



IPPinfo

19 | Schwerpunktthema:
Digitalisierung und Gesundheit

Inhalt

| | |
|-------------------------------|----|
| Editorial | 2 |
| Schwerpunktthema | 3 |
| Aktuelle Projekte | 15 |
| Wissenschaftstransfer | 28 |
| Qualifikationsarbeiten | 35 |
| Personalia | 40 |
| Lehre & Studium | 46 |
| Veranstaltungen & Aktivitäten | 47 |
| Publikationen in Journals | 51 |
| Impressum | 52 |

Editorial

Digitalisierung und Gesundheit

Digitale Technologien spielen seit Jahren eine immer wichtigere Rolle im Gesundheitswesen – sei es im Bereich Telemedizin und Diagnostik, der verbesserten Kommunikation und Information bis hin zum Einsatz digitaler Technologien zur Ermittlung von Kontaktpersonen und zur Versorgung während der Covid-19-Pandemie. Die Bedeutung digitaler Technologien wird dabei weiter zunehmen, da die Zukunft von Gesundheit und Gesundheitsversorgung zunehmend digital bestimmt wird. Diese Entwicklung hat sich beispielsweise darin niedergeschlagen, dass etwa die WHO seit 2020 eine globale Strategie für digitale Gesundheit entwickelt hat, deren Ziel es ist, ist die Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden für alle Menschen, überall und in jedem Alter zu gewährleisten.

In Deutschland hat im September 2022 das Bundesministerium für Gesundheit den Startschuss für eine Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen und die Pflege gegeben, um Rahmenbedingungen und Voraussetzungen für eine erfolgreiche Umsetzung von Digitalisierungsvorhaben auf den Weg zu bringen. Dieses Vorhaben passt sich in eine Reihe von Entwicklungen zur Digitalisierung des Gesundheitswesens ein, wie sie derzeit sowohl in Gesetzgebungen als auch in Forschungslinien sichtbar wird. So schaffte das 2015 in Kraft getretene „E-Health-Gesetz“ (Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen) Grundlagen für den Aufbau einer sicheren Telematikinfrastruktur und die Einführung medizinischer digitaler Anwendungen, gefolgt 2019 vom „Digitale-Versorgung-Gesetz“, das sich mit der Erweiterung der Telematikinfrastruktur befasst. 2020 folgten dann das „Patientendaten-Schutz-Gesetz“ zu digitalen Angeboten wie dem E-Rezept oder der elektronischen Patientenakte sowie das „Krankenhauszukunftsgesetz“ zur Förderung und Evaluation von Digitalisierung. 2021 wurde dann als vorerst letztes Gesetz das „Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungsgesetz“ beschlossen, das sich mit digitalen Anwendungen wie den DiGAs (Digitale Gesundheitsanwendungen) und den DiPAs (Digitale Pflegeanwendungen) befasst und die Pflegeberatung um digitale Elemente erweitert und das eine moderne Vernetzung im Gesundheitswesen zum Ziel hat.

Auch im Bereich der Gesundheitsforschung spielt Digitalisierung eine immer größere Rolle. Bezüglich der bundesweiten Forschungsförderung sei etwa auf die großen Förderlinien des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) verwiesen, die gerade für den Bereich der Pflege seit 2017 auch in Bremen mit dem Pflegeinnovationszentrum (PIZ) technologische Entwicklungen und Digitalisierung im Rahmen des Clusters „Zukunft der Pflege“ oder aktuell seit 2021 zum Thema „Pflege und KI“ fördern. In Bremen ist das Institut für Public Health und Pflegeforschung an mehreren Kooperationsprojekten im Bereich der digitalen Gesundheit beteiligt: So am Leib-

niz-WissenschaftsCampus „Digital Public Health“, der seit 2019 erforscht, wie digitale Technologien effektiv, fair und menschenwürdig in Prävention, Gesundheitsförderung und andere Public-Health-Aufgaben integriert werden können sowie am Forschungscluster „Gesunde Stadt“. Einzelne Explorationsprojekte, wie z. B. zur Digitalisierung und sozialer Teilhabe am IPP, werden in diesem Heft vorgestellt

All diesen Ansätzen – ob weltweit, bundesweit oder regional – liegt die Idee zugrunde, digitale Technologien, die aus dem Alltag vieler Menschen nicht mehr weg zu denken sind, auch im Gesundheitsbereich weiter zu entwickeln und zu beforschen, um so zu einer modernen und qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung beizutragen. Dabei sind wir lange schon über den Punkt hinaus, zu fragen, „ob“ Digitalisierung und Gesundheit zusammenpassen, sondern beschäftigen uns mit Fragen nach dem „wie“. In den Gesundheitsberufen gehören digitale Angebote und Technologien schon lange zum Versorgungsalltag, sei es beispielsweise in der Medizin, bei Monitoring- oder Dokumentationsaufgaben oder vielen anderen Aufgaben. Ebenso hat die Digitalisierung einen erheblichen Einfluss auf das individuelle Gesundheitsverhalten, bspw. im Rahmen von Bewegungs- oder Fitness-Apps, bei Ernährungsprogrammen oder der Kontrolle von Vitalwerten, die oftmals via Smartphone einfach und direkt verfügbar sind. In all diesen Bereichen kann Digitalisierung zweifellos dazu beitragen, Dienstleistungen zu verbessern und die Aufgeschlossenheit der Nutzer und Nutzerinnen aus dem privaten wie professionellen Bereich ist prinzipiell hoch bzgl. dieser Ansätze.

Dennoch sollte nicht aus dem Blick verloren werden, dass ethische und soziale Fragestellungen hierzu intensiv diskutiert werden müssen und die menschliche Komponente nicht aus dem Blick gerät. Fragen der Teilhabe für alle an dieser Entwicklung müssen ebenso diskutiert werden wie weitere ethische Implikationen, Fragen des Datenschutzes und der Finanzierung und Allokation von Ressourcen im Gesundheitswesen. Wir müssen die notwendigen Voraussetzungen dafür schaffen, dass Digitalisierung Gesundheit unterstützt. Hierzu gehört es nicht nur, technische Voraussetzungen zu schaffen und Organisationen und Gesundheitsdienstleister fit für die Zukunft zu machen, sondern auch, Zugänge für alle zu schaffen.

Der erste Beitrag in diesem Heft beschäftigt sich daher mit Möglichkeiten aber auch Herausforderungen der Digitalisierung im Gesundheitswesen – gefolgt von Beiträgen zur geschlechtersensiblen Gestaltung der Digitalisierung im Gesundheitswesen und zu digitalen Einflüssen auf gesundheitliche Ungleichheit. Weitere Beiträge in diesem Heft befassen sich mit der Entwicklung digitaler Lernumgebungen, speziellen Anwendungen in der Robotik bis hin zu Beispielen von Versorgungs- und Altersforschung in virtueller Realität und der Anwendung partizipativer Forschungsansätze mit-

tels „Photovoice“. In den Rubriken finden Sie wieder eine Auswahl von Beiträgen zu den Aktivitäten der IPP-Mitglieder in Forschung, Lehre und Transfer.

Wir freuen uns, Ihnen damit einen exemplarischen aber auch breiten Einblick in Themen und Forschungsaktivitäten im Bereich Digitalisierung und Gesundheit geben zu können und wünschen Ihnen im Namen der Herausgebenden und des IPP-Info-Redaktionsteams eine spannende Lektüre.

Schwerpunktthema

Digitalisierung – ein Erfolgsrezept fürs Gesundheitswesen!? Ein Blick auf die Möglichkeiten und Nebenwirkungen

Die Arbeit im Pflege- und Gesundheitswesen hat eine Konstante: Menschen. Was zählt ist die Beziehung zwischen der helfenden Person und der Person mit Unterstützungsbedarf, ganz gleich, ob in Krankenhaus, Pflege, Eingliederungshilfe oder Beratung. Doch heißt das auch, dass alles beim Alten bleiben muss, um weiter zu funktionieren?

In der Sozialwirtschaft findet Veränderung statt. Zunehmender Fachkräftemangel, starke physische und psychische Arbeitsbelastung der Beschäftigten bei gleichzeitiger Zunahme der Zahl Pflegebedürftiger – dies sind nicht erst seit Corona die Herausforderungen der Branche. Mit dem Einsatz von digitalen Technologien kann einem Teil dieser Herausforderungen aktiv, nachhaltig und zukunftsorientiert begegnet werden. Durch Digitalisierung entstehen Möglichkeiten, die Arbeit gesünder und leichter zu gestalten. Und dennoch: die Potenziale digitaler Technologien werden bisher wenig genutzt.

Bei der Frage nach dem Einsatz von digitalen Technologien im Pflege- und Gesundheitswesen gehen die Meinungen auseinander: Zwischen der Begeisterung für die technischen Möglichkeiten und der Angst vor der „Entmenschlichung“ der Arbeit liegt die Wahrheit vermutlich – wie so oft – irgendwo in der Mitte.

Klar ist: Digitalisierung kann im Sozial- und Gesundheitswesen vielfältig unterstützen. Digitale Technologien stehen schon heute in den Bereichen Aus- und Weiterbildung, Therapie, Dokumentation, Prozessoptimierung, Kommunikation, Assistenz, Teilhabe, Ergonomie, Monitoring und Telemedizin zur Verfügung – um nur ein paar Beispiele aufzuführen. Warum finden entsprechende Technologien bislang dennoch insbesondere in Pflege, Eingliederungshilfe und Sozialen Arbeit nur selten Einsatz? Neben der verbreiteten Frage nach der Finanzierung stechen besonders zwei Probleme heraus:

- Die Infrastruktur in den Einrichtungen ist auf den Einsatz digitaler Technologien oftmals (noch) nicht ausgelegt: Es fehlt z. B. flächendeckendes W-Lan oder qualifiziertes Personal zum Bedienen der Technologie.
- Gleichzeitig stoßen vor allem neue Technologien, wie KI-

Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann

Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP)
Leiterin der Abt. Pflegewissenschaftliche Versorgungsforschung
wolf-ostermann@uni-bremen.de
www.ipp.uni-bremen.de

oder robotische Systeme, auf fehlende Akzeptanz – bei Fachkräften wie bei Klient:innen und Patient:innen. Wobei Letztere dieser Technologie etwas offener gegenüberstehen (Rebitschek & Wagner, 2020).

Die Vorbehalte erstehen nicht von ungefähr: In den letzten Jahrzehnten war die gesellschaftliche Diskussion zum Thema Digitalisierung fokussiert auf deren Risiken – sei es für den Datenschutz oder für die Sicherheit der Arbeitsplätze. So titelt der Deutschlandfunk anlässlich einer OECD-Studie noch im Jahr 2019: „Automatisierung bedroht jeden fünften Job in Deutschland“ (von Lieben, 2019). Das bedeutet nicht, dass das Pflege- und Gesundheitswesen von einer lähmenden Angst erfasst wäre. Die gesellschaftliche Diskussion füttert jedoch das diffuse Unbehagen gegenüber neuen, digitalen Technologien – insbesondere, wenn diese als „intelligent“ bezeichnet werden.

Wie können wir diesem Unbehagen begegnen? Digitalisierung setzt einen unternehmensweiten Veränderungs- und



Strategieprozess voraus: Es werden nicht nur die passende Software und Tools benötigt, sondern eine entsprechende Qualifizierung der Anwendenden und eine förderliche Unternehmenskultur. Die Konstante Mensch ist auch hier elementar. Beschäftigte, Leitung, Klient:innen und ggf. Angehörige müssen gemeinsam aushandeln, wie sie die Zukunft gestalten wollen.

Es braucht Raum für Neugierde und Experimentierfreude – Räume wie das regionale Zukunftszentrum KI „pulsnetz.de – gesund arbeiten“ (pulsnetz KI). pulsnetz KI ist ein im Rahmen des Programms „Zukunftszentren KI“ vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) gefördertes Projekt unter der Leitung der Diakonie Baden. pulsnetz KI fördert Bewusstsein, Akzeptanz und Kompetenz für innovative Technologien im sozialen Bereich. Das Zukunftszentrum ist ein digitaler Ort, der jederzeit besucht werden kann: www.pulsnetz.de/ki-projekt.

Und es braucht Netzwerke – Netzwerke wie den Verband für Digitalisierung in der Sozialwirtschaft e.V. (vediso). Es braucht Wissensvermittlung, Kompetenzaufbau und Austausch innerhalb des Pflege- und Gesundheitswesens. Hier setzt vediso an, bedient ein lebendiges Netzwerk zwischen

Organisationen und Einrichtungen, bündelt die Bedarfe der Sozialwirtschaft hinsichtlich der Entwicklung neuer Technologien, trägt diese in die Forschung und die Forschungsergebnisse zurück in die Praxis. So wird die nachhaltige und praxisorientierte Gestaltung einer digitalen Zukunft unterstützt.

Ist Digitalisierung per se ein Erfolgsrezept fürs Pflege- und Gesundheitswesen? Nein. Nicht, wenn sie zum Selbstzweck wird. Es braucht Beipackzettel – Strategien, Experimentierräume und Netzwerke. Denn am Ende muss Digitalisierung die Situation für Menschen mit Unterstützungsbedarf und der Mitarbeitenden verbessern, um nachhaltig und gesund zu wirken.

Literatur unter www.ipp.uni-bremen.de

—
Lea Bergmann (M.A.)

Verband für Digitalisierung in der Sozialwirtschaft e.V. (vediso e.V.),
l.bergmann@vediso.de
www.vediso.de

Digitale Frauengesundheit.

Geschlechtersensible Gestaltung der Digitalisierung im Gesundheitswesen

Gesundheit ist nicht geschlechtsneutral. Das gleiche gilt auch für die Digitalisierung. Mit der Digitalisierung im Gesundheitswesen besteht daher die Gefahr, dass beispielsweise digitale Prozesse, Programme und Gadgets nicht geschlechtersensibel gestaltet werden, sodass sich die gesundheitliche Ungleichheit zwischen den Geschlechtern weiter vergrößert.

Was heißt, die Gesundheit ist nicht geschlechtsneutral?

Mit der *Gendermedizin* entwickelte sich in den letzten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts ein Bewusstsein dafür, dass die Gesundheitsversorgung von Frauen beeinträchtigt ist, wenn Männer die Norm sind: Zu den bekannten Beispielen

gehören kardiovaskuläre, vom Gefäßsystem und/oder vom Herz ausgehende Erkrankungen, die lange als typische Männerkrankheit galten. Heute ist jedoch bekannt, dass sie auch bei Frauen zu den häufigsten Todesursachen zählen. Jahrzehntlang fanden die klinischen Studien ausschließlich an Männern statt. Die Diagnosen und Behandlungen wurden auf Frauen übertragen, trafen aber nicht im gleichen Maße zu. Dies hat neben starken Nebenwirkungen bei der medikamentösen Therapie auch bis heute zur Folge, dass bei Frauen Herzinfarkte häufiger verkannt werden und sie eine erhöhte Sterblichkeit haben. Aus einem solchen *Male Bias* – der natürlich auch jenseits dieses Beispiels negative Auswirkungen hat – resultieren Mängel in der Versorgung, Therapie und Rehabilitation von Frauen (Kuhlmann & Kolip, 2008) und natürlich auch von Inter- und Transpersonen.

Dieser gesundheitlichen Ungleichversorgung wird mittlerweile entgegengesteuert: Seit 2011 dürfen Medikamente nicht mehr ausschließlich an Männern getestet werden und im aktuellen Jahr, 2022, wurde *Gendermedizin* verpflichtend im Medizinstudium verankert. Langfristig soll damit der *Gender Health Gap* geschlossen und so die Wirksamkeit von Interventionen, Therapien etc. erhöht werden.

Gendermedizin jetzt auch digital?

Betrachten wir von diesem Ausgangspunkt die nun erfolgende oder anvisierte Transformation vieler Prozesse und Interventionen ins Digitale: Algorithmen unterstützen beispielsweise im medizinischen Bereich bei der Diagnose und bei der Behandlung. Algorithmen basieren auf gigantischen Mengen an Daten und werden daher als das Rückgrat der Künstlicher Intelligenz (KI) bezeichnet. Für eine



qualitativ hochwertige KI ist die Qualität der Trainingsdaten, die darauf aufbauende Bildung der Algorithmen sowie die schließlich erfolgende Festlegung der Entscheidungen von Bedeutung. In den meisten Datensätzen sind Frauen jedoch unterrepräsentiert und/oder die Daten sind nicht differenziert nach Geschlecht aufbereitet. Somit trainiert die KI oftmals mit qualitativ wenig hochwertigen, da männerfokussierten, Daten. Infolge dessen bewertet beispielsweise eine KI gestützte Anwendung Röntgenbilder in Hinblick auf krankhafte Veränderungen falsch oder eine automatisierte Entscheidungshilfe in einer Notrufzentrale verkennt den Herzinfarkt einer Frau oder eines Transmannes. Ob Frauen in Datensätzen ausreichend repräsentiert sind bzw. welche Algorithmen der KI-Entscheidung zugrunde liegen, lässt sich aufgrund fehlender Transparenz anhand des Endergebnisses jedoch nicht nachvollziehen.

Ebenso können online Gesundheitsangebote durch eine fehlende geschlechtersensible Perspektive negative Auswirkungen haben. Ein Beispiel hierfür sind Gesundheitsplattformen, die Gesundheitstipps zu Verhaltensänderungen anbieten (Schüz & Urban, 2020). In vielen Fällen ermöglichen sie den Nutzer:innen eigene Beiträge hochzuladen, die von anderen kommentiert werden können. Neben den gesundheitsförderlichen Aspekten eines solchen Austausches, provoziert dieses Angebot auch geschlechtsspezifische Gefahren, wie eine Untersuchung eines digitalen Angebots zu Adipositas zeigt: Herabwürdigende Kommentare überwiegen überproportional häufig die unterstützenden. Dies gilt vor allem für Videos, die von

Frauen gepostet wurden. Die User, die die Herabwürdigungen posteten, waren hauptsächlich männlich (Jeon et al., 2018). Im Besonderen fördert der anonyme digitale Raum Formen von solchen *Hate Speeches* und trägt damit zu einer Zunahme – der bereits analog virulenten – geschlechtsspezifischer Gewalt bei.

Dass es oftmals an einer geschlechtersensiblen Perspektive bei digitalen Gesundheitsanwendungen fehlt, liegt unter anderem auch an der Zusammensetzung der Berufsgruppe von Entwickler:innen: In Deutschland sind nur 19 Prozent der Personen mit Expertenstatus in dem Bereich weiblich (Women in Digital Scoreboard, 2021). Somit ist die Wahrscheinlichkeit gering, dass die Entwickelnden Wissen über oder Erfahrungen mit den Bedürfnissen der Nutzer:innengruppen haben. Außerdem fehlt es vielfach an Qualitätsstandards für geschlechtersensible Gesundheits- und Medizin-Technologien. Während die Gendermedizin mittlerweile eine Kehrtwende erwirkte, bleibt für eine geschlechtergerechte Digitalisierung im Gesundheitswesen noch einiges zu tun.

Literatur unter www.ipp.uni-bremen.de

—
Dr. Dr. Monika Urban

Referentin für Gesundheit und Wissenschaft
Bremische Zentralstelle für die Verwirklichung der
Gleichberechtigung der Frau (ZGF)
monika.urban@frauen.bremen.de
www.frauen.bremen.de

Ein digitaler Regenbogen: Digitale Einflüsse auf gesundheitliche Ungleichheit

Ökosoziale oder „Regenbogen“ – Modelle wie das enorm einflussreiche Modell von Dahlgren & Whitehead (1992) erfreuen sich in Gesundheitsförderung und Prävention großer Popularität, weil sie darstellen, wie Um- und Lebenswelten auf verschiedenen Ebenen Gesundheit bedingen können. In Dahlgren und Whiteheads Modell sind dies (i) allgemeine sozioökonomische, kulturelle und Umweltbedingungen, (ii) Lebens- und Arbeitsbedingungen, (iii) soziale und gemeinschaftliche Netzwerke, (iv) individuelle Lebensstilfaktoren und (v) Alter, Geschlecht und weitere Merkmale auf individueller Ebene. Auf allen Ebenen wirken sich sogenannte „positive Gesundheitsfaktoren“, „Schutzfaktoren“ und „Risikofaktoren“ auf Gesundheit aus – auf Ebene (ii) könnten beispielsweise Arbeitsbedingungen einen gesundheitlichen Risikofaktor darstellen. Weil diese Merkmale ungleich verteilt sind und sowohl auf derselben als auch auf verschiedenen Ebenen interagieren, kann so gesundheitliche Ungleichheit abgebildet werden. Gleichzeitig können Ansatzpunkte für Interventionen zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten identifiziert werden.

Seit 1992 hat sich aber durch die Entwicklung digitaler Technologie viel verändert. Heute beeinflussen digitale Geräte und Anwendungen praktisch alle gesellschaftlichen Bereiche, das Alltagsleben, und damit auch Gesundheit.

Um dem Rechnung zu tragen, stellen wir hier ein digitales Update des Regenbogen-Modells vor (Abbildung 1), das auf einem kürzlich erschienenen Artikel (Jahnel et al., 2022; <https://doi.org/10.1177/20552076221129093>) aufbaut.

Auf der *Ebene allgemeiner sozioökonomischer und gesellschaftlicher Bedingungen* (i) lässt sich abbilden, inwiefern gesamtgesellschaftliche Einstellungen wie beispielsweise die hohe Priorität von Datenschutz, politische Aushandlungsprozesse wie die Diskussion um digitale Patient:innenakten oder Ressourcenzuweisungen wie Investitionen in digitale Infrastruktur den Zugang und den Einsatz digitaler Technologie im Bereich Gesundheit beeinflussen. Auf der Ebene der *Lebens- und Arbeitsbedingungen* (ii) finden vermutlich die meisten gesundheitsrelevanten Interaktionen mit digitaler Technologie statt. Dazu gehört der Bereich der

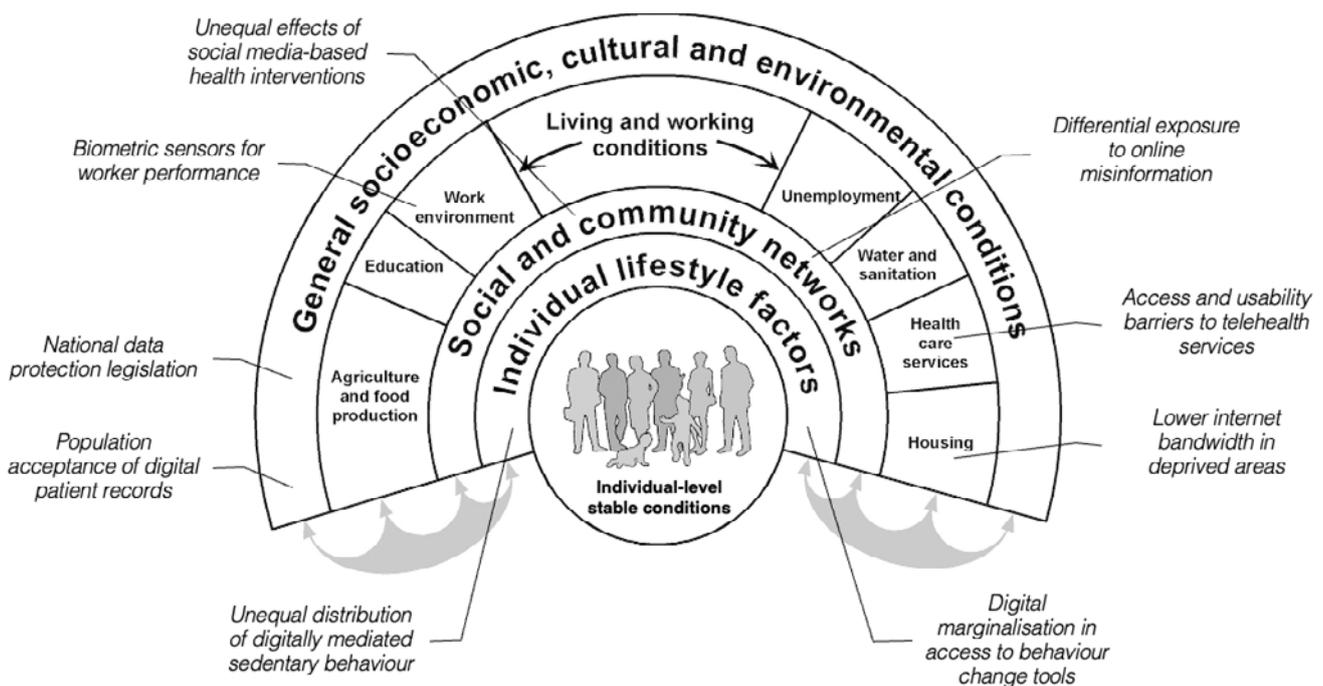


Abbildung 1: Ein digitaler Regenbogen (eigene Abbildung, übersetzt und angepasst nach Jahnel et al., 2022)

Arbeitsbedingungen (Menschen mit niedrigeren Bildungsabschlüssen sind eher wenig gesundheitsförderlichen digital gesteuerten Arbeitsabläufen wie zeitoptimierten Auslieferungsrouten oder digitaler Arbeitsüberwachung ausgesetzt), der Wohnumgebung (geringere Internet-Bandbreite oder finanzielle Barrieren durch teure Verträge) oder im immer stärker digital vermittelten Zugang zu Wohnung, Arbeit oder Behörden (Online-Portale, Online-Bewerbungen) oder digital vermittelten Gesundheitsleistungen. Im Rahmen von Maßnahmen zur Kostensenkung im Gesundheitswesen können z. B. in kostengünstigeren Tarifen immer mehr digitale Assistenten eingesetzt werden, die dann digitale Zugangseinschränkungen auch zu realen Versorgungseinschränkungen machen.

Auf der Ebene *sozialer und gesellschaftlicher Netzwerke* (iii) finden sich seit 1992 ganz neue Bedeutungen von „Netzwerk“. Früher waren damit Unterstützungsnetzwerke und die Einbindung von Institutionen gemeint, heute sind es auch digital vermittelte soziale Netzwerke. Für die Nutzung dieser Netzwerke sind Ressourcen nötig, die wiederum ungleich verteilt sind – beispielsweise zeigt eine aktuelle Erhebung aus dem Leibniz ScienceCampus (De Santis et al., 2021; <https://doi.org/10.2196/32951>), dass die digitale Gesundheitskompetenz in Deutschland nach Bildung, Alter und Einkommen ungleich verteilt ist. Gleichzeitig werden über soziale Netzwerke zunehmend gesundheitliche (und nicht-gesundheitliche) Falschinformationen verbreitet, teilweise gezielt, teilweise unbeabsichtigt. Um Falschinformationen als solche zu erkennen und um die gesundheitsschädlichen Konsequenzen (z. B. fehlender Impfschutz) zu vermeiden, sind (wiederum ungleich verteilte) Ressourcen und Unterstützungsangebote notwendig.

Auf der Ebene *individueller und Lebensstil-Faktoren* (iv) können digitale Technologien sowohl Ressourcen für bessere Gesundheit (z. B. durch besseren Zugang zu hochwertigen Gesundheitsinformationen) als auch Expositions- oder Risikofaktoren (z. B. durch vermehrte Inaktivität bei Bildschirmtätigkeiten oder digital vermittelte Falschinformationen) sein. Das Ausmaß, in dem digitale Technologie eine Ressource oder Exposition darstellt, hängt auch vom individuellen Zugang zu materiellen und immateriellen Ressourcen ab, der sich mit den bekannten soziostrukturellen Risikofaktoren für gesundheitliche Ungleichheiten überschneiden dürfte: Bildung, Einkommen, Alter, Migrationshintergrund, Geschlecht, Behinderungen und deren Interaktionen.

Neben diesen Einzelbeispielen kann durch ein ökosoziales Modell wie dem digitalen Regenbogen auch veranschaulicht werden, wie sich kommerzielle Interessen auf Gesundheit und gesundheitliche Ungleichheit auf mehreren Ebenen auswirken und wie Maßnahmen zur Verbesserung von Gesundheit konzipiert werden könnten. Aktuelle (digitale) soziale Medien bauen auf Algorithmen auf, die Nutzer:innen möglichst lange auf den Plattformen halten sollen, um so die Werbeeinnahmen zu maximieren – eine Einflussgröße auf der Ebene der Lebens- und Arbeitsbedingungen. Das geschieht durch Inhalte wie Falschinformationen, die die Nutzer:innen emotional erreichen und vor allem negative Emotionen schüren – Empörung, Angst oder Wut. Da das Ausmaß, in dem Menschen für gesundheitliche Fehlinformationen empfänglich sind, von Ressourcen abhängt (eine Einflussgröße auf Ebene der Person), kann dies zu einer verstärkten gesundheitlichen Ungleichheit führen, wenn Nutzer:innen aus benachteiligten Verhältnissen beispielsweise Schutzmaßnahmen ablehnen oder sich nicht gegen CO-

VID-19 impfen lassen. Gleichzeitig unterliegen die Betreiber sozialer Medien nationaler und internationaler (z. B. EU) Gesetzgebung. Auf dieser Ebene (allgemeine sozioökonomische etc. Einflüsse) lassen sich durch Regulierung beispielsweise Kennzeichnungspflichten für bestimmte Inhalte, Vorgaben zur Löschung von Beiträgen, die gegen nationale und internationale Gesetze verstoßen, oder altersbedingte Zugangsbeschränkungen implementieren.

So können mithilfe eines ökosozialen Modells sowohl digitale als auch analoge Einflussgrößen auf Gesundheit und gesundheitliche Ungleichheit auf mehreren Ebenen und die Wechselwirkungen zwischen diesen Einflussgrößen abgebildet und für Maßnahmen zu Gesundheitsförderung und Prävention nutzbar gemacht werden.

Literatur bei den Verfasser:innen

Dr. Tina Jahnel^{1,5}, Prof. Dr. Ansgar Gerhardus^{1,5}, Prof. Dr. Benjamin Schüz^{2,5}, Prof. Dr. med. Hajo Zeeb^{3,5} & Hans-Henrik Dassow^{4,5}

¹Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) | Abt. Versorgungsforschung
tina.jahnel@uni-bremen.de

www.ipp.uni-bremen.de

²Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) | Abt. Prävention und Gesundheitsförderung
www.ipp.uni-bremen.de

³Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie – BIPS
Leiter der Abteilung Prävention und Evaluation
www.bips-institut.de

⁴Universität Bremen, Institut für Philosophie
www.uni-bremen.de/philosophie

⁵Leibniz Science Campus Digital Public Health (LSc DiPH)
www.lsc-digital-public-health.de

Entwicklung einer digitalen Lernumgebung für die pflegerische Aus- und Weiterbildung

Digitale Lernmedien bieten das Potenzial, das Lehren und Lernen in den Pflege- und Gesundheitsfachberufen interaktiver und aktivierender zu gestalten. In zwei BMBF- und ESF-geförderten Projekten, nämlich CARe Reflection Online (CARO) (Laufzeit 2016-2019) und CARe Reflection Online für die Fachweiterbildung Onkologische Pflege (CAROplusONKO) (Laufzeit 2019-2022) wurde in den letzten sechs Jahren in Zusammenarbeit zwischen der Abt. für Qualifikations- und Curriculumforschung am IPP (Prof.in Dr. Ingrid Darmann-Finck) und dem Arbeitsbereich Mediendidaktik am Fachbereich Erziehungs- und Bildungswissenschaften der Universität Bremen (Prof. Dr. Karsten D. Wolf) die computer-

gestützte, multimediale Lernumgebung für die Pflegeaus- und weiterbildung, CARO, entwickelt, implementiert und evaluiert. Methodologisch stützte sich der Entwicklungsprozess auf den Design-Based Research -Ansatz. Technisch verknüpft CARO vier verschiedene Applikationen: für die Durchführung von Unterricht das Dashboard für Lehrende sowie die Students-App für Teilnehmer:innen, für die Unterrichtsplanung die Curriculum-App und die Public-Display-App zur Präsentation von Arbeitsergebnissen, Umfragen oder Freitexteingaben. Durch die Synchronisation dieser vier Applikationen können umfangreiche digitale Interaktionen und multimediale, aktivierende Lehr-Lernprozesse gestaltet werden.

Unterricht durchführen mit der CARO-App



- Synchronisation der Anwendung zwischen Lehrenden, Lernenden und Beamer
- Lernende können Medien auf ihrem Tablet in eigenem Tempo ansehen

- Verwenden von innovativen Lehr- Lernmethoden
- Interaktive Präsentation von Ergebnissen

- Interaktionsformate abgestimmt auf pflegedidaktische Zielsetzungen
- Verwaltung aller Materialien und Inhalte innerhalb der CARO-App möglich

© Teile der Grafiken: iconicbestiary, freepic.com | © Universität Bremen

Die Lernumgebung ist primär für die Unterstützung der Präsenzlehre oder auch der synchronen Onlinelehre gedacht. Interaktionen zwischen Lehrenden und Lernenden sowie unter Lernenden sollen durch digitale Interaktionsformate ergänzt und angereichert oder vertieft werden. Dafür stehen in der CARO-Anwendung unterschiedliche digitale Tools zur Verfügung, wie Audience Response Tools, z. B. standardisierte oder Freitextabfragen, deren Ergebnisse anhand unterschiedlicher Diagramme, als Liste oder in Form von Karten visualisiert werden können, Collaboration Tools, mit denen die Lernenden in Gruppen gemeinsam an Arbeitsaufträgen arbeiten können oder auch Vorlagen für komplexere Methoden, wie die De Bono 6 Hüte-Methode, die ebenfalls mit CARO unterstützt werden können. Lehrende und Lernende können CARO mit eigenen digitalen Endgeräten nutzen, falls seitens der Bildungseinrichtungen keine Geräte zur Verfügung gestellt werden (Bring Your Own Device, BYOD). Wollen Lehrende mit CARO Unterricht durchführen, legen sie einen Kurs an, wählen z. B. einen der vom Projektteam entwickelten Musterunterrichte aus und laden dann die Lernenden aus dem Kurs mit einem QR-Code in die CARO-Anwendung ein. Nachdem sich die Lernenden mit ihren digitalen Endgeräten in die CARO-App eingeloggt haben, steuert die Lehrperson den Präsenzunterricht verbal und analog und setzt ergänzend CARO ein, um z. B. aus der Anwendung heraus eine Präsentation zu starten, ein Brainstorming durchzuführen, eine Schätzfrage zu stellen oder einen Gruppenarbeitsauftrag zu erteilen. Die Lernenden erhalten die Präsentation und die Arbeitsaufträge auf ihren digitalen Endgeräten und können sich darin Notizen machen, alleine oder in Gruppen Antworten generieren und diese zurück an die Lehrperson senden.

Neben der Unterrichtsdurchführung bietet die CARO-Anwendung aber auch – und das ist neben der Vielfalt an Interaktionsformaten, die in **einer** Anwendung vorgehalten werden, ein wesentlicher Benefit – die Möglichkeit, Unterricht zu planen. Die Unterrichtsplanung erfolgt in einem übersichtlichen Artikulationsschema, in dem Materialien oder Arbeitsaufträge mit einzelnen Unterrichtsphasen verknüpft werden und das später die Grundlage für die Unterrichtsdurchführung darstellt. In der CARO-Anwendung liegen bereits vom

Projektteam entwickelte Musterunterrichte vor, die von Lehrenden mit Blick auf die Lernvoraussetzungen ihrer Lerngruppe modifiziert werden können. Daneben können Lehrende aber auch eigene Unterrichte entwickeln und mit der CARO-Anwendung durchführen. Aber damit nicht genug, in der Curriculumanwendung können die eigenen Unterrichte außerdem für Kolleg:innen freigegeben werden. Teams von Pflegebildungseinrichtungen können gemeinsam ein Curriculum erstellen und nutzen sowie fortlaufend an dessen Weiterentwicklung arbeiten. CARO kann – wenn die Anwendung nicht nur von einzelnen, sondern von einem gesamten Schulteam genutzt wird – auf diese Weise das Team-Lernen befördern und zum Aufbau einer professionellen Lerngemeinschaft von Lehrenden beitragen.

Im Unterschied zu vielen anderen Anwendungen und Materialien ist CARO pflege- und mediendidaktisch fundiert. In der Curriculum-App sind beispielsweise pflegerische Bildungsziele und Kompetenzen hinterlegt und werden für die Musterunterrichte transparent ausgewiesen. Für die Musterunterrichte wurden außerdem gezielt solche digitalen Interaktionsformate ausgewählt, die zum Aufbau nicht nur von Fachwissen, sondern auch von für die Pflege zentralen problemlösenden, fallverstehenden oder auch reflexiven Kompetenzen beitragen.

Ein Video zur Vorstellung der CARO-Anwendung und eine Reihe von Tutorials können unter <https://blogs.uni-bremen.de/caroclis> abgerufen werden. Unter carocare@uni-bremen.de können Accounts für die Nutzung der CARO-Anwendung beantragt werden. Sowohl die Software als auch die Musterunterrichte und die gesamten Bildungsmaterialien sind fre nutzbar und mit CC-0 lizenziert, um die Nutzung und Weiterentwicklung in Bildungskontexten zu erleichtern.

—
Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck

Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP)
Leiterin der Abteilung Qualifikations- und Curriculumforschung
darmann@uni-bremen.de
www.ipp.uni-bremen.de

„Ok, jetzt kann ich meine Hände loslassen“ – Vertrauen in Mensch-Roboter-Kollaboration in der Pflege.

Robotik zur Entlastung von schwerer körperlicher Arbeit in der Pflege

Der Einsatz von Robotik in der Pflege wird weltweit als Unterstützung für körperlich belastende Pflegearbeit untersucht (Christoforou et al., 2020; Soriano, Yasuhara et al., 2022). Fortschritte in Forschung und Entwicklung ermöglichen neue Anwendungsfelder für Roboter – auch in Gebieten, in denen ein Einsatz bislang nicht möglich war (Nieto Agraz, Pfingsthorn et al., 2022). Während soziale Robotik in Form von robotischen Tieren schon länger für den Einsatz in

der Pflege entwickelt und untersucht wird (Shibata & Wada 2011) und auch Transportroboter in Pflegeeinrichtungen zur peripheren Assistenz der Pflege ankommen (Nieto Agraz et al., 2022), sind Roboter für eine bettseitige Unterstützung körperlich belastender Pflegearbeit bislang nicht auf dem Markt verfügbar. Pflegekräfte wünschen sich jedoch Unterstützung bei schwerer körperlicher Arbeit (Gliesche et al., 2020; Seibert et al., 2020). Erste Studien zeigen die Eignung robotischer Unterstützung zur körperlichen Entlastung in der Pflege (Fifelski-von Böhlen et al., 2020), wobei der Akzeptanz eine Schlüsselfunktion für eine erfolgreiche

Tabelle 1: Multi-Dimensional-Measure of Trust (MDMT) nach (Ullman and Malle, 2019)

| Performanz-Vertrauen | | | moralisches Vertrauen | |
|--|---|---|---------------------------------------|---|
| Zuverlässigkeit Subskala | Kompetenz Subskala | Ethik Subskala | Transparenz Subskala | Wohlwollen Subskala |
| reliabel (<i>reliable</i>) | kompetent (<i>competent</i>) | ethisch (<i>ethical</i>) | transparent (<i>transparent</i>) | wohlwollend (<i>benevolent</i>) |
| vorhersehbar (<i>predictable</i>) | fachkundig (<i>skilled</i>) | prinzipientreu (<i>principled</i>) | echt/wahrhaft (<i>genuine</i>) | freundlich (<i>kind</i>) |
| verlässlich (<i>dependable</i>) | fähig (<i>capable</i>) | moralisch (<i>moral</i>) | aufrichtig (<i>sincere</i>) | rücksichtsvoll (<i>considerate</i>) |
| konsistent (<i>consistent</i>) | genau/sorgfältig (<i>meticulous</i>) | integer (<i>has integrity</i>) | ehrlich (<i>candid</i>) | von guter Absicht (<i>has good will</i>) |

Implementierung unterstützender Robotik zukommt (Christoforou et al., 2020).

Vertrauen als Erfolgsfaktor für Mensch-Roboter-Kollaboration

Ein weiterer Erfolgsfaktor für die Zusammenarbeit von Mensch und Maschine ist das Vertrauen, das Pflegekräfte in sie unterstützende Roboter haben (Kohn et al., 2021). Vertrauen meint im allgemeinen Sprachgebrauch die Erwartung, dass etwas Gutes geschehen wird – wohl wissend, dass dies auch nicht eintreten kann (Malle & Ullman, 2021). Ausgehend von Mensch-Mensch Vertrauen als eine dyadische Beziehung, in der eine Person eine Verletzlichkeit akzeptiert, weil sie erwartet, dass die zukünftigen Handlungen der anderen Person bestimmte Merkmale wie Leistung (Fähigkeit, Zuverlässigkeit) und/oder Moral (Ehrlichkeit, Integrität und Wohlwollen) beinhalten (ebd.), kann Mensch-Roboter Vertrauen als Zwei-Faktorenmodell beschrieben werden (ebd.). Menschen vertrauen oder misstrauen Robotern nach diesem Modell in Abhängigkeit von zwei Vertrauensereignissen: Vertrauen in die Performanz des Roboters (ist in der Lage, eine Aufgabe zu erledigen und/oder wird dies zuverlässig tun) und Vertrauen in die moralischen Eigenschaften des Roboters (hält eine Aufgabe in Übereinstimmung mit sozialen und moralischen Normen ein) (ebd.). Tabelle 1 zeigt die in dem von Ullmann & Malle (2019) entwickelten Multi-Dimensional-Measure of Trust (MDMT) enthaltenen Faktoren von Vertrauen und dazugehörige Subskalen, die für die Erhebung des Vertrauens in Mensch-Roboter aber auch in Mensch-Mensch Zusammenarbeit nutzbar sind. Aus der industriellen Mensch-Roboter-Kollaboration (engl. human-robot-collaboration, HRC) liegen ergänzend verschiedene Skalen vor, die das Vertrauen in Menschen in die Zusammenarbeit mit Robotern messen (Charalambous et al., 2015). Zum Verständnis der Vertrauensentwicklung in der HRC in der Pflege sind bislang kaum Erkenntnisse veröffentlicht.

Studie zu Entlastungspotenzialen durch eine robotische Positionierungshilfe

Vor diesem Hintergrund führte das OFFIS – Institut für Informatik in Oldenburg mit dem IPP der Universität Bremen eine Studie im within-subject Design durch, um Entlastungs-

potentiale für Pflegekräfte durch telerobotisch unterstützte Positionierung bei der Körperpflege zu untersuchen. Neben Veränderungen der Körperhaltung und Belastung einzelner Gelenke wurde auch das Vertrauen in die robotische Unterstützung durch eine adaptierte Skala zur Messung von Vertrauen in der industriellen HRC (Charalambous et al. 2015) und teilstandardisierten Interviews untersucht. Dieser Beitrag berichtet ausgewählte Ergebnisse zum Vertrauen von Pflegekräften in die Zusammenarbeit mit dem Roboter Panda von Franka Emika. Abbildung 1 zeigt die Laborräume des OFFIS und den Roboterarm mit einer Pflegefachperson, die eine 80 kg schwere Puppe im Bett umlagert.

Die Teilnehmenden führten eine Umlagerung der Puppe auf die Seite mit anschließendem Waschen des Rückens und Zurückdrehen der Puppe ohne robotische Unterstützung durch. Danach steuerte eine Person den Roboterarm aus einem anderen Raum fern: Sie wählte in Absprache mit der Person am Bett die Stelle am Körper der Puppe aus, an der der Roboter die Puppe auf der Seite halten sollte. Die Position des Roboters stellte sie in einer einstellbaren 3-D-Ansicht der Punktwolken der Vor-Ort-Szene ein und kommunizierte über eine Webcam und einen Audiokanal mit der Person am Bett. Sie löste in Absprache mit der Person am Bett das Heranfahren des Roboters an die Puppe und das Halten und Loslassen der Puppe aus. Die Person am Bett wusch erneut den Rücken der Puppe, hatte nun dabei aber beide Hände frei und konnte aufrecht stehen, während sie ohne roboti-



Tabelle 2: Vertrauen in Mensch-Roboter-Kollaboration (N=16), modifizierte Skala nach (Charalambous, 2015)

| Skalen Komponente | Mittelwert (Standardabweichung) |
|---|---------------------------------|
| wahrgenommene Bewegung und Geschwindigkeit des Roboters * | 5,4 (1,3) |
| wahrgenommene sichere Zusammenarbeit** | 13,3 (1,7) |
| wahrgenommene Verlässlichkeit** | 11,8 (1,1) |
| Gesamtscore*** | 30,5 (2,7) |
| kleinster möglicher Score bis höchster möglicher Score: * 2 bis 10; ** 4 bis 20; *** 10 bis 50 | |

sche Unterstützung jeweils eine Hand am Körper der Puppe ließ und sich in Richtung Mitte des Bettes beugen musste. Alle Teilnehmenden führten alle drei Aktivitäten durch. Anschließend konnten sie selbst erleben, wie es sich anfühlt, wenn der Roboter an den Körper heranfährt und die Person hält. Die Ethikkommission der Universität Oldenburg sprach der Studie ein positives Votum aus.

Ergebnisse und Ausblick: Vertrauen entwickelt sich

An der Studie nahmen 16 Personen im Alter zwischen 21 und 54 Jahren teil. Sie verfügten im Mittel über 7 Jahre Berufserfahrung in der Pflege. Die Ergebnisse der Negative Attitudes toward Robots Scale (NARS, Nomural et al., 2006) weisen auf ein höheres Ausmaß an negativen Einstellungen gegenüber Robotern vor Kontakt mit dem Roboterarm hin. Tabelle 2 zeigt mittlere Scores der Skala zur Messung des Vertrauens in HRC. Die einzelnen Skalenkomponenten weisen ein tendenziell ein höheres Vertrauen in die sichere Zusammenarbeit und die Zuverlässigkeit des Roboters als in dessen Bewegung und Geschwindigkeit aus. Der Gesamtscore deutet darauf hin, dass die Teilnehmenden dem Roboter bereits nach der ersten Begegnung ein gewisses Vertrauen entgegenbringen.

Die Aussagen der Interviews bestätigen diesen Eindruck: die Pflegenden vergewisserten sich zunächst, dass der Roboter die Puppe halten und stabilisieren kann, um dann diese Aufgabe an den Roboter abzugeben und körperliche Entlastung zu erfahren:

„Ich musste auch erstmal prüfen „Hält das?“ und dann „Ok, jetzt kann ich meine Hände loslassen“ (Pflegefachperson, Krankenhaus)

„Ich habe das tatsächlich auch gemerkt, [der Roboter], der hat halt schon diese Kraft einem abgenommen. Also, dass man halt nicht mehr so angestrengt stand.“ (Pflegehilfe, Pflegeheim)

Die Teilnehmenden nannten auch die Wichtigkeit der Kommunikation miteinander, um die Kontrolle über die Situation zu behalten. Während die Skala zur Messung des Vertrauens in HRC besonders Aspekte des Performanz-Vertrauens abbildet, äußerten die Teilnehmenden auch Überlegungen zum moralischen Vertrauen, die Aspekte des Nicht-Schadens und der Berücksichtigung individueller Bedürfnisse

der versorgten Menschen aufgriffen. Etwa zu der Frage, wie vermieden werden kann, dass Pflegebedürftige verletzt oder verängstigt werden. Oder wie mit Vorbehalten der Pflegebedürftigen aber auch der Pflegefachpersonen gegenüber dem Roboter umgegangen werden kann. Sie betonten auch, dass Vertrauen sich besonders mit mehrmaliger und längerer Nutzung des Roboters entwickelt. Die meist positive Bewertung der Zusammenarbeit mit dem Roboter nach Auflösung anfänglicher Unsicherheiten in der Bedienung und bei der Anpassung des Arbeitsprozesses am Bett durch die Einbeziehung der videogestützten Kommunikation steht in Einklang mit früheren Studien des IPP, in denen Pflegefachpersonen ein Bedürfnis nach technischer Unterstützung bei belastenden Aufgaben am Bett sowie eine allgemeine Neugier und Offenheit gegenüber der Einführung digitaler Technologien in der Pflegepraxis betonen (Seibert et al., 2020). Ebenso zeigen sich Übereinstimmungen mit den von Pflegefachpersonen bevorzugten Eigenschaften von Robotern: Der Roboter reagiert nur auf Befehle, sieht aus wie eine Maschine, verfehlt nie das Ziel, führt nur Programme aus und verhält sich freundlich (Zrinyi et al., 2022).

Künftig kommt Qualifizierungs- und Implementierungsstrategien eine tragende Rolle dabei zu, eine nachhaltige Einführung von unterstützender Robotik und Vertrauen in innovative Technologien in der Pflege zu fördern. Für das hier vorgestellte System steht im nächsten Schritt der Einbezug realer Pflegebedürftiger in die Weiterentwicklung und die Testung im Pflegealltag aus.

Weitere Informationen:

www.pflegeinnovationszentrum.de

Literatur unter www.ipp.uni-bremen.de

Dr. Kathrin Seibert¹ & Pascal Hinrichs², M.Sc.

¹Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP)

Abt. Pflegewissenschaftliche Versorgungsforschung
kseibert@uni-bremen.de

www.ipp.uni-bremen.de

²OFFIS – Institut für Informatik, Oldenburg

www.offis.de

Aus der Küche ins Labor: Versorgungs- und Altersforschung in virtueller Realität

Hintergrund und Zielsetzung

Die Unterstützung von hochaltrigen Menschen ist ein wichtiges Ziel der Gesundheitsversorgung. Technologische Entwicklung leistet hierzu einen wichtigen Beitrag. So kann virtuelle Realität (VR) realistische Umgebungen simulieren, in denen Menschen Aktivitäten ausführen können. VR hat damit das Potenzial, die Reaktionen von Menschen auf verschiedene Hindernisse und ihren Umgang damit schnell und sicher zu untersuchen. Voraussetzung zur realitätsnahen Umsetzung solcher Simulationen ist die Identifikation altersbedingter Hindernisse im Alltag. Die Küche stellt einen zentralen Ort für Alltagsaktivitäten dar, in dem Einschränkungen deutlich werden. Ziel der Studie „Formalization and VR-based Simulation of Age-related Obstacles“ (Projektlaufzeit Mai 2021 bis April 2022) ist die systematische Formalisierung altersbedingter Hindernisse bei Küchenaktivitäten zur späteren Simulation in VR. Das Projekt wurde aus Seed Grand Mitteln des Wissenschaftsschwerpunkts *Minds, Media, Machines* (Universität Bremen) gefördert.

Methodisches Vorgehen

Die Formalisierung altersbedingter Hindernisse wurde auf Basis der Ergebnisse einer systematischen Literaturrecherche und telefonischen Interviews mit älteren, in ihrer eigenen Häuslichkeit lebenden Menschen erstellt. Die Interviews wurden zusammenfassend inhaltsanalytisch ausgewertet.

Ergebnisse

Die Ergebnisse der Formalisierung gliedern sich in drei Bereiche: visuelle, motorische und kognitive Einschränkungen

gen (Abb.1). In 49 Artikeln sind altersbedingte Hindernisse beschrieben, davon gehen neun Studien auf visuelle, vier Studien auf motorische und 36 Studien auf kognitive Beeinträchtigungen ein. Die Interviewteilnehmerinnen (IP) waren zum Zeitpunkt der Befragung zwischen 69 und 86 Jahren alt und gaben teilweise Grunderkrankungen an, die einen Einfluss auf vorrangig visuelle und motorische Einschränkungen haben können (z. B. n=3 Grauer Star oder n=5 Arthrose/Arthritis). Zum Teil werden Einschränkungen im Haushalt durch Unterstützung des Lebenspartners oder der Nachbarschaftshilfe kompensiert.

Beispielhafte Hindernisse aus der Formalisierung aufgrund visueller Einschränkungen sind Schwierigkeiten beim Lesen von Lebensmitteletiketten (Owsley et al., 2001; Rubin et al., 2001). Kognitive Einschränkungen führen etwa zu der Herausforderung, während des Kochens den Überblick über mehrere Dinge zu behalten (Farias et al. 2017). In den Interviews wurden insbesondere motorische Einschränkungen beschrieben, etwa Schwierigkeiten beim Schneiden aufgrund fehlender Kraft in der Hand.

Diskussion

Die Formalisierung wurde sowohl auf Basis bereits bestehender Evidenz aus der Literatur als auch von real beschriebenen Hindernissen älterer Menschen explizit in ihrem Küchenalltag erstellt. Die Literatur lieferte wenig Ergebnisse, die direkt Alltagstätigkeiten in der Küche untersuchen. Insbesondere visuelle und motorische Einschränkungen werden eher allgemein beschrieben, ließen sich jedoch auf den Küchenkontext übertragen. Die Interviews liefern ergänzend konkrete Beispiele zur Formalisierung. Auf Basis der

| | | |
|--|--|--|
|  visuelle Einschränkungen | <input type="checkbox"/> Erkennen von Lebensmitteln, auf deren Verpackung kein Bild zu sehen ist <input type="checkbox"/> Lesen von Lebensmitteletiketten (kleine Schrift, geringer Farbkontrast) <input type="checkbox"/> Unterscheiden von Lebensmittelverpackungen, die eine ähnliche Farbe haben <input type="checkbox"/> Lesen von Rezepten | <p>„Es ist das Blöde, dass ich auf einem Auge blind bin, [...] ich greife manchmal daneben, weil ich nicht mehr richtig fokussieren kann, ne.“ IP7, 86 Jahre, alleinlebend</p> |
|  motorische Einschränkungen | <input type="checkbox"/> Griffkraft, z. B. beim Halten eines Messers oder beim Öffnen einer Dose <input type="checkbox"/> Halten des Gleichgewichts beim Betreten einer Leiter, um Geräte zu erreichen <input type="checkbox"/> Erreichen hoher Gegenstände <input type="checkbox"/> Erreichbarkeit heruntergefallener Gegenstände aufgrund von Steifheit im Rücken | <p>„Ich passe auf, dass ich mich nicht zu doll drehe, dass ich nicht runter in die Knie muss, das geht gar nicht mehr.“ IP5, 76 Jahre, mit Partner lebend</p> |
|  kognitive Einschränkungen | <input type="checkbox"/> Verlegen von Lebensmitteln, die aber in der Regel wiedergefunden werden <input type="checkbox"/> Putzen und Kochen dauert länger <input type="checkbox"/> Reihenfolge für die Erledigung einer bestimmten Aufgabe festlegen und Prioritäten setzen (falsche Reihenfolge beim Kochen) <input type="checkbox"/> sich an Einkäufe oder Lebensmittel erinnern, den Ofen abzustellen etc. <input type="checkbox"/> Erlernen des Umgangs mit neuen Alltagstechnologien <input type="checkbox"/> Umgang mit Aufgabenunterbrechungen | <p>„Ja, da kommt schon wieder dieses Abgelenkte.“ IP1, 85 Jahre, mit Partner lebend</p> |

Abbildung 1: Auszug aus der Formalisierung altersbedingter Hindernisse im Küchenalltag aufgrund visueller, motorischer und kognitiver Einschränkungen (eigene Darstellung)



Abbildung 2: Beispiele für die Simulation von Küchenaktivitäten in virtueller Realität ohne Hindernisse (links) und mit Sehstörungen und zitterigen Händen (rechts)

systematischen Aufarbeitung von Hindernissen im Küchenalltag entstanden erste Szenarien für die Altersforschung in VR (Abb. 2). Unter Zuhilfenahme einer VR-Brille und Handsteuerung lassen sich so Tätigkeiten in der virtuellen Küche erproben und üben.

Fazit und Ausblick

Die Studie deckt mit der Formalisierung alltagsbezogener Hindernisse Handlungsfelder zur Unterstützung älterer Menschen in ihrer eigenen Häuslichkeit auf, um ihre Selbstständigkeit lange zu erhalten. An diese Handlungsfelder können primär- und sekundärpräventive Maßnahmen ansetzen und zielgerichtet die Versorgung älterer Menschen zu Hause verbessern. Der Einsatz digitaler Assistenzsysteme, beispielsweise in den Bereichen des Ambient Assisted Living (AAL) oder des (App-gestützten) Selbstmanagements und Monitorings chronischer Erkrankungen (Doyle et al., 2018; Do

et al., 2015; Alnosayan et al., 2014), wurden auf ihre Funktionalität und Akzeptanz durch die Nutzenden bereits vielfach untersucht. Der Beitrag solcher Systeme für einen langen Verbleib im eigenen zu Hause durch Erhalt der Selbstständigkeit muss jedoch näher erforscht werden (Stiefler et al., 2021). Vertiefende Forschungsansätze mittels virtueller Realität ermöglichen die (Weiter-)Entwicklung solcher Assistenzsysteme oder anderen Interventionen, indem diese von Menschen ungeachtet ihres Alters getestet werden.

Literatur unter www.ipp.uni-bremen.de

Dr. P.H. Susanne Stiefler

Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP)
Abt. Pflegewissenschaftliche Versorgungsforschung
[sstiefler@uni-bremen.de](mailto:ssstiefler@uni-bremen.de)
www.ipp.uni-bremen.de

Digital Photovoice As a Participatory Tool for Exploring Physical Activity in Open Space for Health Promotion

Photovoice as participatory action research (PAR) is a commonly used method in urban health research as a qualitative approach (Brown et al., 2008; Minkler, 2000) that records lived experiences of voiceless individuals in societal and policy development (Annang et al., 2016). Initially, the photovoice method involved providing participants with disposable cameras to take limited images on a topic. With digitalization, the method of photovoice has evolved. The use of smartphones can not only take pictures but can also help to georeference the place where the picture is taken. Similarly, social media can also involve further people other than participants in the discussion of the photos taken by the research participants (Cai & Marks, 2021; Foster et al., 2021). Today, with advancements in online communication, group discussions can be done online with a digital copy of pictures rather than in a face-to-face workshop. As a result, the method can be applied physically or digitally according to the target group and the geographical distance between researchers and participants. Here we present an example of the digital photovoice application carried out as a part of the module within the “Urban Health digiSpace” platform and discuss its opportunities and challenges.

“Urban Health digiSpace” is a digital platform for transdisciplinary learning in urban health, which provides access to various modules on urban health topics (<https://urbanhealth-digispace.de>). One of the modules offered within this platform is the “photovoice exploration of physical activity in open space”, using the digital tool created in the Digital Participatory Spatial Analysis Lab (DiPS_Lab) (www.hs-gesundheit.de/departments/dips-lab). The tool enables subjective place-based assessment of participants on physical activity and allows collection of photos and GPS location of those assessments. As the tool can be accessed both online and offline, the platform and the tool provide an innovative easy-to-access online digital portal with ready-to-use information, resources, and tools, making it possible to run the research digitally and distantly.

The photovoice exploration event was conducted during the event groups of researchers in seven countries (India, Nepal, Germany, Switzerland, China, Austria, and Brazil). In the case of Nepal, it was conducted with a group of university students and was coordinated by researchers from Bremen and Nepal. The Dhulikhel municipality in Nepal was chosen



Figure 1: Participants' assessment of open space as promoting or hindering physical activity in the municipality

as a case study area. Four students (male=2, female=2) aged between 21-39 participated in the event. Initially, the participants were familiarized with the online platform and the photovoice tool resources. This was followed by a week of data collection and ended with a focus group discussion using the online platform. The discussion focused on selecting specific photographs, the story behind them, and what participants think about photos of one another using the SHoWED approach, which asks the participants following questions--what do you **See** in the photograph?; what is **Happening** in the photograph?; how does this photograph related to **Our** lives or other members in the community?; **Why** do these issues currently exist in the municipality?; what can we **Do** about these issues? (Wallerstein & Bernstein 1988; Annang et al. 2016).

Results show that the western part of the municipality promotes physical activity among participants compared to the eastern part (Figure 1). Open spaces promoting physical activity were found to be concentrated where the space is appropriately designed with playing equipment for kids, exercising benches for adults, and ramps for the elderly. Institutions providing their open space to the community also encouraged physical activity in that area, like the football ground of the Kathmandu University. On the other hand, lack of pedestrian crossing, encroachment of sidewalks by small businesses, and piling of construction materials in community space were recognized to create barriers to daily walking as one form of physical activity. Visual impressions, e.g. dumping unused items in the open spaces, also discouraged people from using those areas. Feeling of insecurity and unsafe due to heavy vehicle parking near the open space, old narrow roads and alleys vulnerable after the earthquake and fast driving vehicles/two-wheelers inside the premises of the university were other issues hampering physical activity.

Overall, online place-based digital tools integrating sensory experiences like visual (photos), audio (participants' own voice), location tag was found to be very effective in constructing the geo-narrative from participants. Digitalization of the photovoice method made it easier both for the participants as well as researchers to apply it in a global context. Yet, the research in the global south context was comparatively complex. Since Nepal has a limited internet connection, uploading data and pictures was an issue, and the tool's GPS location was less accurate. Another major challenge of the method was taking photos of public spaces since people get suspicious of it. If the challenges are well dealt with, the method and its digitalization can help efficient communication of the voice and needs of the less vocal public to decision-makers.

References www.ipp.un-bremen.de

—
Sadichchha Shrestha¹, Dr. Rehana Shrestha² & Prof. Dr. Heike Köckler³

¹Department of Architecture, Himalaya College of Engineering (HCOE), Institute of Engineering
sadichchhas@hcoe.edu.np

²Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP)

Abteilung für Sozialepidemiologie

Leibniz Science Campus Digital Public Health (LSc DiPH)

rehana@uni-bremen.de

www.ipp.uni-bremen.de

www.lsc-digital-public-health.de

³Department of Community Health, Hochschule für Gesundheit, Bochum

www.hs-gesundheit.de/departments/doch-department-of-community-health

In eigener Sache: Zeit für ein Update des IPP-Infos

Liebe Leser:innen,

das IPP-Info erscheint als Newsletter des Instituts für Public Health und Pflegeforschung (IPP) bereits seit 2005. Wir haben in der Zwischenzeit einiges verändert – nun möchten wir Sie um Ihre Meinung und Anregungen bitten. Mit dieser Befragung wollen wir herausfinden, wie Ihnen das Format des IPP-Info gefällt und ob Sie die Inhalte für Ihre berufliche Praxis, Ihre Ausbildung bzw. Ihre Interessen nutzen können? Die Ergebnisse der Befragung wollen wir für die Weiterentwicklung des IPP-Info nutzen.

Wir laden Sie daher ein, an der unter dem nachfolgenden Link eingestellten Online-Befragung teilzunehmen. Die Umfrage ist anonym, so dass bei der Auswertung keine Rückschlüsse auf Ihre Person möglich sind. Die Befragung wird voraussichtlich 10 Minuten in Anspruch nehmen. Über die Ergebnisse werden wir Sie in der nächsten Ausgabe des IPP-Info informieren.

Mit der Teilnahme an der Befragung helfen Sie uns, das IPP-Info im Sinne unserer Leser:innen zu verbessern. Haben Sie dafür herzlichen Dank!

→ **So geht es zur Online-Leser:innenbefragung:** Auf der Startseite der IPP-Website unter www.ipp.uni-bremen.de finden Sie den Link zur Online-Leser:innenbefragung.

→ **Direkt zur Online-Leser:innenbefragung geht es unter:**
<https://survey.ipp.uni-bremen.de/index.php?r=survey/index&sid=545942&lang=de>

Aktuelle Projekte

“Deinem Netzwerk gefällt das nicht!” – wie soziale Informationen dabei helfen, die Ausbreitung irreführender Informationen auf Social Media zu reduzieren

Irreführende oder falsche Informationen werden in den sozialen Medien häufig rasend schnell verbreitet – egal, ob sie von Prominenten, Politiker:innen oder Privatpersonen stammen (Vosoughi, Roy, & Aral, 2018). Allen Nutzer:innen der verschiedenen Social-Media-Kanäle dürften solche Informationen bereits angezeigt worden sein, nicht wenige werden sie absichtlich oder unbeabsichtigt geteilt haben. Insbesondere in Zeiten, in denen Nutzer:nen ein hohes Informationsbedürfnis haben, kann dies jedoch weitreichende Konsequenzen haben. So haben Falschinformationen während der Covid-19-Pandemie beispielsweise erheblich dazu beigetragen, Angst und Unsicherheit zu schüren und so das Vertrauen in Schutzmaßnahmen reduziert und die Impfbereitschaft beeinträchtigt (Imhoff & Lamberty, 2020). Die WHO sprach angesichts der Flut an Informationen sogar von einer “Infodemie” (Zarocostas, 2020).

Die Verbreitung von Falschinformationen geschieht dabei oft ohne böse Absicht. Jüngste Forschungsergebnisse legen nahe, dass das Teilen von Falschinformationen in sozialen Medien oftmals automatisch und ohne bewusste Prüfung geschieht. Dabei entscheidet dann gerade nicht die Qualität oder Vertrauenswürdigkeit der Information darüber, ob sie geteilt wird (Pennycook et al., 2021). Doch welche Faktoren sind darüber hinaus dafür entscheidend, welche Informationen wir “ liken ” und “ retweeten ”?

Für eine Vielzahl von Verhaltensweisen wissen wir, dass

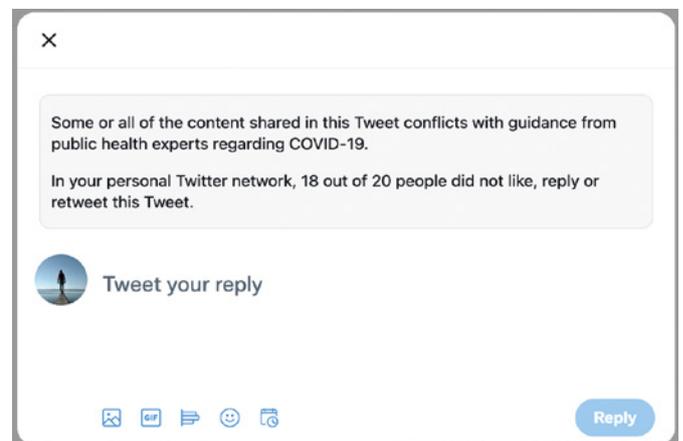


Abbildung 1. NutzerInnen-Ansicht beim Teilen von Informationen mit Warnhinweis und sozialer Information (Gruppe 4).

unsere soziale Umgebung maßgeblich beeinflusst, was wir tun oder unterlassen. So folgen beispielsweise Käufer:innen im Supermarkt häufig dem “social proof” – d. h. sie entscheiden sich für Artikel, die Andere ebenfalls kaufen (Salmon et al., 2015). Doch auch die Frage nach den geltenden Normen – würden mir wichtige Personen meinem Verhalten zustimmen? – leitet uns in einer Vielzahl von Situationen, z. B. wenn wir abwägen, ob wir noch ein weiteres Glas Wein trinken oder uns im Alltag häufiger sportlich betätigen wollen (Wally & Cameron, 2017). Diese sozialen Mechanismen nutzen auch Social-Media-Kanäle und sig-

nalisieren den Nutzer:innen durch “likes” oder “retweets” Interesse und Zustimmung anderer Nutzer:innen (Gimpel et al., 2021). Gleichzeitig können Nutzer:innen mit Teilen bestimmter Inhalte auch eine eigene Gruppenzugehörigkeit und soziale Identität kommunizieren (Shin et al., 2021). Somit unterscheidet sich der digitale Raum nur wenig vom “analogen”. Ein entscheidender Aspekt fehlt jedoch: Social-Media-Kanäle zeigen ihren Nutzer:innen nur eine zustimmende, nicht aber eine desinteressierte oder ablehnende Haltung (einzige Ausnahme: YouTube). So entsteht ein Zerrbild ausschließlich positiver Resonanz, das uns eher dazu verleitet, Informationen zu verbreiten. Doch was passiert, wenn Nutzer:innen auch ablehnende soziale Informationen zur Verfügung stehen? Teilen sie weniger irreführende Informationen, wenn sie auch sehen, wie oft diese eben nicht “geliked” oder “retweeted” wurden?

Vorab: Die Antwort lautet “Ja!”. Um dies herauszufinden, haben wir im Rahmen einer experimentellen Studie mit insgesamt 1486 Twitter-Nutzer:innen untersucht, wie viele irreführende Informationen diese in 30 Minuten Twitter-Nutzung teilen. Wichtig dabei: Nicht alle Teilnehmenden sahen dabei die gleichen sozialen Informationen. Die erste Gruppe nutzte ihre übliche persönliche Twitter-Oberfläche mit “likes” und “retweets” (Kontrollgruppe). Die zweite Gruppe sah zudem auch, wie oft andere Nutzer:innen aus ihrem persönlichen Netzwerk die Nachricht gelesen, aber nicht geteilt hatten (Abbildung 1). Die dritte Gruppe sah anstelle der zusätzlichen sozialen Information den Twitter-eigenen Hinweis, dass es sich ggf. um irreführende Informationen handeln könnte. Die vierte Gruppe sah beides, Warnhinweis und soziale Informationen. Es zeigte sich, dass sich die Menge geteilter Informationen für die Nutzer:innen der ersten,

zweiten und dritten Gruppe nicht signifikant unterschied. In der vierten Gruppe (Warnhinweis und soziale Referenz), teilten die Teilnehmenden jedoch nur noch halb so viele irreführende Informationen wie die Nutzer:innen der Kontrollgruppe.

Detailanalysen legen nahe, dass Nutzer:innen, die den Warnhinweis zusammen mit den sozialen Informationen sahen, einen höheren sozialen Normdruck, keine Falschinformationen zu verbreiten, empfanden und sich auch entsprechend verhielten.

Unsere Ergebnisse verdeutlichen: Die bisher von den Plattformbetreibern vor allem im Sinne eines “User Engagement” genutzten sozialen Mechanismen könnten die Nutzer:innen auch dabei unterstützen weniger Falschinformationen mit Familie, Freunden und Bekannten zu teilen. Technisch wären solche Veränderungen der dargebotenen Informationen bereits heute problemlos möglich, ihre Vereinbarkeit mit wirtschaftlichen Interessen der Betreibenden bleibt jedoch fraglich. Insbesondere in Zeiten großer Unsicherheit sollte es jedoch vor allem zentrales Anliegen sein, den Nutzer:innen von Social Media evidenzbasierte und vertrauenswürdige Informationen zur Verfügung zu stellen.

Literatur unter www.ipp.uni-bremen.de

—
Christopher Jones & Prof. Dr. Benjamin Schüz
 Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP); Abt. Prävention und Gesundheitsförderung
www.ipp.uni-bremen.de

Erreichbarkeit von Alltagszielen ist entscheidend für aktive Mobilität bis in das hohe Alter – Das E-Bike erweitert die Möglichkeiten für aktive Mobilität in Klein- und Mittelstädten



Kommunen stehen angesichts bedeutender Entwicklungen und Krisen wie dem demographischen Wandel und dem Klimawandel vor großen Herausforderungen. Die Kommunalpolitik und die kommunalen Verwaltungen haben die wichtige Aufgabe, eine zukunftsfähige Wohnumgebung zu gestalten, die den Bedürfnissen aller Menschen gerecht wird und gesundes Altern in der Kommune ermöglicht. Aktive Mobilität ist als nachhaltige Mobilitätsform ein Schlüssel für die Mobilitätswende und fördert ebenso die körperliche Aktivität im Alltag. Diese ist ein wichtiger Faktor für gesundes Altern.

Das transdisziplinäre Projekt „AFOOT – Alternd zu Fuß oder mit Fahrrad: urban mobil ohne Stress“ zielt darauf ab, räumliche Planung und Public Health gemeinsam zu denken und intersektorales Verwaltungshandeln für eine bewegungsfördernde und altersgerechte Kommunalentwicklung im Sinne eines Health-in-All-Policies-Ansatzes zu fördern. Ein

wichtiger Baustein des Projekts war die Durchführung einer großen Querschnittstudie im Jahr 2019 in elf Landkreisen und zwei kreisfreien Städten in der Metropolregion Nordwest. Die Studie wurde als schriftliche Befragung umgesetzt und richtete sich an Bewohner:innen von Klein- und Mittelstädten sowie Landgemeinden im Alter ab 65 Jahren. An der Studie nahmen 2242 Personen im Alter von 65 bis 99 Jahren teil. Das Ziel der Befragung war es, mehr über die Wohnumgebung und das Mobilitätsverhalten älterer Menschen zu erfahren, mögliche Zusammenhänge zwischen Wohnumweltfaktoren und aktiver Mobilität aufzudecken und Ansatzpunkte für die Gestaltung einer bewegungsfördernden und altersgerechten Wohnumgebung zu identifizieren.

Seit 2020 wurden mehrere wissenschaftliche Artikel auf Basis der Querschnittstudie in internationalen Fachzeitschriften veröffentlicht (Brüchert et al., 2020; Brüchert et al., 2021;

Brüchert et al., 2022; Hasselder et al., 2022) und die Ergebnisse der Befragung bei verschiedenen nationalen und internationalen Veranstaltungen präsentiert.

Frühere Studien zur Bedeutung der Wohnumgebung für das Radfahren im Alter wurden überwiegend in Großstädten durchgeführt. Außerdem wurde dabei die Nutzung des E-Bikes bisher nicht untersucht. Ein Schwerpunkt unserer Studie lag daher auf der Bedeutung des E-Bikes in Klein- und Mittelstädten. Erstmals wurde mit dem besonderen Fokus auf Klein- und Mittelstädte untersucht, inwiefern verschiedene Wohnumweltsfaktoren mit dem Radfahren und E-Bike-Fahren als Alltagsmobilität älterer Menschen in Deutschland assoziiert sind. Hierbei zeigte sich, dass 28 % der Studienteilnehmenden ein E-Bike für Alltagswege nutzen und insgesamt 63 % aktiv mobil mit dem Fahrrad oder E-Bike unterwegs sind. 41 % der Studienteilnehmenden gaben dabei an, dies mindestens dreimal pro Woche zu tun. Fast alle untersuchten Wohnumweltsfaktoren waren damit assoziiert, ob ältere Menschen überhaupt ihre Alltagswege mit dem Fahrrad oder E-Bike zurücklegen oder nicht, und damit, wie häufig sie dies tun. Die stärksten Assoziationen zeigten sich für die Nähe zu Alltagszielen und die Verfügbarkeit vieler Wegeverbindungen in der Wohnumgebung. Als weiterer wichtiger Faktor für das Radfahren oder E-Bike-Fahren als Alltagsmobilität zeigte sich die Verfügbarkeit einer gut ausgebauten Radverkehrsinfrastruktur. In der befragten Studienpopulation war das Auto bis in das hohe Alter das am häufigsten genutzte Verkehrsmittel. Insgesamt gaben außerdem 88 % der Studienteilnehmenden an, jederzeit über einen PKW verfügen zu können. Bei den über 80-Jährigen lag der Anteil bei 75 %. Dies lässt darauf schließen, dass ältere Menschen in der Studienregion derzeit kaum Alternativen sehen, alltägliche Wege ohne Auto zurückzulegen.

Aufbauend auf diesen Erkenntnissen der Querschnittstudie werden in dem Projekt AFOOT verschiedene Ansatzpunkte für die Gestaltung einer bewegungsfördernden und altersgerechten Wohnumgebung diskutiert und Empfehlungen für die Praxis gemacht. Hierbei sind vor allem Maßnahmen zu nennen, die auf die Erreichbarkeit von Alltagszielen abzielen, wie zum Beispiel Maßnahmen zum Erhalt von Geschäften und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs in der Wohnumgebung der älteren Menschen, die Berücksichtigung von Abkürzungen für Radfahrer:innen in der Verkehrs- und Siedlungsplanung, um die Wegeverbindungen zu verbessern, und die Bereitstellung einer gut ausgebauten Radverkehrsinfrastruktur einschließlich sicherer Abstellmöglichkeiten für Fahrräder und E-Bikes.

Aus den verschiedenen Projektaktivitäten von AFOOT geht die Sicherstellung bzw. Verbesserung der Erreichbarkeit von Alltagszielen als wichtigster Ansatzpunkt für die Förderung aktiver Mobilität in Klein- und Mittelstädten hervor. Dabei geht es vor allem darum, wohnortnahe Versorgungsstrukturen zu stärken und Bewohner:innen dadurch zu ermöglichen, bis ins hohe Alter selbstständig in der Kommune zu leben. Ein weiterer wichtiger Ansatzpunkt ist die



Neuverteilung von Ressourcen und Straßenraum zugunsten aktiver Mobilitätsformen durch Investitionen in die Instandhaltung und den Ausbau des Fuß- und Radwegenetzes sowie der Priorisierung räumlich abgetrennter Fuß- und Radwege. Dies unterstreichen auch die Empfehlungen des paneuropäischen Programms zu Verkehr, Gesundheit und Umwelt (Transport, Health and Environment Pan-European Programme (THE PEP)), ein Netzwerk, das Akteure aus Wissenschaft, Praxis und Politik zusammenbringt und darauf abzielt, die Förderung der aktiven Mobilität als gesunde und nachhaltige Mobilitätsform in der Stadt-, Raum- und Verkehrsplanung zu verankern (WHO Regional Office for Europe, 2022).

AFOOT ist ein gemeinsames Projekt der Abteilung Sozialepidemiologie des Instituts für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen und der Fakultät Raumplanung der Technischen Universität Dortmund. Von 2015 – 2022 wurde es in zwei Phasen durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert und ist Teil des Präventionsforschungsnetzwerks „AEQUIPA – Körperliche Aktivität, Gerechtigkeit und Gesundheit: Primärprävention für gesundes Altern“.

Alle Publikationen sowie weitere Informationen und Materialien zum Projekt sind auf der AFOOT-Website verfügbar:
www.uni-bremen.de/afoot

Literatur unter www.ipp.uni-bremen.de

Pia Hasselder MSc¹, Dr. Tanja Brüchert¹, Dr. Paula Quentin², Prof. Dr.-Ing. Sabine Baumgart¹ & Prof. Dr. Gabriele Bolte MPH¹

¹Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Abt. Sozialepidemiologie
pi_ha@uni-bremen.de

www.public-health.uni-bremen.de/abteilungen/sozialepidemiologie

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

Innovative Konzepte und Methoden zur Integration von Geschlecht in die Forschung zu umweltbezogener Gesundheit: Erfolgreicher Abschluss des Projekts INGER



Das interdisziplinäre Verbundprojekt INGER hatte zum Ziel, innovative Methoden für eine geschlechtersensible quantitative Gesundheitsforschung mit Bezug auf gendertheoretische Ansätze interdisziplinär zu entwickeln und im Themenfeld Umwelt & Gesundheit zu erproben. Das Projekt INGER wurde vom Bundesministerium für Bildung und Forschung im Rahmen der Förderinitiative „Gesund – ein Leben lang“ von 2017 bis 2022 gefördert (Förderkennzeichen 01GL1713) und in interdisziplinärer Zusammenarbeit durchgeführt. Beteiligt waren die Universität Bremen (Institut für Public Health und Pflegeforschung, Abteilung Sozialepidemiologie), das Helmholtz Zentrum München (Deutsches Forschungszentrum für Gesundheit und Umwelt GmbH, Institut für Epidemiologie), das Umweltbundesamt Berlin (Fachgebiet II 1.2 Toxikologie, gesundheitsbezogene Umweltbeobachtung) und die Humboldt-Universität zu Berlin (Arbeitsgruppe Gender and Science). Die Projektkoordination hatte die Abteilung Sozialepidemiologie des IPP inne.

In einem ersten Schritt konnte durch systematische Reviews zu aktuellen epidemiologischen Studien in verschiedenen Themenfeldern wie z. B. Lärmbelastung und ischämische Herzkrankheiten (Rompel et al., 2021) oder Grünflächen im Wohnumfeld und subjektiver Gesundheitszustand (Bolte et al., 2019) aufgezeigt werden, dass Geschlecht in der Forschung zu umweltbezogener Gesundheit bisher nicht ausreichend integriert wurde: Geschlecht wurde in der Konzeptualisierung und damit auch Operationalisierung und Datenanalyse bisher ausschließlich binär betrachtet, die Begriffe „sex“ und „gender“ wurden unzureichend definiert und teilweise sogar synonym verwendet und der Bezug zu gendertheoretischen Ansätzen fehlte.

Zur besseren, theoriebasierten Konzeptualisierung von Geschlecht wurde in INGER in interdisziplinärer Zusammenarbeit ein multidimensionales Geschlechterkonzept zur Anwendung in der quantitativen Gesundheitsforschung entwickelt. Das INGER-Geschlechterkonzept berücksichtigt die vier Anforderungen Multidimensionalität, Variabilität, Intersektionalität und Embodiment und umfasst mehrere Geschlechterdimensionen (zugewiesenes Geburtsgeschlecht, aktuelle Geschlechtsidentität, verinnerlichte Geschlechterrollen, externalisierte Geschlechterexpression sowie die körperliche Geschlechtsausprägung) eingebettet in Geschlechterrelationen in einem gesellschaftlichen Kontext (Bolte et al., 2021).

Zur Umsetzung des in INGER entwickelten multidimensionalen Geschlechterkonzeptes in der Datenerhebung wurden für die Operationalisierung geeignete Fragebogenmodule zusammengestellt oder neu konzipiert. Die Operationalisierung des INGER-Geschlechterkonzeptes wurde in den Studien Kooperative Gesundheitsforschung in der Region Augsburg (KORA) und der Umweltprobenbank (UPB) des

Bundes 2019 erprobt. In beiden Studienpopulationen (KORA: 3.742 Personen ab 45 Jahren; UPB: 502 junge Erwachsene aus vier Städten) gab es eine hohe Akzeptanz der Fragen (zu KORA: Kraus et al., 2023).

In einem nächsten Schritt wurde untersucht, welche multivariablen statistischen Analyseverfahren eingesetzt werden können, um mit den neu erhobenen komplexen Daten zu Geschlecht Fragestellungen zur Expositionsvariation und Effektheterogenität zu beantworten. Untersucht werden sollte, ob Geschlecht mit einer Umweltexposition assoziiert ist (Expositionsvariation) und ob Geschlecht den Einfluss einer Umweltexposition auf die Gesundheit modifiziert (Effektheterogenität). Da Geschlecht jeweils durch eine Vielzahl an geschlechtsbezogenen Variablen operationalisiert wurde, konnten klassische statistische Verfahren nicht genutzt werden. Es konnte jedoch gezeigt werden, dass stattdessen explorative Entscheidungsbaumanalysen eingesetzt werden können, um diese komplexen Daten zu analysieren und relevante Subgruppen zu identifizieren. Für die Fragestellung zur Expositionsvariation können klassische Entscheidungsbaummethoden wie die „Classification- and Regression Trees“ (CART) und die „Conditional Inference Trees“ (CIT) genutzt werden, während bei der Fragestellung zur Effektheterogenität Modell-basierte Entscheidungsbäume zum Einsatz kommen können (für statistische Analysen im Themenfeld Grünflächen im Wohnumfeld als Gesundheitsressource siehe Dandolo et al., 2022 und Dandolo et al., 2023).

Des Weiteren wurde im Projekt INGER eine Bewertungsmatrix entwickelt, die die systematische Bewertung der Berücksichtigung von Geschlecht in quantitativen Gesundheitsstudien ermöglicht (Horstmann et al., 2023). Auf der Basis einschlägiger Literatur und den im Forschungsprojekt gesammelten Erfahrungen wurde zudem eine detaillierte Leitlinie erstellt, um Forschende bei der umfassenden Integration von Geschlecht in den gesamten Forschungsprozess zu unterstützen.

Ende 2021 wurden auf der Abschlusskonferenz des INGER-Forschungsverbundes in einem hochkarätig besetzten Kreis von Referent:innen und Diskutant:innen die Ergebnisse und ihre Implikationen für Forschung und Praxis einer geschlechtergerechten Gesundheitsförderung und Prävention im Bereich Umwelt und Gesundheit sowie eines geschlechtergerechten umweltbezogenen Gesundheitsschutz diskutiert. Der innovative Ansatz von INGER basierend auf der konsequenten interdisziplinären Zusammenarbeit wurde hervorgehoben. Die Ergebnisse aus INGER tragen dazu bei, durch Umweltexpositionen besonders gefährdete Bevölkerungsgruppen und Ansatzpunkte für die Verringerung von Gesundheitsrisiken durch Umweltexpositionen zu identifizieren.

Das Forschungsprojekt INGER hat in den letzten Jahren einen wichtigen Beitrag auf dem Weg zu einer geschlechtergerechten Forschung geleistet, indem neue Methoden zur Konzeptualisierung, Operationalisierung und Analyse von Geschlechterdimensionen und geschlechtlicher Vielfalt aus einer Intersektionalitätsperspektive entwickelt und erprobt wurden. Hieran gilt es in den nächsten Jahren anzuknüpfen, um Geschlecht in seiner Komplexität interagierender biologischer und sozialer Dimensionen in Zukunft systematischer in die quantitative (umweltbezogene) Gesundheitsforschung zu integrieren.

Literatur unter www.ipp.uni-bremen.de

Weitere Informationen zu INGER online unter:
www.uni-bremen.de/inger

—
**Dr. Lisa Dandolo, Christina Hartig MSc, Sophie Horstmann MSc,
Dr. Klaus Telkmann & Prof. Dr. Gabriele Bolte MPH**
Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP)
Abt. Sozialepidemiologie
dandolo@uni-bremen.de
www.ipp.uni-bremen.de/abteilungen/sozialepidemiologie

AdvanceGender – Abschluss des Teilprojekts *AdvanceDataAnalysis*: Methodenentwicklung zur geschlechtersensiblen multivariablen Datenanalyse

AdvanceGender

Die umfassende Berücksichtigung von Geschlecht in der Gesundheitsforschung aus einer intersektionalitäts-orientierten Perspektive ist essenziell, um gesundheitliche Ungleichheiten präzise erfassen und Ansatzpunkte für Interventionen identifizieren zu können. Das Verbundprojekt AdvanceGender wurde vom Bundesministerium für Bildung und Forschung im Rahmen der Förderinitiative „Gesund – ein Leben lang“ von 2017 bis 2022 gefördert (Förderkennzeichen 01GL1710) und zielte darauf ab, die bisherige Praxis einer geschlechtersensiblen Gesundheitsberichterstattung vor dem Hintergrund aktueller geschlechtertheoretischer Diskussionen weiterzuentwickeln (Pöge et al. 2019, Merz et al. 2021). Kooperationspartner waren die Medizinische Hochschule Brandenburg Theodor Fontane, das Robert Koch-Institut, Berlin, und das Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen.

Im Teilprojekt **AdvanceDataAnalysis**, das von der Abteilung Sozialepidemiologie des IPP bis Ende 2021 durchgeführt wurde, wurden geschlechtersensible quantitative Datenanalysestrategien unter Berücksichtigung von Intersektionalitätsansätzen entwickelt und erprobt. Ein Ausgangspunkt war, dass die Gesundheitsberichterstattung insbesondere auf kommunaler und Länderebene meist nur bereits vorhandene Daten aus verschiedenen Quellen nutzen kann. Diese Daten bilden die Mehrdimensionalität und Komplexität von Geschlecht und weiteren Differenzkategorien nur unzureichend ab. Für eigene und umfassendere Datenerhebungen fehlen dem öffentlichen Gesundheitsdienst oftmals zeitliche und personelle Ressourcen. Eine besondere Herausforderung bestand für das Teilprojekt AdvanceDataAnalysis daher darin, Analyseverfahren zu entwickeln, die der eingeschränkten Datenverfügbarkeit Rechnung tragen.

Im ersten Schritt wurde ein Review zu geschlechtertheoretischen Konzepten und ihren Operationalisierungen in intersektionalitäts-basierten quantitativen gesundheitswissenschaftlichen Datenanalysen durchgeführt (Mena & Bolte 2019). Darauf aufbauend wurden Strategien für eine geschlechtersensible multivariable Datenanalyse bedarfsgerecht weiterentwickelt und in ausgewählten, für die Gesundheitsberichterstattung relevanten Themenfeldern erprobt (Mena & Bolte 2021a, 2021b, Mena et al. 2023). Als statistische Verfahren wurden Klassifikationsbaumanalysen und eine Stratifizierung auf Basis eines Predicted Probability Scores angewendet. Es zeigte sich, dass eine Erhöhung der Geschlechtersensibilität in der quantitativen Datenanalyse durch eine konsequente Berücksichtigung des Intersektionalitätskonzepts auch mit den für die Gesundheitsberichterstattung bereits verfügbaren Daten des Gesundheitsmonitoring möglich ist. Aus den Ergebnissen des Verbundprojekts AdvanceGender wurden Empfehlungen zur Stärkung einer geschlechtersensiblen und intersektionalitäts-informierten Gesundheitsforschung und Gesundheitsberichterstattung abgeleitet und in einer webbasierten Toolbox (AdvanceGender Study Group 2022) veröffentlicht.

Weitere Informationen: www.advancegender.info

—
Prof. Dr. Gabriele Bolte MPH, Emily Mena M.A.
Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP)
Abt. Sozialepidemiologie
gabriele.bolte@uni-bremen.de
www.ipp.uni-bremen.de/abteilungen/sozialepidemiologie

Neues Projekt in der Förderinitiative Planetary Health: Integriertes Indikatorenset Urbane Gesundheit

Eine umfassende Integration von Gesundheit und gesundheitlicher Chancengleichheit fehlt bislang in der räumlichen Planung in Deutschland. Ressortübergreifende Zusammenarbeit und das Verfolgen eines Health in All Policies-Ansatzes sind in Kommunen nicht fest etabliert. Ein niedrighschwellig anwendbares urbanes Monitoringsystem, das kleinräumige Daten zu Umweltsituation, Gesundheit und sozialer Lage der Bevölkerung integriert und gesundheitsrelevante Umweltveränderungen erfasst, kann die Qualifizierung der Prozesse und Ergebnisse räumlicher Planung hinsichtlich einer grundlegenden Berücksichtigung von Gesundheit im Sinne von Planetary Health unterstützen. International wurden bereits Konzepte und Instrumente für „Urban Health Indicators“ entwickelt. Diese sind jedoch nicht unmittelbar auf die kommunale Ebene in Deutschland anwendbar. Erste Ansätze einer Integration von Daten aus den Bereichen Umwelt, Gesundheit und Soziales gibt es zwar in Deutschland, ein standardisierter Satz von Indikatoren oder eine standardisierte Methodik der Indexbildung steht bisher aber nicht für Kommunen in Deutschland zur Verfügung.

Seit April 2022 wird das Projekt „Integriertes Indikatorenset Urbane Gesundheit“ in interdisziplinärer Kooperation von Public Health und räumlicher Planung durchgeführt. Das Projekt zielt auf die Entwicklung eines Tools „Integriertes Indikatorenset Urbane Gesundheit“ für kreisfreie und kreisangehörige Städte sowie kleine und mittlere private Planungs- und Gutachterbüros. Das Tool besteht aus zwei Komponenten: das Indikatorenset mit ausgewählten Kern- und Vertiefungsindikatoren und ein Prototyp für eine interaktive Visualisierung der Indikatoren.

Räumliche Planung muss zwischen unterschiedlichen Raumansprüchen und möglichen Nutzungskonflikten abwägen. Gesundheitsschutz und -vorsorge sind zwar traditionell mit der räumlichen Planung verknüpft, aber für zukunftsorientierte Transformationsprozesse ist eine umfassende Berücksichtigung urbaner Gesundheit mit dem Ziel der Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten für alle notwendig. Das in dem Projekt zu entwickelnde Indikatorenset soll daher zu einer weiteren Qualifizierung der in die Abwägung einzustellenden gesundheitsrelevanten Belange in der formellen örtlichen Planung (z. B. Bauleitplanung) und in der informellen Planung im städtebaulichen Bestand (z. B. Quartiersentwicklung) dienen, um damit auch deren Einbeziehung in den Planungsprozess zu erleichtern. Weitere potenzielle Nutzungen wären die Entscheidungsprozesse des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) und der Sozialplanung. Als räumlicher Fokus sind städtische Teilräume vorgesehen.

Für die Entwicklung des Indikatorensets sind mehrere Schritte geplant: Zuerst wird eine Übersicht vorhandener Urban Health Indicator Tools und verwandter Methoden, die für Teilräume einer Stadt eingesetzt werden können, erarbeitet. Im zweiten Schritt wird das vorhandene Angebot an geeigneten Daten für eine Auswahl deutscher Städte untersucht. Darüber hinaus werden Berichte aus den Handlungsbereichen Stadtplanung, ÖGD und Sozialraummanagement im Hinblick auf bereits genutzte Indikatoren und deren Datengrundlagen ausgewertet. Im dritten Schritt werden die Erkenntnisse aus den Analysen der vorhandenen Tools, der Angebote der Stadtteilstatistiken und der bewerteten Berichte zusammengeführt, um das Indikatorenset zu entwickeln. Die für das Indikatorenset ausgewählten Indikatoren werden in kompakten Steckbriefen erläutert. Im vierten Schritt wird das erarbeitete Indikatorenset in Bezug auf die Auswahl und die Zusammensetzung der Indikatoren durch Expert:innengespräche geprüft. Im fünften Schritt wird ein Prototyp eines interaktiven Visualisierungstools erarbeitet, um Daten zu den Indikatoren darstellen zu können. Die Anwendung aller Indikatoren mit dem Prototyp soll zudem in einer fiktiven Planstadt oder in einer realen Stadt exemplarisch erprobt und veranschaulicht werden. Abschließend werden das Indikatorenset und der Prototyp im Rahmen eines Workshops im Sommer 2023 Expert:innen aus der Praxis vorgestellt und auf Anwendbarkeit geprüft. Anhand der Erkenntnisse aus dem Workshop werden eine finale Fassung des Indikatorensets und des Prototyps im Sinne einer an Anwender:innen adressierten Benutzeroberfläche erstellt.

Finanziert wird das Projekt durch die Deutsche Bundesstiftung Umwelt (DBU) im Rahmen der Förderinitiative Planetary Health für 18 Monate. Die Durchführung des Projektes erfolgt in der Kooperation der Abteilung Sozialepidemiologie des Institutes für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen mit BPW Stadtplanung, Bremen.

—
Dr. Jacqueline Hamilton MCD, PG Dip¹, Prof. Dr.-Ing. Sabine Baumgart^{1,2} & Prof. Dr. Gabriele Bolte MPH¹

¹ Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) | Abt. Sozialepidemiologie
hamilton@uni-bremen.de

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

² BPW Stadtplanung, Bremen

Das Evaluationsprojekt der Bremer Palliativlotsin – bisherige Projektergebnisse

Seit Oktober 2019 wird in Bremen der Einsatz einer Palliativlotsin erprobt. Diese begleitet palliative Tumorkrankheiten mit komplexem sozialmedizinischen Beratungsbedarf. Initiiert und finanziert wurde das Projekt vom Förderverein des Klinikums Links der Weser e.V. Die Evaluation durch die Abteilung für Versorgungsforschung des Instituts für Public Health und Pflegeforschung hat das Ziel das Tätigkeitsspektrum der Palliativlotsin, die Charakteristika der Nutzer:innen und die Zusammenarbeit mit beteiligten Leistungserbringern zu beschreiben. Basis der Evaluation sind die quantitative Auswertung der Patientendokumentation sowie eine qualitative Befragung der Leistungserbringer. Die ersten Ergebnisse der Evaluationsstudie liegen vor und werden hier vorgestellt.

Zwischen Oktober 2019 und August 2022 nahmen 532 Patient:innen die Dienste der Palliativlotsin in Anspruch. Die quantitative Erhebung basiert auf einem softwaregestützten System, in dem jede Patientenkonsultation dokumentiert wird.

Auf Basis dieser Daten können unter anderem Aussagen zur Soziodemografie der Patient:innen gemacht werden. So beträgt das Durchschnittsalter der überwiegend weiblichen Patient:innen 69 Jahre. Die Mehrheit der Patient:innen lebt entweder allein zu Hause oder in einem Hospiz. Die meisten Patient:innen der Palliativlotsin leiden an Lungenkrebs.

Zugangswege

Informationen über die Palliativlotsin wurden hauptsächlich durch die Sozialdienste der Kliniken, (online-)Medien (Presse, Fernsehen, Flyer, Internet) und die Palliativteams der Kliniken weitergegeben. Die Kontaktaufnahme zur Lotsin erfolgte überwiegend durch die Angehörigen.

Patientenbedarfe

Der Bedarf nach einer allgemeinen Beratung zur Palliativversorgung war bei den Patient:innen am häufigsten vertreten. Zudem benötigen die Betroffenen psychosoziale Unterstützung, Hilfestellungen bei der Beantragung oder Erhöhung der Pflegestufe und Unterstützung aufgrund eines allgemeinen Gefühls der Überlastung.

Zeitaufwand des Unterstützungsangebotes

Die Patienten wurden durchschnittlich 1,5 Monate lang betreut, wobei der durchschnittliche Zeitaufwand für die Betreuung 3:50 Stunden je Patient:in betrug.

Qualitativer Teil

In der qualitativen Datenerhebung wurden Interviews mit 14 Leistungserbringern in Bremen geführt, davon befanden sich 12 bereits in der Zusammenarbeit mit der Palliativlotsin und zwei hatten keine Kenntnis über das Unterstützungsangebot. Die Leistungserbringer stammen aus unterschiedlichen Bereichen der ambulanten und stationären gesundheitlichen Versorgung.

Abgrenzung der Zuständigkeiten

Aus der Perspektive der Leistungserbringer umfasst deren Zuständigkeitsbereich vor allem die medizinische und auch psychologische Versorgung des Patienten. Zudem gibt es gemeinsame Tätigkeiten zwischen der Lotsin und den Leistungserbringern, wie die Führung von Informations- und Beratungsgesprächen zu der individuellen palliativen Situation und ambulanten Angeboten. Außerdem koordinieren beide auch die Weiterversorgung nach Entlassung aus der stationären Versorgung. Gleichzeitig bietet die Palliativlotsin eine Ergänzung an hinsichtlich der Beratung zu sozialrechtlichen Angelegenheiten als auch in der aufsuchenden Arbeit. Somit kann die Palliativlotsin eine Kontrollfunktion zur Umsetzung von beantragten Leistungen sowie eine Bedarfsermittlung in der Häuslichkeit der Patienten ermöglichen.

Schlussfolgerung

Grundsätzlich haben die Ergebnisse der Evaluation positive Effekte durch Einsatz der Palliativlotsin verdeutlicht. Insbesondere ihre aufsuchende Tätigkeit in der Häuslichkeit der Betroffenen und die Abdeckung der sozialrechtlichen Bedarfe hat nicht nur das Alleinstellungsmerkmal des Projektes hervorgehoben, sondern auch zur Aufdeckung von Versorgungslücken und Schnittstellenproblematiken beigetragen. Die befragten Leistungserbringer bewerteten den Einsatz der Palliativlotsin nicht nur als große Entlastung, sondern sehen darin auch ein qualitativ hochwertiges Unterstützungsangebot, welches unterschiedliche Anliegen der Betroffenen abdeckt.

Lisa Schumski, M.A. Public Health &
PD Dr. med. Guido Schmiemann, MPH
schmiemann@uni-bremen.de

Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung,
Abt. Versorgungsforschung
www.ipp.uni-bremen.de

Studie: Evaluation von teilautomatisierten Pflegeprozessen in der Langzeitpflege am Beispiel von KI-basiertem Bewegungsmonitoring (ETAP)

Stürze als komplexe Herausforderung in der Langzeitpflege – Ausgangspunkt der ETAP-Studie

Pflegebedürftige Menschen sind durch ein erhöhtes Lebensalter, Multimorbidität und vermehrte Vulnerabilität gekennzeichnet. Funktionseinschränkungen der körperlichen Mobilität, kognitive Einschränkungen und die Einnahme bestimmter Arzneimittel aber auch Stolperfallen im häuslichen Umfeld können zu Stand- und Ganginstabilität führen. Stürze, auch während Klinikaufenthalten oder in Pflegeheimen, sind häufige, unerwünschte Ereignisse. Stürze können für die Betroffenen mit gravierenden Folgen einhergehen: Knochenbrüche, vermehrte und längere Krankenhauseinweisungen und eine erhöhte Sterblichkeit zählen dazu (Zhao et al., 2015; Morello et al., 2015; Gill et al., 2013). Das Erfassen des Sturzrisikos und das Vorbeugen von Stürzen, schnelles Reagieren bei einem Sturzereignis und die dazugehörige Planung, Dokumentation und Organisation der Versorgung sind alltägliche, typische Kernaufgaben in der Pflege (DNQP, 2013). Das Wissen um gravierende Folgen eines Sturzes für die Betroffenen kann bei Pflegefachkräften zu psychosozialen Belastungen führen (Hagqvist et al., 2012), die auch nach Dienstende psychisch nachwirken können.

Angesichts eines zunehmenden Mehrbedarfs an Vollzeitkräften in der ambulanten und stationären Langzeitpflege bei gleichzeitiger Verknappung von Arbeitskraft und damit tendenziell einhergehender Verschlechterung der Arbeitsstation und Anstieg von Mehrbelastung werden innovative digitale Technologien seit einigen Jahren verstärkt für die Anwendung in der Pflegepraxis entwickelt und erprobt (Krick et al., 2019). Pflegearbeit soll durch den Technologieeinsatz aufgewertet, unterstützt und entlastet werden – etwa dadurch, dass eine Technologie standardisierte Routinetätigkeiten übernimmt und mehr Zeit für die Arbeit am Menschen bleibt (Evans et al., 2018).

Vor diesem Hintergrund untersucht die ETAP-Studie seit Februar 2022 gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit, ob ein durch künstliche Intelligenz (KI) gestütztes Sturz- und Bewegungsmonitoring mit Teilautomatisierung der Pflegedokumentation die Pflege in Pflegeheimen und Pflegediensten entlasten kann.

Sensorboxen zur Sturz- und Bewegungserkennung für Pflegeheime und Pflegedienste – Co-Creation mit Pflegefachpersonen

Um Auswirkungen des KI-gestützten Sturz- und Bewegungsmonitorings auf das Be- und Entlastungserleben von Pflegefachpersonen und Hilfskräften zu evaluieren, setzt die ETAP-Studie eine multiphasische, prospektive Mixed-Methods-Interventionsstudie mit Kontrollgruppensign um. Die Ethikkommission der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. sprach dem Vorgehen ein positives Votum aus.

Unter der Leitung des Instituts Arbeit und Technik der Westfälischen Hochschule beteiligt sich neben dem Institut für Public Health und Pflegeforschung auch das Cognitive Systems Lab der Universität Bremen an der Studie. Gemeinsam mit der Digital HealthCare-Systems GmbH, der FutureApp Solutions GmbH und der Digital Health Strategy, Business Development & Innovation erfolgt von 2022 bis 2023 die Integration und die Weiterentwicklung des einzusetzenden KI-Systems in der Pflegepraxis. In Pflegeheimen und Pflegediensten der AWO Karlsruhe gGmbH und der Stift Tilbeck GmbH werden über 200 Sensorboxen, die mit einem in Vorstudien entwickelten Sturzerkennungssystem (Lukas et al. 2020) ausgestattet sind und im Studienverlauf mit multimodalen Modellen einer kontinuierlichen Bewegungserkennung (Liu & Schultz 2010) zur Sturzrisikoabschätzung und Mobilitätsassessments erweitert werden, installiert. In einem Co-Creation-Ansatz werden die Teilautomatisierung von Sturzrisikoscreening und der Erfassung des Mobilitätsstatus sowie die Gestaltung der Benutzeroberfläche mit den Pflegefachkräften der AWO Karlsruhe gGmbH und der Stift Tilbeck GmbH erprobt und weiterentwickelt.

Veränderungen psychischer Be- und Entlastungen des Pflegepersonals als Zielgrößen der Evaluation

In Anschluss an den Co-Creation-Prozess erfolgt von Sommer 2023 bis Herbst 2024 die Untersuchung der Auswirkungen des Einsatzes des KI-gestützten Bewegungsmonitoring im Regelbetrieb der Pflegeheime und Pflegedienste. Im Vordergrund stehen dabei die Erfahrungen des Pflegepersonals mit dem System und ihre Bewertung des Technologieeinsatzes. Entlang der Dimensionen des Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) werden Be- und Entlastungserleben im Kontext pflegerischer Aufgaben und Tätigkeiten in Zusammenhang mit Sturzrisikoerfassung, Sturz und Mobilität zu drei Zeitpunkten (vor Beginn des Co-Creation-Prozesses, direkt zum Abschluss des Co-Creation-Prozesses und 12 Monate nach Abschluss des Co-Creation-Prozesses) in standardisierten Befragungen und arbeitswissenschaftlichen Fach- und Gruppeninterviews erhoben. Die Daten von insgesamt ca. 200 Personen, die in Pflege und Betreuung tätig sind werden durch Strukturdaten aus den teilnehmenden Einrichtungen ergänzt, die u.a. Aufschluss über Fluktuation, Fehlzeiten, Schulungsaufwand und Kosten zur Einführung des KI-Systems geben sollen. Das Institut für Public Health und Pflegeforschung übernimmt mit dem Institut Arbeit und Technik die Organisation und Auswertung der standardisierten Befragungen. Die ersten Fach- und Gruppeninterviews vor Beginn der Installation des KI-Systems in den Einrichtungen wurden im Oktober 2022 geführt und Anfang November 2022 startete die erste der drei standardisierten Befragungen.

Auswirkungen auf Sturzhäufigkeiten und Erleben der Pflegebedürftigen als Thema kommender Forschung

Ergebnisse der ETAP-Studie liegen Anfang 2025 vor. Neben erhofften positiven Effekten des Einsatzes des KI-Systems

werden auch unerwünschte oder gar negative Auswirkungen betrachtet, die letztlich auch dafür ausschlaggebend sein können, ob sich Pflegeeinrichtungen für den langfristigen Einsatz des Sturz- und Bewegungsmonitoring entscheiden. Sollte das KI-System positive Effekte für das Be- und Entlastungserleben des Pflegepersonals generieren, sind im nächsten Schritt die Auswirkungen auf Sturzhäufigkeiten und das Erleben der Pflegebedürftigen zu untersuchen. Diese spielen in der ETAP-Studie nur eine untergeordnete Rolle, sind jedoch bei der Entscheidung für oder gegen den Einsatz einer technischen Innovation in der Pflege nicht außer Acht zu lassen.

Dr. Kathrin Seibert

Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP)
Abt. Pflegewissenschaftliche Versorgungsforschung
kseibert@uni-bremen.de
www.ipp.uni-bremen.de/abteilungen/pflegewissenschaftliche-versorgungsforschung

Prozessentwicklung und -begleitung zum KI-Einsatz in der Pflege

Der Einsatz von Methoden der künstlichen Intelligenz (KI) bietet unterschiedliche Potenziale, die pflegerische Versorgung unterstützen. Bereits im Sondierungsprojekt zu künstlicher Intelligenz in der Pflege (SoKIP; 04–11/2020) explorierte die Abteilung für pflegewissenschaftliche Versorgungsforschung unter Einbezug der relevanten Stakeholdergruppen Bedarfe und Anwendungsszenarien für den Einsatz von künstlicher Intelligenz in der Pflege und identifizierte Voraussetzungen, Rahmen- und Gelingensbedingungen für Forschungs- und Entwicklungsprojekte von KI-Systemen in der Pflege.

Wichtige Voraussetzung für den Einsatz von KI sind neben dem Zugang zu repräsentativen und qualitativ hochwertigen Daten auch der engmaschige Einbezug aller Akteure wie Pflegeeinrichtungen und Pflegefachpersonen.

Das Begleitprojekt ProKIP zeichnet sich verantwortlich für den interdisziplinären Begleit-, Beratungs-, Vernetzungs- und Evaluationsprozess von acht durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung in der Förderbekanntmachung *Repositoryn und KI-Systeme im Pflegealltag nutzbar machen* geförderten Verbundprojekten. Die beteiligten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler erforschen, wie KI-Lösungen erfolgreich in die Pflegepraxis integriert werden können. Das Fundament hierfür sollen theoretische und empirische Erkenntnisse bilden. Begleitend konzipieren sie ein KI-Pflege-Readiness-Assessment, um Forschungsprojekte zu evaluieren und untersuchen wichtige Aspekte; etwa den Nutzen von KI-Systemen, Datenrepräsentativität, Ansätze zum Datenteilen, die Gestaltung von Partizipation sowie ethische Implikationen.

Für den Wissens- und Datenaustausch wird eine Kommunikationsplattform aufgebaut sowie Forschungswerkstätten – sogenannte Labs – etabliert. Im Methoden-Lab werden Themen wie die notwendige IT-Infrastruktur und Software, Methoden und Training von KI-Modellen und Datenschutz und Data Governance bearbeitet. Das pflegewissenschaftliche Praxis-Theorie-Praxis-Lab bietet eine Plattform für die

Auseinandersetzung mit pflegetheoretischen Grundlagen, Bezügen und Implikationen für Wissenschaft und Pflege als Profession im Kontext des KI-Einsatzes. Schließlich findet im Projekt-Lab eine praktische und soziale Projektberatung und -begleitung statt sowie die kollaborative Bearbeitung von Schlüsselproblemen bei der Durchführung von Forschungs- und Entwicklungsprojekten für KI in der Pflege. Dafür greifen die Labs auf Methoden der Supervision, des Coachings, der kollegialen Beratung und der unmittelbaren inhaltlichen Unterstützung durch eigene Expertise und Vernetzung mit anderen Expert:innen zurück.

Im Projekt werden darüber hinaus Merkmale für erfolgreiche KI-Pflege-Projekte identifiziert und Erkenntnisse darüber generiert, wie KI-Lösungen Pflegebedürftige und berufliche Pflegenden unterstützen können. Innovativ sind insbesondere die Ansätze für einen Datenschutz-by-Design für pflegerelevante digitale Daten.

Eine breite Expertise entsteht durch ein breit aufgestelltes Konsortium: Beteiligt sind das Institut für medizinische Informatik der Charité, die Berliner Hochschule für Technik, das Alexander von Humboldt Institut für Internet und Gesellschaft, der Verband für Digitalisierung in der Sozialwirtschaft vediso sowie das Institut für Philosophie der Universität Bremen. Die Konsortialführung liegt beim IPP mit dem Forschungsteam bestehend aus Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann (Projektleitung), Dr. Kathrin Seibert und Dominik Domhoff. Das Projekt wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert (FKZ 16SV8835) und hat eine Laufzeit vom 1. Dezember 2021 bis zum 31. März 2025.

Dominik Domhoff MA, Dr. Kathrin Seibert MSc &

Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann
Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung,
Abteilung Pflegewissenschaftliche Versorgungsforschung
ddomhoff@uni-bremen.de
www.ipp.uni-bremen.de

Leiterin der Abteilung Pflegewissenschaftliche Evaluations- und Implementierungsforschung baut eine internationale Kooperation mit der School of Nursing der University of Ottawa auf



© B. Berger-Höger /
Universität Bremen

Zum Aufbau einer internationalen Zusammenarbeit besuchte Professorin Birte Berger-Höger, Leiterin der Abteilung Pflegewissenschaftliche Evaluations- und Implementierungsforschung, im Frühjahr 2022 im Rahmen eines siebenwöchigen Forschungsaufenthalts die School of Nursing an der Faculty of Health Sciences der University of Ottawa, Ontario, Kanada.

Ziel der Kooperation ist es, Wissen und Erfahrungen über die Entwicklung, Bewertung und Umsetzung von Decision Coaching-Interventionen und Implementierungsforschung (Knowledge Translation) auszutauschen und eine längerfristige internationale Zusammenarbeit mit Expert:innen auf diesem Gebiet aufzubauen. Neben der Hospitation und Gastvorträgen in der Lehre zum Thema Clinical Decision-Making und Decision Coaching, hatte Birte Berger-Höger die Möglichkeit ihr Forschungsprogramm vor verschiedenen Wissenschaftlergruppen im Rahmen der Nursing School der University of Ottawa und des Centre for Implementation Research vorzustellen und mit renommierten Expert:innen der Pflege- und Implementierungsforschung zu diskutieren.

Gemeinsam mit Prof. Dr. Krystina B. Lewis, Mitglied der *School of Nursing* des *Centre for Research on Health and Nursing* an der *University of Ottawa* und der *Ottawa Patient Decision Aid Group* in Kanada, wurde während des Aufenthaltes ein Mixed-Methods Systematic Review geplant. Zu dessen Durchführung wurde von den Forscherinnen eine Gruppe von international renommierten Forschenden aus dem Forschungsfeld Decision Coaching gewonnen. Die Forschenden kommen aus Deutschland, Australien, Dänemark, Kanada und Norwegen. Um die Relevanz der Ergebnisse für die Praxis zu erhöhen, werden Pflegefachpersonen und Patient*innenvertretende in die Planung, Durchführung und Interpretation des Reviews mit eingebunden.

Decision-Coaching ist ein nicht-direktiver Ansatz, um Patient:innen bei der Vorbereitung auf Gesundheitsentscheidungen durch geschulte Gesundheitsfachpersonen zu unterstützen. Es kann die informierte gemeinsamen Entscheidungsfindung und Nutzung evidenzbasierter Gesundheitsinformationen fördern. Decision Coaches können Wissenslücken identifizieren, geeignete Informationen identifizieren und bei der Abwägung der individuellen Präferenzen unterstützen (Köpke et al., 2019).

Im Rahmen des Reviews sollen Praxisdeterminanten (Barrieren und fördernde Faktoren) (Flottorp et al., 2013) für die Implementierung von Decision Coaching-Interventionen aus der Perspektive verschiedener Stakeholder ermittelt und synthetisiert werden.

Die Fertigstellung des Reviews ist bis 30. Juni 2024 geplant. Es wird erwartet, dass die Ergebnisse dazu beitragen, Forscher:innen und Praktiker:innen bei der Planung und Evaluation von Decision Coaching Interventionen zu unterstützen und so die Effektivität und Implementierbarkeit solcher Interventionen zu verbessern.

Nähere Informationen zum Mixed-Methods-Systematic Review können in der Datenbank PROSPERO abgerufen werden: www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.php?RecordID=338299. Das Protokoll befindet sich gegenwärtig im Peer-Review-Verfahren zur Publikation in einer internationalen Fachzeitschrift.

Literatur unter www.ipp.uni-bremen.de

—
Prof. Dr. phil. Birte Berger-Höger

Leitung Abteilung Pflegewissenschaftliche Evaluations- und Implementierungsforschung

Institut für Public Health und Pflegeforschung

Wissenschaftsschwerpunkt Health Sciences

Fachbereich 11, Universität Bremen

birte.berger-hoeger@uni-bremen.de

www.ipp.uni-bremen.de/abteilungen/pflegewissenschaftliche-evaluations-und-implementierungsforschung

www.healthsciences.uni-bremen.de/home.html

Erstellung gender- und diversitätsgerechter Leitlinien und Entscheidungshilfen – Konzeptentwicklung und Pilotierung (GenDivInfo)

Im April 2022 startete das vom Bundesministerium für Gesundheit geförderte, dreijährige Forschungsprojekt „GenDivInfo“ mit dem Ziel, ein Konzept zur Erstellung gender- und diversitätsgerechter medizinischer S3-Leitlinien und evidenzbasierter Entscheidungshilfen zu entwickeln und zu erproben. Das Projekt erfolgt in Zusammenarbeit zwischen dem Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg und der Abteilung Pflegewissenschaftliche Evaluations- und Implementierungsforschung am Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) sowie dem Bereich Diversitäts- und Intersektionalitätsforschung am Institut für Ethnologie und Kulturwissenschaft der Universität Bremen.

Als wichtiger Bestandteil der gesundheitlichen Versorgungsstruktur können medizinische Leitlinien einen Beitrag zu einer evidenzbasierten Versorgung leisten. Sie sollen Fachpersonen im Gesundheitswesen zum Beispiel bei der Entscheidung zwischen verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten unterstützen. Derzeit resultieren aus Leitlinienentwicklungsprozessen jedoch in der Regel keine laienverständlichen wissenschaftsbasierten Entscheidungshilfen, die den betroffenen Menschen dabei behilflich sind, sich an den Entscheidungen zu ihrer Gesundheit zu beteiligen. Darüber hinaus werden in aktuellen Leitlinien die Bedarfe von Personen unterschiedlicher Geschlechter in Verbindung mit weiteren Diversitätsaspekten noch zu wenig berücksichtigt. Es stehen kaum Methoden zur Verfügung, die im Leitlinienentwicklungsprozess systematisch gender- und weitere diversitätsspezifische Informationsbedarfe und Präferenzen ermitteln.

In einem ersten Schritt des Projekts „GenDivInfo“ erfolgt die Entwicklung und Pilotierung eines Konzepts zur Erweiterung von Leitlinienprozessen, um gender- und weitere diversitätsspezifische Bedarfe und Präferenzen im gesamten Erstellungsprozess zu berücksichtigen und zusätzlich ziel-

gruppenspezifische Entscheidungshilfen bereitzustellen. Durch die Einbeziehung der relevanten Interessensvertretungen und Patient:innenvertretenden soll die Vielfalt von Lebensbedingungen und -formen sowie sozialen Merkmalen der Adressat:innen abgebildet werden.

In einem zweiten Schritt wird das Konzept in ein interaktives, modulares Schulungsprogramm (E-Learning Format) für die Ersteller:innen von Leitlinien überführt und pilotiert. Hierbei sollen insbesondere die Bedarfe der Patient:innenvertretenden berücksichtigt werden. In einem Modul werden ihre Aufgaben und Rollen sowie Strategien für das Einbringen der vielfältigen Interessen und Bedarfe der Zielgruppe thematisiert. Das Schulungsprogramm und Konzept werden im Anschluss mit einer ausgewählten Leitlinien-gruppe getestet.

In einem dritten und letzten Schritt erfolgt die Entwicklung einer Vorlage für Entscheidungshilfen, die gender- und diversitätsgerecht sind. Diese kann zukünftig durch die Leitlinien-ersteller:innen für die Entwicklung von Entscheidungshilfen für Laien genutzt werden. Basierend auf der Vorlage und den zuvor im Leitlinienprozess identifizierten Informationen wird exemplarisch eine Entscheidungshilfe für Laien entwickelt und somit geprüft, ob alle notwendigen Informationen für die Erstellung von Entscheidungshilfen zur Verfügung gestellt werden. Damit wird zugleich das Gesamtkonzept, insbesondere hinsichtlich gender- und weiterer diversitätsspezifischer Aspekte überprüft.

Christina Hartig, M.Sc., Jana Kaden, MPH & Prof. Dr. Birte Berger-Höger
Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP)
Abt. Pflegewissenschaftliche Evaluations- und Implementierungsforschung
birte.berger-hoeger@uni-bremen.de
www.public-health.uni-bremen.de/abteilungen/pflegewissenschaftliche-evaluations-und-implementierungsforschung



Entwicklung eines Unterrichtsbausteins zur Förderung der emotionalen Kompetenz in der Pflegeausbildung

Um den angesichts der demographischen Entwicklung dringend erforderlichen Fachkräftenachwuchs sicherzustellen und die Ausbildungsressourcen in der Pflege effektiv zu nutzen, muss der Übergang zwischen schulischer und beruflicher Bildung stärker als bisher gezielt gestaltet werden. In dem vom Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) finanzierten und von der Hochschule Esslingen geleiteten Projekt „Transitionen in die Pflege – Individuelle und regionale Ressourcen stärken (TiP-regio)“ (Laufzeit: 01/2022-12/2023) werden in den verschiedenen Phasen des Übergangs Optimierungspotenziale identifiziert und Konzepte zur Gewinnung von Auszubildenden bzw. zur Unterstützung des Ausbildungsverbleibs entwickelt sowie teilweise implementiert und evaluiert.

In dem von der Abteilung Qualifikations- und Curriculumforschung verantworteten Teilprojekt (Leitung: Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck) wird ein 24 Unterrichtsstunden umfassender Unterrichtsbaustein „Umgang mit emotional belastenden Situationen bzw. Grenzsituationen“ für das erste Halbjahr der Pflegeausbildung entwickelt, in zwei Modellschulen durchgeführt und evaluiert.

Pflegeauszubildende sind von Beginn der Ausbildung mit existentiellen und herausfordernden Pflegesituationen, die auch als „Grenzsituationen“ bezeichnet werden können, konfrontiert, die bei den Auszubildenden Gefühle der Handlungsunfähigkeit, Unsicherheit und Angst hervorrufen können (Einig, Partsch, & Darmann-Finck, 2022). Bei der Bearbeitung und Regulation ihrer Emotionen am Lernort Betrieb werden die Auszubildenden nur unzureichend oder gar nicht von ihren Kolleg:innen oder Praxisanleitenden unterstützt (ebd.; Klimasch, 2021). Aus den wahrgenommenen Belastungen resultieren nicht selten gesundheitliche Beeinträchtigungen, wie Erschöpfung, Müdigkeit und Antriebslosigkeit, und gelegentlich auch Ausbildungsabbrüche (Einig, Partsch, & Darmann-Finck, 2022). Mit dem geplanten Unterrichtsbaustein sollen gezielt Fähigkeiten zur Emotionsregulation aufgebaut werden, auf die die Auszubildenden in herausfordernden Situationen zurückgreifen können.

Methodisch folgt das Teilprojekt dem Design-Based Research (DBR) Ansatz (Burda-Zoyke, 2017; Euler & Sloane, 2014). Konzeption, Entwicklung und Erprobung des zu entwickelnden Unterrichtsbausteins werden von Anfang an in ein wissenschaftliches Vorgehen eingebettet, in dem Forschung und Entwicklung in einem engen Wechselverhältnis zueinanderstehen. Im Rahmen eines iterativen Vorgehens werden Zwischenergebnisse mehrfach mit Vertreter:innen von zwei Modellschulen und externen pflegedidaktischen Expertinnen diskutiert und Schlussfolgerungen für eine sukzessive Verbesserung des Unterrichtskonzepts abgeleitet.

Um zu Zielen und Inhalten des Bausteins zu gelangen, wurden systematische Literaturrecherchen zu den Themen Umgang mit belastenden Gefühlen in Situationen mit zu

pflegenden Menschen, Theorien und Modelle der Emotionsregulation sowie Best Practice Konzepte zur Förderung der Fähigkeit zur Emotionsregulation recherchiert. Die Ergebnisse der Recherchen bestätigen die vielfältigen emotionalen Herausforderungen von Pflegelehrenden zu Beginn der Ausbildung sowie die unzureichende Vorbereitung auf und Unterstützung nach diesen Erfahrungen. Zudem konnten keine Konzepte identifiziert werden, die auf die Förderung der Emotionsregulation speziell von Pflegelehrenden abzielen.

Die Entwicklung des Unterrichtsbausteins stützt sich auf die Interaktionistische Pflegedidaktik und nimmt inhaltlich Bezug auf die Definition von Emotionsregulationskompetenz (Gratz & Roemer, 2004), das Prozessmodell der Emotionsregulation (Gross, 2015) sowie bereits vorliegende deutschsprachige Konzepte zur Förderung der Fähigkeit zur Emotionsregulation, die nicht spezifisch auf Pflegeauszubildende ausgerichtet sind (bspw. Barnow, Reinelt, & Sauer, 2016; Berking, 2017; Glasenapp, 2021) und für diesen Zweck angepasst werden. Auf dieser Grundlage wurde ein Entwurf bestehend aus sechs Lernsequenzen konzipiert, die darauf abzielen, ein zunehmendes Bewusstsein und Verständnis von Emotionen zu entwickeln und die Fähigkeit anzubahnen, Emotionen akzeptieren und situationsorientiert regulieren zu können.

Nach einer Diskussion mit Vertreter:innen der Modellschulen und pflegedidaktischen Expert:innen wird der Entwurf nun überarbeitet. Im Anschluss werden die Lernsequenzen in Form von Artikulationsschemata mit Angaben zu Phasen, Zielen, Inhalten, Sozialformen, Methoden und Materialien ausdifferenziert. Nach einer erneuten Reflexionsschleife und Überarbeitung werden die Lehrenden der Modellschulen im nächsten Jahr geschult und führen dann den Unterrichtsbaustein in mindestens jeweils einem Kurs durch. Für die summative Evaluation des Unterrichtsbausteins wird das Lernendenoutcome anhand eines quasi-experimentellen Studiendesigns mit zwei Modellkursen und zwei Kontrollkursen untersucht.

Der finalisierte Unterrichtsbaustein sowie konkretisierende Unterrichtsmaterialien und Empfehlungen etwa zum Umgang mit starken emotionalen Belastungen seitens der Auszubildenden werden ab Ende 2023 frei zugänglich online zur Verfügung stehen.

—
Sebastian Partsch

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

Abteilung Qualifikations- und Curriculumforschung

partsch@uni-bremen.de

www.ipp.uni-bremen.de/abteilungen/qualifikations-und-curriculumforschung

Untersuchung der hochschulischen Erstausbildung im Projekt PRIME

Mit dem Pflegeberufegesetz (PflBG) von 2017 wurde der politische Wille umgesetzt, ein primärqualifizierendes und praxisintegrierendes Pflegestudium zu etablieren, das auf die steigenden Anforderungen an die pflegerische Versorgung vorbereitet. Seitdem besteht die Option, auch mit einem Studium die Berufszulassung zu erwerben und zugleich einen Bachelorabschluss zu erlangen. Die Hochschulen übernehmen die Verantwortung sowohl für die praktische als auch für die hochschulische Ausbildung der Studierenden und darüber hinaus für die Koordination mit den kooperierenden Einsatzorten (z. B. Krankenhäuser und stationäre Pflegeeinrichtungen) (Darmann-Finck & Reuschenbach, 2019, S.77). Die Akademisierung der pflegerischen Erstausbildung ist international längst die Regel, in Deutschland stellt dies eine neue Entwicklung dar. Mit dem vom Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) finanzierten Projekt ‚Primärqualifizierung in der Pflege – Evaluation der Umsetzung‘ (PRIME) (Laufzeit 01/2022-12/2024) untersucht das Team des IPP unter Leitung von Prof. Dr. Darmann-Finck gemeinsam mit den Projektpartnern des uzbonn – Gesellschaft für empirische Sozialforschung und Evaluation – und der Katholischen Stiftungshochschule (KSH) München, wie die hochschulische Pflegeausbildung von den Studiengängen gestaltet und umgesetzt wird.

Die Arbeitsgruppe am IPP geht der Forschungsfrage nach, wie die Studiengänge an den Lernorten Hochschule und Praxis curricular konzipiert sind? Rechtliche Grundlagen der Studiengänge stellen vor allem § 37 Pflegeberufegesetz (PflBG) und die Anlage 5 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (PflAPrV) dar. Diese rechtlichen Grundlagen sind zum Teil widersprüchlich oder auch vergleichsweise abstrakt (z. B. die Kompetenzformulierungen in der PflAPrV), so dass vermutet werden kann, dass sich die Curricula der Studiengänge wenigstens teilweise unterscheiden werden, auch wenn mit den bundesgesetzlichen Vorgaben zur Konzeption der Studiengänge eine gewisse Standardisierung intendiert ist. Methodisch wird zur Beantwortung der Forschungsfrage eine kriteriengeleitete Inhaltsanalyse der Modulhandbücher, Prüfungsordnungen und ggf. weiterer informierender Unterlagen eingesetzt. Im ersten Schritt erfolgt eine Analyse der formalen Konzeption der 26 bisher bestehenden primärqualifizierenden Studiengänge in Deutschland, später wird sich eine Analyse der inhaltlichen Gestaltung und insbesondere der Verknüpfung von hochschulischen und praktischen Studienanteilen anschließen. Für die formale Analyse wurden in einem standardisierten Analyseraster unter anderem Daten, wie die Regelstudienzeit, Creditpoints, der Workload, der Umfang von Selbstlernzeiten, die Prüfungsformen oder der Umfang und die Rhythmisierung der Praxismodule erhoben. Auf der Basis der formalen Analyse können bereits einige vorläufige Ergebnisse festgehalten werden. So zeigen die Ergebnisse zur Analyse der Praxiseinsätze bzw. der praktischen Studienphasen, dass einige Studiengänge (fast) in jedem Semester kürzere Praxisphasen vorsehen, andere Studiengänge teilen die vom Gesetz vorgeschriebenen 2300 h Praxis auf



zwei Praxissemester auf, so dass sich die Studierenden in den restlichen Semestern ausschließlich an der Hochschule befinden. Erhebliche Unterschiede ergeben sich auch in der Betrachtung des Verhältnisses von Selbstlern- zu Präsenzzeiten für die Studienanteile am Lernort Hochschule. Es existieren sowohl Studiengänge mit einem Verhältnis von 1:2 als auch Studiengänge mit einem Verhältnis von 1:1.

Die vorläufigen Ergebnisse legen den Schluss nahe, dass die bundesgesetzliche Regulierung des primärqualifizierenden Studiums in der Pflege bisher zu (formal) sehr unterschiedlichen Studiengangskonzepten geführt hat, was vermutlich auch Auswirkungen auf das Outcome und damit die Qualität der Studiengänge haben wird. Die Projektergebnisse können Anhaltspunkte für eine Weiterentwicklung der berufsgesetzlichen Regelungen mit dem Ziel der Qualitätssicherung liefern.

Die Projektpartner aus Bonn und München werden mittels Einzel- und Gruppeninterviews mit u. a. Studiengangverantwortlichen und Studierenden die Hintergründe der Studiengangskonzeptionen sowie Erfahrungen mit der Umsetzung untersuchen. Übergeordnetes Ziel des Projekts ist es, auf der Basis einer Analyse von Gemeinsamkeiten und Unterschieden der Studiengangskonzeptionen zu einer Typisierung der Studiengänge zu gelangen.

—
Kai Knapp

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

Gründung des PostDoc-Netzwerks „Health Humanities und audiovisuelle Kulturen (He:Ku)“

Das Forschungsnetzwerk „Health Humanities und audiovisuelle Kulturen“ (He:Ku) wurde im August 2022 in Bremen gegründet. Das Netzwerk wird langfristig vom Nachwuchszentrum BYRD (Bremen Early Career Researcher Development) finanziert. Die Antragssteller:innen sind Tobias Dietrich (FB 9) und Thomas Hehlmann, Martina Wachtlin und Solveig Lena Hansen (Institut für Public Health und Pflegeforschung, FB 11).

He:Ku befasst sich mit Fragestellungen der Gesundheit in Verbindung mit Medienästhetik und Medienkultur. International bilden die Health Humanities eine Schnittstelle zwischen Natur-, Geistes-, Sozial-, Kulturwissenschaften und den Künsten. Sie gelten als Forschungsansätze, die das Schreiben, Denken und Sprechen über Krankheit und Gesundheit diversifiziert haben. Weniger wurden bislang die kulturell-alltagsbasierten, körperlich-performativen und (audio-)visuellen Dimensionen von Krankheit, Gesundheit und Wohlergehen thematisiert.

„Im Forschungsnetzwerk He:Ku wollen wir Zugänge zu diesen thematischen und methodologischen Schnittstellen ergründen“, erläutert die Sprecherin, PD Dr. Solveig Lena Hansen. „Unsere Ziele sind die interdisziplinäre Zusammenarbeit und der Transfer von Forschung und Lehre im Sinne einer

fachbereichsübergreifenden Ideenschmiede.“

Zukünftige Forschungs- und Transferformate sind u.a. Forschungskolloquien, ein World Café mit Kulturschaffenden aus Stadt und Umland und öffentlichen Film-Screenings mit Fachgästen und Publikumsgesprächen.

PostDocs, die Interesse haben, dem Netzwerk beizutreten, können sich an PD Dr. Solveig Lena Hansen (sohansen@uni-bremen.de) wenden.

Weitere Informationen:

www.uni-bremen.de/fb11/studium-lehre-beratung/lehre/lektoren

www.uni-bremen.de/byrd/postdocs/postdoc-netzwerke

PD Dr. Solveig Lena Hansen, Dr. Thomas Hehlmann & Dr. Martina Wachtlin

Universität Bremen, Fachbereich 11

Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP)

sohansen@uni-bremen.de

www.ipp.uni-bremen.de

Wissenschaftstransfer

Inter- und transdisziplinärer internationaler Arbeitskreis „Urban Planning for Health Equity“ etabliert

Mit einem zweitägigen Workshop nahm der neue internationale Arbeitskreis „Urban Planning for Health Equity“ im September 2022 seine Arbeit auf. Der Arbeitskreis wird von der in Hannover ansässigen ARL-Akademie für Raumentwicklung in der Leibniz-Gemeinschaft für drei Jahre gefördert und befasst sich aus einer inter- und transdisziplinären Perspektive mit den Möglichkeiten der Stadtplanung, soziale Gerechtigkeit in den Gesundheitschancen im urbanen Raum zu erreichen. Das übergreifende Ziel ist, Wege zu einer nachhaltigen, resilienten, klimagerechten und gesunden Stadt aufzuzeigen. Dem Arbeitskreis gehören Expert:innen aus Wissenschaft und Praxis aus den Bereichen Raumplanung, Stadtentwicklung, Urbanistik, Architektur, Public Health, Sozialer Arbeit sowie kommunaler und regionaler Verwaltung und dem WHO European Healthy Cities Network aus sieben europäischen Staaten an.

Städte stehen zunehmend im Fokus gesundheitswissenschaftlicher und raumplanerischer Forschung: Der Trend der Urbanisierung ist weltweit ungebrochen und Städte sind Orte sozialer Segregation, vielfältiger Umweltbelastungen und gesundheitlicher Ungleichheiten. Vielfältige Krisen wie die Folgen des Klimawandels, die aktuelle Energiekrise, die wachsende sozio-ökonomische Ungleichheit

und die Corona-Pandemie stellen die große Transformation zur Nachhaltigkeit vor weitere erhebliche Herausforderungen. Die Resilienz von Stadtquartieren muss erhöht werden, d. h. die Robustheit der Strukturen und Dienstleistungen (Wohnen, Umwelt, Versorgen, Mobilität) und die Anpassungsfähigkeit im Sinne von Ressourcen und (proaktiven) Maßnahmen der verschiedenen Ressorts zur Reaktion auf veränderte Bedingungen. Eine wichtige Rolle spielen zudem Unterschiede in der Vulnerabilität bzw. Widerstandsfähigkeit verschiedener Bevölkerungsgruppen in einer Stadt. Für ein Gelingen der Transformation zu einer nachhaltigen, resilienten, klimagerechten und gesunden Stadt sind die ressortübergreifende Zusammenarbeit im Sinne eines *Health Equity in All Policies*-Ansatzes und die umfassende Partizipation von Bürger:innen und zivilgesellschaftlichen Akteuren essentiell.

Aus dem Institut für Public Health und Pflegeforschung, Abteilung Sozialepidemiologie, gehören Prof. Gabriele Bolte und Dr. Rehana Shrestha dem internationalen Arbeitskreis an. Gabriele Bolte ist Gründungsmitglied des Arbeitskreises und bringt ihre Expertise zu Umweltgerechtigkeit, gesundheitsfördernder Stadtentwicklung und zur Abschätzung von Ungleichheitseffekten komplexer Interventionen ein.



© Internationaler Arbeitskreis Urban Planning for Health Equity, Koordination Heike Köckler

Rehana Shrestha wurde als Mitglied berufen aufgrund ihrer Expertise in der Nutzung digitaler Methoden und geoinformationsbasierter Werkzeuge für die Partizipation von Bürger:innen und Akteuren in Stadtplanungsprozessen.

Weitere Informationen:

www.arl-international.com/activities/urban-planning-health-equity

—
Prof. Dr. Gabriele Bolte MPH & Dr. Rehana Shrestha

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

Abt. Sozialepidemiologie

gabriele.bolte@uni-bremen.de

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

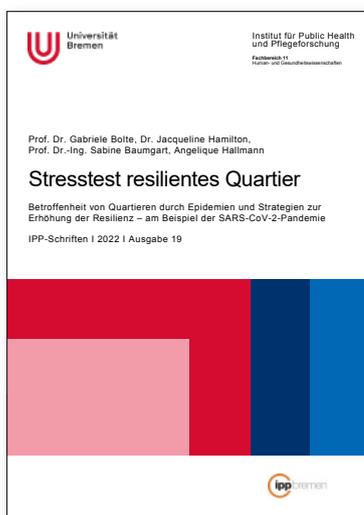
Stresstest Resilientes Quartier: Arbeitshilfe für die kommunale Praxis zur Förderung der Robustheit und Anpassungsfähigkeit bei Epidemien

In Herbst 2021 wurde das Forschungsprojekt „*Stresstest resilientes Quartier: Betroffenheit von Quartieren durch Epidemien und Strategien zur Erhöhung der Resilienz – am Beispiel der SARS-CoV-2-Pandemie*“ abgeschlossen. In der einjährigen interdisziplinären Zusammenarbeit von Public

Health und Stadtplanung wurde eine „*Arbeitshilfe für die kommunale Praxis zur Förderung der Robustheit und Anpassungsfähigkeit bei Epidemien*“ erstellt und veröffentlicht (Bolte et al., 2021).

Im Fokus standen die unterschiedlichen Auswirkungen einer Epidemie einer respiratorischen Infektionskrankheit auf kleinräumige Raumnutzungsmuster. Die Resilienz unterschiedlich strukturierter Quartiere im Stresstest einer Epidemie bzw. Pandemie wurde bewertet, um die Notwendigkeit und Anpassungsfähigkeit bestehender städtebaulicher Strukturen zu identifizieren. Zentrale Fragestellung war, welche Konsequenzen sich daraus für die Anwendung formeller und informeller Instrumente, v.a. des Städtebaus, sowie des Öffentlichen Gesundheitsdienstes ergeben, um die Resilienz von Quartieren gegenüber zukünftigen Epidemien von infektiösen respiratorischen Krankheiten zu erhöhen.

Die Arbeitshilfe stellt eine Methode zur Bewertung der Resilienz eines Quartiers und mögliche Maßnahmen zur Erhöhung der Resilienz vor. Auf der Grundlage einer umfangreichen Recherche nationaler und internationaler wissenschaftlicher Literatur sowie eine Presserecherche wurden Indika-



toren für die Bewertung abgeleitet, die kategorisiert und in ihrem Begründungskontext zusammengestellt wurden. Die 23 Indikatoren wurden mit ausgewählten gesundheitsrelevanten Handlungsfeldern der Stadtentwicklung – Wohnumfeld und öffentlicher Raum, Mobilität, Versorgung und soziale Infrastruktur sowie Wohnen – verknüpft mit einem besonderen Fokus auf vulnerable Bevölkerungsgruppen im Quartier. Die Indikatoren können quantitativer oder qualitativer Art sein und bestimmen die Bewertungsmethode. Jeder Indikator kann dann in einer von fünf Kategorien der Robustheit – von sehr gering bis sehr hoch – klassifiziert werden. Für die quantitativen Indikatoren erfolgt die Klassifizierung mit normierten Werten der Indikatoren. Für die qualitativen Indikatoren erfolgt die Klassifizierung mittels deskriptiver Kriterien für jede Kategorie. Eine beispielhafte Auswertung für ein fiktives Quartier soll die Anwendung erleichtern. Potenzielle Maßnahmen zur Erhöhung der Resilienz werden nach Handlungsfeldern differenziert sowie zwischen Urbanem Management und Planung unterschieden. Zudem werden mögliche Instrumente für die vorgestellten Maßnahmen vorgestellt.

Die Arbeitshilfe richtet sich an Planungs- und Bauverwaltungen, private Unternehmen der Stadt- und Infrastrukturplanung (in der Regel KMU) und den Öffentlichen Gesundheitsdienst sowie alle Fachämter im Sinne des Health in All Policies-Ansatzes, um zu einer Steigerung von Resilienz in Stadtquartieren und weitergehend einer Verankerung von Gesundheitsförderung und Prävention als Querschnittsthema in allen Politikfeldern beizutragen. Die Praxistauglichkeit der Arbeitshilfe wurde im Rahmen eines Workshops mit Fachleuten aus den Bereichen Stadtplanung und Public Health positiv bewertet.

Die Dimensionen von Resilienz vervielfältigen sich angesichts der zunehmenden Krisen – vor allem Klimawandel, Umweltbelastungen und ökonomische Depression – und sind untereinander nicht konfliktfrei. Die Arbeitshilfe folgt der Neuen Leipzig-Charta 2020, sie zeigt die Relevanz und Umsetzbarkeit von Strategien für Veränderung, Anpassung und Umbau im städtebaulichen Bestand in benachteiligten Stadtteilen und Quartieren (Baumgart et al., 2022).

Die Arbeitshilfe ist online verfügbar unter: www.ipp.uni-bremen.de/abteilungen/sozialepidemiologie/projekte/?proj=826. Der ausführliche Projektbericht wurde als IPP-Schrift 19 veröffentlicht (Bolte et al., 2022) und ist ebenfalls online verfügbar unter: www.ipp.uni-bremen.de/uploads/IPP_Schriften_19.pdf.

Finanziert wurde das Projekt durch die Deutsche Bundesstiftung Umwelt (DBU) im Rahmen der Förderinitiative „Corona und Nachhaltigkeit: Lernen aus der Krise für eine nachhaltige Entwicklung“. Die Durchführung des Projektes erfolgte in der Kooperation der Abteilung Sozialepidemiologie des Institutes für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen mit BPW Stadtplanung, Bremen.

—
Dr. Jacqueline Hamilton MCD, PG Dip¹, Angelique Hallmann BA², Prof. Dr.-Ing. Sabine Baumgart^{1,2} & Prof. Dr. Gabriele Bolte MPH¹

¹Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) | Abt. Sozialepidemiologie
hamilton@uni-bremen.de

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

²BPW Stadtplanung, Bremen

Der Integrierte Gesundheitscampus Bremen (IGB)

Der Integrierte Gesundheitscampus Bremen (IGB) existiert seit 2021 und wurde von der Senatorin für Wissenschaft und Häfen in Kooperation mit der Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz initiiert.

Hintergrund für die Gründung des IGB sind sowohl landespolitische Zielsetzungen im Wissenschafts- und Gesundheitssektor, wie sie im Koalitionsvertrag (vgl. Vereinbarung zur Zusammenarbeit in einer Regierungskoalition für die 20. Wahlperiode der Bremischen Bürgerschaft 2019-2023, S. 102) und im Wissenschaftsplan formuliert wurden, als auch das Ergebnis einer Studie des Instituts Arbeit und Technik (IAT) der Westfälischen Hochschule (2018) im Auftrag der Arbeitnehmerkammer Bremen. Die dortige Empfehlung war, die vielfältigen wissenschaftsbasierten gesundheitswirtschaftlichen Schwerpunkte und Aktivitäten unter dem Dach eines Gesundheitscampus zusammenzufassen.

Der IGB versteht sich heute als strategische und kreative Klammer für ein Netzwerk von Akteur:innen aus den Bereichen Gesundheitsforschung, Gesundheitswirtschaft, Ge-

gesundheitsversorgung sowie Gesundheits- und Pflegeberufen (**4G**). Mit dieser starken Vernetzungsstruktur von aktuell 44 Netzwerkpartner:innen (gesundheitscampusbremen.de) sollen das regionale bremische Potential in diesen Bereichen sichtbar, Synergien gehoben und Innovationen in der Region vorangebracht werden. Auf diese Weise sollen im Lande Bremen in strukturierter Weise die Gesundheitsforschung gestärkt, die Gesundheitswirtschaft entwickelt, eine qualitativ hochwertige Versorgung sichergestellt und attraktive Ausbildungs- und Arbeitsplätze geschaffen werden. Deshalb ist es von enormer Bedeutung, die Kooperation der Hochschulen und außeruniversitären Forschungseinrichtungen des Landes Bremen mit der regionalen Wirtschaft und der Versorgungspraxis sowie dem Aus-, Fort- und Weiterbildungssektor für Gesundheits- und Pflegeberufe weiter aufzubauen, Stärken und Potenziale zu erkennen, gemeinsame Zielsetzungen zu formulieren, die hier vorliegenden Ergebnisse konstruktiv aufzugreifen und Bremen und Bremerhaven zu der „Gesundheitsregion im Norden“ zu entwickeln.

Um ein innovationsförderndes Umfeld mit dieser Zielsetzung

im Lande Bremen weiter auszubauen, ist wesentlich stärker als bisher ein integrativer Innovationsansatz notwendig, der den gesamten Prozess von der Wissensgenerierung über den Wissenstransfer bis hin zur Wissensverwertung umfasst. Der Austausch und die Zusammenarbeit mit allen wesentlichen Akteur:innen aus dem Gesundheitssektor und dem Health Care Bereich sind für die weitere Potenzialentwicklung von entscheidender Bedeutung.

Dem Integrierten Gesundheitscampus Bremen (IGB) wird bei der Umsetzung eine impulsgebende und moderierende Rolle zugeschrieben: Es geht um eine bessere Verständigung der einzelnen Akteure auf allen Ebenen. Die zentrale operative Aufgabenstellung gilt der Frage, „Wie“ die einschlägigen Akteure der Felder Gesundheitsforschung, Gesundheitswirtschaft, Gesundheitsversorgung sowie Gesundheits- und Pflegeberufe (**4G**) in den Austausch gebracht und Anreize geschaffen werden, dass sie im Austausch bleiben und aus dem Wissensaustausch heraus intelligente „Produkte“ (sowohl technologische als auch soziale Innovationen) entwickeln und vermarkten können? Dies bedeutet, die eigentlichen bremischen Potenzialpunkte herauszuarbeiten, eine bremische Marke als Unique Selling Point mit Leben zu füllen, Projektideen zusammenzuführen und Parallelaktionen zu vermeiden.

Auswahl der bisherigen Aktivitäten:

- Offizieller Start 1. Februar 2021
- Eröffnung der Geschäftsstelle Gebäude Am Brill 11 am 01.05.2021
- Gewinnung von Netzwerkpartnern (45+)
- Kickoff-Meeting am 09.06.2021
- Gestaltung und Veröffentlichung der Website <https://gesundheitscampusbremen.de> am 28.09.2021 und Social Media Einstieg: Twitter, Youtube, Spotify
- Produktion Imagefilm und studentisches Filmprojekt Oktober 2021

Neues Forschungscluster „Gesunde Stadt Bremen“

Wie muss die Gesundheitsversorgung in Bremen aussehen, damit in Zukunft möglichst viele Bürger:innen möglichst lange und gesund leben können? Wie kann eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung gelingen? Wo können digitale Innovationen in der Pflege eingesetzt werden? Wie sieht nachhaltige Präventionsarbeit aus, die schon Jugendliche erreicht? Diese und weitere Aspekte zum Thema ergründet jetzt im Rahmen des Integrierten Gesundheitscampus ein neues, interdisziplinäres Forschungscluster unter dem Titel „Gesunde Stadt Bremen: Interprofessionell, digital, nachhaltig“. Die Senatorin für Wissenschaft und Häfen fördert die Arbeit der Wissenschaftler:innen der Universität Bremen, der Hochschule Bremen (HSB) und der Apollon-Hochschule der Gesundheitswirtschaft über vier Jahre.

In einer Auftaktveranstaltung haben sich am 2.12.2022 die Wissenschaftler:innen des Forschungsclusters „Gesunde Stadt Bremen – interprofessionell, digital, nachhaltig“ mit ih-

- Erstes Treffen des Netzwerkpartner:innen am 03.12.2021
- Forschungscluster „Gesunde Stadt Bremen“ gestartet (5 Doktoranden-, eine Postdoc-Stelle)
- Erweiterung der Öffentlichkeitsarbeit: monatliche Podcasts
- Strategiesitzungen mit allen Netzwerkpartnern

Der Integrierte Gesundheitscampus Bremen sollte vor allem Standort- und keine Institutionenpolitik betreiben. Es geht darum, Menschen an einen Tisch zu bringen und Synergien auszuloten, zu nutzen und zu schauen – sozusagen out of the box – was können wir eigentlich tun und was macht Bremen vielleicht sogar besser als andere Länder? Was können wir vor allem tun, um das vorhandene Potenzial besser zur Geltung zu bringen und die Sichtbarkeit zu erhöhen? Und weil Bremen ein kleines Bundesland ist, gelingt es dort leichter als in großen Flächenländern, die entscheidenden Akteure an einen Tisch zu bringen. Und insofern ist das Motto des Integrierten Gesundheitscampus Bremen „Vernetzen ist unsere DNA“ sehr folgerichtig gewählt.

Prof. Dr. Stefan Görres

Universität Bremen, Abt. Pflegewissenschaftliche Versorgungsforschung, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP); bis 31.12.2022 Koordinator Integrierter Gesundheitscampus Bremen
sgorres@uni-bremen.de
www.ipp.uni-bremen.de

Informationen: <https://gesundheitscampusbremen.de>



Integrierter
Gesundheitscampus
Bremen

ren Forschungsprojekten der Öffentlichkeit vorgestellt.

Von der Universität Bremen sind Wissenschaftler:innen aus dem Wissenschaftsschwerpunkt Gesundheitswissenschaften, insbesondere aus dem Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) sowie dem SOCIUM – Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik und dem Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie – BIPS, beteiligt. Aus der Hochschule Bremen sind Wissenschaftler:innen aus der Fakultät Gesellschaftswissenschaften, der Fakultät Architektur, Bau und Umwelt sowie dem Institut für Energie und Kreislaufwirtschaft vertreten. Die APOLLON-Hochschule der Gesundheitswirtschaft ist mit Wissenschaftler:innen der Fachbereiche Gesundheitswirtschaft sowie Psychologie und Pädagogik beteiligt.

Das übergeordnete Thema des Forschungsclusters ist im internationalen Gesunde-Stadt-Ansatz verwurzelt. Mit dem Rahmenkonzept der „gesunden Stadt“ in Europa (WHO Euro-



pean Healthy Cities Network) liegt eine internationale Vision vor, die auf die Reduktion gesundheitlicher Ungleichheiten, gute Governance und die Berücksichtigung von Gesundheit bzw. Gesundheitsförderung in allen Sektoren abzielt. Da der Erhalt und die Förderung von Gesundheit von Entscheidungen verschiedener Sektoren wie Umwelt, Verkehr, Wirtschaft, Soziales etc. abhängt, ist die Strategie *Health in All Policies*, die systematisch die Auswirkungen von Entscheidungen auf Gesundheit und Gesundheitssysteme berücksichtigt, notwendig. Zentral hierfür ist die Etablierung einer ressortübergreifenden Zusammenarbeit für eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung. Ebenso wichtig ist die Schaffung eines leistungsfähigen und sozial gerechten Versorgungssystems, in dem verschiedene Gesundheitsberufe/-professionen integriert und auf Augenhöhe zusammenarbeiten. Vor dem Hintergrund der dort gerade stattfindenden Akademisierungsprozesse kommt den Pflege- und den Therapieberufen eine besondere Rolle zu.

Wie viele andere Städte, in denen es ausgeprägte Unterschiede in den sozialen Lebensverhältnissen gibt, stehen auch Bremen und Bremerhaven vor großen Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung und einer gesundheitsfördernden Stadtentwicklung. Soziale Ungleichheiten führen dazu, dass Angebote der Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitsversorgung sehr unterschiedlich von den Menschen wahrgenommen werden können. Soziale Ungleichheiten manifestieren sich darüber hinaus in den Wohn- und Lebensbedingungen: So sind beispielsweise Wohngebiete, in denen überwiegend günstige Wohnungen liegen, stärker von Verkehrslärm betroffen und weisen bei Krisen, wie der aktuellen Pandemie, eine geringere Resilienz auf als andere Wohnlagen.

Das neue Forschungscluster stellt sich der Herausforderung einen Beitrag zur Umsetzung der Ziele der gesunden Stadt – unter Berücksichtigung der spezifischen Besonderheiten und Stärken des Landes Bremen – zu leisten. Ziel ist es, partizipativ und kollaborativ in interprofessioneller Zusammenarbeit Vorschläge zu erarbeiten, um ein Konzept für die nachhaltige Förderung und Umsetzung von Strukturen der

gesunden Stadt und integrierter Gesundheitsversorgung in Bremen vorzulegen und in ersten Ansätzen zu erproben.

In sechs inhaltlich eng verzahnten Projekten untersuchen interdisziplinäre Teams aus den beteiligten drei Hochschulen folgende Themen:

- *Entwicklung und Erprobung eines Konzeptes für ein integriertes kleinräumiges Monitoring zur Entscheidungsunterstützung für eine nachhaltige und gesundheitsfördernde Stadtentwicklung*
Dr.-Ing. Julita Skodra, Postdoktorandin im Forschungscluster Gesunde Stadt Bremen

Prof. Dr. Gabriele Bolte, Institut für Public Health und Pflegeforschung – IPP, Fachbereich 11 Human- und Gesundheitswissenschaften, Universität Bremen
Prof. Dr. Christian von Wissel, Fakultät Architektur, Bau und Umwelt, Hochschule Bremen

In diesem Projekt wird untersucht, wie auf der Verwaltungsebene die Zusammenarbeit verschiedener Bereiche im Sinne des Health-in-All-Policies-Ansatzes durch ein integriertes kleinräumiges Monitoring gefördert werden kann. Aus einer interdisziplinären Perspektive und mit einem transdisziplinären Ansatz wird ein Konzept für ein integriertes kleinräumiges Monitoring zur Entscheidungsunterstützung in der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit für eine nachhaltige, klimagerechte und gesundheitsfördernde Stadtentwicklung ausgearbeitet. Die Verknüpfung von Daten aus den Bereichen Gesundheit, Umwelt, Soziales, Verkehr usw. mit einer kleinräumigen Auflösung ist eine wichtige Informationsgrundlage für eine informierte Entscheidungsfindung im Rahmen eines Health in All Policies-Ansatzes. International und national werden Möglichkeiten erprobt, Daten aus verschiedenen Bereichen zu verknüpfen, beispielsweise bei Konzepten von Urban Health-Indikatoren (Urban Health Indicator Tools) oder dem Umweltgerechtigkeitsatlas in Berlin. Dieses Projekt baut auf diesen Konzepten auf und erprobt die Implementation bestehender und neuer Indikatoren und die Datenintegration in Bremen und Bremerhaven. Da die Integration lokaler Wissensbestände der Wohnbevölkerung zu Umwelt und Gesundheit sowie zu Prozessen sozialer Benachteiligung von Bedeutung ist, wird eine Integration der Bevölkerungsperspektive in den Entwicklungsprozess und in die Definition relevanter Indikatoren erprobt.

- *„Pflege digital“: Digitale Technologien zur Verbesserung sozialer Interaktion und Teilhabe von Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf partizipativ nutzbar machen*
Janine Moser, Doktorandin im Forschungscluster Gesunde Stadt Bremen

Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann, Institut für Public Health und Pflegeforschung – IPP, Fachbereich 11 Human- und Gesundheitswissenschaften, Universität Bremen

Prof. Dr. Heinz Rothgang, SOCIUM – Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik, Universität Bremen
 Prof. Dr. Matthias Zündel, Fakultät Gesellschaftswissenschaften, Hochschule Bremen

Das Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz hat den ersten Baustein gelegt, digitale Innovationen auch in die pflegerische Versorgung zu bringen. Nutzen und Nutzbarmachung solcher Technologien in der kommunalen pflegerischen Versorgung von Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf und ihrem sozialen Umfeld werden in diesem Projekt erforscht. Dafür wird in einem Mixed-Methods-Ansatz analysiert, wie digitale Technologien zur Verbesserung der sozialen Interaktion und Teilhabe dieser Zielgruppe beitragen können. Aufbauend auf diese Analyse soll ein Konzept zur weitergehenden Nutzung digitaler Technologien entwickelt werden, dass sowohl Menschen mit Pflegebedarf und ihre An- und Zugehörigen als auch Pflegekräfte in den Blick nimmt und langfristig zu einer Verbesserung der Versorgungssituation im Land Bremen beiträgt.

- *Gesundheitliche Risiken bei Jugendlichen: Differenzen in Selbst- und Fremdwahrnehmung für die lokale Präventionspraxis partizipativ nutzbar machen*
 Fiona Harms, Doktorandin im Forschungscluster Gesunde Stadt Bremen

Prof. Dr. Henning Schmidt-Semisch und Prof. Dr. Benjamin Schütz, Institut für Public Health und Pflegeforschung – IPP, Fachbereich 11 Human- und Gesundheitswissenschaften, Universität Bremen
 Prof. Dr. Kirsten Sander, Fakultät Gesellschaftswissenschaften, Hochschule Bremen

In diesem Projekt sollen in kontrastierenden Bremer Quartieren Differenzen und Übereinstimmungen in der Wahrnehmung und Konzeption gesundheitlicher Risiken von Jugendlichen einerseits und lokalen Präventionsfachkräften andererseits erhoben werden. Dafür werden im Rahmen eines Mixed-Method-Designs qualitative, quantitative sowie partizipative Elemente kombiniert, um präventive Maßnahmen zu generieren, die inhaltlich und methodisch zu den risikobezogenen Interpretationen und Bedürfnissen von Jugendlichen passen. Durch den partizipativen Ansatz können insbesondere die Perspektiven und Ideen der Jugendlichen berücksichtigt und in den Blick genommen werden.

- *Präventive Hausbesuche für ältere Menschen – im Kontext einer gesunden Stadt*
 Ellen Dunker, Doktorandin im Forschungscluster Gesunde Stadt Bremen

Prof. Dr. Birte Berger-Höger und Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck, Institut für Public Health und Pflegeforschung – IPP, Fachbereich 11 Human- und Gesundheitswissenschaften, Universität Bremen
 Prof. Dr. Michael Rosentreter, Fachbereich Psychologie

Stimmen auf der Auftaktveranstaltung des Forschungsclusters am 02.12.22:

Dr. Claudia Schilling, Senatorin für Wissenschaft und Häfen: „Mit dem Forschungscluster ‚Gesunde Stadt Bremen‘ gehen wir einen wichtigen Schritt auf dem Weg zu einer Stadt, in der die Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger im Mittelpunkt steht. Der Idee der Vernetzung unterschiedlicher Gesundheitsbereiche haben wir bereits mit der Gründung des Integrierten Gesundheitscampus Bremen vor einem Jahr Bedeutung und Struktur verliehen. Mit dem Forschungscluster ‚Gesunde Stadt Bremen‘ wird die Idee der Vernetzung nun konkret und geht in die Praxis. Was mir dabei besonders wichtig ist: Es ist Forschung mit den Menschen, nicht über die Menschen. Jugendliche, Mütter, ältere Menschen und Menschen mit Pflegebedarf werden einbezogen und gehört.“

Prof. Dr. Michael Kucera, Konrektor für Forschung und Transfer der Universität Bremen: „Die Forschung zu Bevölkerungsgesundheit und Stadtentwicklung verknüpft auf innovative Weise verschiedene Fachdisziplinen, um ein gesellschaftlich hochrelevantes Thema aufzugreifen. Ich freue mich, dass die Universität Bremen sich mit ihrer Expertise und ihren Forschenden beim Forschungscluster ‚Gesunde Stadt Bremen‘ einbringt. Das Cluster hat das Potential, einen überregional sichtbaren Beitrag zu einer gesundheitsfördernden, nachhaltigen Stadtentwicklung zu leisten.“

Prof. Dr. Karin Luckey, Rektorin der Hochschule Bremen: „Mit dem hochschulübergreifenden Landesprogramm Forschungscluster ‚Gesunde Stadt‘ setzt Bremen ein starkes Signal: Mit der gemeinsamen Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses schaffen wir zukunftsweisende, attraktive Rahmenbedingungen. Gesundheit ist ein gesellschaftliches Megathema für das Land Bremen. Die Forschungsergebnisse werden unmittelbar zum Transfer in die Praxis beitragen. Die Hochschule Bremen leistet dazu mit der Akademisierung der Gesundheits- und Pflegefachberufe einen zusätzlichen Beitrag.“

Prof. Dr. Viviane Scherenberg, Vizepräsidentin für strategische Kooperationen und Transfer der Apollon Hochschule der Gesundheitswirtschaft Bremen: „Wir freuen uns sehr – angesichts der vielfältigen umwelt- und klimabezogenen Herausforderungen – gemeinsam mit den Partnerhochschulen und wichtigen Multiplikatoren in Sachen Gesundheit zukunftsweisende, forschungsbasierte Lösungen zum Wohle der Bremer Stadtgesundheit zu finden.“

Quelle: www.uni-bremen.de/universitaet/hochschulkommunikation-und-marketing/aktuelle-meldungen/detailansicht/wie-bremen-eine-gesunde-stadt-wird-neues-forschungscluster-startet

und Pädagogik, APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft

Prof. Dr. Claudia Stolle-Wahl, Fakultät Gesellschaftswissenschaften, Hochschule Bremen

Im Rahmen des Landesprogramms „Lebendige Quartiere“ werden ab 2023 präventive Hausbesuche in Bremen und Bremerhaven angeboten. Präventive Hausbesuche stellen ein niedrigschwelliges Angebot von Informationen, Beratung und Vermittlung von Hilfs- und Unterstützungsangeboten dar. Durch sie soll u. A. Vereinsamung und Pflegebedürftigkeit früh erkannt und vorgebeugt bzw. abgeschwächt werden. In diesem Projekt wird eine realistische Evaluation in einem Mixed-Methods-Design durchgeführt, die Hinweise zu einem besseren Verständnis der Wirkweise und zu förderlichen und hinderlichen Faktoren für die Umsetzung und Effektivität der präventiven Hausbesuche liefern kann.

- *Integrierte Gesundheitsversorgung in quartiersbezogenen Gesundheitszentren im Kontext von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett*
Lydia Klose, Doktorandin im Forschungscluster Gesunde Stadt Bremen

Prof. Dr. Ansgar Gerhardus, Institut für Public Health und Pflegeforschung – IPP, Fachbereich 11 Human- und Gesundheitswissenschaften, Universität Bremen

Prof. Dr. Barbara Baumgärtner, Fakultät Gesellschaftswissenschaften, Hochschule Bremen

Die Versorgung von Frauen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett ist in Bremer Stadtteilen sehr ungleich verteilt. Aktuelle Versorgungskonzepte wie das Gesundheitszentrum in Gröpelingen sowie das Hebammenzentrum Ost bieten neue Chancen, die gesundheitliche Versorgung von Frauen und jungen Familien in sozialbenachteiligten Quartieren zu verbessern. In diesem Kontext werden in diesem Projekt mit einem Mixed-Methods-Studiendesign die Bedingungen für eine zielgruppengerechte, interprofessionelle und ganzheitliche Gesundheitsversorgung im Bereich von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett aus Sicht von Nutzer:innen und Mitarbeitenden untersucht. Für eine praxisnahe Datenerhebung nimmt die Beteiligung der Zielgruppe im gesamten Forschungsprozess einen hohen Stellenwert ein.

- *Gesunde Stadt Bremen aus der Perspektive Planetarer Gesundheit*
Mattis Keil, Doktorand im Forschungscluster Gesunde Stadt Bremen

Prof. Dr. Wolf Rogowski, Institut für Public Health und Pflegeforschung – IPP, Fachbereich 11 Human- und Gesundheitswissenschaften, Universität Bremen

Prof. Dr. Hajo Zeeb, Leibniz Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie – BIPS, Universität Bremen

Prof. Dr. Martin Wittmaier, Institut für Energie und Kreislaufwirtschaft, Hochschule Bremen

Die Auswirkungen, aber auch die Bekämpfung der Klimakrise sind auch in der Gesundheitsversorgung ein wichtiges Thema. Das Projekt beschäftigt sich zum einen mit den Möglichkeiten ökologische Nachhaltigkeit im Rahmen der Gesundheitsversorgung zu messen und geeignete Indikatoren zu identifizieren. Und zum anderen mit der Erhebung des Status Quo der Anpassung an die Auswirkungen der Klimakrise z. B. durch Hitzepläne, sowie Möglichkeiten die Resilienz der Versorgung zu erhöhen. Die Erhebung und Identifikation relevanter Umweltfaktoren soll größtenteils quantitativ, mithilfe von Lebenszyklusanalysen, durchgeführt werden. Der Projektteil der Resilienz soll größtenteils qualitativ bearbeitet werden.

Die Sprecher:innen des Forschungsclusters sind: Prof. Dr. Gabriele Bolte (Universität Bremen, Fachbereich 11 Human- und Gesundheitswissenschaften, Institut für Public Health und Pflegeforschung – IPP), Prof. Dr. Claudia Stolle-Wahl, (Hochschule Bremen, Fakultät Gesellschaftswissenschaften) und Prof. Dr. Johanne Pundt (APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft, Fachbereich Gesundheitswirtschaft).

Mit dem Forschungscluster „Gesunde Stadt Bremen“ wird eine Basis zur Planung und Evaluation verschiedener Maßnahmen geschaffen, die das Ziel einer gesunden, gerechten und klimaresilienten Stadt verfolgen. Die wissenschaftlichen Untersuchungen des Clusters zu den Voraussetzungen für die Realisierung einer gesunden Stadt in einem interdisziplinären und interprofessionellen Ansatz sollen zu einer intensivierte intersektoralen Zusammenarbeit und zum Austausch zwischen relevanten Versorgungsstrukturen beitragen, um mit Nachhaltigkeitskrisen und Gesundheitsherausforderungen besser umgehen zu können.

—
Dr.-Ing. Julita Skodra¹, Ellen Dunker¹, Fiona Harms¹, Mattis Keil¹, Lydia Klose², Janine Moser¹ & Christina Selzer²

¹Forschungscluster Gesunde Stadt Bremen

julita.skodra@gesundheitscampusbremen.de

<https://gesundheitscampusbremen.de/forschungscluster>

²Referat Hochschulkommunikation und -marketing

Universität Bremen



Qualifikationsarbeiten

„Sucht“ aus körpersoziologischer Perspektive – zur Verkörperung und Einverleibung eines Phänomens

Hintergrund: Projekte der Suchtforschung, aber auch Suchtheorien fokussieren meist die Variablen ‚Drug‘ (entsprechende Substanz) oder ‚Set‘ (körperliche und psychische Verfassung der Konsument:innen) und vernachlässigen die vielfältigen Aspekte des ‚Settings‘ (situative, soziale sowie kulturelle Rahmenbedingungen des Gebrauchs). Dies führt dazu, dass die Wechselwirkungen zwischen dem gesellschaftlichen Reden über „Sucht“, d. h. dem Suchtdiskurs, und den individuellen Verhaltensweisen in aller Regel unberücksichtigt bleiben (Schmidt-Semisch & Dollinger, 2017, S.132 f.). Gleichzeitig werden die dominierenden Abhängigkeitsmodelle auf immer wieder neue stoffgebundene und stoffungebundene (abweichende oder unerwünschte) Körperpraxen projiziert und auf diese Weise stetig neue „Süchte“ produziert. Da keine einheitliche Definition von „Sucht“ existiert, bedarf es einer Hinterfragung linearer und monokausaler Abhängigkeitsmodelle mit Blick auf die spezifischen situativen, kulturellen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, wenn das Zustandsbild „Sucht“ kommuniziert und verhandelt werden soll. Vor diesem Hintergrund wurden in der Dissertation auf empirische Weise die Wechselwirkungen zwischen dem Setting im Sinne eines soziokulturell geprägten Suchtwissens und den körperleiblichen Erfahrungen sowie dem entsprechenden Handeln der Subjekte untersucht. Das Ziel bestand darin, die Wechselseitigkeit von Körper und Gesellschaft am Beispiel „Sucht“ nachzuzeichnen, um die naturwissenschaftliche Verengung medizinischer Suchttheorien aufzubrechen und auf diese Weise sowohl der Forschung als auch der Praxis innovative Überlegungen und Maßnahmen zu ermöglichen.

Theoretischer Rahmen: Die Arbeit basiert auf der körpersoziologischen Differenzierung zwischen dem Körper, den man hat und dem Leib, der man ist (Plessner, 1975/1982). Körper und Leib sind für das Thema „Sucht“ insoweit zentral, als man mit Lindemann (1993) das Körperhaben als kulturell geprägtes Wissen vom Körper und das Leibsein als das subjektive Erleben dieses Wissens verstehen kann. Das bedeutet, 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, womit zugleich auf die Verschränkung von natürlichem und kulturell geprägtem Körper verwiesen wird (Hehlmann et al., 2018) und das leibliche Spüren als kulturelles Produkt verstanden wird. Das bedeutet, dass leibliche Erfahrungen von der Sozial- und Kulturwelt geprägt sind. Dieser Ansatz ist anschlussfähig an das Modell *Drug, Set und Setting* von Zinberg (1984), das ebenfalls von einer wechselseitigen Einflussnahme von soziokulturellen Rahmenbedingungen und körper(leib)lichen Erfahrungen ausgeht. Genau hier setzt die Arbeit an, indem sie nach den Wechselwirkungen zwischen Körper(-wissen) und Leib(-er-

fahrung) im Hinblick auf „Sucht“ fragt, um herauszufinden, inwieweit die leibliche Suchterfahrung durch soziokulturelle Rahmenbedingungen geprägt wird.

Methode: Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurden 15 problemzentrierte Leitfadenterviews nach Witzel (2000) geführt. Befragt wurden Frauen und Männer zwischen 22-83 Jahren, die als Einschlusskriterien wiederholt Drogen (Alkohol, Ecstasy, Amphetamine, Crystal Meth, Kokain, Benzodiazepine, Heroin, Cannabis, LSD, halluzinogene Pilze) konsumiert haben und sich gegenwärtig oder rückblickend als „süchtig“ bezeichneten. Die Auswertung erfolgte in Anlehnung an das theoretische Kodieren nach den Prinzipien der Grounded-Theory-Methodologie (Glaser & Strauss, 2010).

Ergebnisse: Die Befragten identifizieren sich mit der „Sucht“, wenn sie suchtbezogenes Körperwissen am eigenen Leib erfahren. Diese Wahrnehmung wird durch eine bestimmte Erwartungshaltung (Set) beeinflusst, die auf entsprechendem Körper- bzw. Suchtwissen basiert (Setting). Damit einher gehen suchtbezogene Empfindungs- und Verhaltensweisen, die die Suchtidentität sichern, wodurch das Bild einer typischen Suchtpersönlichkeit, als Bestätigung des bestehenden Suchtkonzeptes, auf das Setting zurückwirkt. Das Setting beeinflusst wiederum die Wahrnehmung der Konsumierenden, woraus die Aufrechterhaltung bzw. Reproduktion des Konzeptes „Sucht“ resultiert.

Fazit: Um die Versorgungssituation und den Umgang mit Drogengebraucher:innen gesundheitsförderlicher zu gestalten, sollte das Suchtwissen salutogenetisch erweitert und das Abstinenzparadigma relativiert werden. Anhand eines ganzheitlichen, lebensweltorientierten Ansatzes, mit dem „Süchtige“ nicht nur auf ihre „Sucht“ reduziert werden (vgl. Kostrzewa, 2018), und durch eine interdisziplinäre Zusammenarbeit (Medizin, Biologie, Psychologie und Soziologie) könnte der Fokus auf eine Stärkung des Kohärenzgefühls und die Vervielfältigung von Identifikationsmöglichkeiten jenseits des Drogenkonsums gelegt werden.

Literatur unter www.ipp.uni-bremen.de

—
Dr. Sophie Rubscheit

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

Abt. Gesundheit & Gesellschaft

sophie.rubscheit@uni-bremen.de

www.ipp.uni-bremen.de/abteilungen/gesundheits-&-gesellschaft

Wohnsettings für Menschen mit Pflegebedarf

In Deutschland waren Ende des Jahres 2019 etwa 4,1 Mio. Menschen pflegebedürftig im Sinne des § 14 SGB XI. Vorausrechnungen zu Folge ist im Laufe der kommenden Jahre eine Zunahme der Zahl Pflegebedürftiger zu erwarten. Viele ältere Menschen wünschen sich einen langen Verbleib in der eigenen Häuslichkeit (Spangenberg et al., 2013). Diesem Wunsch nachzukommen ist besonders bei Pflegebedürftigkeit jedoch nicht immer möglich. Häufig ist dann für viele ältere Menschen der Umzug in ein Pflegeheim die einzige Alternative, obwohl inzwischen eine Reihe anderer Wohnmöglichkeiten existieren, so z. B. ambulant betreute Wohngemeinschaften.

Vor diesem Hintergrund entstand die Dissertation mit dem Titel „Prädiktoren für einen Einzug in ein Pflegeheim und ambulant betreute Wohngemeinschaften als alternative Wohnorte für Menschen mit Pflegebedarf. Eine Exploration auf Basis von Routinedaten der Kranken- und

Pflegeversicherung sowie internationaler empirischer Evidenz“ (Stiefler, 2022) unter Betreuung von Prof. Dr. Stefan Görres zur Erlangung des akademischen Grades Doktorin Public Health.

Zielsetzung und methodisches Vorgehen

Zielsetzung der kumulativen Dissertation war die Bestimmung von Prädiktoren für den Einzug in ein Pflegeheim auf Basis von Routinedaten der Kranken- und Pflegeversicherung und die Exploration ambulant betreuter Wohngemeinschaften als alternative Wohnform zur stationären Langzeitpflege. Hierzu wurden drei Einzelarbeiten veröffentlicht. In einer systematischen Übersichtsarbeit wurden zunächst Prädiktoren für den Einzug in ein Pflegeheim (Heimeintritt) dargestellt (Stiefler et al., 2020a). Die Ergebnisse dieser Arbeit wurden unter anderem als Grundlage zur Auswahl von Variablen von Datenanalysen verwendet. Mittels Ereigniszeitanalysen wurden Prädiktoren auf Basis von GKV-Routinedaten und Pflegebegutachtungsdaten ermittelt (Stiefler et al., 2021). Es zeigt sich, dass eine Vielzahl relevanter

Prädiktoren nicht durch primärpräventive Maßnahmen beeinflussbar oder vermeidbar sind, so dass ein Auszug aus der eigenen Häuslichkeit in einigen Fällen unumgänglich ist. Aus diesem Grund wurden mit einer weiteren Literaturrecherche zu Versorgungsauscomes von Menschen, die in ambulant betreuten Wohngemeinschaften leben, und von Menschen, die in einem Pflegeheim leben, gegenübergestellt und in einem Rapid Review veröffentlicht.

Prädiktoren für einen Heimeintritt

In der systematischen Übersichtsarbeit konnte auf 45 Studien zurückgegriffen werden. Für die Ereigniszeitanalysen wurden Daten von 48.892 Pflegebedürftigen über einen Zeitraum von zehn Jahren (2006-2016, wobei 2006 als Baselinejahr betrachtet wurde) ausgewertet. Sowohl in der Literaturrecherche als auch anhand der durchgeführten Ereigniszeitanalysen zeigte sich ein breites Abbild von Prädiktoren für einen Heimeintritt, darunter höheres Alter, eine Demenzerkrankung oder etwa lange Krankenhausaufenthalte.

Ambulant betreute Wohngemeinschaften vs. Pflegeheim

Die 21 in das Rapid Review einbezogenen Studien zeigten keine eindeutige Evidenz für klare Vorzüge einer der beiden Wohnsettings Pflegeheim oder ambulant betreute Wohngemeinschaft. Für einzelne Versorgungsauscomes liegen Hinweise vor, die auf Vorteile einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft hindeuten (z. B. bei Lebensqualität). Aufgrund der unzureichenden Evidenz ließ sich die Frage nach der Eignung ambulant betreuter Wohngemeinschaften gegenüber dem Pflegeheim nicht eindeutig beantworten. Daher ist Beratung pflegebedürftiger Menschen in Entscheidungen über den Wohnort unter Berücksichtigung individueller Präferenzen wichtig.

Die Dissertationsschrift stellt unter anderem den Forschungszusammenhang der drei Einzelarbeiten dar und diskutiert die Ergebnisse tiefergehend. Zudem erfolgt die Reflektion der Ergebnisse vor den Annahmen der Ökologischen Gerontologie (Wahl, 1999), welche sich mit den Wohn- und Lebensräumen älterer Menschen beschäftigt und dabei Hinweise auf zentrale Dimensionen sowohl des Lebens in den eigenen vier Wänden im engeren Sinne als auch der Wohnumgebung im weiteren Sinne liefert und Wohnortpräferenzen sowie das Person-Umwelt-Verhältnis dabei besonders betrachtet.

Literatur unter www.ipp.uni-bremen.de

Dr. P.H. Susanne Stiefler

Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP)
Abt. Pflegewissenschaftliche Versorgungsforschung,
[sstiefler@uni-bremen.de](mailto:ssstiefler@uni-bremen.de)
www.ipp.uni-bremen.de



Ambulante medizinische Versorgungsqualität von pflegebedürftigen Menschen mit Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherung abbilden

Pflegebedürftige Menschen sind eine vulnerable Personengruppe für den Bezug von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Sie nehmen mit zunehmendem Pflegebedarf in Abhängigkeit vom Lebensort seltener haus- und fachärztliche Leistungen in Anspruch als Menschen in gleichen Altersklassen ohne Pflegebedarf oder werden häufiger mit einer als ambulant-sensitiv und somit prinzipiell als ambulant behandelbar eingestuften Hauptdiagnose in ein Krankenhaus eingewiesen (Balzer et al., 2013; SVR, 2014; Schmiemann et al., 2016; Matzk et al., 2020; Schulz et al., 2020; Seibert et al., 2020; Matzk et al., 2021; Schulz et al., 2021). Erkenntnisse über die Qualität der ambulanten medizinischen GKV-Versorgung von Pflegebedürftigen liegen auf Grundlage von GKV-Routinedaten vor allem für Schwerpunktthemen wie Polymedikation, die Verordnung von für ältere Menschen als potentiell ungeeignet geltenden Wirkstoffen, Zahngesundheit oder Diabetesversorgung vor (Holt et al., 2011; Schwarzkopf et al., 2012; Rothgang et al., 2014; Matzk et al., 2020). Da bekannt ist, dass Pflegebedürftige aufgrund von Beeinträchtigungen bei der Organisation und Umsetzung von Alltagsaktivitäten der Zugang zu Leistungen der GKV-Versorgung erschwert sein kann, ergibt sich eine besondere Verpflichtung des gesundheitlichen Versorgungssystems, die Qualität der ambulanten medizinischen GKV-Versorgung dieser Personen zu sichern – die neben den durch die pflegebegründende Diagnose bedingten gesundheitlichen Beeinträchtigungen oftmals auch von Multimorbidität betroffen sind (van den Bussche et al., 2014). Dies ist der Ausgangspunkt der Dissertation mit dem Titel „Möglichkeiten und Grenzen des Monitorings der ambulanten medizinischen Versorgungsqualität von Menschen mit

Pflegebedarf anhand von Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland“ (Seibert, 2022) die von 2017 bis 2022 unter Betreuung von Prof. Dr. Heinz Rothgang zur Erlangung des akademischen Grades Doktorin Public Health am IPP der Universität Bremen entstanden ist.

Fragestellungen und Methode

Die kumulative Dissertation untersucht, welche Möglichkeiten und Grenzen sich für das Monitoring der ambulanten medizinischen Versorgungsqualität von Menschen mit Pflegebedarf auf Basis von GKV-Routinedaten ergeben. In einer systematischen Übersichtsarbeit (Seibert et al., 2019) und zwei Sekundäranalysen von GKV-Routinedaten (Seibert et al., 2020, Seibert et al., 2022) wurde untersucht, welche populationsbasierten Indikatoren zur Abbildung der Versorgungsqualität in der internationalen Literatur beschrieben sind, welche Werte Indikatoren der ambulanten ärztlichen Versorgung bei älteren Menschen mit und ohne Pflegebedarf in Deutschland aufweisen und welchen Einfluss die individuelle ambulante Versorgungsqualität chronischer Erkrankungen auf die Dauer des Verbleibs von pflegebedürftigen Menschen mit und ohne Demenz in der eigenen Häuslichkeit nimmt, bevor ein Umzug in ein Pflegeheim erfolgt. Einbezogen wurden anonymisierte, versichertenbezogene Abrechnungsdaten der AOK der Jahre 2006 bis 2016, die den Einschluss von knapp 19.000 bis zu knapp 6 Millionen Personen mit Alter 65 Jahre aufwärts mit und ohne Pflegebedarf ermöglichten. Betrachtet werden 47 beziehungsweise 21 Qualitätsindikatoren in den Schwerpunkten ASK-Fälle, Asthma, COPD, Herz-Kreislaufkrankungen, Diabetes mellitus

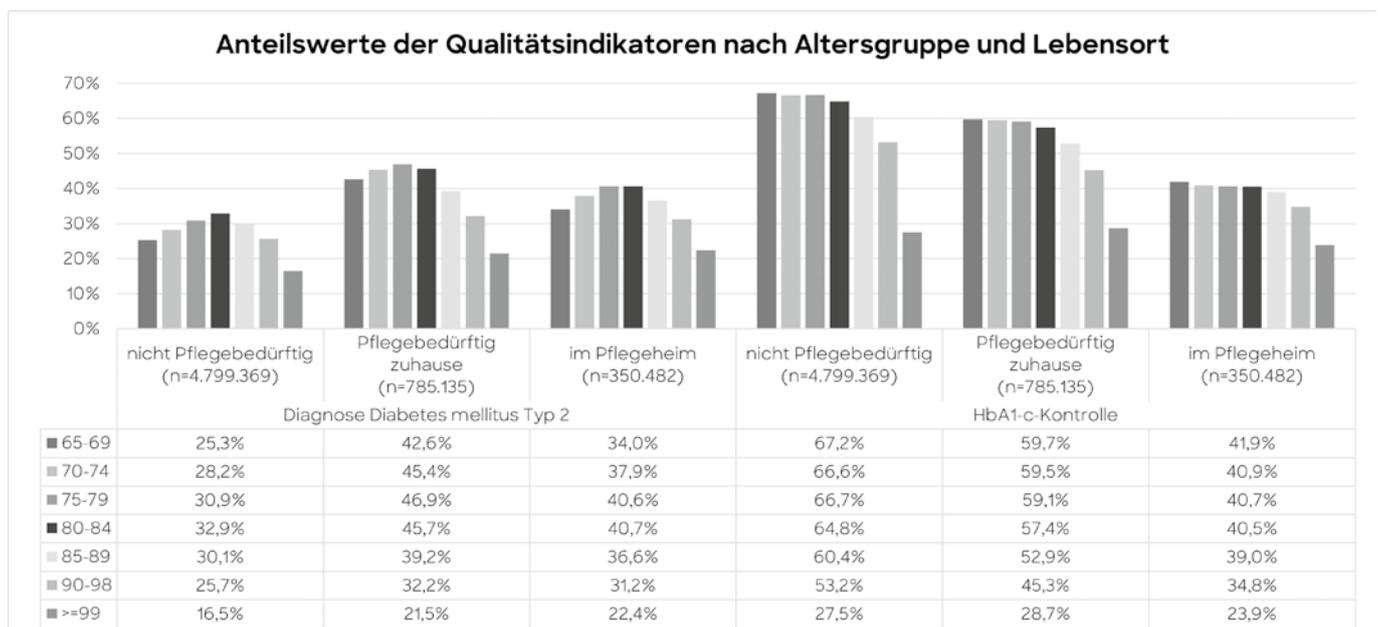


Abbildung 1: Anteilswerte der Qualitätsindikatoren nach Altersgruppe und Lebensort. Eigene Darstellung nach Seibert et al. (2020).

Typ2 und Depression, die anhand deskriptiver Statistik und in Ereigniszeitanalysen mittels multivariabler proportionaler Hazard Modellen (Cox, 1972; Allison, 2010; Zhang et al., 2018) untersucht wurden.

Versorgungsunterschiede und kürzere Verweildauer im eigenen Zuhause bei unerwünschten Indikatorergebnissen

Ausgehend von 286 in der internationalen Literatur beschriebenen Indikatoren wurden in einem mehrschrittigen Auswahlprozess unter Einbezug ärztlicher Expertise Indikatoren ausgewählt, die mit GKV-Routinedaten abbildbar sind und eine besondere Bedeutung für die Versorgung aufweisen – etwa, weil nationale Versorgungsleitlinien leitliniengerechtes Verschreibung- oder Diagnostikverhalten ermöglichen. Trotz mehrheitlich höherer Diagnoseprävalenzen weisen Pflegebedürftige meist nachteiligere Indikator-Ausprägungen auf als Personen ohne Pflegebedarf. Dieser Trend besteht auch nach Stratifizierung hinsichtlich Altersklassen und Lebensort (Seibert et al., 2020). Abbildung 1 verdeutlicht das am Beispiel Diabetes mellitus Typ 2 – die Diabetesprävalenz fällt für Pflegebedürftige höher aus, aber der leitliniengerechte erwünschte Versorgungsprozess der Kontrolle des Blutzucker-Langzeitwertes HbA1c erfolgt seltener bei Pflegebedürftigen.

Die in Seibert et al. 2022 veröffentlichten Ergebnisse der Ereigniszeitanalyse weisen zudem konstant signifikante

Zusammenhänge zwischen der Versorgungsqualität eines Diabetes mellitus Typ 2 und der Verweildauer von Pflegebedürftigen mit und ohne Demenz in der eigenen Häuslichkeit aus. Insgesamt sind Indikatoren, die eine erwünschte leitliniengerechte Versorgung abbilden, mit einem geringeren Risiko (=längere Verweildauer im eigenen Zuhause) für einen Heimeintritt assoziiert, während Indikatoren, die Komplikationen abbilden, mit erhöhtem Risiko (=kürzere Verweildauer) für einen Heimeintritt einhergehen.

Die Ergebnisse der drei Einzelarbeiten liefern in der Gesamtschau Argumente für ein populationsspezifisches Monitoring der ambulanten medizinischen Versorgungsqualität auf Basis von GKV-Routinedaten, dessen Möglichkeiten und Grenzen daran anknüpfend und unter Bezugnahme auf die Ergebnisse der Einzelarbeiten sowie unter Einbezug und Berücksichtigung vorangegangener nationaler und internationaler Forschungsarbeiten in der Dissertationsschrift ausführlich diskutiert werden.

Literatur unter www.ipp.uni-bremen.de

—
Dr. Public Health Kathrin Seibert

Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP)
Abteilung Pflegewissenschaftliche Versorgungsforschung
kseibert@uni-bremen.de
www.ipp.uni-bremen.de

Masterarbeit im Studiengang Epidemiologie: Soziale Ungleichheiten im Zusammenhang von sozialer Infrastruktur und psychischer Gesundheit bei Kindern

In den letzten Jahren ist die Prävalenz psychischer Probleme bei Kindern und Jugendlichen unter der COVID-19 Pandemie gestiegen. Vor allem diejenigen, die einen niedrigen sozioökonomischen Status (SES) haben oder in Gemeinden mit niedrigem gemeindebezogenen SES wohnen, weisen ein höheres Risiko für psychische Probleme auf. Demgegenüber wirken sich Grünflächen in der Umgebung positiv auf die psychische Gesundheit aus – vor allem bei Kindern mit einem niedrigen SES. Abgesehen davon gibt es nur wenig Erkenntnisse über andere Aspekte von gebauter Umwelt, wie z. B. soziale Infrastruktur. Dieser Begriff umfasst öffentliche Räume, die soziale Interaktionen begünstigen, wie z. B. Spiel- und Sportplätze, Bildungs- und Kultureinrichtungen. Zudem gibt es bisher kaum Studien, die soziale Unterschiede im Effekt sozialer Infrastruktur betrachten.

Daher war das Ziel der Masterarbeit, soziale Unterschiede im Zusammenhang zwischen sozialer Infrastruktur und psychischer Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen zu untersuchen.

Zu diesem Zweck wurde eine explorative Querschnittsstudie unter Verwendung der KiGGS (Studie zur Gesundheit

von Kindern und Jugendlichen in Deutschland) Daten des Robert Koch-Instituts, der GerESV (German Environmental Survey V) Daten des Umweltbundesamtes sowie von Daten zur sozioökonomischen Lage der Gemeinden durchgeführt. Soziale Infrastruktur wurde über den Zugang zu Spiel- und Sportplätzen, Schwimmbädern und Parks und die fußläufige Entfernung (in Minuten) zu verschiedenen Orten gemessen. Psychische Gesundheit wurde für alle Teilnehmenden über den Strengths and Difficulties Questionnaire gemessen, welcher 5 Subskalen (emotionale Probleme, Verhaltensauffälligkeiten, Unaufmerksamkeit, Peer Probleme und prosoziales Verhalten) sowie einen Gesamtscore umfasst. Der individuelle und gemeindebezogene SES wurden als Maßzahlen für soziale Ungleichheit herangezogen.

Der Zusammenhang von sozialer Infrastruktur und psychischer Gesundheit wurde mittels logistischer Regressionen, adjustiert für den SES auf individueller und Gemeindeebene, Geschlecht, Alter, Migrationshintergrund, Beziehungsstatus der Eltern und räumliche Lage der Gemeinde, geschätzt. Soziale Unterschiede wurden anhand von Interaktionstermen und von stratifizierten Analysen untersucht.

Die Ergebnisse zeigen, dass Kinder und Jugendliche mit einem geringen Zugang zu sozialer Infrastruktur, insbesondere zu Parks und Sportplätzen, eher zu psychischen Problemen neigen. Besonders emotionale Probleme, Hyperaktivität, Peer Probleme und psychische Probleme insgesamt sind davon betroffen. Insbesondere Kinder mit einem niedrigen SES auf individueller und Gemeindeebene haben eine höhere Wahrscheinlichkeit für psychische Probleme, falls sie keinen Zugang zu sozialer Infrastruktur, vor allem Parks, haben. Dahingegen war der fehlende Zugang zu Schwimmbädern, Spielplätzen und Sportplätzen überwiegend mit psychischen Problemen von Kindern und Jugendlichen mit hohem – und teilweise mittlerem – SES assoziiert. Bei Kindern und Jugendlichen mit mittlerem SES auf individueller Ebene und mit mittlerem oder niedrigem SES auf Gemeindeebene zeigte sich nur ein geringer Zusammenhang beider Faktoren. Die Analyse der GerESV Daten deutete zusätzlich darauf hin, dass mit steigender Entfernung zu sozialer Infrastruktur – spezifisch Parks, Wälder und Wasserflächen – auch die Wahrscheinlichkeit für psychische Probleme zunahm.

Der Zusammenhang zwischen Grünflächen, Wäldern, Parks und Wasserflächen und psychischer Gesundheit deckt sich mit früheren Studien. Es liegt nahe, dass besonders Kinder mit niedrigem SES von einer Verfügbarkeit dieser Flächen profitieren, da sie oft keinen Zugang zu privaten Grünflächen (z. B. Gärten) haben und eher in kleineren Wohnungen leben. Zusätzlich weisen Gemeinden mit einem niedrigen SES tendenziell mehr und enger bebaute Flächen auf als Gemeinden mit einem hohen SES. Ein positiver Effekt dieser naturnahen Orte wirkt u. a. durch Möglichkeiten zur Erholung, der Förderung von freiem, kreativem Spielen und sozialer Interaktion.

Vor allem Kinder und Jugendliche mit einem niedrigen SES auf individueller und Gemeindeebene profitieren von der schnellen Erreichbarkeit sozialer Infrastruktur, spezifisch Grün- und Wasserflächen. Die Errichtung solcher Plätze sollte vor allem in sozioökonomisch benachteiligten Gemeinden gefördert werden. Außerdem sollte allen Kindern



und Jugendlichen unabhängig des sozialen Status die Nutzung sozialer Infrastruktur durch einen besseren Zugang erleichtert werden. Allerdings ist weitere Forschung notwendig, um auch eine kausale Beziehung beider Faktoren und den Einfluss von der Häufigkeit der Nutzung sozialer Infrastruktur zu untersuchen.

Die Ergebnisse dieser Masterarbeit wurden im International Journal of Environmental Research and Public Health (DOI: 10.3390/ijerph19116760) veröffentlicht.

Katharina Stahlmann MSc

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

Abt. Sozialepidemiologie

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

jetzt: Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für

Medizinische Biometrie und Epidemiologie

k.stahlmann@uke.de

Personalia

Nachruf für Prof. Dr. Gerd Glaeske



© Raphael Huenerfauth

Der Bremer Gesundheitswissenschaftler Prof. Dr. Gerd Glaeske ist am 27. Mai 2022 im Alter von 77 Jahren nach langer Krankheit verstorben.

Gerd Glaeske war Pharmakologe und seit 1999 Professor für Arzneimittelversorgungsforschung am Fachbereich 11 Human- und Gesundheitswissenschaften der Universität Bremen. Dort leitete er am SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik das Institut „Länger besser leben“ und war seit 2007 gemeinsam mit Prof. Heinz Rothgang Leiter der Abteilung Gesundheit, Pflege und Alterssicherung. Zwischen 2003 und 2010 war Gerd Glaeske Mitglied des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.

Gerd Glaeske war dem IPP in besonderer Weise verbunden. So war er von 1998–2006 Mitglied im Direktorium des Zentrums für Public Health an der Universität Bremen, dem Vorläuferinstitut des IPP. 2005 gehörte Gerd Glaeske zu den Initiator:innen und Gründer:innen des Instituts für Public Health und Pflegeforschung IPP am Fachbereich 11, dem er ebenfalls als Mitglied des Direktoriums bis 2006 angehörte. Auch in den nächsten Jahren blieb Gerd Glaeske dem Fachbereich 11 und dem IPP in Forschung, Lehre sowie durch gemeinsame Veranstaltungen und Transferaktivitäten eng verbunden, so z. B. in dem gemeinsamen Forschungsprojekt zur Bedarfsgerechtigkeit der medizinischen Versorgung Pflegebedürftiger in Stationären Einrichtungen (MVP-STAT) (2017–2020).

Gerd Glaeske war ein herausragender Gesundheitswissenschaftler, der sich besonders den Themen Arzneimittelversorgung, Gesundheitspolitik, Qualität und Anwendungsbezug der Forschungsergebnisse widmete. Ein bedarfsgerechtes Versorgungssystem, die Bekämpfung von Über-, Unter- und Fehlversorgung, Evidenzbasierung der Versorgung und eine konsequente Orientierung an dem Nutzen für die Patient:innen waren ihm wichtige Anliegen in Forschung und Lehre. Zudem verstand er es hervorragend, Forschungsergebnisse verständlich zu kommunizieren, wodurch er viele relevante Themen in den Fokus der Öffentlichkeit rückte und an vielen Stellen eine nachhaltige Verbesserung der Versorgungsstrukturen in Deutschland vorangebracht hat.

Gerd Glaeske war ein außerordentlich beliebter und hervorragender Hochschullehrer, dem es gelang, Generationen von Studierenden für die Gesundheitswissenschaft sowie für die Themen Gesundheitspolitik und evidenzbasierte Versorgungsgerechtigkeit zu begeistern und zur Grundlage ihrer beruflichen Entwicklung zu machen.

Bremen verliert mit Gerd Glaeske einen überaus profilierten Gesundheitswissenschaftler, der wesentlich dazu beigetragen hat, Public Health an der Universität, im Bundesland Bremen und darüber hinaus breit zu etablieren, zukunftsorientiert zu entwickeln und der immer konsequent für bessere Versorgungsstrukturen gestritten hat.

Wir verlieren mit Gerd Glaeske einen sehr geschätzten Kollegen und Wegbegleiter, dessen fachliche Expertise, Inspiration, klare Haltung – und nicht zuletzt dessen Humor und Mitmenschlichkeit – wir sehr vermissen werden.

**Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck (Dekanin Fachbereich 11),
Prof. Dr. Gabriele Bolte (Geschäftsführende Direktorin IPP) &
Heike Mertesacker MPH (Wissenschaftliche Koordinatorin
IPP-Geschäftsstelle)**
Universität Bremen, Fachbereich 11 Human- und
Gesundheitswissenschaften
Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP)
Dekanat-fb11@uni-bremen.de
www.uni-bremen.de/fb11
www.ipp.uni-bremen.de

Direktorium des IPP neu gewählt

Prof. Dr. Gabriele Bolte, Prof. Dr. Birte Berger-Höger sowie Prof. Dr. Benjamin Schüz wurden am 09. November 2022 einstimmig als Direktorium des Instituts für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen vom Institutsrat des IPP gewählt. Als Geschäftsführende Direktorin des IPP wurde Gabriele Bolte im Amt bestätigt. Als neue Mitglieder des Direktoriums wurden Prof. Dr. Birte Berger-Höger und Prof. Dr. Benjamin Schüz gewählt. Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann und Prof. Dr. Ansgar Gerhardus, die dem Direktorium des IPP in den vergangenen vier Jahren angehört hatten, stellten sich nicht erneut zur Wahl.



Prof. Dr. Gabriele Bolte

Gabriele Bolte ist seit 2013 Hochschullehrerin am Fachbereich 11 Human- und Gesundheitswissenschaften und hat die Professur für Sozialepidemiologie inne. Die Humanbiologin und Epidemiologin leitet am IPP die Abteilung Sozialepidemiologie, die seit 2019 zudem das WHO Collaborating Centre for Environmental Health Inequalities ist. Forschungsschwerpunkte

der Abteilung sind Umweltgerechtigkeit, gesundheitsfördernde Stadtentwicklung und geschlechtergerechte Gesundheitsforschung. Gabriele Bolte ist u.a. Berufenes Mitglied der Kommission „Environmental Public Health“ des Bundesministeriums für Gesundheit am Robert Koch-Institut in Zusammenarbeit mit dem Umweltbundesamt sowie Sprecherin des Fachbereichs Frauen- und geschlechtsspezifische Gesundheitsforschung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP). Seit 2013 ist sie Mitglied des IPP-Direktoriums, seit 2014 in der Position der Geschäftsführenden Direktorin. Nach dem Studium der Theoretischen Medizin/Humanbiologie promovierte Gabriele Bolte 1996 zur Doktorin der Humanbiologie an der Universität Marburg, 1999 erwarb sie den Abschluss Magistra Public Health nach dem postgradualen Studium „Öffentliche Gesundheit und Epidemiologie“ an der Ludwig-Maximilians-Universität München. 2006 folgte die Habilitation und Lehrbefugnis für Epidemiologie an der Universität Ulm, 2008 an der Ludwig-Maximilians-Universität München. Nach verschiedenen Stationen als Wissenschaftliche Mitarbeiterin war Gabriele Bolte 2004 bis 2011 Umweltepidemiologin im Bayerischen Landesamt für Gesundheit und

Lebensmittelsicherheit, 2011-2013 war sie dort als Leiterin des Sachbereichs Arbeits- und Umweltepidemiologie tätig.

Birte Berger-Höger ist seit 2020 Leiterin der neu gegründeten Abteilung „Pflegerwissenschaftliche Evaluations- und Implementierungsforschung“ am Institut für Public Health und Pflegefor-



Prof. Dr. Birte Berger-Höger

schung (IPP) und Juniorprofessorin für Pflegewissenschaft mit dem Schwerpunkt Evaluation und Implementierung am Fachbereich 11 der Universität Bremen. Die Abteilung beschäftigt sich mit der Förderung einer evidenzbasierten Pflegepraxis zur Vermeidung von Über-, Unter-, oder Fehlversorgung von zu Pflegenden und ihren Angehörigen. Seit 2020 ist sie Sprecherin im Fachbereich Aus-, Weiter-, und Fortbildung im Netzwerk evidenzbasierte Medizin e.V.. Nach ihrer Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin studierte Birte Berger-Höger an der Universität Hamburg das Lehramt berufliche Schulen mit der Fächerkombination Gesundheitswissenschaften und Sozialwissenschaften und promovierte dort zum Thema Decision Coaching durch spezialisierte Pflegefachkräfte in der Onkologie. Danach arbeitete sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Martin-Luther-Universität Halle Wittenberg, wo sie an mehreren Forschungsprojekten beteiligt war.



Prof. Dr. Benjamin Schüz

Benjamin Schüz leitet seit 2017 die Abteilung „Gesundheitsförderung und Prävention“ am Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) und ist Professor für Public Health mit dem Schwerpunkt Gesundheitsförderung und Prävention am Fachbereich 11 der Universität Bremen. Die Abteilung beschäftigt sich mit angewandter Forschung zur Förderung

von Gesundheit und gesundheitlich relevantem Verhalten über die Lebensspanne. Nach seinem Diplomstudium der Psychologie an der FU Berlin wurde Benjamin Schüz 2007 auch an der FU Berlin im Bereich Gesundheitspsychologie promoviert. Seine Forschungsschwerpunkte auf der Erklärung und Veränderung gesundheitlich relevanter Verhaltensweisen konnte er im Rahmen von Post-Doc-Positionen an der Jacobs University Bremen und am Deutschen Zentrum für Altersfragen weiter ausbauen. Anschließend arbeitete er bis 2017 als Associate Professor an der University of Tasmania in Australien. Seine Forschung widmet sich der Frage, wie sich sozial-strukturelle Unterschiede in gesundheitlich relevanten Verhaltensweisen erklären und modifizieren lassen.

Weitere Informationen unter:

www.ipp.uni-bremen.de/das-ipp/direktorium

Prof. Dr. Gabriele Bolte, MPH

Universität Bremen

Geschäftsführende Direktorin Institut für Public Health und

Pflegeforschung (IPP)

Leiterin Abteilung Sozialepidemiologie

gabriele.bolte@uni-bremen.de

www.ipp.uni-bremen.de

Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck zur Dekanin im Fachbereich 11 gewählt



Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck

Im Oktober 2021 wurde Prof. Dr. Ingrid-Darmann-Finck vom Fachbereichsrat zur neuen Dekanin des Fachbereichs 11 Human- und Gesundheitswissenschaften gewählt. Sie übernahm das Amt von Prof. Dr. Dr. Manfred Herrmann. Als Prodekan wurde Prof. Dr. Christian Kandler gewählt.

Prof. Dr. Darmann-Finck ist seit 2003 an der Universität Bremen tätig und hat die Professur „Pflegerwissenschaft mit dem Schwerpunkt pflegetherapeutische Grundlagen und ihre pflergedidaktische Vermittlung“ inne. Ihre Lehr-

und Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich der Weiterentwicklung der Pflegedidaktik, der pflergedidaktischen Grundlagenforschung sowie in der Qualifikations- und Curriculumforschung. Seit Gründung des Instituts für Public Health und Pflegeforschung (IPP) im Jahre 2005 leitet Ingrid Darmann-Finck die Abteilung Qualifikations- und Curriculumforschung am IPP.

Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck

Universität Bremen

Dekanin Fachbereich 11 Human- und Gesundheitswissenschaften

Leiterin der Abteilung Qualifikations- und Curriculumforschung am

Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP)

darmann@uni-bremen.de

www.ipp.uni-bremen.de

Prof. Dr. Gabriele Bolte in die Kommission „Environmental Public Health“ des Robert Koch-Instituts und des Umweltbundesamtes berufen



Prof. Dr. Gabriele Bolte

Der Präsident des Robert Koch-Instituts hat im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und in Abstimmung mit dem Umweltbundesamt Prof. Gabriele Bolte in die Kommission „Environmental Public Health“ für den Zeitraum 2022 – 2026 berufen.

Die Aufgaben der Kommission bestehen in der Beratung der beiden Bundesoberbehörden Robert Koch-Institut und Umweltbundesamt zu aktuellen Fragestellungen im Bereich Umwelt & Gesundheit, zu der Bewertung und Beurteilung von Umwelteinflüssen in Bezug auf einen bevölkerungsbezogenen, präventiven Gesundheitsschutz sowie zu einer adäquaten Risikokommunikation und Berichterstattung im Rahmen der fachlichen Aufklärung. Der Schwerpunkt der zukünftigen Arbeit in der vierjährigen Berufenungsperiode soll auf aktuellen Herausforderungen globaler Krisen liegen, insbesondere Klimawandel & Gesundheit und Gesundheit im Kontext von Nachhaltigkeit und Planetarer Grenzen.

Prof. Gabriele Bolte wird ihre wissenschaftliche Expertise auf den Gebieten Environmental Public Health, Umweltgerechtigkeit sowie Monitoring umweltbezogener Gesundheit in die Arbeit der Kommission einbringen.

Aktuelle Informationen zu der Kommission Umweltmedizin und Public Health:

www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/kommissionen_node.html

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

gabriele.bolte@uni-bremen.de

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

Berufung von Prof. Dr. Gabriele Bolte in den Wissenschaftlichen Beirat des Projekts AdNEB des Umweltbundesamtes zu nachhaltiger Mobilität und resilienten urbanen Räumen

Gabriele Bolte vom Umweltbundesamt in den Wissenschaftlichen Beirat für das Forschungsprojekt „Neues Europäische Bauhaus weiterdenken: Nachhaltige Mobilität und resiliente urbane Räume für mehr Lebensqualität (AdNEB)“ berufen

Im September 2020 wurde von der EU-Kommission ein ambitionierter und weitreichender Prozess unter dem Titel „Neues Europäisches Bauhaus“ (NEB) eingeleitet, der einen Beitrag zur Umsetzung der Renovierungswelle, der Zielstellung des europäischen Green Deals, leisten soll. Als zentrale Aspekte des Neuen Europäischen Bauhauses werden Nachhaltigkeit, Ästhetik und Inklusivität adressiert, es verfolgt eine ökologisch nachhaltige, sozial inklusive, gesundheitsverträgliche und attraktive Entwicklung urbaner Räume.

An diese EU-Initiative zum Neuen Europäischen Bauhaus (NEB) knüpft das Forschungsprojekt AdNEB „Neues Europäische Bauhaus weiterdenken: Nachhaltige Mobilität und resiliente urbane Räume für mehr Lebensqualität“ an, das 2022 – 2025 vom Umweltbundesamt durchgeführt wird.

In dem Projekt AdNEB sollen wissenschaftliche Konzepte für umwelt- und klimaverträgliche Siedlungsstrukturen mit hoher Lebensqualität für alle Bevölkerungsgruppen entwickelt werden. Es sollen Antworten auf die aktuellen Herausforderungen der Anpassung urbaner Räume an den Klimawandel, der Gestaltung einer attraktiven urbanen blau-grünen Infrastruktur, der Umsetzung der urbanen Verkehrswende und damit der Verbesserung der Lebensqualität in Städten gefunden werden.

Das Projekt AdNEB hat zum Ziel, die Perspektive des NEB von der klima- und umweltfreundlichen Transformation des baulichen Bestands auf die Frei-, Grün- und Straßenräume

mit ihren vielfältigen Funktionen für Klimaanpassung, Gesundheit, Erholung und nachhaltige Mobilität zu erweitern. Damit soll ein wichtiger Beitrag zur multifunktionalen Nutzung von urbanen Räumen und zum Leitbild der dreifachen Innenentwicklung von baulichen Strukturen, Grünräumen und Mobilität und somit letztlich zur sozialökologischen Transformation der Städte geleistet werden.

Übergreifendes Ziel ist, Empfehlungen für urbane Räume zu entwickeln, in denen es sich für alle gut, gesund sowie klima- und umweltfreundlich leben lässt.

Prof. Gabriele Bolte wurde 2022 als Public Health-Expertin in den Wissenschaftlichen Beirat von AdNEB berufen, um ihre Expertise zu Umweltgerechtigkeit und einer resilienten, nachhaltigen und gesundheitsfördernden Stadtentwicklung einzubringen.

Weitere Informationen:

Forschungsprojekt AdNEB des Umweltbundesamtes:

www.umweltbundesamt.de/forschungsprojekt-ad-neb-neues-europaeisches-bauhaus

New European Bauhaus der Europäischen Kommission:

https://new-european-bauhaus.europa.eu/index_en

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
gabriele.bolte@uni-bremen.de

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

Prof. Dr. Gabriele Bolte in den Wissenschaftlichen Beirat der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA berufen

Expertin berät das BZgA zu Interventionen der kommunalen Gesundheitsförderung und zur wissenschaftlichen Weiterentwicklung des BZgA

Prof. Dr. Gabriele Bolte wurde als ausgewiesene Public Health-Expertin für gesundheitsfördernde Stadtentwicklung und Umweltgerechtigkeit vom Direktor der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit in den Wissenschaftlichen Beirat des BZgA berufen.

Der Wissenschaftliche Beirat berät das BZgA bei der Planung von Interventionen zur Prävention, Gesundheitsförderung und -kommunikation sowie bei der wissenschaftlichen Weiterentwicklung der BZgA und bei dem geplanten Übergang in ein neues Bundesinstitut.

Der neu berufene Wissenschaftliche Beirat wird sich in der ersten Sitzung im März 2023 konstituieren.

Weitere Informationen unter:

www.bzga.de/forschung/wissenschaftlicher-beirat

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

gabriele.bolte@uni-bremen.de

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

Ansgar Gerhardus als 1. Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Public Health (DGPH) wiedergewählt



© Harald Rehling
Prof. Dr. med. Ansgar Gerhardus

Prof. Dr. Ansgar Gerhardus, Leiter der Abteilung Versorgungsforschung am Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen wurde auf der Jahresmitgliederversammlung der Deutschen Gesellschaft für Public Health (DGPH) am 17.02.2022 als 1. Vorsitzender wiedergewählt. Prof. Hajo Zeeb wurde als 2. Vorsitzender gewählt, Sebastian Hinck

als geschäftsführendes Vorstandsmitglied sowie Prof. Thomas Altenhöner, PD Burkhard Gusy, Jacqueline Posselt und Prof. Dagmar Starke als Vorstandsmitglieder. Ausgeschieden sind Dr. Karin Geffert und Prof. Anja Dieterich. Neu hinzukommen sind dafür Prof. Starke und Prof. Zeeb.

Im Mittelpunkt der Jahrestagung der DGPH stand die Podiumsdiskussion mit Vertreter:innen der Regierungsfrakti-

onen zu den Public-Health-Strukturen in Deutschland und dem geplanten Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit. Die kommende Jahrestagung am 10. Februar 2023 steht unter dem Leitthema „Public Mental Health“.

Die 1997 gegründete Deutsche Gesellschaft für Public Health e.V. (DGPH) ist ein interdisziplinärer und multiprofessionaler Zusammenschluss von Institutionen, Organisationen und Fachgesellschaften mit Zuständigkeit und Verantwortung für Lehre, Forschung und Praxis im Bereich von Public Health / Gesundheitswissenschaften.

www.deutsche-gesellschaft-public-health.de

Prof. Dr. med. Ansgar Gerhardus, M.A., MPH,
Universität Bremen, Leiter der Abt. Versorgungsforschung –
Department for Health Services Research, Institut für Public Health
und Pflegeforschung (IPP), Fachbereich 11
ansgar.gerhardus@uni-bremen.de
www.ipp.uni-bremen.de/abteilungen/versorgungsforschung

Ansgar Gerhardus in Wissenschaftlichen Beirat des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) Österreichs berufen

Prof. Dr. Ansgar Gerhardus, Leiter der Abteilung Versorgungsforschung am Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen wurde im Juni 2022 in den Wissenschaftlichen Beirat zur Modernisierung des Öffentlichen Gesundheitsdiensts (ÖGD) in Österreich berufen.

In Österreich wird im Auftrag des BMSGPK und in Zusammenarbeit mit Vertretern der Bundesländer durch die Gesundheit Österreich GmbH seit Anfang 2022 an einem Projekt zur Modernisierung des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) gearbeitet. Im Rahmen dieser Arbeiten wurde im Juni 2022 durch das Bundesministerium und die Gesundheit Österreich GmbH ein Wissenschaftlicher Beirat eingerichtet, der die Arbeiten der inhaltlichen Arbeitsgruppe, der Arbeitsgruppe Recht und des zuständigen Len-

kungsausschuss in beratender Funktion unterstützen soll. Dieser Wissenschaftliche Beirat umfasst Expert:innen aus dem In- und Ausland und soll aus wissenschaftlicher Sicht den zukünftigen Modernisierungsprozess des ÖGD begleiten und weitere innovative Ansätze, u. a. zur Attraktivierung, für die so wichtige dritte Säule des Gesundheitswesens (neben Intramural und Extramural) diskutieren.

Prof. Dr. med. Ansgar Gerhardus, M.A., MPH,
Universität Bremen, Leiter der Abt. Versorgungsforschung –
Department for Health Services Research, Institut für Public Health
und Pflegeforschung (IPP), Fachbereich 11
ansgar.gerhardus@uni-bremen.de
www.ipp.uni-bremen.de/abteilungen/versorgungsforschung

Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann erneut in den Vorstand der Ethikkommission der Deutschen Gesellschaft für Pflege (DGP) gewählt



© Karin Wolf-Ostermann

Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann

Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann wurde am 05. April 2022 mit einer klaren Mehrheit erneut in den Vorstand der Ethikkommission der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. (DGP) gewählt. Die "Ethikkommission DG-Pflegewissenschaft e.V." wurde von der Sektion Ethik und dem Vorstand der DG-Pflegewissenschaft als eine pflegeeigene, bundesweit

agierende Ethikkommission gegründet. Sie versteht sich als ein pflegespezifischer Beitrag zum Spektrum bestehender Ethikkommissionen in Medizin, Psychologie, Soziologie, Erziehungswissenschaft sowie anderen wissenschaftlichen Disziplinen. Die Kommission ist zur ethischen Begutachtung von pflege- und gesundheitswissenschaftlichen Projekten gedacht, die zu den bereits vorhandenen Ethikkommissionen keinen Zugang haben oder deren Fragestellungen nicht in das übliche Verfahrensraster passen. In der "Ethikkommission DG-Pflegewissenschaft e.V." haben sich Exper-

ten und Expertinnen aus den Bereichen der Ethik und der Forschung unterschiedlicher Standorte und Fachrichtungen innerhalb der Pflege zusammengefunden. In Abstimmung und Zusammenarbeit mit der Sektion Ethik betreibt die Ethikkommission Öffentlichkeits- und Beratungsarbeit zur Sensibilisierung für ethische Aspekte in der Pflegeforschung. Außerdem entwickelt sie Informationsmaterialien und Broschüren und schult Multiplikator:innen.

Karin Wolf-Ostermann ist Professorin für Pflegewissenschaftliche Versorgungsforschung am Fachbereich 11 Human- und Gesundheitswissenschaft und Leiterin Abteilung für Pflegewissenschaftliche Versorgungsforschung am Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen.

Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann

Universität Bremen
 Fachbereich 11 Human- und Gesundheitswissenschaften
 Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP)
 Leiterin Abt. Pflegewissenschaftliche Versorgungsforschung
wolf-ostermann@uni-bremen.de
www.ipp.uni-bremen.de

Dr. Rehana Shrestha (IPP) in den Lenkungsausschuss der German Alliance for Global Health Research (GLORHA) gewählt



© Rehana Shrestha

Dr. Rehana Shrestha

Dr. Rehana Shrestha wurde aufgrund ihrer Expertise in Global Health in den GLORHA Lenkungsausschuss 2022-2024 gewählt. Sie ist eine wissenschaftliche Mitarbeiterin (Post-Doc) im Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Abteilung Sozialepidemiologie, der Universität Bremen im Projekt Leibniz ScienceCampus Digital Public Health

(LSC DiPH). 19 Expert:innen, die Biomedizin, Public Health, Sozial- und Geisteswissenschaften, Ingenieur- und andere Wissenschaften vertreten, wurden für einen Zeitraum von zwei Jahren gewählt. GLORHA – German Alliance for Global Health Research – beschäftigt sich mit der Stärkung der globalen Gesundheitsforschung durch inter- und transdisziplinäre und kollaborative globale Gesundheitsforschung.

GLORHA zielt darauf ab, die sektorenübergreifende Zusammenarbeit zu verbessern und die Zusammenarbeit zwischen Institutionen, Disziplinen, Sektoren und Ländern zu fördern, indem Forschende miteinander vernetzt, die nächste Generation von Forschenden unterstützt und Forschungsprojekte und wissenschaftliche Veranstaltungen finanziert werden.

Weitere Informationen:

<https://globalhealth.de>
www.ipp.uni-bremen.de/abteilungen/sozialepidemiologie/forschungsschwerpunkte

Dr. Rehana Shrestha

Universität Bremen
 Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP)
 Abteilung Sozialepidemiologie
 Leibniz ScienceCampus Digital Public Health
rehana@uni-bremen.de
www.ipp.uni-bremen.de/abteilungen/sozialepidemiologie

Jana Kaden als Teilnehmerin bei der Summer School der European Academy of Nursing Science (EANS)



© Baldauf&Baldauf

Jana Kaden

Die European Academy of Nursing Science (EANS) ist ein unabhängig organisiertes Netzwerk, das sich aus Einzelmitgliedern zusammensetzt, die durch Wissenschaft und Forschung einen bedeutenden Beitrag zum Fortschritt der Pflegewissenschaft in Europa geleistet haben. [1]

Im Rahmen des dreijährigen Programms der EANS Summer School erlernen Promotionsstudierende aus Europa Forschungsmethoden zur Entwicklung, Testung, Evaluation und Implementierung von komplexen Interventionen in der Pflege. Dabei haben sie die Möglichkeit mit Pflegewissenschaftler:innen aus über 20 europäischen Ländern zusammenzuarbeiten und sich zu vernetzen [2].

Die diesjährige Summer School fand vom 27. Juni bis 8. Juli 2022 an der Vilnius University in Vilnius, Litauen statt. Studierende aus 16 europäischen Ländern nahmen daran teil. Jana

Kaden erhielt als eine von zwei deutschen Studierenden nach dem Durchlaufen eines Auswahlverfahrens die Möglichkeit zur Teilnahme.

Jana Kaden ist wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Abteilung Pflegewissenschaftliche Evaluations- und Implementierungsforschung unter Leitung von Frau Prof. Dr. Birte Berger-Höger. In ihrem Promotionsvorhaben forscht sie zu kritischer Gesundheitskompetenz im Kontext von School Nursing.

Jana Kaden

Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung, Abt. Pflegewissenschaftliche Evaluations- und Implementierungsforschung

Jana.Kaden@uni-bremen.de

www.ipp.uni-bremen.de/abteilungen/pflegewissenschaftliche-evaluations-und-implementierungsforschung

Informationen:

[1] <https://european-academy-of-nursing-science.com>

[2] <https://european-academy-of-nursing-science.com/events/summer-schools>

Lehre & Studium

Solveig Lena Hansen wurde der Bremer Hochschulpreis für ausgezeichnete Lehre verliehen



© Matej Meza / Universität Bremen

PD Dr. Solveig Lena Hansen

Die Bremer Senatorin für Wissenschaft und Häfen, Dr. Claudia Schilling, verlieh am 2. November 2022 den Bremer Hochschulpreis für ausgezeichnete Lehre (Landeslehrpreis 2022) an die Bremer Gesundheitsethikerin PD Dr. Solveig Lena Hansen. Der Preis ist mit 15.000 Euro dotiert.

Das Projekt: Aufbau eines Curriculums Public Health Ethik in den Bremer Gesundheitswissenschaften

Der Preis wurde verliehen für den Wettbewerbsbeitrag „Aufbau eines Curriculums Public Health Ethik in den Bremer Gesundheitswissenschaften“. Prämiert wurde ein Lehrkonzept der Public Health Ethik, welches in vier Studiengänge einfließt: Den Bachelor Public Health/Gesundheitswissenschaften und die drei gesundheitswissenschaftlichen Masterstudiengänge: Public Health – Gesundheitsförderung und Prävention; Epidemiologie; sowie Public Health – Gesundheitsversorgung, Ökonomie und Management. Dabei wurde eine Vielzahl innovativer und kompetenzorientierter Lehr-Lern-Formate umgesetzt: Inverted Classroom, ethische Filmanalysen sowie Werkstätten für forschungsethische Fragen. Das neue Curriculum enthält sowohl

transfer- und skalierbare Themen, wie etwa Gesundheitsgerechtigkeit, gute wissenschaftliche Praxis, Einführung in Theorien und Themen der Public Health Ethik, Forschungsethik, als auch Themen, die Bremen als innovativen Hochschul-Standort stärken, etwa der konsekutive Schwerpunkt „Health Humanities“ im Bachelorstudiengang.

Die Preisträgerin:

PD Dr. Solveig Lena Hansen ist seit Oktober 2020 Lektorin für Ethik am Fachbereich 11, Universität Bremen. Sie ist Angehörige des Instituts für Public Health und Pflegeforschung am FB 11 und leitet dort die AG „Public Health Ethik und Health Humanities“.

Informationen zum Preis:

Der Preis wird für herausragende und innovative Leistungen in Lehre, Prüfung, Beratung und Betreuung von Studierenden an einer bremischen Hochschule verliehen und ist mit insgesamt 40.000 Euro dotiert. Das Land Bremen stellt einen 1. Preis mit 25.000 Euro und einen 2. Preis mit 15.000 Euro Preisgeld zur Verfügung. Die Ausschreibung für den 1. Preis richtet sich ausschließlich an Arbeitsgruppen bzw. Organisationseinheiten der vier staatlichen bremischen Hochschulen. Die Ausschreibung für den 2. Preis richtet sich

ausschließlich an Lehrende als Einzelpersonen. Die Lehrpreisträger:innen können die Preisgelder für dienstliche Zwecke frei verwenden.

Weitere Informationen:

www.wissenschaft-haefen.bremen.de/landeslehrpreis-53185
<https://up2date.uni-bremen.de/lehre-studium/gute-lehre-an-der-uni-post-docs-der-uni-bremen-erhalten-landeslehrpreis>

Sarah Batelka & Maria Bossauer

Redakteurinnen

Universität Bremen

Referat für Hochschulkommunikation und -marketing – KOMMA

up2date@uni-bremen.de

www.uni-bremen.de/universitaet/hochschulkommunikation-und-marketing

Kontakt:

Universität Bremen

Fachbereich 11

PD Dr. Solveig Hansen

Institut für Public Health und Pflegeforschung

sohansen@uni-bremen.de

<https://solveiglenahansen.de>

Veranstaltungen & Aktivitäten

Neue Reihe von Faktenblättern zu umweltbedingten gesundheitlichen Ungleichheiten in Europa

Als WHO-Kooperationszentrum unterstützt die Abteilung Sozialepidemiologie des IPP die Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit ihrer Expertise im Forschungsbereich soziale Ungleichheiten bei Umwelt und Gesundheit (Umweltgerechtigkeit). Dazu zählt insbesondere die Beobachtung des Ausmaßes, von räumlichen Mustern und zeitlichen Trends gesundheitsrelevanter umweltbezogener Ungleichheiten in Europa sowie die Entwicklung eines Konzeptes zur Abschätzung gesundheitlicher Folgen von sozial ungleich verteilten Umweltbelastungen und -ressourcen.

Sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen sind in Europa häufiger von gesundheitsschädlichen Umweltbelastungen und Wohnbedingungen betroffen. Um das Ausmaß dieser Ungleichheiten und zeitliche Trends innerhalb der 53 Länder der Europäischen Region der WHO zu dokumentieren, hat das Team der Abteilung Sozialepidemiologie europaweit Sozial- und Umweltdaten ausgewertet und gemeinsam mit dem WHO European Centre for Environment and Health (ECEH) ein neues Faktenblatt-Format entwickelt.

In einer internationalen Online-Veranstaltung stellte Prof. Gabriele Bolte am 16. Februar 2022 die ersten sieben der neuen Reihe von Faktenblättern zu umweltbedingten ge-



sundheitlichen Ungleichheiten vor. Bei diesen sieben Faktenblättern stehen Wohnverhältnisse und der Zugang zu Trinkwasser und Sanitärversorgung im Mittelpunkt. Die Faktenblätter fassen die wesentlichen Ergebnisse des Monitorings zusammen und geben Empfehlungen für Maßnahmen zur Verringerung der Belastungen. Die Ergebnisse zeigen, dass nach wie vor erhebliche soziale Unterschiede bestehen: Der fehlende Zugang zu einer Basisversorgung mit Trinkwasser, sanitären Einrichtungen und einer warmen, trockenen Wohnung ist für in Armut lebende Bevölkerungsgruppen in vielen Staaten in Europa ein Problem. Das zeitliche Monitoring zeigt, dass – auch wenn es in den vergangenen Jahren insgesamt zu Verbesserungen gekommen ist – vermeidbare soziale Unterschiede bestehen bleiben.

Weitere Vorträge bezogen sich auf Ansätze zur Verringerung sozialer Ungleichheiten in der Gesundheit (Prof. Sir Michael Marmot, London) und Gerechtigkeit beim Zugang zu Trinkwasser und sanitären Einrichtungen (Oliver Schmoll, WHO Regional Office for Europe).

Weitere Informationen:

Fact sheet series:

www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EU-RO-2022-4867-44630-63325

WHO Collaborating Centre for Environmental Health Inequalities am IPP:

www.uni-bremen.de/who-collaborating-centre-for-environmental-health-inequalities

Veranstaltung am 16.02.2022:

www.who.int/europe/news/item/16-02-2022-who-launches-fact-sheet-series-on-environmental-health-inequalities-in-europe

Prof. Dr. Gabriele Bolte, Dr. Gesa Czwikla, Dr. Stefanie Dreger, Pia Hasselder, Birgit Reineke

Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP)
Abt. Sozialepidemiologie & WHO Collaborating Centre for Environmental Health Inequalities
gabriele.bolte@uni-bremen.de
www.ipp.uni-bremen.de/abteilungen/sozialepidemiologie

Erstmals transdisziplinäre Autumn School „Gesunde und klimaresiliente Stadt(entwicklung)“ im Oktober 2022

Das komplexe Zusammenspiel von Klima-, Umwelt- und Gesundheitsfragen rückt immer mehr in den Fokus unterschiedlicher Fachbereiche. Die Auswirkungen der Klimakrise haben einen unmittelbaren Einfluss auf die Gesundheit und das Wohlergehen von Menschen. Um möglichst widerstands- und anpassungsfähige (resiliente), klimagerechte und gesundheitsfördernde Kommunen und Städte zu entwickeln und damit die Gesundheit aller dort lebender Bevölkerungsgruppen zu schützen und zu fördern, ist eine ressort- bzw. fachübergreifende Zusammenarbeit notwendig.

Das Ziel der einwöchigen Autumn School war es, bei Studierenden und Young Professionals unterschiedlicher Fachdisziplinen (wie Public Health, Soziales, Stadt- und Raumplanung, Umweltplanung) den Austausch und die Zusammenarbeit zu unterstützen. Die Teilnehmenden sollen als Fachkräfte und Entscheider:innen „von morgen“ frühzeitig für die Zusammenhänge zwischen Klimakrise, Umwelt, Gesundheit und Stadt- und Raumentwicklung sensibilisiert und fortgebildet werden. Die Autumn School hatte zum Ziel eine Vernetzung von Vertreter:innen verschiedener Fachdisziplinen sowie die Zusammenführung der Perspektiven aus Wissenschaft und Praxis in gemeinsamer, transdisziplinärer Arbeit zu fördern.

Die Autumn School wurde von der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. (LVG & AFS) gemeinsam mit der Akademie für Raumentwicklung in der Leibniz-Gemeinschaft (ARL) und

dem Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) ausgerichtet und von der Deutschen Gesellschaft für Public Health (DGPH) unterstützt. Sie fand vom 10.–14.10.2022 in Hannover statt.

Prof. Dr. Gabriele Bolte und Prof. Dr.-Ing. Sabine Baumgart haben an der Programmkonzeption wesentlich mitgearbeitet und waren Referentinnen der Autumn School. Prof. Dr. Gabriele Bolte leitet die Abteilung Sozialepidemiologie des IPP und forscht zu gesundheitsfördernder Stadtentwicklung und Umweltgerechtigkeit. Prof. Dr.-Ing. Sabine Baumgart ist Präsidentin der ARL – Akademie für Raumentwicklung in der Leibniz-Gemeinschaft und assoziiertes Mitglied der Abteilung Sozialepidemiologie des IPP.

Weitere Informationen:

www.gesundheit-nds.de/veranstaltungen/autumn-school

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
gabriele.bolte@uni-bremen.de
www.ipp.uni-bremen.de/abteilungen/sozialepidemiologie

Digitale Arbeitshilfe zu Konzepten und Methoden einer geschlechtersensiblen Gesundheitsforschung und Gesundheitsberichterstattung veröffentlicht

Abschluss Symposium und neue Webseite des Forschungsverbundes AdvanceGender

Am 9. Dezember 2022 fand in Brandenburg an der Havel das internationale Abschluss Symposium des Forschungsverbundes AdvanceGender in einem hybriden Format statt, das vom Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen, dem Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Medizinischen Hochschule Brandenburg Theodor Fontane und dem Robert Koch-Institut durchgeführt wurde.

In AdvanceGender wurden zwischen 2017 und 2022 Methoden für eine geschlechtersensible Gesundheitsforschung und Gesundheitsberichterstattung entwickelt, die im Rahmen des Symposiums vorgestellt und diskutiert wurden.

Die beteiligten Institutionen stellten auf der Veranstaltung außerdem die Webseite <https://advancegender.info> vor, auf der die entwickelten Methoden und Tools frei zugänglich sind. Die Internetseite richtet sich an das Fachpublikum sowie an Studierende der Gesundheitswissenschaften, Gesundheitsberichterstattung, Medizin und Sozialwissenschaften.

Um neue Ansätze für eine geschlechtersensible Forschung und Gesundheitsberichterstattung zu ermöglichen, wurden in AdvanceGender beispielsweise neue Methoden für die statistische Datenanalyse entwickelt. „Bei der statistischen Analyse der Daten aus epidemiologischen Gesundheitsstudien steht die Wissenschaft aktuell vor der Herausforderung, geschlechtertheoretische und intersektionalitäts-informierte Konzepte angemessen zu integrieren. Mit unserer Forschung konnten wir zeigen, welchen Mehrwert geschlechtersensible und intersektionalitäts-informierte Datenanalysestrategien für die Gesundheitsberichterstattung haben können.“, so Prof. Dr. Gabriele Bolte, IPP der Universität Bremen, Leiterin des Teilprojekts AdvanceDataAnalysis.

Zu den Ergebnissen des Projekts AdvanceGender gehören unter anderem Lösungsansätze für die Beschreibung von Studienteilnahme, für die Interpretation von Forschungsergebnissen und für die Planung von Gesundheitsberichten.

Der Forschungsverbund wurde vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert.



Prof. Gabriele Bolte

Weitere Informationen:

<https://advancegender.info>

Projekt AdvanceDataAnalysis am IPP der Universität Bremen:

www.ipp.uni-bremen.de/abteilungen/sozialepidemiologie/projekte/abgeschlossene-projekte/?proj=725&page=1

Prof. Dr. Gabriele Bolte

Institut für Public Health und Pflegeforschung IPP

Abteilung Sozialepidemiologie

gabriele.bolte@uni-bremen.de

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



Prof. Christine Holmberg (Medizinische Hochschule Brandenburg Theodor Fontane), Prof. Anne Hammarström (Karolinska Institut, Stockholm, Schweden), Prof. Olena Hankivsky (Simon Fraser University, Vancouver, Kanada), Prof. Alan White (Leeds Beckett University, United Kingdom) und Prof. Gabriele Bolte (IPP, Universität Bremen) bei der Diskussion der nächsten Schritte für eine geschlechtersensible und intersektionale Gesundheitsforschung.

Onlinefachtagung „Das Beste aus zwei Welten“ – mit der CARO App Präsenzunterricht mit digitalen Formaten verbinden

Der bevorstehende Abschluss des BMBF-geförderten Projekts Care Reflection Online (CARO) für die Fachweiterbildung Onkologische Pflege (CAROplusONKO) (Laufzeit 2019-2022) war der Anlass für die Durchführung einer Onlinefachtagung am 20. Und 21. September 2022. In dem Projekt CAROplusONKO wurde die zuvor im Projekt CAre Reflection Online (CARO) (Laufzeit 2016-2019) entwickelte Anwendung technisch weiterentwickelt und um digital unterstützte Lernsituationen zur Förderung der kommunikativen Kompetenz in der Fachweiterbildung Onkologische Pflege angereichert. Im Rahmen der Fachtagung konnten die Teilnehmenden in praxisorientierten Workshops CARO aus der Lernendenperspektive kennenlernen oder in der Lehrendenrolle unter Nutzung von im Projekt Caroplus-Onko entwickelten Materialien selbst einen Unterricht anlegen. Nach einem Vortrag zur Implementation der CARO – Anwendung in Bildungseinrichtungen haben dann am späten Nachmittag des ersten Tags zwei Kolleg:innen der Schule für Pflegeberufe der Bremer Heimstiftung, Standort Ost, über ihre Erfahrungen mit der CARO – Anwendung berichtet. Am zweiten Tagungstag lag der Fokus

stärker auf den theoretischen Hintergründen der App. Prof. Dr. Isa Jahnke (TU Nürnberg), eine der führenden Mediendaktiker:innen Deutschlands, hielt einen inspirierenden Vortrag über Design von und Forschung zu digitalen Lernumgebungen. Den Abschluss der Tagung bildete eine interaktive Talkrunde zum digitalen Lernen in der beruflichen Aus- und Weiterbildung. Dass sowohl die Tagung als auch die CARO – Anwendung bei den Teilnehmenden auf sehr positive Resonanz stieß, zeigen die Rückmeldungen auf dem Evaluationsboard (s. Abb.) und die Anfragen für einen CARO Account.

Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck
Universität Bremen
Dekanin Fachbereich 11 Human- und Gesundheitswissenschaften
Leiterin der Abteilung Qualifikations- und Curriculumforschung am Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen.
darmann@uni-bremen.de
www.ipp.uni-bremen.de

The evaluation board is a grid of text boxes with titles and content, organized into columns. The titles include 'Fragen für die interaktive Talkrunde', 'Das nehme ich aus der Fachtagung', 'Dieser Programmpunkt hat mir besonders gut gefallen', and 'Das hätte ich mir für die Fachtagung noch gewünscht'. The content covers various aspects of the workshop, such as 'Theorie-Praxistransfer', 'Nutzung mit NaKomm', 'VR-/AR- und KI-Diskussion', 'Verknüpfung mit NaKomm', 'Zusammenarbeit mit EasySoft', 'Fazit', 'Ausprobieren', 'Vorfreude', 'Neue Möglichkeiten', 'Austausch ist wichtig', '20.09.2022', 'Fragen', 'praktisches Ausprobieren', 'Anwendung', 'Die Praktische Anwendung', 'praktische Anwendung', 'Anwendung der verschiedenen Inhalte der CaroApp', 'Präsenz', 'Nächste Präsenzphase', 'Inhalte erstellen', and 'Ich hätte mir gewünscht ein Mal die genaue Lernende-Sicht zu erleben...'.

Aktuelle Publikationen in Journals mit Peer-Review

Die nachfolgende Liste zeigt eine Auswahl aktueller Publikationen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des IPP in Journals im Zeitraum Januar 2022 – Januar 2023

Albrecht, B.; Stalling, I.; Föttinger, L.; Recke, C.; Bammann, K., 2022: Adherence to Lifestyle Recommendations for Bone Health in Older Adults with and without Osteoporosis: Cross-Sectional Results of the OUTDOOR ACTIVE Study, in: *Nutrients*, 14 (12), S. 2463, doi:10.3390/nu14122463

Albrecht, B.; Flaßkamp, F.; Koster, A.; Eskofier, B.; **Bammann, K.**, 2022: Cross-sectional survey on researchers' experience in using accelerometers in health-related studies, in: *BMJ Open Sport & Exercise Medicine*, 8, S. e001286, doi:10.1136/bmjsem-2021-001286

Berger-Höger, B.; Vitinius, F.; Fischer, H.; Beifus, K.; Köberlein-Neu, J.; Isselhard, A.; Töpfer, M.; Wiedemann, R.; Rhiem, K.; Schmutzler, R.; Stock, S.; Steckelberg, A., 2022: Nurse-led decision coaching by specialized nurses for healthy BRCA1/2 gene mutation carriers – adaptation and pilot testing of a curriculum for nurses: a qualitative study, in: *BMC Nursing*, 21 (42), doi:10.1186/s12912-022-00810-8

Brinken, L.; Ferguson, S.; Buscot, M.; **Schüz, B.**; Maynard, O.; Schüz, N., 2022: A Pilot Randomised Trial Investigating the Effects of Including Efficacy Messaging on Tobacco Warning Labels, in: *Nicotine & Tobacco Research*, 229 (XX), S. 1–8, doi:10.1093/ntr/ntac229

Brüchert, T.; Quentin, P.; **Bolte, G.**, 2022: The relationship between perceived built environment and cycling or e-biking for transport among older adults – a cross-sectional study, in: *PLOS ONE* 2022, 17(5): e0267314, doi:10.1371/journal.pone.0267314

Czwikla, J.; **Schmidt, A.**; **Schulz, M.**; **Gerhardus, A.**; **Schmiemann, G.**; **Wolf-Ostermann, K.**; **Gand, D.**; **Friedrich, A.**; Hoffmann, F.; Rothgang, H., 2022: Contacts with general practitioners, dentists, and medical specialists among nursing home residents: a cross-sectional study in 44 German nursing homes, in: *BMC Health Service Research*, 22/35, doi:10.1186/s12913-021-07429-6, 06.01.2022, Link

Dandolo, L.; **Hartig, C.**; **Telkmann, K.**; **Horstmann, S.**; Schwettmann, L.; Selsam, P.; Schneider, A.; **Bolte, G.**; on behalf of the INGER Study Group, 2022: Decision tree analyses to explore the relevance of multiple sex/gender dimensions for the exposure to green spaces: results from the KORA INGER study, in: *Int J Environ Res Public Health* 2022, 19(12): 7476, doi:10.3390/ijerph19127476, 18.06.2022

De Salas, K.; Scott, P.; **Schüz, B.**; Norris, K., 2022: The super wicked problem of ocean health: a socio-ecological and behavioural perspective, in: *Royal Society*, 377 (1854), doi:10.1098/rstb.2021.0271, 16.05.2022

Domhoff, D.; **Seibert, K.**; **Stiefler, S.**; **Wolf-Ostermann, K.**; **Peschke, D.**, 2022: Associations between quality of care in informal provider networks and nursing home admissions in Germany: results of a retrospective cohort study using German health claims data, in: *Applied Network Science*, 7 (25), doi:10.1007/s41109-022-00462-2, 04.05.2022, Link (Stand: 17.05.2022)

Flacke, J.; Maharjan, B.; **Shrestha, R.**; Martinez, J., 2022: Environmental Inequalities in Kathmandu, Nepal—Household Perceptions of Changes Between 2013 and 2021, in: *Front. Sustain. Cities*, 4, doi:10.3389/frsc.2022.835534

Föttinger, L.; **Albrecht, B.**; Altgeld, T.; Gansefort, D.; **Recke, C.**; **Stalling, I.**; **Bammann, K.**, 2022: The Role of Community-Based Men's Sheds in Health Promotion for Older Men: A Mixed-Methods Systematic Review, in: *American Journal of Men's Health*, 16 (2), S. 155798832210844, doi:10.1177/15579883221084490

Hartig, C.; **Bolte, G.**; Jöckel, K.; Moebus, S.; Riedel, N., 2022: Neighbourhood socio-economic status and positive affectivity among older residents in Germany: a cross-sectional analysis with data from the Heinz Nixdorf Recall Study, in: *BMC Geriatrics* 2022, 22: 891, doi:10.1186/s12877-022-03459-9

Hasselder, P.; **Brüchert, T.**; **Baumgart, S.**; **Bolte, G.**, 2022: Destinations fostering older adults' walking for transport. A cross-sectional study from Germany, in: *BMC Geriatrics* 2022, 22: 219, doi:10.1186/s12877-022-02896-w

Hoel, V.; **Seibert, K.**; **Domhoff, D.**; Preuss, B.; Heinze, F.; Rothgang, H.; **Wolf-Ostermann, K.**, 2022: Social Health among German Nursing Home Residents with Dementia during the COVID-19 Pandemic, and the Role of Technology to Promote Social Participation, in: *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19 (4), doi:10.3390/ijerph19041956, 10.02.2022, Link (Stand: 10.02.2022)

Horstmann, S.; Schmechel, C.; Palm, K.; Oertelt-Prigione, S.; **Bolte, G.**, 2022: The operationalisation of sex and gender in quantitative health-related research: a scoping review, in: *Int J Environ Res Public Health* 2022, 19(12): 7493, doi:10.3390/ijerph19127493, 18.06.2022

Isselhard, A.; Lautz, Z.; Töpfer, M.; Rhiem, K.; Vitinius, F.; Schmutzler, R.; Fischer, H.; **Berger-Höger, B.**; Steckelberg, A.; Beifus, K.; Köberlein-Neu, J.; Stock, S., 2023: Coping Self-Efficacy and Its Relationship with Psychological Morbidity after Genetic Test Result Disclosure: Results from Cancer-Unaffected BRCA1/2 Mutation Carriers, in: *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20 (3), S. 1684, doi:10.3390/ijerph20031684

Jilani, H.; Intemann, T.; Buchecker, K.; Charalambos, H.; Gianfagna, F.; De Henauw, S.; Lauria, F.; Molnar, D.; Moreno, L.; Lisser, L.; Pala, V.; Siani, A.; Veidebaum, T.; Ahrens, W.; Hebestreit, A., 2022: Correlates of bitter, sweet, salty and umami taste sensitivity in European children: Role of sex, age and weight status – The IDEFICS study, in: *Appetite* (175), doi:doi.org/10.1016/j.appet.2022.106088, 18.05.2022, Link (Stand: 31.05.2022)

Maaß, L.; **Pan, C.**; Freye, M., 2022: Mapping Digital Public Health Interventions Among Existing Digital Technologies and Internet-Based Interventions to Maintain and Improve Population Health in Practice: Protocol for a Scoping Review, in: *JMIR Res Protocols*, 11(3):e33404, S. 1–11, doi:10.2196/33404, 31.03.2022, Link (Stand: 27.04.2022)

Mena, E.; **Stahlmann, K.**; **Telkmann, K.**; **Bolte, G.**, 2023: Intersectionality-informed sex/gender-sensitivity in Public Health Monitoring and Reporting (PHMR): A case study assessing stratification on an "Intersectional

Gender-Score”, in: Int J Environ Res Public Health, 20, 2220, doi:10.3390/ijerph20032220

Meshkovska, B.; Scheller, D.; Wendt, J.; **Jilani, H.**; Scheidmeir, M.; Stratil, J.; Lien, N., 2022: Barriers and facilitators to implementation of direct fruit and vegetables provision interventions in kindergartens and schools: a qualitative systematic review applying the consolidated framework for implementation research (CFIR), in: International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 2022/1 (19), doi:10.1186/s12966-022-012, 31.01.2022, Link (Stand: 14.02.2022)

Meyerhof, H.; **Jones, C.**; **Schüz, B.**, 2022: Intra-individual trajectories of subjectively prioritizing health over other life domains, in: Applied Psychology: Health and Well-Being, 2022, S. 1 – 16, doi:10.1111/aphw.12368, 17.05.2022

Samkange-Zeeb, F.; **Singh, H.**; Lakeberg, M.; **Kolschen, J.**; **Schüz, B.**; Christianson, L.; De Santis, K.; Brand, T.; Zeeb, P., 2022: Health Literacy Needs Among Unemployed Persons: Collating Evidence Through Triangulation of Interview and Scoping Review Data, in: Frontiers in Public Health, doi:10.3389/fpubh.2022.798797, 22.02.2022

Schmacke, N., 2022: Woher kommt Deutschlands Scheu vor Kosten-Nutzen-Bewertungen im Gesundheitswesen? / Where does Germany's aversion to cost-benefit assessments in health care come from?, in: ZEFQ, doi:doi.org/10.1016/j.zefq.2022.02.003, 20.04.2022, Download PDF

Seibert, K.; **Stiefler, S.**; **Domhoff, D.**; **Wolf-Ostermann, K.**; **Peschke, D.**, 2022: The influence of primary care quality on nursing home admissions in a multitorbid population with and without dementia in Germany: a retrospective cohort study using health insurance claims data, in: BMC Geriatrics, 22 (52), doi:10.1186/s12877-021-02731-8, 14.01.2022, Link (Stand: 10.02.2022)

Shrestha, R.; **Telkmann, K.**; **Schüz, B.**; **Koju, P.**; **Shrestha, R.**; **Karmacharya, A.**; **Bolte, G.**, 2022: Measuring environmental justice in real time: A pilot study using digital participatory method in the Global South-Nepal, in: International Journal of Environmental Research and Public Health 2022, 19 (8), 4752, doi:10.3390/ijerph19084752, 14.04.2022

Stahlmann, K.; **Mena, E.**; Kuhnert, R.; Conrad, A.; **Bolte, G.**, 2022: Social inequalities in the association between social infrastructure and mental health: an observational cross-sectional analysis of children and adolescents in Germany, in: Int J Environ Res Public Health 2022, 19(11): 6760, doi:10.3390/ijerph19116760 (Stand: 01.06.2022)

Stalling, I.; **Albrecht, B.**; **Föttinger, L.**; **Recke, C.**; **Bammann, K.**, 2022: Associations between socioeconomic status and physical activity among older adults: cross-sectional results from the OUTDOOR ACTIVE study, in: BMC Geriatrics, 22 (1), S. 396, doi:10.1186/s12877-022-03075-7

Stalling, I.; **Albrecht, B.**; **Föttinger, L.**; **Recke, C.**; **Bammann, K.**, 2022: Meal Patterns of Older Adults: Results from the OUTDOOR ACTIVE Study, in: Nutrients, 14 (14), S. 2784, doi:10.3390/nu14142784

Stiefler, S.; **Seibert, K.**; **Domhoff, D.**; **Wolf-Ostermann, K.**; **Peschke, D.**, 2022: Prädiktoren für den Eintritt in ein Pflegeheim bei bestehender Pflegebedürftigkeit – Eine Sekundärdatenanalyse im Längsschnittdesign., in: Das Gesundheitswesen, 84 (2), S. 139 – 153, doi:10.1055/a-1276-0525, 01.04.2021

Witzke, T.; Stojanov, A.; Ristau, J.; **Berger-Höger, B.**; Lindhardt, C.; Balzer, K.; Rahn, A., 2023: Specialised nursing tasks in cancer care and their effects – An umbrella review, in: Pflege, 35 (6), S. 1 – 11, doi:10.1024/1012-5302/a000927

Wolf, F.; Krause, M.; Gágyor, I.; **Schmiemann, G.**; Bleidorn, J., 2022: Sind Arzneimittelstudien in der Hausarztpraxis durchführbar? – Ergebnisse einer Befragung von Prüfärzt*innen und Medizinischen Fachangestellten, in: ZEFQ, doi:10.1016/j.zefq.2021.11.0, 07.02.2022, Link (Stand: 22.03.2022)

Zeeb, P.; Wienert, J.; Jahnel, T.; **Shrestha, R.**, 2022: Editorial: Implementation of Evidence-Based Digital Health Interventions to Support Public Health, in: Front. Public Health, doi:10.3389/fpubh.2022.913150, 09.05.2022

Zhuang, S.; **Bolte, G.**; Lakes, T., 2022: Exploring environmental health inequalities: A scientometric analysis of global research trends (1970 – 2020), in: Int J Environ Res Public Health, 19(12): 7394, doi:10.3390/ijerph19127394, 16.06.2022

Impressum

IPP-Info, Ausgabe 19, 17. Jahrgang

ISSN 1864-4074 (Printausgabe)

ISSN 1864-452X (Internetausgabe)

Herausgebende: Direktorium des Instituts für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen: Prof. Dr. Gabriele Bolte (Geschäftsführende Direktorin), Prof. Dr. Birte Berger-Höger, Prof. Dr. Benjamin Schüz.

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, hmertes@uni-bremen.de, www.ipp.uni-bremen.de

Redaktion: Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann, Heike Mertesacker MPH.

Beiträge: Sarah Batelka, Prof. Dr.-Ing. Sabine Baumgart, Prof. Dr. Birte Berger-Höger, Lea Bergmann, Prof. Dr. Gabriele Bolte MPH, Maria Bossauer, Dr. Tanja Brüchert, Dr. Gesa Czwikla, Dr. Lisa Dandolo, Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck, Hans-Henrik Dassow, Dominik Domhoff MA, Dr. Stefanie Dreger, Ellen Dunker, Prof. Dr. Ansgar Gerhardus, Prof. Dr. Stefan Görres, Angelique Hallmann BA, Dr. Jacqueline Hamilton, PD Dr. Solveig Hansen, Fiona Harms, Christina Hartig MSc, Pia Hasselder Msc, Ricarda Höfner-Landgrebe, Dr. Thomas Hehlmann, Sophie Horstmann MSc, Dr. Tina Jahnel PhD, Christopher Jones, Jana Kaden MPH, Mattis Keil, Kai Knapp, Lydia Klose, Prof. Dr. Heike Köckler, Pascal Hinrichs M.Sc., Emily Mena M.A., Heike Mertesacker MPH, Janine Moser, Sebastian Partsch, Neli Perchemlieva, Dr. Paula Quentin, Birgit Reinecke, Dr. Sophie Rubschieit, Christina Selzer, PD Dr. Guido Schmiemann, Dr.-Ing. Julita Skodra, Lisa Schumski M.A. PH, Prof. Dr. Benjamin Schüz, Dr. Kathrin Seibert MSc, Sadichcha Shrestha, Dr. Rehana Shrestha, Dr. Julita Skodra, Katharina Stahlmann MSc, Dr. P.H. Susanne Stiefler, Dr. Klaus Telkmann, Dr. Dr. Monika Urban, Dr. Martina Wachtlin, Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann, Prof. Dr. Hajo Zeeb

Redaktionsschluss der vorliegenden Ausgabe: 01.12.2022

Auflage: 700

Gestaltung: Katharina Mahlert, Uni Druckerei

Bildnachweis:

Titel: © metamorworks – stock.adobe.com

Erscheinungsweise: 1x jährlich

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

Bestelladresse Printausgabe: Neli Perchemlieva, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Universität Bremen, Fachbereich 11, Grazer Straße 4, 28359 Bremen, **Tel.:** (+49) 0421 218 – 68880, 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