, 620-622.

Dreger, S.; Schüle, S.; Hilz, L.; Bolte, G., 2019: Social Inequalities in Environmental Noise Exposure: A Review of Evidence in the WHO European Region, in: International Journal of Environmental Research and Public Health, 16(6), 1011, doi:10.3390/ijerph16061011

Elliston, K.; Schüz, B.; Ferguson, S., 2019: Inter-goal conflict and facilitation as predictors of adherence to dieting goals: an ecological momentary assessment study, in: Psychology & Health, S. 1 - 17, doi:10.1080/08870446.2019.1684496

Fairburn, J.; Schüle, S.; Dreger, S.; Hilz, L.; Bolte, G., 2019: Social inequalities in exposure to ambient air pollution: A systematic review in the WHO European Region, in: International Journal of Environmental Research and Public Health, 16 (17), 3127, doi:10.3390/ijerph16173127

Gall, S.; Schüz, N.; Schüz, B.; Martin, K.; Abbott-Chapman, J.; Ollington, N.; Patton, G.; Dwyer, T.; Venn, A., 2019: Childhood health motivation and adult cardiometabolic health in the Childhood Determinants of Adult Health (CDAH) study, in: Health Psychology, 38 (4), S. 297 - 305, doi:10.1037/hea0000718

Gansen, F.; Severin, F.; Schleidgen, S.; Marckmann, G.; Rogowski, W., 2019: Lethal privacy: quantifying life years lost if the right to informational self-determination guides genetic screening for Lynch syndrome, in: Health Policy, 123 (10), S. 1004 - 1010

Gansen, F.; Klinger, J.; Rogowski, W., 2019: MCDA-based deliberation to value health states: lessons learned from a pilot study, in: Health and Quality of Life Outcomes, 17 (112), S. 1 - 13

Gansen, F.; Klinger, J., 2019: Reasoning in the valuation of health-related quality of life: a qualitative content analysis of deliberations in a pilot study, in: Health Expectations, 23 (2), S. 405 - 413, doi:10.1111/hex.13011

Gräse, J.; Schmidt, A.; Wolf-Ostermann, K., 2019: More staff=better quality of life for people with dementia? results of a secondary data analysis in German shared-housing arrangements., in: Isr J Health Policy Res

Aktuelle Publikationen in Journals mit Peer-Review

Jahnel, T.; Ferguson, S.; Shiffman, S.; Schüz, B., 2019: Daily stress as link between disadvantage and smoking: an ecological momentary assessment study, in: *BMC Public Health*, 19/1 (1284), doi:10.1186/s12889-019-7631-2

Jilani, H.; Pohlbeln, H.; De Henauw, S.; Eiben, G.; Hunsberger, M.; Molnár, D.; Moreno, L.; Pala, V.; Russo, P.; Solea, A.; Veidebaum, T.; Ahrens, W.; Hebestreit, A., 2019: Relative Validity of a Food and Beverage Preference Questionnaire to Characterize Taste Phenotypes in Children Adolescents and Adults, in: *Nutrients*, 11 (7), S. 1453, doi:10.3390/nu11071453

Jones, C.; Memmert, D., 2019: I don't fit, so I blame you?—Influence of regulatory focus and fit on emotion generation and regulation in single and group context, in: *Journal of Applied Social Psychology*, 2019 (00), S. 1 - 22, doi:10.1111/jasp.12642

Krick, T.; Huter, K.; Domhoff, D.; Schmidt, A.; Rothgang, H.; Wolf-Ostermann, K., 2019: Digital technology and nursing care: a scoping review on acceptance, effectiveness and efficiency studies of informal and formal care technologies, in: *BMC Health Services Research*, 19 (400), doi:10.1186/s12913-019-4238-3

Lehne, G.; Bolte, G., 2019: Socioeconomic status and change in sports activity among middle-aged and older men and women: evidence from the German Ageing Survey, in: *Journal of Public Health (Oxf)*, 41 (4), S. 689 - 699, doi:10.1093/pubmed/fdy188

Mena, E.; Bolte, G.; on behalf of the AdvanceGender Study Group, 2019: Intersectionality-based quantitative health research and sex/gender sensitivity: a scoping review, in: *International Journal for Equity in Health* 2019, 18: 199, doi:10.1186/s12939-019-1098-8

Mozygema, K.; Dehlfing, A.; Hentschel, K.; Schilling, I.; Gerhardus, A., 2019: Den Nutzen von Palliativversorgung bewerten—Was muss aus Patienten-, Angehörigen- und Versorgersicht beachtet werden?, in: *Das Gesundheitswesen* 82 (2): 172-179, doi: 10.1055/a-1005-6862

Nanninga, S.; Lehne, G.; Ratz, T.; Bolte, G., 2019: Impact of public smoking bans on social inequalities in children's exposure to tobacco smoke at home: an equity-focused systematic review, in: *Nicotine & Tobacco Research*, 21 (11), S. 1462 - 1472, doi:10.1093/ntr/nty139

Peschke, D., 2019: Bedarfsgerechtigkeit in der physiotherapeutischen Versorgung in Deutschland – ein Scoping Review, in: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, Versorgungsforschung* Volume 141, P33-44, doi:10.1016/j.zefq.2019.03.004

Polus, S.; Mathes, T.; Klingler, C.; Messer, M.; Gerhardus, A.; Stegbauer, C.; Willms, G.; Ehrenreich, H.; Marckmann, G.; Pieper, D., 2019: Health Technology Assessment of Public Health Interventions Published 2012 to 2016: An Analysis of Characteristics and Comparison of Methods, in: *Int. Journal of Technol. Assessment in Health Care*, 35 (4), S. 280 - 290, doi:10.1017/S0266462319000515

Pulst, A.; Fassmer, M.A., A.; Schmiemann, G., 2019: Experiences and involvement of family members in transfer decisions from nursing home to hospital: a systematic review of qualitative research, in: *BMC Geriatrics*, 2019 (19), S. 155, doi:10.1186/s12877-019-1170-7

Schilling, I.; Behrens, H.; Hugschmidt, C.; Liedtke, J.; Schmiemann, G.; Gerhardus, A., 2019: Patient involvement in clinical trials: motivation and expectations differ between patients and researchers involved in a trial on urinary tract infections, in: *Research Involvement and Engagement*, 2019 (5:15), doi:10.1186/s40900-019-0145-3

Schilling, I.; Behrens, H.; Bleidorn, J.; Gagyör, I.; Hugschmidt, C.; Jilani, H.; Schmiemann, G.; Gerhardus, A., 2019: Patients' and researchers' experiences with a patient board for a clinical trial on urinary tract infections, in: *Research*

Involvement and Engagement, 2019, doi:10.1186/s40900-019-0172-0

Schönbach, J.; Nusselder, W.; Lhachimi, S., 2019: Substituting polyunsaturated fat for saturated fat: A health impact assessment of a fat tax in seven European countries, in: *PLoS One*, 14 (7) (e0218464), doi:10.1371/journal.pone.0218464

Schönbach, J.; Thiele, S.; Lhachimi, S., 2019: What are the potential preventive population-health effects of a tax on processed meat? A quantitative health impact assessment for Germany, in: *Preventive Medicine*, 118, S. 325 - 331, doi:10.1016/j.ypmed.2018.11.011

Stich, A.; Mozygema, K.; Bakke Lysdahl, K.; Pfadenhauer, L.; Hofmann, B.; Van der Wilt, G.; Gerhardus, A., 2019: Methods Assessing Sociocultural Aspects of Health Technologies: Results of a Literature Review, in: *Int. Journal of Technol. Assessment in Health Care*, doi:10.1017/S0266462319000102

Schmiemann, G.; Frantz, S., 2019: Akute Brustschmerzen in der Hausarztpraxis - Unsicherheit zwischen abwartendem Offenhalten und Notarzteinsatz, in: *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 2019/144 (10), S. 659 - 664, doi:10.1055/a-0862-4970

Schorb, F., 2019: Körper im Film. Rezension zu Körperästhetiken. Filmische Inszenierungen von Körperlichkeit, in: *Medienpädagogik. Zeitschrift für Theorie und Praxis der Medienbildung*

Schüle, S.; Hilz, L.; Dreger, S.; Bolte, G., 2019: Social inequalities in environmental resources of green and blue spaces: a review of evidence in the WHO European Region, in: *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16 (7), 1216, doi:10.3390/ijerph16071216

Schüz, B.; Brick, C.; Wilding, S.; Conner, M., 2019: Socioeconomic Status Moderates the Effects of Health Cognitions on Health Behaviors within Participants: Two Multibehavior Studies, in: *Annals of Behavioral Medicine*, doi:10.1093/abm/kaz023

Schüz, B., 2019: Time in Health Psychology, in: *Applied Psychology: Health and Well-Being*, doi:10.1111/aphw.12157

Seibert, K.; Stiefler, S.; Domhoff, D.; Wolf-Ostermann, K.; Peschke, D., 2019: Systematische Literaturübersicht zu populationsbasierten Indikatoren der Versorgungsqualität in formalen und informellen Versorgungsnetzwerken und deren Einsatz in gesundheitsökonomischen Evaluationen, in: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, (im Erscheinen), doi:10.1016/j.zefq.2019.06.004

Thyrian, J.; Michalowsky, B.; Hertel, J.; Wübbeler, M.; Gräse, J.; Holle, B.; Schäfer-Walkmann, S.; Wolf-Ostermann, K.; Hoffmann, W., 2019: How Does Utilization of Health Care Services Change in People with Dementia Served by Dementia Care Networks? Results of the Longitudinal, Observational DemNet-D-Study, in: *J Alzheimers Dis.*, 66(4): S. 1609 - 1617

Wichmann, F.; Pischke, C.R.; Jürgens, D.; Darmann-Finck, I.; Koppelin, F.; Lippke, S.; Pauls, A.; Peters, M.; Voelcker-Rehage, C.; Muellmann, S. (2020): Requirements for (web-based) physical activity interventions targeting adults above the age of 65 years – qualitative results regarding acceptance and needs of participants and non-participants. In: *BMC Public Health*, 20: 907. DOI: 10.1186/s12889-020-08927-8

Wichmann, F.; Brand, T.; Gansefort, D.; Darmann-Finck, I., 2019: Ready to participate? Using qualitative data to typify older adults' reasons for (non-) participation in a physical activity promotion intervention, in: *BMC Public Health*, 01/2019

Zhang, C.; Chung, P.; Zhang, R.; Schüz, B., 2019: Socioeconomic Inequalities in Older Adults' Health: The Roles of Neighborhood and Individual-Level Psychosocial and Behavioral Resources, in: *Front. Public Health*, 7 (318), doi:10.3389/fpubh.2019.00318



IPP-Info, Ausgabe 17, 15. Jahrgang

ISSN 1864-4074 (Printausgabe)

ISSN 1864-452X (Internetausgabe)

IMPRESSUM

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

KONTAKT: Heike Mertesacker MPH, Universität Bremen, Geschäftsstelle des Instituts für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Fachbereich 11, Grazer Straße 4, 28359 Bremen, Tel: (+49) 0421 218-68980, Mail: hmertes@uni-bremen.de, https://www.ipp.uni-bremen.de

REDAKTION: Prof. Dr. Henning Schmidt-Schmisch, Dr. Monika Urban, Dr. Friedrich Schorb, Sophie Rubscheit MPH, Dr. Martina Wachtlin, Heike Mertesacker MPH.

BEITRÄGE: Philip Adebahr M.A., PD Dr. Karin Bammann, Prof. Dr.-Ing. Sabine Baumgart, Prof. Dr. Gabriele Bolte MPH, Silke Böttcher, Prof. Dr. Werner Brannath, Tanja Brüchert M.A. PH, Prof. Dr. Regina Brunnett, Dr. Gesa Czwikla M.A., Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck, Dr. Stefanie Dreger, Prof. Dr. Ansgar Gerhardus, Prof. Dr. Stefan Görres, Dr. Helene Gudi-Mindermann, Sophie Horstmann M. Sc., Prof. Dr. Peter Kriwy, Dipl. Psych. Rebecca Maskos, Heike Mertesacker MPH, Dr. Nadine Ochmann, Lena-Katharina Oeltjen, Dr. Susanna Prepeliczay, Paula Quentin, Dr. Natalie Riedel, Pascal Rink, Jana Roczen, Prof. Dr. Wolf Rogowski, Sophie Rubscheit M.A. PH, Dr. Claudia Schepers, Dr. Imke Schilling, Prof. Dr. Bettina Schmidt, Prof. Dr. Henning Schmidt-Semisch, PD Dr. Guido Schmiemann, Dr. Friedrich Schorb, Prof. Dr. Benjamin Schüz, Dr. Katja Thane, Dr. Monika Urban, Prof. Dr. Ernst von Kardorff, Dr. Martina Wachtlin, Maddie White, Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann, Prof. Dr. Karsten Zimmermann.

REDAKTIONSSCHLUSS DER VORLIEGENDEN AUSGABE: 14.06.2020

AUFLAGE: 1.000

GESTALTUNG: Katharina Mahler, Universität Bremen, Dezernat 5, Druckerei Universität Bremen

DRUCK: Druckerei der Universität Bremen

BILDNACHWEIS: S. 1: AdobeStock (engel.ac) | S. 4: AdobeStock (Feng Yu) | S. 9: AdobeStock (tadamich) | S. 14: AdobeStock (ake1150) | S. 15: Projekt CARO, Imke Meyer, Teile der Grafiken: iconicbestiary, freepick.com | S. 17 IPP (Cover Broschüre) | S. 19: AdobeStock (Robert Kneschke) | S. 20: AdobeStock (Halfpoint) | S. 21: AdobeStock (Dmytro) | S. 22: WFB Bremen/Jonas Ginter | S. 23: Harald Rehling, Karin Wolf-Ostermann | S. 24: Guido Schmiemann; Gabriele Bolte | S. 25: AdobeStock (BillionPhotos.com) | S. 27: IPP (Buchcover)

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.: +49 421 218-68880
Mail: neli.perchemlieva@uni-bremen.de
www.ipp.uni-bremen.de

→ ONLINEAUSGABE UNTER:

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



Das IPP ist Teil des Wissenschaftsschwerpunktes Gesundheitswissenschaften der Universität Bremen
www.healthsciences.uni-bremen.de

