

IM FOKUS

Gesundheit im urbanen Raum

Aktuelle Themen und Perspektiven für eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung

INHALT

Schwerpunktthema | Seite 2

Projekte am IPP | Seite 16

Publikationen | Seite 19

Neues aus den Studiengängen | Seite 20

Qualifikationsarbeiten | Seite 21

Aktuelles | Seite 24, 27

Personalien | Seite 25

Internationales | Seite 26

Veranstaltungen | Seite 27

Impressum | Seite 28

Editorial

Weltweit nimmt die Urbanisierung zu: Inzwischen lebt mehr als die Hälfte der Weltbevölkerung in Städten, in Europa sind es deutlich mehr als 70% der Bevölkerung (WHO, 2010a). Aufgrund dieser Entwicklung hat sich »Urban Health« als neues Forschungsfeld etabliert, in dem der Einfluss der städtischen Umwelt auf die Gesundheit untersucht wird (Vlahov & Galea, 2003; Galea & Vlahov, 2005a; Heaton et al., 2010; Brauer & Hystad, 2014). Die weiter voranschreitende Urbanisierung und die damit verbundenen Risiken, aber auch Chancen für Gesundheit waren der Anlass für den Weltgesundheitstag 2010 »1000 Cities, 1000 Lives« (WHO, 2010b).

Als Schlüsselbereiche der Urban-Health-Forschung werden die gebaute Wohnumwelt, die soziale Umwelt sowie der Zugang zu Versorgungsstrukturen angesehen (Galea & Vlahov, 2005a; Lopez, 2012). Mit dem »spatial turn« (Andrews et al., 2012: 1925) in der gesundheitswissenschaftlichen Forschung begann die Diskussion, wie Effekte des Raumes auf die Gesundheit konzeptualisiert und gemessen werden können (Macintyre et al., 2002). Als Merkmale des Raumes werden z.B.

Eigenschaften der gebauten Umwelt und des sozialen Kontextes im Sinne der Zusammensetzung der Wohnbevölkerung sowie Interaktionen dieser Merkmale mit den Individuen analysiert. Kontextuelle und kompositionelle Effekte auf Gesundheit sind in den Analysen nicht strikt zu trennen (Cummins et al., 2007).

In der Urban-Health-Forschung geht es nicht nur in einer pathogenetischen Sicht um gesundheits-schädigende Auswirkungen von Expositionen im Sinne von Risikofaktoren im städtischen Lebensumfeld, sondern auch in einer salutogenetischen Sicht um Ressourcen in der Umwelt, die gesundheitsfördernd und -erhaltend wirken können. Ein Beispiel hierfür sind zugängliche Grünflächen mit einer hohen Aufenthaltsqualität. Dementsprechend werden die physische und die psychische Gesundheit einschließlich des subjektiven Wohlbefindens (Cooper et al., 2014) untersucht. Hinzu kommt die Analyse des Einflusses der gebauten Wohnumwelt auf gesundheitsrelevantes Verhalten wie beispielsweise körperliche Aktivität (Frumkin et al., 2004). Dies macht deutlich, dass die Forschung nicht auf einzelne Umweltfaktoren beschränkt wird, sondern

dass Städte als komplexe Systeme untersucht werden (Galea & Vlahov, 2005b). Armut konzentriert sich häufig in Städten, daher sind Fragen der sozialen Ungleichheit bei den Lebensbedingungen in Städten zentral (WHO, 2010a). Die Forschung zu Umweltgerechtigkeit bzw. zu Chancengleichheit bei Umwelt und Gesundheit greift diese Fragen gezielt auf (Northridge et al., 2003; Brulle & Pellow, 2006; Bolte et al., 2012).

Die Fachartikel zu dem Schwerpunktthema »Gesundheit im urbanen Raum« dieser Ausgabe des IPP-Info beziehen sich auf eine Vielzahl der relevanten Aspekte: Es werden die gesundheitlichen Risiken durch Lärm, Luftschadstoffe und Hitze ebenso angesprochen wie die gesundheitsfördernden Potenziale von urbanen Grünräumen, Gewässern und einer bewegungsfreundlichen Nachbarschaft. In Städten als komplexen Systemen sind Wechselbeziehungen zwischen gebauter und sozialer Wohnumwelt sowie Mehrfachbelastungen von besonderer Bedeutung. Ein Beispiel für ein neues, in seiner gesundheitlichen Bedeutung noch unzureichend untersuchtes Phänomen ist die so-

→ Fortsetzung auf Seite 2

SCHWERPUNKTTHEMA

Lärm im städtischen Raum

Welche Gesundheitswirkungen gibt es und was kann dagegen getan werden?

Umweltlärm betrifft weite Teile der Bevölkerung gerade in Städten. Zu Umweltlärm bzw. Umgebungslärm zählen nach der EU-Umgebungslärmrichtlinie (2002) unerwünschte oder gesundheitsschädliche Geräusche im Freien, die durch Aktivitäten von Menschen verursacht werden. Die wichtigste Quelle sowohl für die objektive Lärmbelastung als auch für die subjektive Lärmbelästigung ist hierbei der Straßenverkehrslärm (Kohlhuber & Bolte, 2011). Die Lärmbelastung durch Straßenverkehr ist mittlerweile ein bedeutendes Public-Health-Problem, umso dringender sind politische Lösungen gefragt (Passchier-Vermeer & Passchier, 2000; Basner et al., 2014).

Ausmaß der Lärmexposition

Die objektive Lärmbelastung wird gemäß der EU-Umgebungslärmrichtlinie in städtischen Ballungsräumen mittels Kartierung und Modellierung erfasst. Auf Basis dieser Daten wird aktuell

geschätzt, dass ungefähr die Hälfte der Wohnbevölkerung in Deutschland durch Straßenverkehrslärm mit Mittelungspegeln von mindestens 55 dB(A) tagsüber bzw. 45 dB(A) nachts belastet wird (Umweltbundesamt, 2014). Diese modellierte Lärmbelastung erfasst aber nicht ausreichend alle Aspekte einer Lärmbelastung wie z.B. einzelne Lärmspitzen und berücksichtigt nicht Effektmoderierende individuelle und situative Faktoren. Daher ist auch das Ausmaß der subjektiven Lärmbelästigung für die Beurteilung der gesundheitlichen Wirkungen relevant. In Deutschland gaben 6% der Teilnehmenden einer repräsentativen Befragung im Jahr 2012 an, sich stark durch Straßenverkehrslärm im eigenen Wohnumfeld gestört oder belästigt zu fühlen. Weitere 20% fühlten sich mittelmäßig belästigt (BMU & UBA, 2013).

Gesundheitliche Wirkungen von Umweltlärm

Umweltlärm hat bei dauerhafter Belastung oder

hohen Lärmpegeln vielfältige gesundheitliche Wirkungen. Sie reichen von Beeinträchtigungen des Wohlbefindens und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, Einschränkungen kognitiver Leistungen bis hin zu Schlafstörungen, Bluthochdruck und Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Passchier-Vermeer & Passchier, 2000; Kohlhuber & Bolte, 2011; Basner et al., 2014). Beispielsweise konnte in einer Metaanalyse epidemiologischer Studien eine Dosis-Wirkungsbeziehung zwischen einer Straßenverkehrslärmbelastung und dem Auftreten von ischämischen Herzkrankheiten gezeigt werden (Babisch, 2014). Die kardiovaskulären Effekte von Lärm werden unabhängig von Luftschadstoffeffekten (vgl. den Beitrag von Schneider et al. in diesem Heft) beobachtet (Sorensen et al., 2012; Correia et al., 2013; Babisch et al., 2014). Der potentielle Wirkmechanismus wird im sogenannten Lärm-Stress-Modell beschrieben (Babisch et al., 2001). Demnach kann Lärm im Rahmen einer Stressreaktion zu einer Beeinflussung des autonomen Nervensystems (Kraus et al., 2013) und zur Ausschüttung von Stresshormonen wie Adrenalin, Noradrenalin und Cortisol (Babisch, 2003) führen. Diese Veränderungen wiederum können auf Dauer ein Risikofaktor für kardiale Ereignisse sein. Ferner wird diskutiert, ob Lärm auch über stressbezogene

→ Fortsetzung von Seite 1

nannte Lichtverschmutzung mit einer Entkopplung vom natürlichen Tag-Nacht-Rhythmus durch künstliche Beleuchtung.

Die Beiträge zum Schwerpunktthema bleiben nicht bei der Beschreibung von Gesundheitsrisiken und -ressourcen im urbanen Raum stehen, sondern zeigen Perspektiven für eine gesundheitsschützende und -fördernde Stadtentwicklung auf. Hier angesprochene Ansätze zum Gesundheitsschutz bzw. für Gesundheitsförderung sind Aktionspläne zur Lärminderung, Umweltzonen zur Verringerung der Luftschadstoffbelastung, Hitzewarnsysteme und bauliche Maßnahmen zur Gestaltung von Erholungsräumen und bewegungsfreundlicher Wohnumwelten. Aus Public-Health-Sicht sind Teilhabechancen bei umweltpolitisch relevanten Entscheidungsprozessen im Sinne umweltbezogener Verfahrensgerechtigkeit ebenso wesentlich wie Strategien mit einem Beziehungsraumkonzept bei der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung.

Offensichtlich ist eine enge Kooperation von Stadtplanung und Public Health essenziell, um Gesundheitsförderungsstrategien im urbanen

Raum zu entwickeln und umzusetzen. Gerade vor dem Hintergrund sozialer Ungleichheiten bei Gesundheit wurde diese Kooperation in der letzten Zeit zunehmend eingefordert, international (CSDH, 2008; Rydin et al., 2012; WHO, 2013; Corburn, 2013) und in Deutschland (Böhme et al., 2012; Bolte et al., 2012). Integrierte Programme mit Gesundheits- und Umweltbezug wie das Gesunde-Städte-Netzwerk, Aktionspläne für Umwelt und Gesundheit oder das Programm »Soziale Stadt« bieten hierfür erste Anknüpfungspunkte (Fehr et al., 2005; ARL, 2014). Auch die Spitzenverbände der Kommunen und Krankenkassen haben jüngst in einer gemeinsamen Erklärung empfohlen, die Kooperation zwischen Städten und Krankenkassen zu intensivieren für eine gesundheitsfördernde Ausgestaltung von Lebensräumen im Sinne von Primärprävention und Gesundheitsförderung (Deutscher Städtetag, 2013).

In dem Förderschwerpunkt »Stadt der Zukunft: Gesunde, nachhaltige Metropolen« unterstützt die Fritz und Hildegard Berg-Stiftung derzeit drei Forschungsgruppen, die sich mit interdisziplinären und praxisorientierten Ansätzen zur gesunden, nachhaltigen Entwicklung urbaner Räume auseinandersetzen. In dieser Ausgabe des IPP-Info

ist ein Beitrag der Junior-Forschungsgruppe »StadtLandschaft & Gesundheit« zu finden. In der Junior-Forschungsgruppe Salus (»Stadt als gesunder Lebensort unabhängig von sozialer Ungleichheit«) (Köckler et al., 2014) kooperiert derzeit das Institut für Public Health und Pflegeforschung mit der TU Dortmund, der University Twente und der Hochschule Fulda (vgl. Beitrag in der letzten Ausgabe, IPP-Info 11). Diese Kooperation zwischen den Fachdisziplinen Public Health / Sozialepidemiologie und Raumplanung und der am Institut für Public Health und Pflegeforschung 2013 neu entstandene Forschungsschwerpunkt zu Chancengleichheit bei Umwelt und Gesundheit / Umweltgerechtigkeit sind der Anlass, mit dem Schwerpunktthema »Gesundheit im urbanen Raum« einen Einblick in aktuelle Forschungsansätze und Interventionsstrategien zu geben.

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

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



Mechanismen einen Einfluss auf die Entstehung von Typ II Diabetes haben könnte (Sørensen et al., 2013). Nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation gehen in Westeuropa jährlich mindestens eine Million gesunder Lebensjahre durch Umweltlärm verloren (WHO, 2011).

Lärmschutzpolitik

Die Richtlinie 2002/49/EG über die Bewertung und Bekämpfung von Umgebungslärm bildet die gesetzliche Grundlage, um Lärmquellen in Europa zu reduzieren. Sie wurde 2005 durch Änderung des Bundes-Immissionsschutzgesetzes in deutsches Recht umgesetzt (EA.UE, 2008). Nach Babisch (2011) stellt die EU-Umgebungslärmrichtlinie 2002 einen Meilenstein der europäischen Lärmschutzpolitik dar. Sie beinhaltet die Erstellung von strategischen Lärmkarten zur Ermittlung der Lärmbelastung der Bevölkerung, die Durchführung von Lärmaktionsplänen (Lärminderungsmaßnahmen) zur Reduzierung der gesundheitlichen Wirkungen von Umweltlärm sowie die umfassende Information und Beteiligung der Öffentlichkeit (EA.UE, 2008). Ruhige Gebiete sollen geschützt werden (Babisch, 2011).

Die Lärminderungsplanung erfordert die intersektorale Zusammenarbeit verschiedener Fachverwaltungen wie Verkehr, Umwelt, Gesundheit und Stadtplanung. Maßnahmen beziehen sich im Idealfall direkt auf die Lärmquelle. Der Straßenverkehrslärm wird neben der Antriebsart maßgeblich von dem Reifen-Fahrbahn-Geräusch bestimmt und nimmt mit höherer Geschwindigkeit zu. Der Einsatz lärmindernder Fahrbahnbeläge, die Verwendung leiser Reifen und Geschwindigkeitsbegrenzungen können den Lärmpegel um 2 bis 4 dB(A) senken (Umweltbundesamt, 2013). Weiterhin tragen die Förderung des Fuß- und Radverkehrs sowie der Ausbau des öffentlichen Personennahverkehrs zur Lärminderung und damit zur Verringerung lärmabhängiger Gesundheitsbeeinträchtigungen bei. Solche Maßnahmen, die auf die Vermeidung von Lärm abzielen, sind z.B. verglichen

mit dem Bau von Schallschutzwänden zum einen kostengünstiger und haben zum anderen gesundheitsförderliche synergistische Effekte wie weniger Unfälle, geringere Schadstoffemissionen sowie die Förderung körperlicher Aktivität und Erhöhung der Aufenthaltsqualität im Wohnumfeld.

Im Kontext der Forschungen und Diskussionen zu Umweltgerechtigkeit wurde untersucht, inwieweit Lärmbelastungen sozial ungleich verteilt sind und welche Rolle regionale Besonderheiten spielen (Kohlhuber et al., 2012; Bolte, 2012). Die EU-Umgebungslärmrichtlinie bezieht sich nicht auf Fragen der sozialen Ungleichheit bei Lärmbelastungen und bei den Lärmeffekt moderierenden Faktoren (Riedel et al., 2013). Gerade bei der Lärmaktionsplanung mit ihrer Beteiligung der Öffentlichkeit ist es essenziell, die angemessene Beteiligung aller Bevölkerungsgruppen zu erreichen (vgl. den Beitrag von Köckler zu umweltbezogener Verfahrensgerechtigkeit in diesem Heft).

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

Prof. Dr. Gabriele Bolte¹, Ute Kraus²

¹ Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Abt. 5 Sozialepidemiologie,
Mail: gabriele.bolte@uni-bremen.de,

www.ipp.uni-bremen.de

² Helmholtz Zentrum München – Deutsches Forschungszentrum für Gesundheit und Umwelt (GmbH),
Institut für Epidemiologie II, Arbeitsgruppe

»Environmental Risks«, www.helmholtz-muenchen.de/epi2

Lärmaktionsplanung in Bremen

Der aktualisierte Aktionsplan zur Lärminderung für die Stadt Bremen basiert auf der Lärmkartierung aus dem Jahr 2012 und den Ergebnissen der Beteiligung von zuständigen Behörden und der Öffentlichkeit im Jahr 2013. In der Stadt Bremen besteht demnach vor allem Handlungsbedarf zum Schutz der Nachtruhe. Die Hauptlärmquellen sind Eisenbahn- und Straßenverkehr (Freie Hansestadt Bremen, 2013). Eine zweite Runde der Bürgerbeteiligung zu diesen Ergebnissen fand im Frühjahr 2014 statt. Bei den Bürgerbeteiligungen 2013 und 2014 gingen über 600 Stellungnahmen bzw. Vorschläge und Anregungen ein. Das Schallschutzfensterprogramm als eine wesentliche Maßnahme des Aktionsplans begann im Juni 2014.

→ Im Internet sind verfügbar (Stand 5.11.2014):

Freie Hansestadt Bremen,
Der Senator für Umwelt, Bau und Verkehr (2013),
Aktionsplan zur Lärminderung für die Stadt Bremen
(Kurzfassung). Stand: 16.12.2013:
www.umwelt.bremen.de/sixcms/media.php/13/DE_HB_DF7_Agg1.pdf
Aktionsplan zur Lärminderung für die Stadt Bremen,
Stand: 19.06.2014:
www.umwelt.bremen.de/sixcms/media.php/13/18_410_S_2014-07_LAP_Aktionsplan_Stand_14_06_19.pdf

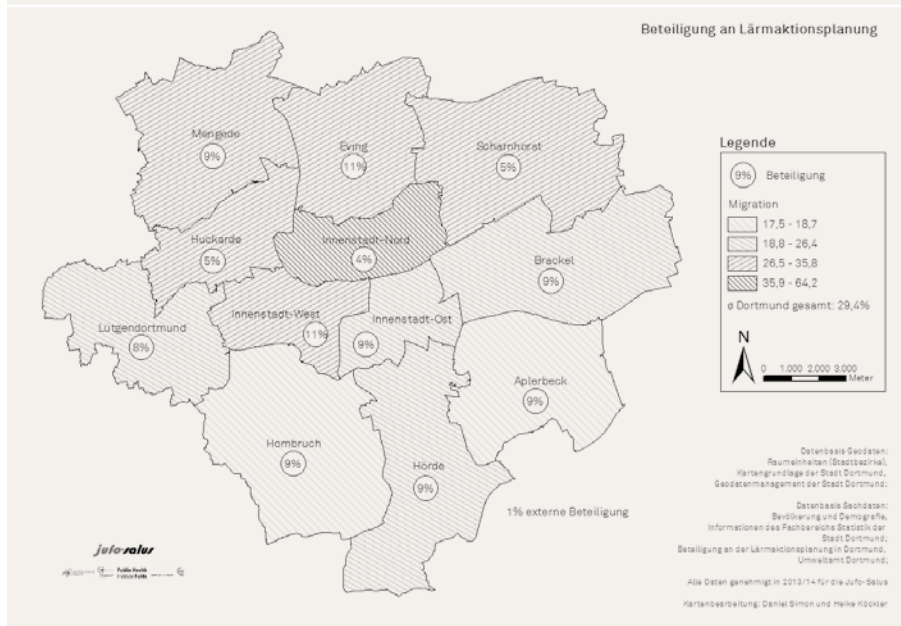
Anonymisierte Stellungnahmen aus den beiden Beteiligungsphasen:
www.umwelt.bremen.de/de/detail.php?gsid=bremen179.c.19781.de

Steuerung städtischer Entwicklungen zwischen Selbstwirksamkeit und Fürsorge

Es gibt eine Vielzahl gesetzlicher Regeln und Normen, die versuchen unterschiedliche Ansprüche der Menschen an eine Stadt miteinander in Einklang zu bringen und die Entwicklung der Stadt zu steuern. Einige dieser Regeln und Normen dienen auch dem Schutz der menschlichen Gesundheit. Mit ihrer Umsetzung sind vor allem Stadtplanung (Rodenstein, 2012; siehe auch Beitrag Baumgart & Rüdiger in diesem Heft) und planerischer Umweltschutz betraut (Köckler, 2014a). Die Beteiligungsrechte verschiedener Akteure wurden in diesen Gesetzen kontinuierlich ausgeweitet. Es handelt sich dabei aber eben nur um ein Recht auf Beteiligung, eine Pflicht zur Mitwirkung besteht nicht (siehe Köckler, 2014b).

Die Gründe das Recht auf Partizipation nicht wahrzunehmen können vielfältig sein. Ein Grund kann die mangelnde Betroffenheit, ein anderer fehlende Ressourcen zur Wahrung der Beteiligungsrechte sein. Da die Logik von Planung bedingt, dass Inhalte und Belange, die sich weder aus Gesetzen, noch Ratsbeschlüssen oder der Öffentlichkeitsbeteiligung ergeben, nicht in einem Planungsverfahren berücksichtigt werden, kann es dazu kommen, dass die Interessen der Betroffenen, die sich nicht einbringen (können), nicht berücksichtigt werden (Köckler, 2014a).

Als Beispiel dient im Folgenden die Lärmaktionsplanung (vgl. den Beitrag von Bolte & Kraus in

Karte 1: Beteiligung an der Lärmaktionsplanung in Dortmund im Jahr 2012

diesem Heft): Für diese fehlen eindeutige Grenzwerte. Handlungsbedarf wird vielmehr auf der Grundlage von Lärmkarten und einer Beteiligung der Bevölkerung abgeleitet, welche häufig mittels online-Portalen durchgeführt wird. Karte 1 zeigt die prozentuale Verteilung aller Eingaben im Rahmen der Lärmaktionsplanung in Dortmund auf die einzelnen Stadtteile (weitere Informationen in: zebalog, 2012). Die Karte zeigt ferner den Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund an der Gesamtbevölkerung der jeweiligen Stadtteile. Besonders fällt der Bezirk Innenstadt-Nord mit der höchsten Quote an Menschen mit Migrationshintergrund von bis zu 64,2 % auf. Dort ist die Beteiligung von 4% aller Eingaben im Vergleich zu allen anderen Stadtteilen unterdurchschnittlich. Dies liegt sicherlich nicht daran, dass die Menschen vor Ort keinem Lärm ausgesetzt sind, wie ein Blick in die online verfügbaren Lärmkarten des Landes NRW zeigt (MKULNV NRW, o. J.). Innenstadt-Nord ist innerhalb von Dortmund der am stärksten benachteiligte Stadtteil. Obwohl dort relativ viele Bewohnerinnen und Bewohner Dortmunds leben und diese einer in Lärmkarten offensichtlichen Lärmbelastung ausgesetzt sind, kommen von dort die wenigsten Eingaben im Rahmen der Lärmaktionsplanung im gesamten Stadtgebiet von Dortmund.

Hierbei handelt es sich um einen Fall umweltbezogener Verfahrensgerechtigkeit, da wir es mit sozialer Ungleichheit bei der Teilhabe an umweltpolitisch relevanten Entscheidungsprozessen zu tun haben. Entsprechend der oben skizzierten Logik von Planung und der wissenschaftlichen Debatte zu umweltbezogener Verfahrensgerechtigkeit führt

diese im Ergebnis zu umweltbezogener Verteilungsgerechtigkeit, die auch für Lärm mehrfach nachgewiesen wurde (Riedel et al., 2013). Weder in der Stadtplanung noch im planerischen Umweltschutz gibt es bislang weitreichende Analysen zu solchen unbeabsichtigten Folgen. Planungswissenschaftler und –wissenschaftlerinnen könnten diesbezüglich von Analysen zu verstärkten gesundheitlichen Ungleichheiten durch Public-Health-Interventionen lernen.

Doch wie ist dem Phänomen umweltbezogener Verfahrensgerechtigkeit zu begegnen? Im Folgenden werden kurz die beiden Extreme der Fürsorge und Selbstwirksamkeit skizziert: So gibt es, wie in Mannheim, kommunale Förderprogramme zum Einbau von Schallschutzfenstern, in denen über die Festlegung von Straßenzügen auch die soziale Lage der ansässigen Bevölkerung als Voraussetzung einer Förderung berücksichtigt

wird (Stadt Mannheim, 2012), während in anderen Städten, wie z.B. Bremen, allein die Lärmexposition ausschlaggebend für eine Förderung ist (Der Senator für Umwelt, Bau und Verkehr, 2014). In Mannheim werden im Sinne eines fürsorgenden Staates vulnerable Gruppen gezielt adressiert.

Die Exposition mit Lärm wäre jedoch auch eine gute Möglichkeit um Selbstwirksamkeit durch Teilhabe zu erfahren. Die Teilhabe an einem auf Lärminderung hinwirkenden Beteiligungsverfahren könnte die Wohnsituation Betroffener unmittelbar verbessern. So sind bspw. Tempo-Limits und Durchfahrverbote für LKW einfach umsetzbar und können eine unmittelbare Wirkung zeigen.

Auf Fürsorge als sozialstaatliche Aufgabe, welcher auch über raumbezogene gesetzliche Mindeststandards nachgekommen wird, kann nicht verzichtet werden. Es sollte jedoch bedacht werden, dass diese im klaren Gegensatz zu Selbstwirksamkeit steht. Selbstwirksamkeit befähigt nicht nur Betroffene ihre eigene Situation zu verbessern, sondern liefert im Sinne der Salutogenese einen eigenen Beitrag zu deren Gesundheit. In der Planung wird häufig davor gewarnt »Partizipation um ihrer selbst willen« zu machen. Wenn Planerinnen und Planer dafür sorgen, dass Beteiligung zu Veränderung vor Ort führt, so hat Partizipation einen doppelten gesundheitlichen Effekt und somit auch einen Selbstzweck.

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

Dr. Heike Köckler, TU Dortmund, Fakultät Raumplanung, Fachgebiet Stadt- und Regionalplanung,
Mail: heike.koeckler@tu-dortmund.de,
www.raumplanung.tu-dortmund.de/srp sowie
Jufo-Salus, www.jufo-salus.de

Gesundheitliche Bedeutung von Luftschadstoffen

Kleine Partikel mit großer (Wechsel-) Wirkung

Hintergrund

Partikuläre Luftschadstoffe und Ozon (O₃) sind wichtige Risikofaktoren für die Gesundheit im urbanen Raum (Brook et al., 2010; Rückerl et al., 2011). Die »Global Burden of Disease Study« (Lim et al., 2012) zeigte, dass Umweltexpositionen wie z.B. Luftschadstoffe einen massiven Einfluss auf

Mortalität und Morbidität chronischer Krankheiten (v.a. respiratorisch und kardiovaskulär) haben. Es wird geschätzt, dass der Einfluss von Luftschadstoffen die mittlere Lebenserwartung in Europa um bis zu neun Monate reduzieren kann (WHO, 2013). Aufgrund wissenschaftlicher Evidenz aus epidemiologischen Studien wurden deshalb Grenz-

werte weltweit angepasst. Für den Hitzesommer 2003 ergaben sich bei einigen europäischen Studien zudem klare Hinweise darauf, dass die erhöhte Mortalität aufgrund der Hitze zumindest teilweise auf dem Beitrag von O₃ oder anderen Luftschadstoffen beruhte (Eis et al., 2010). Jedoch werden Luftqualität sowie Klima- bzw. Wetterveränderungen noch meist isoliert betrachtet. Nur wenige Studien haben bislang mögliche Interaktionen zwischen Temperatur und Luftschadstoffen und deren Einfluss auf die menschliche Gesundheit analysiert (u.a. Analitis et al., 2014). Kenntnisse über solche Wechselwirkungen werden aber gerade für die Vorhersage von gesundheitlichen Folgen des Klimawandels für die Bevölkerung benötigt.

Die in der Luft vorhandenen Partikel werden häufig anhand ihres aerodynamischen Durchmessers unterteilt (Pope und Dockery, 2006): Gesamtschwebstaub (Partikel mit aerodynamischem Durchmesser (AD) < 30 µm), inhalierbarer Schwebstaub (Partikel mit AD < 10 µm, PM₁₀), lungengängiger Feinstaub (Partikel mit AD < 2,5 µm, PM_{2,5}) und ultrafeine Partikel (Partikel mit AD < 0,1 µm, UFP). Bodennahes O₃ entsteht im Wesentlichen als Folgeprodukt komplexer Umwandlungsprozesse. An diesen Mechanismen sind v.a. flüchtige organische Verbindungen und Stickoxide aus Autoabgasen beteiligt. Die Sonneneinstrahlung liefert die Energie für die Bildung von bodennahem O₃. Daher wird im Sommer und in anthropogen belasteten Luftmassen besonders viel O₃ erzeugt.

Methoden

Zeitreihenstudien und das Case-crossover-Design untersuchen den Zusammenhang zwischen kurzzeitigen (meist täglichen) Änderungen der Stärke von Umwelteinflüssen und bestimmten gesundheitlichen Effekten. Typische Untersuchungsendpunkte sind täglich auftretende Todesfälle. Kohortenstudien erfassen Langzeiteffekte von Umwelteinflüssen in Gebieten mit unterschiedlich hoher Belastung (z.B. jährlichen Durchschnittsbelastungen am Wohnort). Eine bestimmte Gruppe von Menschen (Kohorte) wird über einen längeren Zeitraum hinsichtlich ihres Risikos für ein bestimmtes Ereignis wie Krankheitseintritt oder Tod beobachtet. Die Fragestellung ist beispielsweise, ob bei höher exponierten Personen bestimmte Erkrankungen häufiger auftreten als bei weniger oder Nicht-Exponierten.

Ergebnisse

Die größte und umfassendste Kohortenstudie, die einen Zusammenhang zwischen der Langzeit-Exposition gegenüber Feinstaub und der Sterblichkeit

untersucht hat, ist die »American Cancer Society« Studie (Pope et al. 2002; Krewski et al., 2009). Für die Gesamtmortalität, kardiopulmonale Todesfälle und die Sterblichkeit an Lungenkrebs wurden statistisch signifikant erhöhte relative Risiken für PM_{2,5} gefunden. Eine weitere amerikanische Kohortenstudie, die »Harvard Six Cities« Studie (Dockery et al., 1993) zeigte, dass die Mortalität in der am stärksten durch PM_{2,5} belasteten Stadt der Studie um 26% höher war im Vergleich zu der Stadt mit der niedrigsten PM_{2,5}-Belastung. In einer Weiterführung der Beobachtungszeit zeigte sich eine Reduzierung des Sterblichkeitsrisikos durch verbesserte Luftqualität (Laden et al., 2006).

Einige erst kürzlich erschienene multizentrische Studien konnten die bestehende Evidenz für die Rolle der Luftschadstoffe in Bezug auf die Gesundheit weiter untermauern (z.B. Mortalität: Beelen et al., 2014; Lungenkrebs: Raaschou-Nielsen et al., 2013; Inzidenz kardiovaskulärer Erkrankungen: Cesaroni et al., 2014). Es gab auch Hinweise auf die Entstehung von weiteren chronischen Erkrankungen, wie z.B. Typ II Diabetes (Brook et al., 2013; Raaschou-Nielsen et al., 2013).

Assoziationen zwischen Langzeit-Expositionen gegenüber O₃ und Sterblichkeit sind nicht eindeutig belegt.

Zu den wichtigsten europäischen Kurzzeit-Studien im Hinblick auf Partikel zählt die APHEA2 Studie (Air Pollution and Health: A European Approach 2), eine multizentrische Studie in 29 europäischen Städten (Katsouyanni et al., 2001). Sie zeigte einen linearen Zusammenhang zwischen einem Anstieg von PM₁₀ mit einer erhöhten Mortalität aufgrund von Herz-Kreislauf- und Atemwegs-Erkrankungen sowie Krankenhausaufnahmen aufgrund kardiovaskulärer Erkrankungen (Analitis et al., 2006).

Effekte für die Auswirkungen von O₃ auf die Sterblichkeit wurden für die warme Jahreszeit nachgewiesen, wobei O₃ stärker auf Atemwegs- als auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen wirkte (Gryparis et al., 2004).

Eine hohe Gebäude- und Straßendichte führt zu sogenannten städtischen Hitzeinseln, die eine um mehrere Grad Celsius höhere Lufttemperatur aufweisen als angrenzende ländliche Gebiete (O'Neill & Ebi, 2009). Sie stehen im Verdacht, zu den hohen Sterberaten im Hitzesommer 2003 in Paris beigetragen zu haben (Laaïdi et al., 2012). Zudem weisen einige erst kürzlich erschienene Studien daraufhin, dass O₃ einen wesentlichen Effektmofikator der

Beziehung zwischen Lufttemperatur und Mortalität darstellt (Analitis et al., 2014; Breitner et al., 2014).

Diskussion

Zahlreiche epidemiologische Studien zeigten konsistente Assoziationen zwischen einem Anstieg der Partikelkonzentrationen und Morbidität bzw. Mortalität. Es wurden Kurzzeit- sowie Langzeiteffekte gefunden, wobei die Effekte durch Langzeit-Expositionen im Allgemeinen stärker sind. Besonders PM_{2,5} und kleinere Partikel stehen in dem Verdacht, für kardiovaskuläre Gesundheitseffekte verantwortlich zu sein.

Die kardiovaskulären Effekte können durch die folgenden Mechanismen verursacht werden, die einzeln oder zusammen wirken können (Brook et al., 2010; Rückerl et al., 2011):

1. Partikel können Entzündungsreaktionen in der Lunge hervorrufen, deren Botenstoffe aus der Lunge in den gesamten Organismus übergehen können. Die Folge können u.a. Thrombusbildung und ein Fortschreiten von atherosklerotischen Läsionen sein.
2. Lungengängige Partikel können über Reflex-Rezeptoren auf der Oberfläche der Lungenbläschen das vegetative Nervensystem beeinflussen und dann zu Herzrhythmusstörungen führen.
3. Partikel können auch direkt auf Organe des Herz-Kreislauf-Systems oder Blutbestandteile einwirken. Insbesondere ultrafeine Partikel können über die Lungenbläschen in den Blutstrom gelangen, wo sie die Viskosität des Blutes beeinflussen oder zu lokalen Entzündungsreaktionen führen können.

Es wird angenommen, dass Partikel kardiovaskuläre Ereignisse innerhalb von wenigen Stunden auslösen können. Daneben gibt es zunehmend Hinweise, dass sie die Entstehung und Progression der Arteriosklerose mit befördern, ein möglicher Mechanismus für die beobachteten Langzeiteffekte (Rückerl et al., 2011).

Erhöhte O₃-Konzentrationen können die Lungenfunktion verschlechtern. Zudem kann es zu entzündlichen Reaktionen in den oberen und unteren Atemwegen kommen (Jerrett et al., 2009; Schindler et al., 2001). Außerdem kann O₃ über Reflex-Rezeptoren im Epithel der Alveolarmembran das vegetative Nervensystem beeinflussen. Dies kann zu Änderungen der Herzleistung und Herzratenvariabilität sowie Herzrhythmus- und Repolarisationsstörungen führen (Hampel et al., 2012; Ren et al., 2011; Rich et al., 2006).

Die Mechanismen, die zu den beobachteten Gesundheitseffekten unter hohen Temperaturen und hohen Luftschadstoffkonzentrationen führen, sind noch gänzlich ungeklärt. Allerdings ist bekannt, dass gerade während einer stabilen sommerlichen Schönwetterlage mit intensiver Sonnenstrahlung und hohen Temperaturen besonders viele sekundäre Schadstoffe wie O_3 gebildet werden (Ebi & McGregor, 2008). Der durch Partikel und O_3 ausgelöste oxidative Stress könnte Personen empfindlicher in Bezug auf zusätzliche Temperaturbelastung machen (Adachi et al., 2009).

Im Zuge des Klimawandels wird erwartet, dass kritische Wetterlagen wie z.B. austauscharme Wetterlagen mit hohen Partikel- und O_3 -Konzentrationen in bestimmten Regionen häufiger auftreten (Kuttler, 2011). Dies könnte wiederum dazu führen, dass sich die beobachteten Partikel- und Ozonereffekte in Zukunft verstärken (Chang et al., 2010; Ebi & McGregor, 2008; Tagaris et al., 2009).

Fazit für die Praxis

Im Zusammenspiel mit Luftreinhaltemaßnahmen (z.B. Einrichten von Umweltzonen), die dafür sorgen, dass vor allem die Luft in sogenannten Hot-Spots (wie z.B. die Zentren von Großstädten) nicht zu stark belastet wird, könnten Wetter-Warnsysteme (z.B. Hitze-Frühwarnsysteme) einen Beitrag zur Prävention leisten (vgl. den Beitrag von Blättner & Grewe in diesem Heft).

Die Evaluierung der Wirkung der bislang errichteten Umweltzonen erweist sich allerdings als relativ schwierig, sofern nur die Reduktion der PM_{10} -Feinstaub-Belastung untersucht wird, da hier die meteorologischen Einflüsse eine sehr große Rolle spielen. Es wurde jedoch bereits nachgewiesen, dass die Reduktion der hoch-toxischen Anteile (wie z.B. Dieselruß) im Feinstaub durch die Einführung der Umweltzonen bedeutend größer ausfällt als die Abnahme des PM_{10} -Feinstaubes. Somit können Umweltzonen durchaus ein geeignetes Instrument

sein, die gesundheitlichen Auswirkungen der verkehrsbedingten Partikelbelastung zu verringern (Cyrus et al., 2014; Qadir et al., 2013). Die Untersuchung der tatsächlichen Veränderungen in der Gesundheit der Bevölkerung seit Errichtung der Umweltzonen steht allerdings noch aus.

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

Dr. Alexandra Schneider¹, Dr. Susanne Breitner¹, Dr. Regina Rücker^{1,2}, Prof. Dr. Annette Peters³

1 Helmholtz Zentrum München – Deutsches Forschungszentrum für Gesundheit und Umwelt (GmbH), Institut für Epidemiologie II, Arbeitsgruppe »Environmental Risks«, Mail: alexandra.schneider@helmholtz-muenchen.de, www.helmholtz-muenchen.de/epi2

2 Universität Augsburg, Wissenschaftszentrum Umwelt

3 Helmholtz Zentrum München – Deutsches Forschungszentrum für Gesundheit und Umwelt (GmbH),

Institut für Epidemiologie II (Direktorin)

On a hot summer night...¹

In den Sommermonaten erwarten wir, dass die Lufttemperatur bestimmte Werte erreicht – ansonsten wären wir enttäuscht... So sehr sommerliches Wetter in körperlicher und psychischer Hinsicht positiv beeinflussen kann – zu viel des Guten, insbesondere weiter steigende Temperaturen, können jedoch die Gesundheit beeinträchtigen.

Hitze-Ereignisse werden durch großräumige Wetterlagen ausgelöst: dabei führen stabile Hochdruckgebiete über Mittel- bis Osteuropa auf ihrer Rückseite subtropische bis tropische Luftmassen in den mitteleuropäischen Raum. Diese großräumige Situation wird allerdings lokal durch die Relief-situation und durch die jeweilige Landnutzung modifiziert, so dass die thermischen Verhältnisse verschärft oder abgemildert werden können. Als spezielle Form der Landnutzung verändern städtische Strukturen die thermischen Verhältnisse einer Region.

Oberflächen aus Stein, Beton und Asphalt nehmen die Sonnenstrahlung auf und geben sie tagsüber und bis in die Nachtstunden als Wärmestrahlung wieder ab. So lassen sie ihre Umgebung mit besonders hohen Temperaturen zu Risikoräumen werden. Insbesondere nachts erscheint die Stadt gegenüber dem Umland als Wärmeinsel. Das begünstigt

am Abend zwar lange Aufenthalte im Freien und im Biergarten, beeinträchtigt aber auch die Erholung im Schlaf. Unversiegelte und mit Vegetation bestandene Flächen wie Parks und Friedhöfe stellen während Hitze-Ereignissen Gunsträume dar, Straßenbäume können bereits zur Reduktion der thermischen Belastung beitragen (Endlicher et al., 2008).

Auch der Mensch selbst produziert Wärme: Durch Metabolismus wird kontinuierlich Energie in Form von Wärme freigesetzt, deren Produktion mit zunehmender Aktivität noch ansteigt. Da aber der Mensch zu den gleichwarmen Lebewesen gehört, muss seine Körperkerntemperatur innerhalb einer geringen Schwankungsbreite konstant bei etwa $36,5^\circ C$ liegen, Wärmegegewinn und -abgabe müssen sich also im Gleichgewicht halten. Je nach Lufttemperatur, Luftfeuchte, Strahlungsstärke der Sonne und Windgeschwindigkeit wird eine Abgabe der körpereigenen Wärme an die Umgebung gefördert oder vermindert. Um dennoch die Körperkerntemperatur bei $36,5^\circ C$ halten zu können, muss bei überproportionaler Zufuhr oder Abgabe von Wärme das Missverhältnis durch bewusste oder unbewusste Thermoregulation ausgeglichen werden. Auf bewusstem Wege kann viel über die Wahl der Kleidung reguliert werden. Die unbewusste

Thermoregulation erfolgt durch vermehrte Wärmeabgabe über erweiterte Blutgefäße und durch Schweißproduktion (Jendritzky et al., 1998). Da Blutdruck und Thermoregulation eng miteinander verbunden sind (Laschewski und Jendritzky, 2002), wird das Herz-Kreislauf-System mit steigenden Abweichungen zunehmend gefordert.

Die thermische Situation an einem Ort wirkt also auf jeden Menschen, der sich darin bewegt, in gleicher Weise ein – die Möglichkeiten der Reaktion darauf sind jedoch von Mensch zu Mensch verschieden.

Da bei der Thermoregulation des Körpers besondere Anforderungen an das Herz-Kreislauf-System gestellt werden, können Personen mit bereits bestehenden Erkrankungen in diesem Bereich auf hohe Temperaturen nicht adäquat reagieren. Insbesondere bei älteren Menschen ist das Herz-Kreislauf-System oft schon vorgeschädigt, so dass das System den Anforderungen nur eingeschränkt begegnen kann. Chronische Krankheiten im Allgemeinen, Multimorbidität und Bettlägerigkeit führen zu einem erhöhten Risiko (Henschel et al., 1969; Klenk et al., 2010; Semenza et al., 1996). Zudem ist bei älteren Menschen – ebenso wie bei Kindern – die Schweißproduktion reduziert, wodurch Verdunstung nicht in ausreichendem Maß zur Abkühlung beitragen kann.

Als weitere Faktoren, die das Risiko gegenüber Hitze beeinflussen, können folgende genannt werden:

¹ Billy Idol (1982): Hot in the city.

- Die Einnahme von Alkohol und Drogen setzt sowohl die bewusste wie auch die unbewusste Regulationsfähigkeit des Körpers herab.
- Mit sinkendem Sozialstatus steigt die Gefährdung gegenüber thermischer Belastung an (Borrell et al., 2006; Michelozzi et al., 1999; Schuman, 1972).
- Jegliche Art sozialen Kontakts – wie eine Vereinsmitgliedschaft oder das Halten eines Haustieres – führt dagegen zu einem verringerten Sterbe-

risiko (Grynszpan, 2003; Semenza et al., 1996).

So führt das Zusammenspiel von klimatischer Situation einerseits und der körperlichen und sozialen Konstitution einer Person andererseits zu einem individuellen Risiko gegenüber thermischer Belastung. In Zukunft wird nicht allein der Klimawandel mit häufigeren und intensiveren Hitzeereignissen die thermische Situation verschärfen, sondern auch die Zahl der gefährdeten Personen durch den

demographischen Wandel zunehmen.

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

Dr. Katharina Gabriel

Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Abt. 5 Sozialepidemiologie,
Mail: katharina.gabriel@uni-bremen.de,
www.ipp.uni-bremen.de

Klimawandel und Gesundheit

Strategien zur Prävention von Gesundheitsrisiken durch Hitzeextreme

Vulnerable Gruppen nicht ausreichend geschützt

Die Zunahme der Häufigkeit und Intensität von Hitzewellen ist eine der greifbarsten direkten Auswirkungen des Klimawandels auf die Gesundheit der Bevölkerung in Europa (Menne et al., 2008). In 12 europäischen Staaten wurden die möglichen Folgen während der Hitzewelle im Sommer 2003 deutlich. Eine Analyse im Auftrag der Europäischen Kommission ergab eine Übersterblichkeit von fast 45.000 Fällen im August 2003, davon etwa 7.000 in Deutschland (Robine et al., 2007).

Eine detaillierte Analyse in einigen europäischen Ländern zeigte übereinstimmend, dass eine Übersterblichkeit zwar in allen Altersgruppen nachweisbar war, jedoch vor allem hochaltrige Personen

betroffen waren. Zu den Risikofaktoren gehörten bestimmte Erkrankungen, die Einnahme von Medikamenten und eingeschränkte Mobilität, soziale Faktoren wie Isolation und die Lage der Wohnung im Dachgeschoss oder in städtischen Wärmeinseln (Bouchama et al., 2007).

Neun europäische Länder reagierten mit der Etablierung von Krisenplänen, »Heat-Health Action Plans«, sog. »Hitzeaktionspläne«. Deren Entwicklung wird vom Regionalbüro Europa der WHO empfohlen (Grewe & Blättner, 2011; Matthies et al., 2008). In Deutschland sind bislang lediglich länderspezifische Verteiler der bis auf Landkreisebene regionalisierten Hitzewarnungen des Deutschen Wetterdienstes etabliert worden. Maßnahmepläne existieren nur auf der Ebene einzelner Bundesländer.

Die Evaluation des Hessischen Hitzewarnsystems in Interviews mit Stakeholdern zeigte exemplarisch, dass lediglich in Heimen präventive Maßnahmen verlässlich umgesetzt werden. Andere Versorgungsbereiche reagierten nach individuellen Kriterien mit Informationsweitergabe. Der Gesundheitsschutz gefährdeter Gruppen außerhalb von Pflegeheimen ist damit nicht gewährleistet (Grewe et al., 2014). Für Niedersachsen konnte gezeigt werden, dass ältere Menschen mit Hitzewarnungen nicht erreicht wurden (Augustin et al., 2011). Ein Hitzeaktionsplan ist für Deutschland nicht in Planung.

Intervention im Ereignisfall

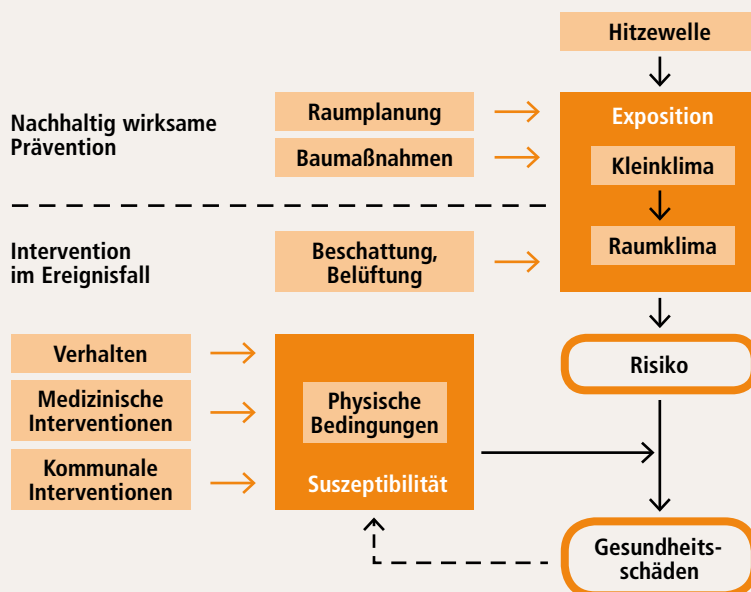
In einer Dokumentenanalyse wurden die Hitzeaktionspläne in Europa, soweit sie recherchierbar und sprachlich zugänglich waren, mit den Empfehlungen der WHO-Europa verglichen. Es zeigte sich, dass längerfristig geplante Strategien zur Verringerung der Exposition dort überwiegend nicht ausgewiesen sind, sondern die Überwachung des Geschehens in den Sommermonaten und Interventionen bei Gefahr (Grewe & Blättner, 2011).

Für Prävention macht es Sinn, zwischen der Intervention im Ereignisfall und nachhaltig wirksamen Präventionsstrategien zu unterscheiden (vgl. Abb. 1). Erstere wirken primär auf die Reduktion der Suszeptibilität, also der Empfänglichkeit gefährdeter Bevölkerungsgruppen für das Risiko, die zweitgenannten auf die Reduktion der Exposition.

Interventionen im Ereignisfall betreffen

- Informationen der Bevölkerung über die Notwendigkeit situativer Verhaltensänderungen wie Verschattung der Räume, Lüften in den kühlen Morgenstunden, Rückzug in kühle Räume, ausreichend Trinken,
- individuelle medizinische Maßnahmen, wie z.B. die Anpassung der Medikation und
- Maßnahmen auf Gemeindeebene, wie z.B. die aktive Bereitstellung geeigneter kühler Innenräume für gefährdete Bevölkerungsgruppen in ungeeigneten Wohnräumen.

Abbildung 1: Differenzierung von Interventionsstrategien



Eine bevölkerungsbezogene Schutzstrategie für den Krisenfall muss regeln, wer im Ereignisfall mit welchen Maßnahmen gefährdete Bevölkerungsgruppen konkret erreicht und woher bekannt ist, welche Personen zu diesen Bevölkerungsgruppen zählen. Dies erfordert in der deutschen Versorgungsstruktur eine Arbeitsteilung zwischen dem öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) und der niedergelassenen Ärzteschaft. Der ÖGD kann dabei nur die Personen direkt erreichen, die sich freiwillig registrieren lassen (Grewe et al., 2014; Blättner et al., 2012). Im Projekt Klimzug-Nordhessen erfolgt die Registrierung durch den ehrenamtlichen Warn-dienst »Hitzetelefon Sonnenschirm«, der allerdings nur individuell warnen und nicht eingreifen kann (Heckenhahn & Müller, 2011).

Nachhaltig wirksame Prävention

Ein vorausschauender Gesundheitsschutz zielt primär auf die Reduktion der Exposition vor allem in den verdichteten städtischen Räumen durch

die Veränderung des städtischen Mikroklimas, z.B. durch Freihaltung von Frischluftschneisen, Entsiegelung und Begrünung des städtischen Freiraumes mit Schatten spendenden Bäumen oder Fassadenbegrünung. Sekundär sind auch Maßnahmen der Gebäudesanierung und der entsprechenden Neubauplanung relevant. Die Benutzung von technischen Kühlsystemen wird allerdings aus Klimaschutzgründen abgelehnt und das Aufbringen von Dämmstoffen zum Schutz vor Kälte im Winter hat nur wenig Einfluss auf die Innenraumerwärmung (Blättner et al., 2012).

Für geeignete präventive Strategien ist eine Kooperation von Stadtplanung und Gesundheitswesen notwendig. Dass dies möglich ist und grundsätzlich auch partizipative Elemente einschließen könnte, wie sie in der Gesundheitsförderung propagiert werden, zeigt exemplarisch eines der Teilprojekte des Verbundes »Klimzug-Nordhessen«. Unter Federführung des Gesundheitsamtes Region Kas-

sel wurde 2009 im Stadtteil »Vorderer Westen« ein Präventionsnetzwerk aufgebaut. In der Arbeitsgruppe »Lebensraumgestaltung« beschäftigten sich lokale Akteure aus Kommunalpolitik, Wohnungsbau, Architektur, Stadtplanung, Umwelt- und Gartenamt sowie Gesundheitsamt mit der Frage der Gestaltung von mikroklimatisch günstigen Erholungsräumen. Im Rahmen von Stadtteilbegehungen erfolgte eine Bestandsaufnahme und eine Entwicklung von konkreten Lösungsvorschlägen (Heckenhahn & Müller, 2011).

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

Prof. Dr. Beate Blättner,

Prof. Dr. Henny Annette Grewe,

Hochschule Fulda, Public Health Institute Fulda,

Mail: beate.blaettner@hs-fulda.de,

www.hs-fulda.de/index.php?id=9838

Urbane Grünräume (Stadtgrün) und Gewässer (Stadtblau)

Ressourcen einer gesundheitsförderlichen Stadtentwicklung?!

Städte weisen – neben unterschiedlichen Belastungen von Boden, Wasser, Luft sowie aus der baulich-technischen und der sozialen Umwelt – auch zahlreiche gesundheitsförderliche Ressourcen auf. Hierzu gehören u.a. urbane Grünräume (Stadtgrün) und Gewässer (Stadtblau) (Maller et al., 2006; Kistemann et al., 2010; Hornberg et al., 2011; Claßen et al., 2012). Grünräume und Gewässer sind häufig eng miteinander vernetzt, so beispielsweise entlang von Gewässerläufen, als Umrandung größerer Gewässerflächen oder über deren Integration als städtebauliche Elemente (Springbrunnen, Teiche, Wasserspiele etc.) in Park- und Grünanlagen (Kistemann et al., 2010; Heiler et al. 2014).

Die wissenschaftliche Evidenz zur gesundheitlichen Bedeutung von Stadtgrün und Stadtblau hat im vergangenen Jahrzehnt erheblich zugenommen. Schon lange besteht ein durch evolutionsbiologisch-anthropologische Theorien sowie wahrnehmungspsychologische Erklärungsansätze geprägter Diskurs, wonach Menschen halboffene, als natürlich empfundene Umgebungen präferieren. Darüber hinaus gibt es inzwischen zahlreiche Hinweise auf einen direkten und indirekten posi-

tiven Beitrag von Stadtgrün und Stadtblau zum psychisch-mental, physischen und sozialen Wohlbefinden und damit zur Gesundheit (vgl. Abraham et al., 2007; Bowler et al., 2010a; Lee & Maheswaran, 2011; Hartig et al., 2014). So können Stadtgrün und Stadtblau Anreiz und Motivation für körperliche Aktivität bieten (Kistemann et al., 2010; de Vries et al., 2011), aber auch Ängsten und depressiven Symptomen entgegenwirken (Maas et al., 2009; Roe & Aspinall, 2011; Ward Thompson et al., 2012). Sie reduzieren das psychische und körperliche Stressempfinden (Hartig et al. 2003; Korpela et al. 2010), können das allgemeine Wohlbefinden erhöhen (Frank et al., 2004; White et al., 2013) und mit einer höheren Vitalität und geringeren Sterblichkeit im Alter assoziiert sein (Takano et al., 2002; Maas et al., 2009). Darüber hinaus besitzen Stadtgrün und Stadtblau eine Ausgleichsfunktion gegenüber umweltbezogenen Stressoren, wie z.B. Lärm (Gidlöf-Gunnarsson & Öhrström, 2007) oder klimatischen Extremen (Bowler et al., 2010b; Völker et al., 2013). Dabei ist die klimaökologische Ausgleichsleistung urbaner Gewässer stärker als die durch Grünräume (Völker et al., 2013). Stadtblau stellt gerade in Hitzeperioden einen besonderen

Anziehungspunkt für die Bevölkerung dar und wer-tet Grünräume auch in ästhetischer Hinsicht auf (White et al., 2010).

Urbane Grünräume und Gewässer gelten zudem als bedeutende sozialräumliche Systeme und soziale Begegnungsorte, die das soziale Wohlbefinden insgesamt positiv beeinflussen können (Ellaway et al., 2005; Strohmeier & Mai, 2007; Völker & Kistemann, 2013; White et al., 2013), da sie Menschen aller Altersgruppen als Erlebnis-, Begegnungs-, Bewegungs- und Regenerationsräume dienen können (Claßen et al., 2012; Völker & Kistemann, 2013).

Stadtgrün und Stadtblau wird – auch vor dem Hintergrund historischer Arbeiten – deshalb als gesundheitsförderlichen Strukturen international wie national ein hoher Stellenwert zugesprochen und es wird häufig pauschal gefordert, diese Strukturen im Rahmen einer integrierten, zukunftsfähigen Stadtentwicklungsplanung zu erhalten, zu fördern und ggf. wiederherzustellen (u.a. NSW Department of Health, 2009; Dannenberg et al., 2011; Hartig et al., 2014).

Allerdings belegt eine Vielzahl von Studien auf den Gebieten der Umweltgerechtigkeits- und Urban Health-Forschung auch, dass sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen häufiger gesundheitsbeeinträchtigenden Umwelteinwirkungen (z.B. durch verkehrsbedingte Lärm- und Luftschadstoffbelastungen) ausgesetzt sind (Hornberg et al., 2011) und der Zugang der Bewohner_innen sozi-

al benachteiligter Stadtgebiete zu naturnahen Erholungsräumen eher unterdurchschnittlich ist (u.a. Hornberg et al., 2011; Hornberg & Pauli, 2012). Zudem sind weitere Fragen zum faktischen Umgang mit Stadtgrün und Stadtblau und der damit einhergehenden Effektstärke der gesundheitlichen Wirksamkeit weitgehend ungeklärt. So gibt es beispielsweise bislang nur wenige Erkenntnisse dazu, wie verschiedene Funktionen von Grünräumen und Gewässern in unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen sowie in Kommunalpolitik, Planungs- und Vollzugspraxis wahrgenommen werden, welche förderlichen und hemmenden Strukturen bestehen und welche Aneignungs- und Entwicklungsmuster resultieren.

Die von der Fritz und Hildegard Berg-Stiftung (im Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft) innerhalb der Förderinitiative »Stadt der Zukunft: Gesunde, nachhaltige Metropolen« geförderte, inter- und transdisziplinär agierende Juniorforschungsgruppe »StadtLandschaft & Gesundheit« beschäftigt sich seit 2011 eingehend mit den im vorigen Abschnitt genannten Fragen. Ein Ziel ist es, kommunalen Akteur_innen ein Argumentations- und Entscheidungswerkzeug in Bezug auf die Erhaltung, Wiederherstellung und Förderung urbaner Grünräume und Gewässer an die Hand zu geben und strategische Allianzen zwischen Gesundheits-, Umwelt- und Stadtplanung zu initiieren (vgl. www.stadtlandschaft-und-gesundheit.de).

Als Studienstandorte wurden die Städte Bielefeld und Gelsenkirchen (repräsentieren kleinere Großstädte in Deutschland) ausgewählt.

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

Dr. Thomas Claßen, Prof. Dr. Claudia Hornberg,
Universität Bielefeld, Fakultät für
Gesundheitswissenschaften, AG 7 Umwelt & Gesundheit,
Mail: thomas.classen@uni-bielefeld.de,
www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag7/
sowie www.stadtlandschaft-und-gesundheit.de

Bewegungsfreundliche Merkmale im urbanen Raum

Identifizierung bewegungsfreundlicher Merkmale in urbanen Nachbarschaften durch das Walkability Konzept

Einleitung

Der technologische Fortschritt und die Veränderung unserer Lebensumwelt in den letzten Jahrzehnten führten zu einer starken Reduktion von körperlicher Aktivität im Alltag. Dabei ist der Einfluss mangelnder Bewegung als Ursache für viele so genannte Zivilisationskrankheiten, wie z.B. kardiovaskuläre Erkrankungen, hinreichend bekannt.

Erste Ansätze zur Prävention zielten auf eine individuelle Verhaltensänderung und sahen damit die Verantwortung für eine Steigerung der körperlichen Aktivität beim Individuum selbst. Jedoch kann die Lebensumwelt, z.B. am Arbeitsplatz, beim Transport oder in der urbanen Nachbarschaft, nur wenig Möglichkeiten für Bewegung im Alltag oder in der Freizeit bieten oder eine Barriere für eine Veränderung des individuellen Bewegungsverhaltens darstellen.

Hintergrund

Der vorliegende Beitrag bezieht sich auf die Beiträge von Tran & Schmidt (2014) und Buck & Tkaczick (2014) in der Neuerscheinung von Bucksch & Schneider (Hrsg.), Walkability – Das Handbuch zur Bewegungsförderung in der Kommune (2014). Das Buch diskutiert den Forschungsschwerpunkt Walkability aus der Perspektive verschiedener Fachrichtungen und erläutert wichtige methodische Grundlagen.

Das Walkability Konzept betrachtet die Möglichkeiten für Bewegung im urbanen Raum vor allem im Hinblick auf den aktiven Transport im Alltag, wie das englische walk bereits verdeutlicht. Besonders in Industrienationen, in denen über 70% der Bevölkerung im urbanen Raum leben, arbeiten und sich täglich fortbewegen, kann sich eine bewegungs-

freundliche Gestaltung der Nachbarschaft positiv auf das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung auswirken.

Die Grundlage für das Walkability Konzept bilden drei Gestaltungsmerkmale, die so genannten 3D's. Diese umfassen die attraktive Gestaltung von Fußwegen (design), die Vielfalt der Ziele im Alltag (diversity) sowie die Wohndichte im urbanen Raum (density) und zeigten in vielen Studien einen positiven Einfluss auf das Bewegungsverhalten (Abbildung 1). Diese Merkmale werden zu einem so genannten Walkability Index kombiniert, der eine einfache Bewertung der Bewegungsfreundlichkeit erlaubt.

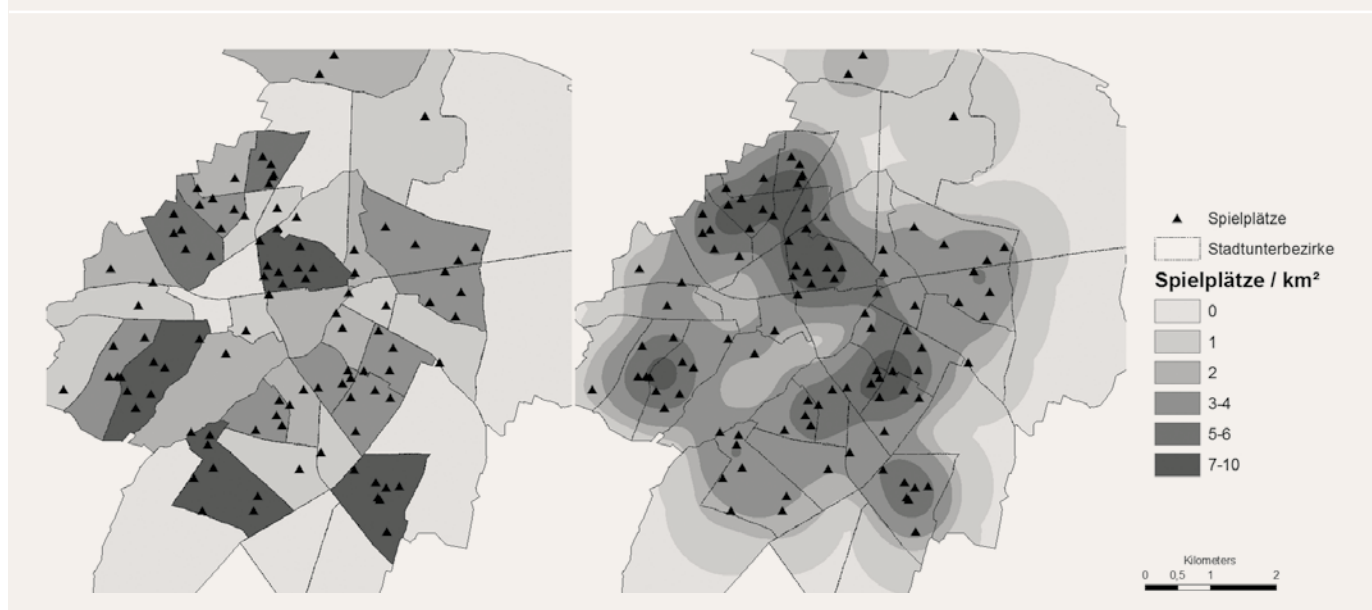
Abbildung 1: Vergleichende Visualisierung der Straßenkonnektivität (oben) und der Nutzungsmischung (unten) zweier Essener Stadtteile Altendorf und Fronhausen
(Darstellung Jasmin Bonn, © Institut für Stadtplanung und Städtebau [ISS]; siehe Tran & Schmidt, 2014).



Abbildung 2: Darstellung zweier netzwerkabhängiger Nachbarschaften (rechts 800 m, links: 1,5 km) und der entsprechenden Umkreis für einen hypothetischen Wohnort (siehe Buck & Tkaczick, 2014).



Abbildung 3: Vergleich der Verfügbarkeit (Intensität) von Spielplätzen (Anzahl pro km²), gemessen als einfache Dichte (links) und anhand eines Kerndichteschätzers (rechts) (siehe Buck & Tkaczick, 2014).



Methoden

Die objektive Erfassung der urbanen Merkmale durch Geoinformationssysteme (GIS) hat sich in den letzten Jahren als Forschungsstandard etabliert. Merkmale im urbanen Raum werden anhand von geographischen Daten dargestellt und durch urbane Maße in einer vordefinierten Nachbarschaft erfasst. Dafür werden sowohl administrative Einheiten, wie Stadtteile oder Ortsteile, als auch individuelle Nachbarschaften verwendet, die entweder kreisförmig oder abhängig vom Fußwegenetzwerk um den Wohnort eines Individuums bestimmt werden (Abbildung 2).

Zur objektiven Erfassung der Walkability werden im

GIS die folgenden urbanen Maße in der Nachbarschaft berechnet: Die Einwohnerdichte, berechnet aus der Anzahl an Einwohnern oder Haushalten, spiegelt die Urbanisierung der Nachbarschaft wider und korreliert positiv mit der Diversität von Zielen und der Vernetzung von Fußwegen. Die Flächennutzungsmischung wird durch die Entropie von verschiedenen Nutzungstypen in einer Nachbarschaft berechnet und die Straßenkonnektivität als Anzahl der Kreuzungen oder Straßensegmente pro km² bestimmt. Aufgrund der starken Korrelation werden alle drei urbanen Maße in einem Walkability Index zusammengefasst.

Der Index kann je nach Bedarf durch weitere

Merkmale, wie die Verfügbarkeit von öffentlichem Nahverkehr oder öffentlichen Grünflächen, ergänzt und zur Erfassung der Bewegungsfreundlichkeit von urbanen Nachbarschaften eingesetzt werden. Dafür wird basierend auf den Punktdaten von Haltestellen des ÖPNV bzw. öffentlichen Grünflächen die Anzahl pro km² oder die Intensität, die auf einem Kerndichteschätzer basiert, berechnet (Abbildung 3).

Abbildung 4 zeigt beispielhaft eine erweiterte Version des Walkability Index, der unter Berücksichtigung des Personennahverkehrs in Zensus-Gebieten von New York City berechnet wurde, um den Einfluss der urbanen Umgebung auf das

Transportverhalten der Einwohner zu untersuchen. Der Index bietet einen schnellen, aber nur relativen Vergleich der Bewegungsfreundlichkeit in dem Untersuchungsgebiet und zeigt deutlich mehr Bewegungsmöglichkeiten im dicht besiedelten Manhattan als in den suburbanen Gebieten (Abbildung 4). Um weitere Aspekte des aktiven Transports zu berücksichtigen, werden auch Radwege zur Erfassung der so genannten Cyclability betrachtet. Insbesondere für Kinder, deren Freizeitgestaltung auch durch den urbanen Raum geprägt wird, wurde die Walkability zum so genannten Moveability Konzept erweitert.

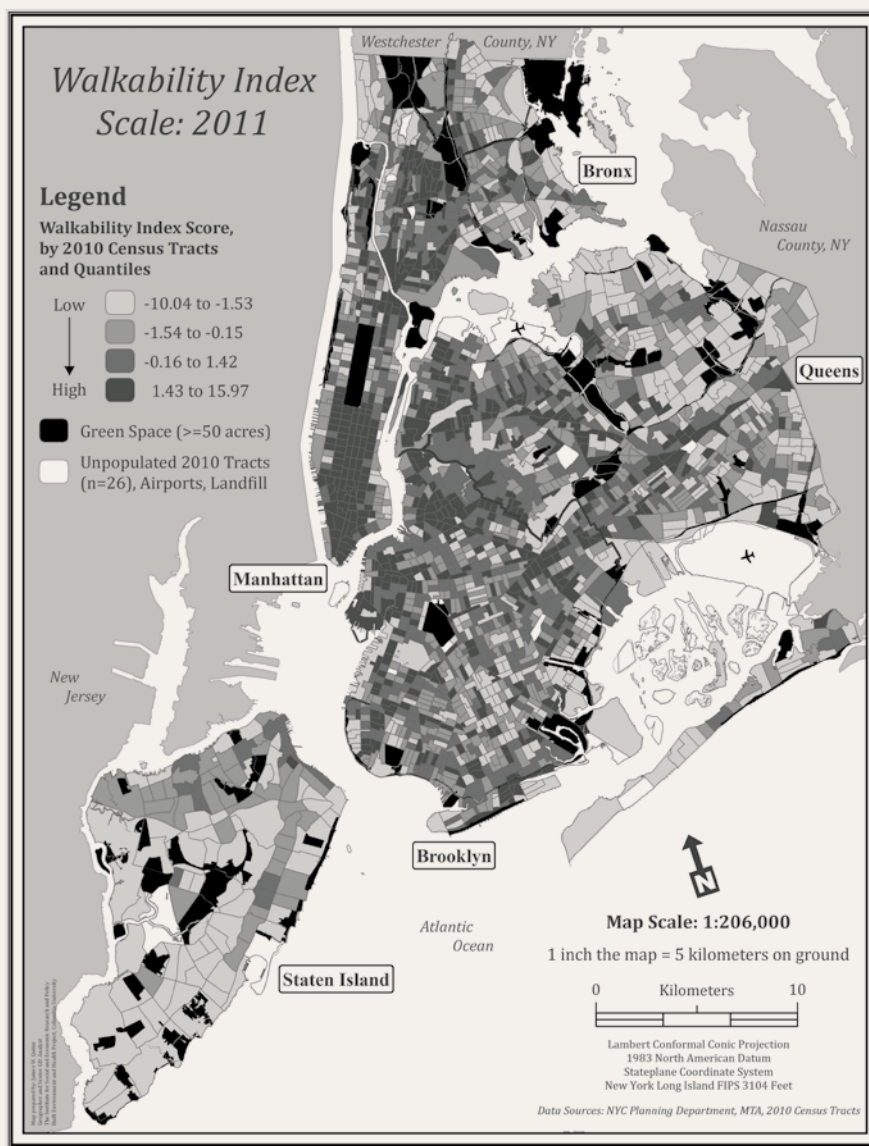
Fazit für die Praxis

Ein Walkability Index ist ein geeignetes Instrument zur schnellen und objektiven Bewertung der Bewegungsfreundlichkeit von Nachbarschaften. In neueren Studien wird der Index für die Ziehung von Stichproben eingesetzt, um so Studienteilnehmenden aus sehr bewegungsfreundlichen und bewegungsunfreundlichen Gebieten einzuschließen. Als Screening-Instrument identifiziert der Index urbane Räume, in denen städtebauliche Maßnahmen einen bewegungs- bzw. gesundheitsfördernden Einfluss auf die Bevölkerung haben könnten.

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

Christoph Buck, Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie – BIPS, Abteilung Biometrie und EDV,
Mail: buck@bips.uni-bremen.de,
www.bips-institut.de

Abbildung 4: Walkability-Index in Zensus-Gebieten in New York City (beh.columbia.edu/neighborhood-walkability [01.09.2014]) (siehe Buck & Tkaczick, 2014).



Arme Stadtteile, schlechtes Wohnumfeld, schlechte Gesundheit!?

Gesundheitliche Mehrfachbelastungen der gebauten und sozioökonomischen Umwelt im Stadtteil

Die Hypothese »Armut macht krank«, also ein Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit, ist inzwischen vielfach belegt worden (Mielck, 2005). Gesundheitliche Ungleichheiten auf der Stadtteilebene stellen die Public Health Forschung jedoch vor neue Herausforderungen, da bei der Erklärung dieser Ungleichheiten keineswegs nur individuelle Eigenschaften der Stadtteilbewohnenden eine Rolle spielen (Voigtlän-

der et al., 2012).

Sowohl Faktoren der gebauten Umwelt, z.B. Luft- und Lärmverschmutzung oder Grün- und Spielflächen, als auch der sozioökonomischen Umwelt, z.B. Anteil an Arbeitslosen im Stadtteil, sollten bei der Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten in der Stadt mit berücksichtigt werden (Northridge et al., 2003). Ein Hypothesenmodell

aus dem Forschungszweig der »Umweltgerechtigkeit« vertritt zwei Hypothesen: Erstens, dass negative Umweltextpositionen sozial ungleich verteilt sind, und zweitens, dass Individuen mit einer niedrigen sozioökonomischen Position vulnerabler gegenüber negativen Umweltbedingungen sind als sozioökonomisch besser gestellte Individuen (Bolte et al., 2012).

Inwieweit Faktoren der gebauten und sozioökonomischen Umwelt bei simultaner Berücksichtigung mit individueller Gesundheit assoziiert sind und wie diese Faktoren untereinander und mit individuellen Faktoren, z.B. Geschlecht oder individueller soziale Lage, interagieren ist in Deutschland allerdings noch weitgehend unerforscht. Eine verbesserte Evidenz zu gesundheitsbeeinflussenden Effekten der gebauten Umwelt im Stadtteil unter Berücksichti-

gung sozialer Aspekte kann zu einer nachhaltigen gesunden Stadtentwicklung an der Schnittstelle Stadtplanung und Public Health beitragen (Corburn, 2004).

Ein aktueller systematischer Review (Schüle & Bolte, 2014) zeigt, dass Studien zu diesem Forschungsbereich zum größten Teil aus den USA stammen. Der Review berücksichtigte ausschließlich Studien aus Industrienationen, welche Faktoren der objektiven gebauten Umwelt und sozioökonomische Faktoren auf Stadtteilebene sowie individuelle sozioökonomische Eigenschaften mit einbezogen.

Insgesamt wurden 33 Studien identifiziert, 18 davon aus den USA. Viele Studien ergaben, dass sozioökonomische Merkmale eines Stadtteils und Faktoren der gebauten Umwelt unabhängig voneinander die Gesundheit beeinflussen. Dies war insbesondere bei Studien zu körperlicher Aktivität und Übergewicht der Fall. Eine verbesserte Fußgängerfreundlichkeit im Stadtteil zeigte am häufigsten unabhängig von sozioökonomischen Eigenschaften eines Stadtteils und individuellen sozioökonomischen Merkmalen einen Zusammenhang mit gesteigerter körperlicher Aktivität. Als Indikatoren zu Fußgängerfreundlichkeit wurden Faktoren der gebauten Umwelt wie Straßendich-

te, Nutzungsmischung, oder Bevölkerungsdichte kombiniert (vgl. den Beitrag von Buck in diesem Heft). In kaum einer Studie wurde ein Zusammenhang zwischen der sozioökonomischen Umwelt und körperlicher Aktivität festgestellt. Bei Studien zu Übergewicht wurde hingegen in den meisten Studien ein unabhängiger Zusammenhang zwischen sozioökonomischer Umwelt und Übergewicht festgestellt. Ein Stadtteil mit einer benachteiligten sozioökonomischen Umwelt, z.B. gemessen über das Haushaltseinkommen, war unabhängig von Faktoren der gebauten Umwelt und individuellen sozialen Faktoren mit Übergewicht assoziiert. Diese Ergebnisse ermöglichen das Identifizieren von Stadtteilen mit einem gesteigerten Interventionsbedarf. Welche Faktoren den unabhängigen Zusammenhang zwischen einer benachteiligten sozioökonomischen Umwelt und z.B. Übergewicht letztlich erklären ist jedoch noch weitgehend unklar.

Des Weiteren spielen Interaktionen eine wichtige Rolle. Viele Studien zeigten Zusammenhänge zwischen der gebauten und sozioökonomischen Umwelt und Gesundheit entweder nur für Frauen oder Männer oder Individuen mit einem hohen oder niedrigen sozioökonomischen Status. Es konnte jedoch kein einheitlicher Trend solcher Interaktionen festgestellt werden. Der Großteil

an Studien betrachtete zudem eine erwachsene Studienpopulation. Studien, welche Kinder als vulnerable Bevölkerungsgruppe gegenüber gebauten und sozialen Umweltfaktoren und deren Einfluss auf die Gesundheit untersuchen, sind noch wenig vertreten. Somit ergibt sich ein Forschungsbedarf, die Aspekte Gender und Kindergesundheit in solchen Stadtteilstudien verstärkt zu berücksichtigen.

Studien, die Einflüsse sowohl von sozioökonomischen Eigenschaften als auch Merkmale der gebauten Umwelt eines Stadtteils auf individuelle Gesundheit untersuchen, zeigen zum Teil noch sehr heterogene Ergebnisse. Dennoch wird deutlich, dass beide Dimensionen für die Identifikation betroffener Gebiete und Bevölkerungsgruppen eine wichtige Rolle spielen und bei der Planung von Interventionen an der Schnittstelle Public Health und Stadtplanung berücksichtigt werden sollten.

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

Steffen Andreas Schüle, Universität Bremen,
Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP),
Abt. 5 Sozialepidemiologie,
Mail: steffen.schuele@uni-bremen.de,
www.ipp.uni-bremen.de

Die Stadt, die niemals schläft...



Mit einer solchen Charakterisierung, die ehemals allein auf die Stadt New York bezogen wurde, können heute viele Städte beschrieben werden. Insbesondere in Mega-Cities, in denen Millionen von Menschen leben, herrscht rund um die Uhr Aktivität.

Die Entkopplung der Gesellschaft von natürlichen Rhythmen wie Tages- und Jahreszeiten begann mit der Industrialisierung. Durch die zunehmende Verbreitung der Zeitmessung mit Uhren konnten Tag

und Nacht für alle zugänglich in gesellschaftlich akzeptierte Einheiten unterteilt werden. Parallel dazu gestattete die Elektrifizierung des künstlichen Lichts die – relativ kostengünstige – Eroberung der Nacht. Durch diese zwei Faktoren wurde Schichtarbeit möglich, und sie erlaubte Produktivität rund um die Uhr (vgl. Mückenberger, 1998).

Auch wenn wir heute die Industrie-Gesellschaft weitgehend hinter uns gelassen haben und eher in einer Dienstleistungs-Gesellschaft leben, so haben

wir den Lebensraum ›Nacht‹ nicht wieder aufgegeben. In unserem Empfinden symbolisiert nächtliche, künstliche Beleuchtung im öffentlichen Raum noch immer Fortschritt, wirtschaftliche Stärke und Wohlstand.

Während zu Beginn der Schichtarbeit die menschliche Gesundheit insbesondere durch Unfälle und durch die Exposition gegenüber chemischen und physikalischen Belastungen gefährdet war, sind diese heute durch rechtliche Maßnahmen im Arbeitsschutz weitgehend reduziert, wodurch längerfristig wirkende Aspekte in den Vordergrund rücken können. Epidemiologische Studien unter schichtarbeitenden Personen haben das gehäufte Auftreten hormoneller Krebsarten offensichtlich gemacht; seit 2007 ist Schichtarbeit von der WHO als kanzerogen eingestuft (Straif et al., 2007), der auslösende Mechanismus wird erst nach und nach verstanden.

Erst zu Beginn des 21. Jahrhunderts wurde im menschlichen Auge neben den Stäbchen und Zapfchen eine weitere licht-sensitive Zellenart – die Ganglienzellen – entdeckt und ihre Funktion beschrieben (Brainard et al., 2001). Sie tragen zwar nicht zum Sehempfinden bei, leiten aber Infor-

mationen zum Ausmaß der äußeren Helligkeit an den Hypothalamus weiter, der diese dann über das Hormon Melatonin an die Organe des Körpers vermittelt:

- Bei äußerer Helligkeit unterbleibt die Ausschüttung von Melatonin, und die inneren Organe arbeiten im Tag-Modus, der oft mit (der Bereitstellung von) erhöhter Aktivität verbunden ist.
- Bei äußerer Dunkelheit wird Melatonin ausgeschüttet und veranlasst die inneren Organe, in den Nacht-Modus zu fallen, der häufig aufräumenden und reparierenden Charakter hat.

So unterliegt die Konzentration bestimmter Hormone im Blut einem Auf und Ab im Wechsel zwischen Tag und Nacht. Sie regeln nicht nur den wohl bekanntesten circadianen Rhythmus der Körperkern-Temperatur, sondern auch weitere Stoffwechselprozesse (Wetterberg, 1993).

Schichtarbeit unterbricht und verändert diesen natürlichen Rhythmus im Körper: Zu Zeiten, in denen der Mensch eigentlich ruht, werden auf körperlicher und geistiger Ebene Höchstleistungen

erwartet, nur um dann, wenn die äußeren Reize Aktivität signalisieren, die Ruhephase nachzuholen. Eine kurzfristige Störung kann zur Beeinträchtigung des Schlafs sowie zu allgemeinem Unwohlsein führen. Bei anhaltender Störung des natürlichen Rhythmus verändert sich der Metabolismus, was auf der körperlichen Seite mit Übergewicht, Typ-II-Diabetes oder Herzerkrankungen assoziiert ist (Navara und Nelson, 2007), auf der psychischen Seite mit Depressionen (Salgado-Delgado et al., 2011). Da Melatonin neben seiner Funktion als Botenstoff auch eine antioxidative Wirkung besitzt, wird bei Helligkeit nicht nur die Ausschüttung von Melatonin unterdrückt, sondern es unterbleiben in Folge auch reparative Prozesse: Mutierte Zellen haben größere Chancen sich zu vermehren.

Insbesondere in Metropolen etabliert sich in jüngster Zeit die Auflösung jeglicher Rhythmen. Globale Vernetzung und digitale Arbeitsweisen erfordern und ermöglichen komplett individuelle Rhythmen (flexible Arbeitszeiten), die in hohem Maße Selbstorganisation erfordern. Phasen der Ruhe und der Regeneration werden mehr und mehr als überflüssig angesehen, was zu neuen gesundheitlichen

Problemen vor allem im Bereich der Arbeitsorganisation beitragen kann. Als Gegenbewegung ist bereits die Idee der Entschleunigung und der Achtsamkeit entstanden.

Die Entkoppelung von natürlichen Rhythmen scheint mit dem gehäuftem Auftreten verschiedener chronischer Krankheiten einherzugehen – einige davon lassen sich unter dem Begriff der Wohlstandskrankheiten zusammenfassen. Da die Erhellung der Nacht in globalem Ausmaß eine der gravierendsten Umweltveränderungen in der Geschichte der Menschheit darstellt, rücken ihr Einfluss auf die menschliche Gesundheit sowie die zugrundeliegenden Mechanismen zunehmend in den Fokus wissenschaftlicher Studien (Chepesiuk, 2009).

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

Dr. Katharina Gabriel, Universität Bremen,
Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP),
 Abt. 5 Sozialepidemiologie,
 Mail: katharina.gabriel@uni-bremen.de,
www.ipp.uni-bremen.de

Von räumlichen Strukturierungen und Vermittlungsarbeiten

Untersuchungen zur gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung

Interventionen gesundheitsfördernder Stadtteilentwicklung haben politisch in jüngerer Zeit einiges an Aufmerksamkeit erfahren, wissenschaftlich sind diese Prozesse aber noch nicht hinreichend untersucht und nur wenig verstanden. Stadtsoziologische und gesundheitswissenschaftliche Arbeiten zu Gesundheit und Raum nehmen hierzulande selten Bezug aufeinander. Dieser Beitrag fasst Ergebnisse einer Untersuchung von drei Fallverläufen zur gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung vor dem Hintergrund dieses Forschungsstandes zusammen (Bär, 2014). Gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung wird dabei definiert als die Gesamtheit der Maßnahmen, die im Rahmen einer integrierten kommunalen Strategie für Gesundheitsförderung entwickelt und umgesetzt werden. Von dieser gesundheitsfördernden Settingentwicklung sind Maßnahmen zu unterscheiden, die ohne strategischen Bezug Gesundheitsförderung im kommunalen Setting betreiben.

Die Untersuchung konzentrierte sich speziell auf Maßnahmen, die auf einzelne (sozial benachteiligte) Stadtteile fokussiert waren (Setting Stadtteil). Im Zentrum stand die Frage, wie es solchen Entwicklungsansätzen gelingen kann, Wirkung zu entfalten. Ein wichtiger Schritt in der Analyse war es zunächst, ein doppeltes Spannungsverhältnis herauszuarbeiten, in dem sich die gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung theoretisch wie empirisch bewegt. Zum einen sind die New Public Health Prinzipien, wie intersektorale Zusammenarbeit, Partizipation und Empowerment von sozial benachteiligten Bewohner_innengruppen für den Ansatz kennzeichnend. Dieses Förderverständnis trifft aber auf eine heterogene kommunale Akteurslandschaft, wo die Förderverständnisse von medizinischer Prävention (z.B. Impfen, U-Untersuchungen, Zahnprophylaxe) und der Gesundheitsförderung über Aufklärung und Gesundheitsbildung zu Empowermentansätzen und Selbsthilfe reichen.

Ähnliches gilt in Bezug auf die Stadtentwicklungsvorstellungen. Hier wird in der soziologischen Raumforschung von einer Wende von Behälterraumvorstellungen hin zu Beziehungsraumkonzepten gesprochen (Läpple, 1992). Behälterräume, so die Vorstellung, umgeben die Bewohnerschaft und wirken über ihre Raumeigenschaften beispielsweise auf die Gesundheit der Bevölkerung ein. Beziehungsräume hingegen sind geprägt von einer wechselseitigen Beeinflussung von Strukturen und handelnden Personen. Mit dem Fokus auf Beziehungsräume geht ein Mehrdimensionen-Schema zur Definition des Raums einher, die an dieser Stelle nur angedeutet werden kann. Eine Veränderung des Raumes kann auf der baulich-physischen Ebene, auf der sozialen, der institutionellen oder einer symbolischen Ebene stattfinden.

Zur Veranschaulichung: Gesundheitsförderung nach einem Behälterraumverständnis könnte heißen, Spielplätze, Innenhöfe und andere Wohnqualitäten zu verbessern, um mehr Bewegungsangebote zu schaffen. Jedoch führt eine Umgestaltung der gebauten Wohnumwelt nicht automatisch zu mehr Bewegung. Um das zu erreichen, braucht es auch Veränderungen im Alltag der potenziellen Nutzer_innen. Dies wird bei einem Beziehungsraumverständnis berücksichtigt. Nur wenn räumliche Ressourcen, wie ein Aktivspielplatz oder ein attraktiver Stadtpark mit den Bewohner_innen



in Beziehung gebracht werden können, wird man gesundheitsfördernde Effekte erzielen können. In den untersuchten Fallstudien konnten viele Aktivitäten dieser Art beobachtet werden, wie über kleine Projekte der Umweltbildung beispielsweise Ressourcen wie die örtlichen Flussauen, Bienenstöcke oder Erholungsgebiete stärker mit den Innenstadtkindern in Verbindung gebracht wurden oder wie mit Hilfe der lokalen Sportvereine das städtische Hallenbad für die Kinder, die sonst nicht mit ihren Familien dorthin gehen würden, für diese interessierten Nichtschwimmer_innen erreichbar wurde.

Hierbei kommt noch ein weiterer wichtiger Aspekt ins Blickfeld, nämlich der der sozialen Selektion auch bei Gesundheitsförderungsangeboten. Aus unserer Begleitung von Setting-Projekten wissen wir, dass es eben nicht reicht, ein gesamtstädtisches Köche-Projekt in den Stadtteil zu holen, sondern es bedarf der Vermittlung an engagierte Eltern oder Lehrer_innen in Schulen, die wiederum dafür Sorge tragen können, dass vor allem die Kinder von dem Angebot profitieren, die stärker von gesundheitlicher Ungleichheit betroffen sind.

Die Analyse der unterschiedlichen gesundheitswie raumbezogenen Förderverständnisse erwies sich empirisch als fruchtbar, da hierüber ein Teil der unterschiedlichen Fallstudienverläufe erklärt werden konnte. Der Untersuchungsansatz folgte hier dem Konzept der räumlichen Strukturierung von Löw und Sturm (2005). Für die Implementationsphasen Auftakt, konzeptionelle Festlegungen, Umsetzungen und Anschlussprojekte wurden die

räumlichen Strukturierungsprozesse nachvollzogen. Dabei zeigte sich vor allem, dass diese Beziehungsraumveränderungen fragil und meist temporär waren. Sie setzen eine Vielzahl von Vermittlungsprozessen voraus und stießen sowohl in Bezug auf die Größe wie auf die Dauerhaftigkeit dennoch an klare Grenzen. In den beobachteten zwei Jahren der Implementation lagen die Veränderungen schwerpunktmäßig auf der institutionellen Dimension der Untersuchungsräume und nicht so sehr im Bereich der sozialen Lebenswelten der Bewohnerschaft. Trotz lokaler Arrangements blieben Hemmnisse, die lokal nicht gelöst werden konnten. Dass viele Familien im Stadtteil ihren Kindern das Schwimmen nicht beibringen, stellte den Schwimmunterricht in einer Fallstudienkommune vor große Herausforderungen. Ebenso waren die Schulen im Stadtteil bislang nicht dafür gerüstet, eine Verpflegung der Schüler_innen im Schulalltag zu gewährleisten. Diese Probleme wurden in der Analyse als Teil der »public social order« verstanden, die nicht im nötigen Umfang kommunal über eine Veränderung der »parochial social order« (Hunter 1985) verändert werden können. Das Zusammenspiel der verschiedenen sozialen Ordnungen erwies sich zusammen mit den Vermittlungsprozessen in Beziehungsräumen als wichtige Unterscheidungskategorie in den Prozessverläufen.

Sehr deutlich war in der Umsetzungsphase der Fallstudienverläufe, dass die gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung von allen an den Projekten Beteiligten als Beziehungsraumarbeit verstanden wurde. Gemessen an dem oben erwähnten Mehrdimensionenschema des Raums fanden diese

Veränderungen vor allem auf der institutionellen Ebene statt. Entsprechend positiv wurden die Veränderungen in den Beziehungen zu Projektpartnern, Fördermittelgebern, Zielgruppen gesehen. Deutlich wurde, dass der Blick auf die nötigen Ressourcen, die für ein In-Verbindung-Setzen nötig waren, ein anderer war als mit einem Behälterraumverständnis. Die vertikale Vernetzung von Stadtteilakteuren mit kommunalen Entscheider_innen oder übergeordneten Landesbehörden war für diese Beziehungsräume zur Ressourcenmobilisierung konstitutiv. Ressourcenmittlern, wie der wissenschaftlichen Begleitung, den lokalen Koordinierungsstellen aber auch den Multiplikator_innen, kam hierbei eine wichtige Funktion zu.

Im Sinne des Setting-Ansatzes profitierte am stärksten der Stadtteil, in dem bereits zum Projektbeginn ein Beziehungsraumverständnis vorherrschte. Wo die vertikale Vernetzung fehlte und heterogene Förderverständnisse lokal nicht offen verhandelt wurden, konnte der Ansatz keine Dynamik im Sinne eines gesundheitsfördernden Settingprozesses entfalten. Dort, wo der offene Austausch über unterschiedliche Förderverständnisse gelang, konnten hingegen die Chancen auf ein dauerhaftes kommunales Engagement in der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung erhöht werden.

Die Ergebnisse haben zu der These geführt, dass nicht so sehr das »richtige« Konzept oder die messbaren Projektergebnisse die Qualität der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung kennzeichnen, sondern das in der bisherigen Forschung zu wenig beachtete Zusammenspiel von sozialen Ordnungen mit lokalen Vermittlungsarbeiten einer Intervention. In den untersuchten lokalen Konstellationen konnten auch Hinweise auf entstehende lokale Eigensinnigkeiten festgestellt werden, die die Prozesse lokaler Stadtteilentwicklung prägen. Forschende in diesem Feld sind herausgefordert, die jeweiligen lokalen Verortungen kommunaler Gesundheitsförderung zu verstehen. Perspektivisch könnten so auch Wirkungszusammenhänge von Gesundheit und Raum besser ausgeleuchtet werden.

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

Gesine Bär,
Alice Salomon Hochschule Berlin,
Mail: baer@ash-berlin.eu,
www.ash-berlin.eu

Lässt sich Gesundheit planen?

Der Umgang mit gesundheitlichen Belangen in der Raumplanung

Lebenswerte und somit auch gesunde Städte sind ein zentraler Bestandteil einer nachhaltigen Raumentwicklung. Hierbei wird menschliche Gesundheit im Sinne der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als Zustand des körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und nicht (nur) als bloße Abwesenheit von Krankheit verstanden (WHO, 1986). Verschiedene räumliche Situationen führen auch im 21. Jahrhundert in Deutschland noch zu ungesunden Wohn-, Arbeits- oder Freizeitbedingungen. Vor allem schleichende Risiken (Luftbelastung) und Extremereignisse (Hitze, Überflutung) heben zusätzlich den Aspekt der sozialen Ungleichheit bei Gesundheit hervor. Diese wird auch in dem Konzept Umweltgerechtigkeit gefasst und liefert wiederum einen klaren Bezug zum Leitbild der Nachhaltigkeit (Bolte et al., 2012).

Mangelnde Hygiene und ausbrechende Epidemien in den stark wachsenden Zentren waren Ende des 19. Jahrhunderts bzw. zu Beginn des 20. Jahrhunderts ein wesentlicher Grund für die Schaffung städtebaurechtlicher Regelungen, die über die bloße Vorgabe von Fluchtlinien hinaus auch Art und Maß der baulichen Nutzung in der Fläche betreffen. Gesunde Wohn- und Arbeitsverhältnisse sind angesichts des sich abzeichnenden Klimawandels (urbane Überwärmung) wieder von großer Aktualität. Auch Probleme der Sicherheit in öffentlichen und privaten Stadträumen haben im Sinne körper-



licher Unversehrtheit gesundheitliche Dimensionen. Es ist seit langem bekannt und in der Diskussion, dass städtebauliche und soziale Missstände, die stadtplanerisch den Planungsanlass einer städtebaulichen Sanierung definieren, erheblich zu Alltagskriminalität beitragen (»Broken Window Theory«).

Die gebaute Stadt verändert sich in regional unterschiedlicher Dynamik. Nur ein Fünftel der zur Bebauung anstehenden Flächen wurde vorher landwirtschaftlich genutzt. Der weit überwiegende Teil wurde vorher bereits baulich genutzt und liegt somit in einem bebauten und von Menschen genutzten Umfeld. Daraus entstehen Konflikte zwischen bestehenden und neuen Nutzungen. In der räumlichen Planung werden dabei Fragen nach Leitbildern, denen die städtebauliche Entwicklung folgen sollte, aufgeworfen. Wird eine kompakte Stadt angestrebt mit höheren baulichen Dichten, um damit die Inanspruchnahme von landwirtschaftlichen und naturräumlich geprägten Flächen an der städtischen Peripherie entsprechend der politischen und fachlichen Zielsetzungen einzudämmen, indem man sich auf die sogenannte Innenentwicklung orientiert? Oder liegt der Schwerpunkt auf einem Leitbild, das in hohem Maße auf eine Klimaanpassung und damit auf innerstädtische Freiraumsicherung und die Sicherung des Mikroklimas abstellt? In jedem Fall ist es Aufgabe der räumlichen Planung, Lösungen für räumliche Konflikte zu finden und umwelt- sowie gesundheitsbezogene Auswirkungen auf den Menschen zu berücksichtigen. Im Weiteren stellen sich dann Fragen, inwieweit man diese Auswirkungen quantifizieren und qualifizieren kann und wie dies im Planungsverfahren zu berücksichtigen ist. Dazu dient nicht zuletzt die Strategische Umweltprüfung, die die Auswirkungen von Planungen auf die Umweltbelange einschließlich der menschlichen Gesundheit im Rahmen der Planverfahren transparent und nachvollziehbar dokumentieren sowie eine entscheidungsleitende Rolle in den Planungsverfahren spielen sollte (Baumgart, 2012).

Gesundheitsförderung ist demnach seit jeher ein zentrales Anliegen räumlicher Planung, das in ihren gesetzlichen Regelwerken und in ihren Instrumenten

seinen Niederschlag findet. Heute drückt sich eine gesunde Lebenswelt in übergeordneten Leitbildern der Raumordnung über die Daseinsvorsorge bis hin zu gesetzlichen Vorschriften in einzelnen Genehmigungsverfahren aus. Die Raum- bzw. Stadtplanung übernimmt in den planerischen Prozessen eine Koordinationsfunktion für eine Vielzahl staatlicher und privatwirtschaftlicher Akteure mit ihrem raumrelevanten Handeln. Eine kleinräumig sozialdifferenzierte Gesundheitsberichterstattung steckt noch in den Kinderschuhen; für solche Aussagen werden Schuleingangsuntersuchungen herangezogen, die jedoch ohne zusätzlichen Aufwand nur wenig in Bezug auf die sozial-räumlichen Daten der Herkunftsorte der Kinder analysiert werden (können). Das Potenzial der Instrumente der Raumbeobachtung und Planung für gesunde Wohn- und Lebensverhältnisse wird weder von den Ressorts Stadtplanung noch Gesundheitsförderung voll ausgeschöpft (Bunzel & Böhme, 2014).

Die fachlichen Perspektiven, Sprache und Zuständigkeiten von Stadtplanung und Public Health beziehen sich angesichts der Fragen von gesundheitlichen Folgen einerseits auf die Exposition der einzelnen Menschen und andererseits auf daraus resultierende Konflikte und soziale Spannungen in derart belasteten Quartieren, aber auch auf gesamtstädtischer Ebene. Beides basiert auf Umweltbelastungen, die auf räumlicher Ebene, insbesondere im Quartier, zu raumbezogenen Abwertungen im Sinne des Wertverlustes von Immobilien aufgrund des investiven Verhaltens der Eigentümer (mangelndes Interesse, ökonomisches Unvermögen) führen können und damit zu einer sozial-räumlichen Spaltung der Stadt und zur Segregation, d.h. zur Konzentration sozial benachteiligter Gruppen in der Stadt beitragen.

Zieht man ein Fazit, sollte das Spannungsverhältnis lokaler Umwelt(un)gerechtigkeit von Stadtplanung und Public Health und der beiden Handlungsbereichen innewohnende gestaltende bzw. Interventions-Anspruch qualifiziert und die gemeinsamen Wurzeln erneut zum Gedeihen gebracht werden.

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

Prof. Dr.-Ing. Sabine Baumgart, Dr. Andrea Rüdiger,
Technische Universität Dortmund, Fakultät Raumplanung,
Fachgebiet Stadt- und Regionalplanung,
Mail: sabine.baumgart@tu-dortmund.de,
www.raumplanung.tu-dortmund.de/srp

PROJEKTE AM IPP

Das ForstA Projekt »Forschend studieren von Anfang an«

Reform der Studieneingangsphase im Studiengang Pflegerwissenschaft (Duales Studienprogramm)

Im SoSe 2012 ist der Studiengang Pflegewissenschaft (Duales Studienprogramm) an den Start gegangen, welcher eine praxisnahe pflegerische Berufsausbildung in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege bzw. Altenpflege an einer der 10 Pflegeschulen in Bremen und Bremerhaven mit einem grundständigen Bachelorstudiengang verknüpft. Momentan werden jährlich ca. 50 Studierende entweder als fortgeschrittene Studierende mit einer bereits abgeschlossenen Berufsausbildung oder als grundständig Studierende in den Studiengang aufgenommen. Wie sich herausgestellt hat, beanstanden die dual Studierenden die mangelnde Verknüpfung der Lernangebote der Universität und der Pflegeschulen.

Mit dem ForstA-Projektantrag hat die Universität Bremen neun Millionen Euro im Bundesländer Programm »Qualitätspakt Lehre« des BMBF erhalten, die sie u. a. für die Reform der Studieneingangsphase nutzt. Mit dem in der Abteilung 4 des IPP angesiedelten Projekt sollen die schulischen und universitären Lernangebote in der Studieneingangsphase inhaltlich miteinander verknüpft werden, die Studierenden einen forschenden Einstieg in das Studium erhalten, die Qualität der von

den Schulen vermittelten Studienanteile gesichert werden und die im Studium erworbenen Kompetenzen der Studierenden unmittelbar auf die Berufsausbildung zurückwirken und damit Transferleistungen angeregt werden. Darüber hinaus soll die Zusammenarbeit unter den verschiedenen Studierendengruppen gefördert werden.

Konzeptionell soll für die Studieneingangsphase in Zusammenarbeit mit Vertreter_innen der ausbildenden Schulen und der Universität Bremen das Modul »Wissenschaftliches Arbeiten« inhaltlich wie auch didaktisch überarbeitet werden. Anhand eines gemeinsamen und übergreifenden Fallbeispiels zum Thema »Ernährung« sollen die Studierenden systematisch eine Fragestellung entwickeln und darauf aufbauend eine wissenschaftliche Literaturarbeit erstellen, in der sie einen Überblick über die zu ihrer Fragestellung vorhandene Literatur geben. Die verschiedenen Schritte des Forschungsprozesses sollen in heterogen zusammengesetzten Kleingruppen umgesetzt werden, in denen die Studierenden sich zu verschiedenen Zeitpunkten u. a. mittels E-Learning-Tools über ihren Arbeitsprozess und ihre Arbeitsergebnisse austauschen können. Die Ergebnis- und

Kompetenzerfassung innerhalb des Moduls erfolgt in Form einer wissenschaftlichen Hausarbeit als Einzelleistung. Als theoretischer Hintergrund dienen der Ansatz des Forschenden Lernens und die Interaktionistische Pflegedidaktik von Darmann-Finck (2010). Anhand des Fallbeispiels zum Thema »Ernährung« sollen sich die Studierenden demzufolge neben evidenzbasiertem Regelwissen, auch Deutungswissen und Reflexionswissen hinsichtlich der die Pflege prägenden, oftmals restriktiven gesellschaftlichen Rahmenbedingungen aneignen.

Des Weiteren erfolgt die Einrichtung einer Moodle-basierten Lernplattform, auf die auch die Lehrenden und Lernenden aus den Kooperations-schulen zugreifen können und die Erarbeitung von didaktischen Vorschlägen für die Vertiefung von Fallsituationen in den Schulen. Das Konzept soll abschließend durch eine standardisierte Befragung der Studierenden und Lehrenden formativ evaluiert und weiterentwickelt werden.

Um eine nachhaltige Umsetzung sicherzustellen, werden die Organisation und die Durchführung des Lehrangebots betreffende Standards erstellt, nach denen dann zukünftig regelhaft das Modul »Wissenschaftliches Arbeiten« gestaltet werden soll.

Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck, Miriam Tariba Richter,
Universität Bremen, Institut für Public Health
und Pflegeforschung (IPP), Abt. 4 Qualifikations-
und Curriculumforschung,
Mail: darmann@uni-bremen.de,
www.ipp.uni-bremen.de

PROFIL Gender

Projektbasiertes forschendes und interdisziplinäres Lernen

Das Projekt »PROFIL Gender« hat das Ziel, ein Theorie-Praxis-Lehrformat zu entwickeln, das Studierenden ermöglicht, interdisziplinär und in einem gemeinsamen Projekt Forschungsfragen hinsichtlich Gender/Geschlecht zu bearbeiten. Zugleich soll eine intersektionelle Perspektive, das heißt ein sensibilisierter Blick auf gesellschaftliche Komplexität und Ungleichheitslagen, eine Vertiefung der theoretischen und empirischen Zugänge ermöglichen.

Das Projekt PROFIL Gender startete im März 2014 unter der Leitung von Prof. Dr. Gabriele Bolte und mit Unterstützung eines Initiativkreises, in dem Wissenschaftlerinnen aus den Fachbereichen Informatik, Produktionstechnik, Rechtswissenschaften, Sozialwissenschaften, Kulturwissenschaften sowie Human- und Gesundheitswissenschaften der

Universität Bremen vertreten sind. Ulrike Lahn, wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Abteilung Sozialepidemiologie des Instituts für Public Health und Pflegeforschung, koordiniert das Projekt.

In den nächsten drei Jahren soll sich »PROFIL Gender« zu einem Projektdach entwickeln, unter dem sich weitere Veranstaltungsformate und interdisziplinäre Fragestellungen zu Gender entwickeln und in fachbereichsübergreifenden Kooperationen umgesetzt werden können. Unter diesem Dach sollen Vernetzungs- und Austauschmöglichkeiten sowohl für Studierende als auch für (Nachwuchs-)wissenschaftler_innen geschaffen werden. Als Auftakt findet im Wintersemester 2014/2015 die »Theorie-Praxis-Werkstatt: »Diskriminierung macht krank!« – Aus Gender- und Diversitätsperspekti-

ve« statt (General Studies im FB 11/ 4 SWS). Ab Sommersemester 2015 ist unter Beteiligung der Fachbereiche 3 (Informatik) und 11 (Human- und Gesundheitswissenschaften) ein Lehrprojekt geplant, das Alter, Pflege und Informationstechnik in den Blick nimmt.

Ein weiteres Format, das des Tagesworkshops, wird ebenfalls ab dem kommenden Wintersemester angeboten. Workshops ermöglichen es, kompakt einzelne Fragestellungen und Anliegen punktuell interessierten Studierenden und Wissenschaftler_innen zur Diskussion zu stellen, wie beispielsweise ein Workshop zu Gender in der multivariaten statistischen Datenanalyse oder ein Workshop zu Gender und Inter-/Transdisziplinarität. Dieses Format dient zugleich als Vernetzungsangebot und Möglichkeit zum Erfahrungsaustausch für Nachwuchswissenschaftler_innen.

Um zukünftig kompakt und übersichtlich Aktivitäten, Seminare und Veranstaltungen rund um Geschlecht und Vielfalt campusweit zu kommunizieren, wird zum Wintersemester 2014/15

und zum Sommersemester 2015 ein »Gender-Diversity-Veranstaltungsguide« in Kooperation mit der Diversityberaterin der Universität Bremen, Dr. Margrit Kaufmann, herausgegeben. Der Veranstaltungsguide wird zusätzlich online bereitgestellt und mit der Diversity-Seite der Uni-Homepage verlinkt: www.uni-bremen.de/index.php?id=4025. Jeweils

zu Beginn eines Semesters werden die Print-exemplare an Anlaufstellen in Fachbereichen und an Informationsknotenpunkten auf dem Campus ausgelegt, die beispielsweise Beratung für internationale und kulturell vielfältige Studierende (z.B. kompass, enter science) oder Unterstützung und Services anbieten (z.B. Praxisbüros, Career Center,

ZKFF, ADE, Referat Chancengleichheit, AstA).

Ulrike Lahn, Prof. Dr. Gabriele Bolte,
Universität Bremen, Institut für Public Health
und Pflegeforschung (IPP), Abt. Sozialepidemiologie,
Mail: ulahn@uni-bremen.de,
www.ipp.uni-bremen.de

Wissensdatenbank-App

Projekt zur Erstellung einer problemorientierten Wissensdatenbank für Pflegende – »PfleGE.kompakt« – eine App für mobile Geräte

Mediengestützte Lernangebote stellen eine Möglichkeit dar, den Transfer von evidenzbasiertem Wissen in die Pflegepraxis zu unterstützen. Bislang werden die Potenziale mediengestützten Lernens für die Aus-, Fort- und Weiterbildung Pflegenden aber kaum genutzt (Knoppik, 2004). In einem Projekt, das seit Januar 2013 von der Bremer Wirtschaftsförderung GmbH und dem Europäischen Fond für regionale Entwicklung finanziell gefördert wird, entwickeln die Projektpartner, das Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen sowie das Bremer Softwareunternehmen atacama | Software GmbH, eine Wissensdatenbank (WDB), die Pflegenden schnell Antworten auf Fragen liefert, die im Prozess der Arbeit entstehen. Die WDB nimmt einige Barrieren mediengestützter Wissensaneignung in der Pflege (hierzu Meister, Kamin, Temps, 2011) konstruktiv auf und bietet verständliches, evidenzbasiertes und bereits synthetisiertes Wissen, zunächst zu den Themen Demenz und Schmerz. Darüber hinaus ermöglicht die WDB über vertiefende Artikel wie Studienbesprechungen, Literaturangaben oder Verlinkungen auch eine Vertiefung des Erlernten. Als Zielgruppe sind primär Pflegende angesprochen, die nicht über einen akademischen Abschluss verfügen. Technisch ist innovativ, dass sich Pflegende nicht nur kontextfreie Informationen zu verschiedenen Themen aneignen können, sondern dass sie durch semantische Verknüpfungen (Stuckenschmidt, 2011) von Begriffen auch kontextbezogenes, also auf die (PfleGE-)Probleme eines spezifischen zu Pflegenden bezogenes Wissen finden können.

Um die Datenbank angepasst an die Bedürfnisse potenzieller Nutzer_innen entwickeln zu können, wurden zu Beginn des Projektes Piloteneinrichtungen eingebunden und eine Bedarfsanalyse im Hinblick auf die zu entwickelnde WDB durchgeführt. Sechs Bremer Pflegebildungs- und Versorgungseinrichtungen konnten als Piloten-

richtungen gewonnen werden. Die Projektschritte und die Arbeitsergebnisse wurden in mehreren Workshops mit Vertreter_innen dieser Einrichtungen kommunikativ validiert und ggf. modifiziert. Die Bedarfsanalyse erfolgte im Frühjahr 2013 qualitativ anhand von leitfadengestützten Interviews und Focus-Gruppen, die inhaltsanalytisch ausgewertet wurden.

Die hierbei gewonnenen Erkenntnisse berücksichtigend fand im Anschluss die Konzeption der WDB statt. Im Einzelnen wurden eine Taxonomie für die WDB und die Grundstruktur der Artikel festgelegt sowie schließlich ein Prototyp entwickelt. Die Taxonomie wurde seitens des Softwareunternehmens in Protégé semantisch eingearbeitet und zeitgleich wurde ein Erfassungstool bzw. der Editor, der für das Einpflegen von Artikeln genutzt wird, konzipiert. Für die Erstellung von Artikeln wurde u.a. in einschlägigen Datenbanken nach hochwertigen Studien, Reviews oder Metanalysen, in Leitlinien und Expertenstandards recherchiert, das Wissen synthetisiert und sprachlich aufbereitet. In der Aufgabenteilung der beiden Projektpartner ist das Team der Universität für die inhaltliche und das Team der atacama | Software GmbH in erster Linie für die technische Entwicklung zuständig.

Seit April 2014 befindet sich die WDB nun in Form einer webbasierten App in der Implementierungsphase. Für die Pilotierung wurde ein Schulungskonzept erstellt, welches die Anwendung der Wissensdatenbank-App sowie die Umsetzung des Wissens nach dem Konzept der Evidenzbasierten Pflege fokussiert. Zum Abschluss wird die WDB formativ evaluiert und wird ein Konzept zur Sicherung der Nachhaltigkeit erarbeitet.

Die Evaluation erfolgt anhand einer standardisierten Onlinebefragung, einer Focus-Gruppe mit inhaltsanalytischer Auswertung sowie einer Analyse anonymisierter Nutzungsdaten. Durch die Evaluation werden Hinweise für die Weiter-



entwicklung sowie zu Zukunftspotentialen einer problemorientierten WDB für Pflegende erwartet. Erste Ergebnisse der Evaluation deuten darauf hin, dass Rahmenbedingungen einen großen Einfluss auf die Nutzung einer WDB haben (technische Ausstattung, Zeit zur Nutzung etc.). Zudem scheint die Computer- bzw. Technikaaffinität der Pflegenden ein entscheidendes Kriterium zu sein. Das entwickelte Nachhaltigkeitskonzept gewährleistet die Weiterentwicklung und Pflege der Inhalte und Funktionalitäten, so dass auch nach Projektende die Aktualität der WDB sichergestellt werden kann.

Eine kostenlose Lite-Version und eine kostenpflichtige App für interessierte Nutzer_innen können ab Ende des Jahres 2014 in den App-Stores erworben werden. Für Institutionen sind darüber hinaus weitere Vertriebs- und Nutzungsmöglichkeiten der Wissensdatenbank vorgesehen. So kann diese im Browser oder integriert in die Pflegedokumentationssoftware apenio oder einem Krankenhausinformationssystem (KIS) genutzt werden.

→ Literatur bei den Verfasser_innen

→ weitere Informationen zum Projektpartner sowie zur Wissensdatenbank-App »PfleGE.kompakt« sind im Internet verfügbar unter www.atacama.de

Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck,
Andreas Baumeister B.A. Pflegewissenschaft,
Stefanie Schniering Diplom-Pflegewirtin (FH),
Universität Bremen, Institut für Public Health
und Pflegeforschung (IPP),
Abt. 4: Qualifikations- und Curriculumforschung,
Mail: darmann@uni-bremen.de,
www.ipp.uni-bremen.de

Nächtliche Beleuchtung und Krebs in Bayern

Ökologische Studie als Pilotprojekt

Im Sommer 2014 startete in der Abteilung Sozialepidemiologie des Instituts für Public Health und Pflegeforschung ein neues Forschungsprojekt zu nächtlicher Beleuchtung im öffentlichen Raum und Krebserkrankungen. Die Erhellung der Nacht mit künstlichem Licht stellt auf globaler Ebene eine der gravierendsten Umweltveränderungen in der Geschichte der Menschheit dar. Der Unterschied zwischen Helligkeit und Dunkelheit und damit der Rhythmus von Tag und Nacht wird immer mehr aufgehoben. Die Auswirkungen dieser Chronodisruption auf die menschliche Gesundheit sind in den letzten zwei Dekaden zunehmend in das Interesse von Wissenschaft und Forschung gerückt, wobei der Fokus auf der Untersuchung von Schichtarbeit lag. Hier wurde festgestellt, dass das deutliche Signal nächtlicher Beleuchtung in Innenräumen mit einem gehäuftem Auftreten bestimmter Krebsarten assoziiert werden kann, so dass Schichtarbeit von der WHO seit 2007 als kanzerogen eingestuft wird (Straif et al., 2007). Bei Frauen liegt der Fokus auf Brustkrebs (z.B. Grundy et al., 2013; Srinivasan et al., 2008; Stevens, 2009), bei Männern auf Prostatakrebs (z.B. Pukkala et al., 2002).

Während die Mechanismen, die bei der Exposition gegenüber künstlicher Beleuchtung während der Nacht in Innenräumen ablaufen, zunehmend verstanden werden, bleibt offen, wie hoch die

Schwellenwerte sind, um diese Mechanismen in Gang zu setzen. Erkenntnisse, ob die allgemeine Erhellung der Nacht durch Beleuchtung im öffentlichen Raum Auswirkungen auf die menschliche Gesundheit hat, sind noch unzureichend. Vor diesem Hintergrund wird in Zusammenarbeit mit dem Bevölkerungsbezogenen Krebsregister Bayern in einer ökologischen Studie die nächtliche Helligkeit und die Inzidenz von Krebs in ausgewählten Kommunen in Beziehung gesetzt. Dazu wurde in einem ersten Schritt anhand zweier unterschiedlicher Datenquellen die nächtliche Helligkeit in ausgewählten Kommunen in Bayern ermittelt:

- Zum einen dient ein nächtliches VIIRS-Satellitenbild von 2012 als Datengrundlage. Hier wird das von der Erdoberfläche abgestrahlte oder reflektierte Licht erfasst.
- Zum anderen dienen die modellierten Werte des »ersten Weltatlas der künstlichen Nachthimmelhelligkeit« (Cinzano et al., 2001) als Datengrundlage. Hier werden neben dem am Boden abgestrahlten Licht auch Relief-Eigenschaften und atmosphärische Bedingungen berücksichtigt, so dass die Werte die Erhellung des Nachthimmels im Vergleich zu natürlichen Bedingungen in Prozent wiedergeben.

Die Assoziation dieser Werte mit altersstandardisierten Inzidenzraten von Brust- und Eierstockkrebs bei Frauen sowie von Prostata- und Hodenkrebs bei Männern wird derzeit in dem Projekt analysiert. Als Kontrollen dienen die Inzidenzen von Darm- und Lungenkrebs bei Frauen und Männern.

Erste Ergebnisse des Projekts wurden im Herbst 2014 auf der 2. Artificial Light at Night Conference (ALAN II) in Leicester (UK) sowie auf dem 20th International Congress on Biometeorology (ICB20) in Cleveland, OH (USA) vorgestellt. Mit der Thematik dieses Forschungsvorhabens ist die Autorin in die europäische COST-Action »LoNNe« eingebunden.

COST-Action ES1204 »LoNNe«

Gefördert durch das europäische COST-Programm treffen sich im Rahmen des Forschungsnetzwerks LoNNe (»Loss of the Night Network« – www.cost-lonne.eu) zweimal im Jahr etwa 40 Wissenschaftler_innen aus 17 Ländern, um sich über das Thema »Lichtverschmutzung« auszutauschen. Sie kommen aus den unterschiedlichsten Disziplinen (z.B. Biologie, Astronomie, Stadtplanung, Technik), diskutieren neueste Ergebnisse und Entwicklungen und tragen in vier Arbeitsgruppen Erkenntnisse, Daten und Messmethoden zusammen.

Dr. Katharina Gabriel MSE, Universität Bremen,
 Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP),
 Abt. 5 Sozialepidemiologie,
 Mail: katharina.gabriel@uni-bremen.de,
www.ipp.uni-bremen.de

Epidemiologische Studie

»Umwelt und Gesundheit von Kindern in Dortmund«

Dieses neue Forschungsprojekt der Abteilung Sozialepidemiologie im Institut für Public Health und Pflegeforschung hat zum Ziel, die für die Gesundheit von Kindern in Dortmund relevanten Faktoren der sozialen und gebauten Wohnumwelt unter Berücksichtigung der individuellen sozialen Lage zu identifizieren. Bei den Analysen werden sowohl eine Belastungs- als auch eine Ressourcenperspektive in Bezug auf Wohnumweltfaktoren und Gesundheitszielgrößen berücksichtigt.

Von September 2014 bis August 2015 wird eine Vollerhebung bei allen Eltern der knapp 5.000 Kinder durchgeführt, die an der Schuleingangsuntersuchung in Dortmund teilnehmen. Im Vergleich zu anderen Studien zur Kindergesundheit bei

Schuleingangsuntersuchungen in Deutschland ist bei dieser Studie das Besondere, dass die Eltern um Angabe ihrer Wohnadresse gebeten werden. Dadurch ist es möglich, die Fragebogenangaben zu der Wohnumwelt, sozialen Lage und Gesundheit von Kindern adressgenau mit objektiven Umweltdaten der Stadt Dortmund zu verbinden.

Die Studie wird als Kooperationsprojekt der Abteilung Sozialepidemiologie, Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen, des Fachgebiets Stadt- und Regionalplanung, Fakultät Raumplanung, TU Dortmund, und der Abteilung Gesundheitsdienst für Kinder und Jugendliche, Gesundheitsamt der Stadt Dortmund, durchgeführt. Den Kontext für dieses Projekt bildet die Junior-

Forschungsgruppe »Stadt als gesunder Lebensort unabhängig von sozialer Ungleichheit« (SALUS). Diese Forschungsgruppe ist ein Zusammenschluss von Forscherinnen und Forschern aus den Bereichen Stadtplanung, Public Health und Epidemiologie. Im Fokus der Jufo-Salus stehen Fragen zu sozialer Ungleichheit bei Gesundheit und Ansätze zur Entwicklung von Strategien für eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung. Die Jufo-Salus wurde bereits im IPP-Info 11 vorgestellt.

→ Weitere Informationen zu aktuellen Aktivitäten der Jufo-Salus sind unter www.jufo-salus.de zu finden.

Prof. Dr. Gabriele Bolte, Universität Bremen,
 Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP),
 Abteilung 5 Sozialepidemiologie,
 Mail: gabriele.bolte@uni-bremen.de,
www.ipp.uni-bremen.de

PUBLIKATIONEN

Aktuelle Publikationen

in Zeitschriften mit Peer-Review 2014

Nachfolgend finden Sie eine Auswahl aktueller Publikationen des IPP aus der Kategorie »Publikationen in Zeitschriften mit Peer-Review« aus 2014. Eine vollständige Übersicht der breiten Publikationstätigkeit der IPP-Mitglieder finden Sie auf der Homepage des IPP unter www.ipp.uni-bremen.de

Baar, J., **Romppel, M.**, Igel, U., Brähler, E. & Grande, G. (2014). Associations between the residential environment and physical activity in German college students and the role of self-efficacy as a mediator. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 22(3), 118-128.

Bammann, K., Peplies, J., De Henauw, S., Hunsberger, M., Molnar, D., Moreno, L., Pohlmann, H., Tornaritis, M., Veidebaum, T., Ahrens, W. & Siani, A. (2014). Early life course risk factors for childhood obesity: The IDEFICS case-control study. *PLoS One*, 9(2): e86914.

Bayer, O., Nehring, I., **Bolte, G.** & von Kries, R. and for the Study Group of the GME cohort (2014). Fruit and vegetable consumption and BMI change in primary school-age children: a cohort study. *Eur J Clin Nutr*; 68: 265-270.

Börnhorst, C., Bel-Serrat, S., Pigeot, I., Huybrechts, I., Ottevaere, C., Sioen, I., De Henauw, S., Mouratidou, T., Mesana, M., Westerterp, K., **Bammann, K.**, Lissner, L., Eiben, G., Pala, V., Rayson, M., Krogh, V. & Moreno, L. (2014). Validity of 24-hour recalls in (pre-)school children: Comparison of proxy-reported energy intakes with measured energy expenditure. *Clin Nutr*. 33(1): 79-84.

Dollinger, B., Rudolph, M., **Schmidt-Semisch, H. & Urban, M.** (2014). Konturen einer Allgemeinen Theorie der Kriminalität als kulturelle Praxis (ATKAP). *Poststrukturalistische Perspektiven. Kriminologisches Journal*, 46. Jg., S. 67-88.

Dollinger, B., Rudolph, M., **Schmidt-Semisch, H. & Urban, M.** (2014). Von Setzungen, Kontingenz und Materialität - Ein Kommentar zu den Kommentaren. *Kriminologisches Journal*, 46. Jg., S.117-126.

Dreger, S., Buck, C. & **Bolte, G.** (2014). Material, psychosocial, and socio-demographic determinants are associated with positive mental health in Europe: a cross-sectional study. *BMJ Open*; 4(5): e005095 (doi: 10.1136/bmjopen-2014-005095).

Egidi, G., Bernau, R., Börger, M., Mühlenfeld, H. & **Schmiemann, G.** (2014). DEGAM criteria catalogue for training practices in Primary Care – a proposal for the assessment of the structural quality of training practices. *GMS Z Med Ausbild*; 31(1): Doc8 (20140217) www.egms.de/static/en/journals/zma/2014-31/zma000900.shtml.

Fernández-Alvira, J., **Bammann, K.**, Pala, V., Krogh, V., Barba, G., Eiben, G., Hebestreit, A., Veidebaum, T., Reisch, L., Tornaritis, M., Kovacs, E., Huybrechts, I. & Moreno, L. (2014). Country-specific dietary patterns and associations with socioeconomic status in European children: The IDEFICS study. *Eur J Clin Nutr*. 68: 811-21.

Foraita, R., Günther, F., Gwozd, W., Reisch, L.A., Russo, P., Lauria, F., Siani, A., Veidebaum, T., Tornaritis, M., Iacoviello, L., Vyncke, K., Pitsiladis, Y., Mårild, S., Molnár, D., Moreno, L.A., **Bammann, K.** & Pigeot, I. (2014). Does the FTO gene interact with the socioeconomic status on the obesity development among young European children? Results from the IDEFICS study. *Int J Obes (Lond)*. 2014 Aug 19. doi: 10.1038/ijo.2014.156. [Epub ahead of print]

Gosling, S., Bryce, E., Dixon, P., **Gabriel, K.**, Gosling, E., Hanes, J., Hondula, D., Liang, L., Mac-Lean, P., Muthers, S., Nascimento, S., Petralli, M., Vanos, J. & Wanka, E. (2014). A glossary for biometeorology. *Int J Biometeorol*. 58(2): 277-308.

Grande, G., **Romppel, M.**, Michal, M., & Brähler, E. (2014). The Type D construct: Is social inhibition more than social fear? *European Journal of Psychological Assessment*, 30(4), 283-288.

Glaesmer, H., Brähler, E., Grande, G., Hinze, A., Petermann, F., & **Romppel, M.** (2014). The German Version of the Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25) – Factorial structure, psychometric properties, and population-based norms. *Comprehensive Psychiatry*, 55, 396-403.

Janssen, I.M., **Gerhardus, A.**, Schröder-Günther, M.A. & Scheibler, F. (2014). A descriptive review on methods to prioritize outcomes in a health care context. *Health Expect*. doi: 10.1111/hex.12256. [Epub ahead of print]

Kamin, A.-M., **Greiner, A.D.**, **Darmann-Finck, I.**, Meister, D.M. & Hester, T. (2014). Zur Konzeption einer digital unterstützten beruflichen Fortbildung – ein interdisziplinärer Ansatz aus Medienpädagogik und Pflegedidaktik. *iTel Interdisziplinäre Zeitschrift für Technologie und Lernen* 1 (1), 6-20.

Klingshirn, H., Hendrowarsito, L., Fromme, H. & **Bolte, G.** für die GME-Studiengruppe (2014). Die Bedeutung des Migrationshintergrundes für die Tabakrauchbelastung von Kindern. Eine Querschnittstudie im Rahmen der Gesundheits-Monitoring-Einheiten (GME) in Bayern. *Gesundheitswesen*; 76: e14-e22.

Klostermann, S. & **Bolte, G.** for the GME Study Group (2014). Determinants of inadequate parental sun protection behaviour in their children – results of a cross-sectional study in Germany. *Int J Hyg Environ Health*; 217: 363-369.

Konstabel, K., Veidebaum, T., Verbestel, V., Moreno, L.A., **Bammann, K.**, Tornaritis, M., Eiben, G., Molnár, D., Siani, A., Sprengeler, O., Wirsik, N., Ahrens, W. & Pitsiladis, Y.; IDEFICS consortium (2014). Objectively measured physical activity in European children: the IDEFICS study. *Int J Obes (Lond)*; 38 Suppl 2: S135-43.

Mand, P., Roth, K., Biertz, F., Kersting, M., Kruschinski, C., **Schmiemann, G.** & Hummers-Pradier, E. (2014). Drug disease interaction in elderly patients in Family Practice. *Int J Clin Pharmacol Ther*; 52(5): 337-45.

Schmacke, N., Müller, V. & Stamer, M. (2014). What is it about homeopathy that patients value? And what can family medicine learn from this?. *Quality in Primary Care* 22, 17-24.

Schmiemann, G., Simon, B. & **Mozygemba, K.** (2014). Erste Erfahrungen mit Gruppensprechstunden in einer Hausarztpraxis. *Z Allg Med*; 90 (2): 83-87.

Schweier, R., **Romppel, M.**, Richter, C., Hoberg, E., Hahmann, H., Scherwinski, I., Kosmützky, G. & Grande, G. (2014). A web-based peer-modeling intervention aimed at lifestyle changes in patients with coronary heart disease and chronic back pain: sequential controlled trial. *J Med Internet Res*, 16(7), e177. doi:10.2196/jmir.3434.

Schüle, S., Clowes, P., Kroidl, I., Kowuor, D., Nsojo, A., Mangu, C., Riess, H., Geldmacher, C., Laubender, R., Mhina, S., Maboko, L., Loscher, T., Hoelscher, M. & Saathoff, E. (2014). *Ascaris lumbricoides* Infection and Its Relation to Environmental Factors in the Mbeya Region of Tanzania, a Cross-Sectional, Population-Based Study. *PLoS One* 9(3): e92032.

Strike, C., Vandermorris, K., Rudzinski, K., **Mozygemba, K.**, Wekerle, C. & Erickson, P.G. (2014). Emergency departments and street-involved youth: factors influencing utilization. *Journal of social distress and the homeless*, 23, 42-50.

Verbestel, V., De Henauw, S., **Bammann, K.**, Barba, G., Hadjigeorgiou, C., Eiben, G., Konstabel, K., Kovács, E., Pitsiladis, Y., Reisch, L., Santaliestra-Pasias, A.M., Maes, L. & De Bourdeaudhuij, I. (2014). Are context-specific measures of parental-reported physical activity and sedentary behaviour associated with accelerometer data in 2-9-year-old European children? *Public Health Nutr*. 2014 Jun 2: 1-9. [Epub ahead of print]

Wahlster, P., Sciahill, S., Garg, S. & Babar, Z. (2014). Identifying stakeholder opinion regarding access to high cost medicines: The results from a systematic review of the literature. *Central European Journal of Medicine*; 9(3): 513-527.

Katja Thane (2014)

Kein Entkommen?! Strukturelle Bedingungen der intramuralen Gesundheitsversorgung von DrogenkonsumentInnen.

Die vorliegende Publikation beschäftigt sich mit der Situation von DrogenkonsumentInnen in Haft und ihrer gesundheitlichen Versorgung. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der Diskrepanz zwischen den national und international formulierten Richtlinien und Empfehlungen und der tatsächlichen Umsetzung. Diese Umsetzung zeigt sich insbesondere für die Gruppe der DrogenkonsumentInnen als schwierig. Es werden die strukturellen Bedingungen des Justizvollzugs in Hinblick auf Umsetzungsmöglichkeiten analysiert.

Oldenburg, BIS-Verlag, Schriftenreihe »Gesundheitsförderung im Justizvollzug«, Band 29.



NEUES AUS DEN STUDIENGÄNGEN

Aus eins mach vier

Neue gesundheitswissenschaftliche Master-Studiengänge an der Universität Bremen

Gleich vier neue Masterstudiengänge lösen den Masterstudiengang Public Health/Pflegewissenschaften ab, der seit dem Jahr 2007 an der Universität Bremen angeboten wurde. Zum Wintersemester 2014/15 können die Studierenden zwischen den Studiengängen (1) Public Health – Gesundheitsförderung und Prävention, (2) Public Health – Gesundheitsversorgung, -ökonomie und -management, (3) Epidemiologie und (4) Community and Family Health Nursing wählen. In jeden der vier Studiengänge können bis zu 20 Teilnehmer_innen aufgenommen werden. Mit der Differenzierung werden die unterschiedlichen Interessen und Stärken der Studierenden besser abgebildet und eine intensive Auseinandersetzung mit dem gewählten Kerngebiet ermöglicht. Gleichzeitig eröffnen sich den Absolventinnen und Absolventen hervorragende berufliche Perspektiven. Um den Blick für die Gemeinsamkeiten in den Gesundheitswissenschaften zu erhalten, werden im ersten Semester für alle Studierenden gemeinsam übergreifende Themen gelehrt.

Die Neugestaltung der Masterangebote geht dabei weit über die Differenzierung in unterschiedliche Studiengänge hinaus. Neu ist ein Einstieg mit der Methode des Problemorientierten Lernens. In Kleingruppen lösen die Studierenden in der ersten Hälfte des ersten Semesters studiengangsübergreifend

realitätsnahe Aufgaben und wenden dafür die spezifischen Kenntnisse und Stärken an, die sie aus den unterschiedlichen Bachelorstudiengängen mitbringen. Vom ersten Tag an wird damit auch deutlich, dass das Studium in den neuen Studiengängen stark projektbezogen ist und von der eigenen Initiative der Studierenden lebt. In weiteren Modulen des ersten Semesters werden grundlegende und übergreifende Bereiche vermittelt: Gesundheitsförderung und Prävention, das gesundheitliche Versorgungssystem in Deutschland und Epidemiologie. Je nach Neigung können die Studierenden noch zwischen einer Einführung in die Pflegeforschung und der englischsprachigen Veranstaltung »Ethics in Global Health Politics« wählen.

Kernelement des zweiten und dritten Semesters ist ein Projekt, in dem die Studierenden in Kleingruppen ein selbstgewähltes Thema bearbeiten. Gewünscht ist, dass die Studierenden in Absprache mit Partnern außerhalb der Universität reale Themen aus der Praxis bearbeiten. Neben dem Erlernen von methodischen Kompetenzen werden so praktische Skills wie Projektmanagement, Teamarbeit und Präsentationen erworben. Der Input der Lehrenden besteht in den Projekten primär aus einem Coaching der Studierenden, ergänzt durch gezielt abgestimmte Einheiten in spezifischen Methoden. Die interdisziplinäre Gruppenarbeit nimmt viele der

Anforderungen der späteren Arbeitswelt vorweg. Anders als im späteren beruflichen Alltag besteht hier aber die Möglichkeit immer wieder die theoretischen Bezugsrahmen zu reflektieren sowie die methodischen Ansätze auf prinzipieller Ebene zu diskutieren. In den begleitenden Seminaren werden die für die einzelnen Studiengänge relevanten Theorien und fachlichen Inhalte vermittelt.

Das vierte Semester ist der Masterarbeit gewidmet. Die Studierenden haben die Möglichkeit auf die Arbeiten der Projektarbeit aufzubauen, oder sich ein völlig neues Thema zu wählen. Da die Studierenden im Rahmen der Projekte bereits vielfältige Kompetenzen der Themenwahl, Selbstorganisation sowie Methodik erworben und angewandt haben, wird erwartet, dass die Masterarbeiten regelmäßiger als bisher in der dafür vorgesehenen Zeit abgeschlossen werden können.

Das neue Konzept ist das Ergebnis einer zweijährigen Planungsphase unter Beteiligung von Lehrenden und Studierenden. Alle Studiengänge wurden im Frühjahr 2014 ohne inhaltliche Auflagen akkreditiert. Bereits jetzt wurde das hohe Interesse der Studierenden durch eine im Vergleich zu den Vorjahren deutlich gesteigerte Zahl der Bewerbungen dokumentiert.

Maike Voss, Prof. Dr. Ansgar Gerhardus,
Universität Bremen, Institut für Public Health und
Pflegeforschung (IPP), Abt. 1 Versorgungsforschung,
Mail: ansgar.gerhardus@uni-bremen.de,
www.ipp.uni-bremen.de

Palliative Care im Kontext von Gesundheitsförderung studieren

Start des berufsbegleitenden und weiterbildenden Masterstudiengangs »Palliative Care« (M.A.)

Erstmals können an der Universität Bremen Health und Social Professionals berufsbegleitend ihren Masterabschluss in Palliative Care erwerben. Das interdisziplinäre Angebot, das am 09. Januar 2015 startet, wendet sich an Hochschulabsolvent*innen mit einem ersten Studienabschluss, die sich auf wissenschaftlichem Niveau für Berufsfelder im Bereich Palliative Care qualifizieren möchten.

Palliative Care orientiert sein Handeln an den Symptomen und damit verbundenen Problemstellungen

und Bedürfnissen schwerstkranker Menschen und ihrer Angehörigen im Kontext von Gesellschaft. Das Konzept steht vor dem Hintergrund sich verändernder gesellschaftlicher Rahmenbedingungen – etwa dem demographischen und sozialen Wandel – vor komplexen Herausforderungen.

Der Masterstudiengang bietet deshalb die Möglichkeit, Palliative Care aus einer gesundheits-, pflege- und sozialwissenschaftlichen Perspektive heraus zu betrachten und mit einem

→ Einfach den QR-Code scannen und auf der Internetseite des Studiengangs weiterlesen.



zivilgesellschaftlichen Fokus zu reflektieren. Das praxisorientierte Angebot vermittelt umfassende hospizlich-palliative Kompetenzen, die zukünftig zentral zur Qualifikation der verschiedenen Berufsgruppen im Sozial- und Gesundheitswesen gehören werden. Dies bezieht sich sowohl auf die individuelle Beratung und Pflege als auch auf die kommunale Verwaltung, auf gesundheitspolitische Institutionen sowie auf Forschung und Lehre.

Angesprochen sind professionelle Fachkräf-

te mit einem ersten berufsqualifizierenden Hochschulabschluss und einer mindestens einjährigen Berufserfahrung, die praktisches, theoretisches und forschungsorientiertes Wissen für die Versorgung unheilbar schwerstkranker und sterbender Menschen erwerben möchten.

Es wurde besonderer Wert auf eine flexible Studiengestaltung gelegt, um die Vereinbarkeit von Berufstätigkeit und Studium zu gewährleisten. In der Regel ist der Masterstudiengang (mit einem Umfang von 120 CP) in 6 Semestern zu studieren.

Bewerben können sich Absolvent*innen der Pflege- und Gesundheitswissenschaften, der Humanmedizin, der Psychologie, der (Sozial-)Pädagogik, der Rechtswissenschaften sowie der Religions- oder Sozialwissenschaften.

Das Studienangebot wurde im Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) des Fachbereiches 11: Human- und Gesundheitswissenschaften und in Kooperation mit der Akademie für Weiterbildung der Universität Bremen entwickelt und nun durchgeführt. Die Akkreditierung des Studiengangs durch

ACQUIN ist erfolgt.

→ Weitere Informationen zum kostenpflichtigen Studiengang sowie Zugangsmöglichkeiten finden Sie unter: www.uni-bremen.de/palliative-care/masterstudiengang.html

Susanne Fleckinger, Universität Bremen,

Fachbereich 11: Human- und Gesundheitswissenschaften,

Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP),

Mail: fleckinger@uni-bremen.de,

www.ipp.uni-bremen.de

QUALIFIKATIONSARBEITEN

Dissertation

Die »Adipositas-Epidemie« als politisches Problem: Gesellschaftliche Wahrnehmung und staatliche Intervention

Übergewicht und Adipositas werden schon seit längerem als ein medizinisches Problem betrachtet, von dem weite Teile der Bevölkerung betroffen sind. Erst seit wenigen Jahren aber wird Adipositas als eine weltweite Epidemie angesehen, die nur durch politische Maßnahmen in den Griff zu bekommen sei. Die Arbeit sucht nach den diskursiven Voraussetzungen für die Neuformulierung von Adipositas als einer globalen Epidemie mit politischem Handlungsbedarf und fragt nach Alternativen zur dominierenden Problemwahrnehmung. Dabei hat die vorliegende Arbeit zum Ziel, die Erfolgsbedingungen für die Problemkarriere der »Adipositas-Epidemie« nachzuvollziehen sowie die Maßnahmen, die von staatlicher Seite gegen das steigende Körpergewicht der Bevölkerung unternommen werden, in ihrem gesellschaftspolitischen Kontext zu analysieren

Die Arbeit basiert auf einem sozialkonstruktivistischen Ansatz. Dabei wird davon ausgegangen, dass soziale Probleme keine objektiv messbare Abweichung von der gesellschaftlichen Werteordnung sind, sondern Ergebnis einer erfolgreichen Problematisierung durch gesellschaftlich relevante Akteure. Der Erfolg der Problemwahrnehmung »Adipositas-Epidemie« basiert vor allem auf der Intervention medizinischer Fachgesellschaften und Lobbyorganisationen der Pharmaindustrie. Zudem half die über ein Jahrhundert währende Problematisierung dicker Körper durch die Medizin dabei, die zentralen Behauptungen des »Adipositas-Epidemie«-Narrativs, allen Zuspitzungen und

Übertreibungen zum Trotz, glaubhaft erscheinen zu lassen. Mit Hilfe des populären Diskurses der »Adipositas-Epidemie« konnten schließlich Problemnutzer aus unterschiedlichen gesellschaftlichen Lagern andere populäre Diskurse wie etwa eine Kritik an Praktiken der Agrarindustrie, dem Zerfall der Kleinfamilie, dem Wertpluralismus oder den Marketingstrategien großer Lebensmittelkonzerne verbinden.

Neben der im Diskurs dominierenden Problemdeutung von Adipositas als einer Epidemie werden auch die wichtigsten Alternativdeutungen und Gegendeutungen analysiert. Alternativdeutungen teilen zwar die Deutung als Problem, sehen aber andere Ursachen als entscheidend an. Zwei Alternativdeutungen sind im Diskurs ausfindig zu machen. Einmal die Wahrnehmung der »Adipositas-Epidemie« als Folge falscher Ernährungsempfehlungen. Und die Wahrnehmung der »Adipositas-Epidemie« als Folge einer Suchterkrankung nach bestimmten Lebensmittelbestandteilen. Gegendeutungen teilen die Wahrnehmung als Problem grundsätzlich nicht, und zwar entweder deshalb nicht, weil sie die gesellschaftliche Verantwortung für das Problem negieren und die Verantwortung dafür allein den Individuen zuweisen möchten, oder weil sie die Problemwahrnehmung insgesamt ablehnen und den vorliegenden Sachverhalt als Teil der gesellschaftlichen Normalität akzeptiert sehen wollen. Dies ist zum einen die Wahrnehmung von Adipositas als individuellem Problem, wobei davon ausgegangen wird, dass keine gesellschaftliche Verantwortung für

das Problem vorliegt. Und zum anderen die Ansicht, nicht Dickleibigkeit sondern Körperbildstörungen und daraus resultierende Essstörungen seien das eigentliche Gesundheitsproblem. Darüber hinaus fordert die Fat-Acceptance-Bewegung ganz grundsätzlich die Anerkennung von Dickleibigkeit als Teil der gesellschaftlichen Vielfalt, unabhängig von der Frage nach möglichen Ursachen und Folgen.

Weder die Alternativdeutungen noch die Gegendeutungen können sich bislang gegen die ökonomische und kulturelle Strahlkraft des »Adipositas-Epidemie«-Narrativs behaupten. Zwar gibt es, zumindest für die erste Gegendeutung von Adipositas als einem individuellem Problem, finanzielle Interessen der Lebensmittelindustrie, doch fehlt es ihren Akteuren und Lobbygruppen an eben jener Glaubwürdigkeit, die die medizinischen Fachgesellschaften für sich beanspruchen können. Den Gegendeutungen der Anti-Diät-Bewegung und von Fat-Acceptance fehlt es vor allem an ökonomischem Kapital, um ihre Sichtweise bekannt und populär werden zu lassen. Als ein weiterer Hemmschuh für ihr Anliegen erweist sich die in westlichen Gesellschaften tief verwurzelte ästhetische Ablehnung dicker Körper.

Der zweite Teil der Arbeit widmet sich der Analyse der Nationalen Aktionspläne zur Bekämpfung der »Adipositas-Epidemie« in Deutschland, Großbritannien, den USA und der Europäischen Union. Die Aktionspläne folgen dabei weitgehend dem Energiebilanzmodell, deuten also den kollektiven Gewichtanstieg als Folge einer unausgeglichenen Energiebilanz, die durch falsche Verhaltensweisen ausgelöst und durch adipogene Umweltbedingungen verschärft wurde. Dagegen werden alternative Erklärungen für den kollektiven Anstieg des Körpergewichts entweder gar nicht oder nur beiläufig erwähnt. Die Nationalen Aktionspläne setzen, diesem Paradigma folgend,

vorwiegend auf Appelle zur Eigenverantwortung bei der Bekämpfung der »Adipositas-Epidemie«. Maßnahmen hingegen, die den Zugang zu einer breiten Auswahl an Lebensmitteln oder zu Bewegungsmöglichkeiten im Alltag bereitstellen oder gar auf einer strukturellen Ebene gesundheitsschädliche Arbeits- und Lebensbedingungen verändern, sind in den Aktionsplänen kaum vorgesehen.

Ziel der Arbeit war es, ein besseres Verständnis für die Problemkarriere der »Adipositas-Epidemie«

zu erreichen. Wie die Arbeit gezeigt hat, gibt es nicht die eine, sondern verschiedene Wahrheiten über Körperfett. Dementsprechend war es für diese Arbeit nicht entscheidend, was richtig oder falsch an den diskursiv getroffenen Aussagen über Körperfett ist. Es ging darum, den Prozess der Herstellung und Durchsetzung einer zwar nur temporären, aber dennoch wirkmächtigen Wahrheit über dicke Körper nachzuvollziehen und in seinen gesellschaftspolitischen Kontext einzuordnen. Indem die Arbeit dicke Körper nicht vorab als

defizitär bewertet, sondern fragt, warum sie gesellschaftlich als defizitär betrachtet werden, öffnet sie den gesellschaftlichen Diskurs für alternative Deutungen von Körperfett.

Dr. Friedrich Schorb, Universität Bremen,
Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP),
Abt. 6 Gesundheit und Gesellschaft,
Mail: schorb@uni-bremen.de,
www.uni-bremen.de

Dissertation

Die narrative Anamnese im Rahmen einer biographischen Diagnostik im pflegerischen Setting der stationären kardiologischen Rehabilitation. Eine konzeptionelle Entwicklung.

Problemhintergrund:

In der stationären kardiologischen Rehabilitation befinden sich überwiegend Patient_innen mit koronaren Herzkrankheiten. Die Risikofaktoren einer solchen Erkrankung gehen überwiegend auf die Lebensumstände der Betroffenen zurück, weshalb neben den kurzfristig wirksamen medikamentösen und operativen Maßnahmen die Änderung der verhaltens- als auch verhältnisbedingten Umstände der Lebenssituation in der langfristigen Behandlung eine bedeutende Rolle spielt. In dem Setting werden u. a. die individuellen und psychosozialen Ursachen der Erkrankung, die vermehrt auftretenden Angstzustände und Depressionen (u. a. Barth et al., 2005) sowie die geschlechts-, alters- und sozialbedingten Unterschiede bei der Entstehung der Risikofaktoren, ebenso auch die Erwartungen, die Motivation und die soziale Unterstützung hinsichtlich der Rehabilitation gegenwärtig zu selten berücksichtigt und in die Rehabilitationsplanung übernommen (u.a. Grande et al., 2002). Ein entscheidendes Problem der kardiologischen Rehabilitation ist der Rückgriff auf standardisierte und nicht individualisierte Musterpläne bei der Planung der multidisziplinären Maßnahmen (u.a. Rauch et al., 2007). Dadurch werden bestehende individuelle, geschlechts- und altersspezifische Anforderungen selten erkannt und die Rehabilitationsziele und die Nachhaltigkeit der Interventionen nur eingeschränkt erreicht.

Zentrale Fragestellung:

Wie lassen sich die komplexen individuellen Probleme und Ressourcen im pflegerischen Setting der

stationären kardiologischen Rehabilitation im Rahmen einer pflegerischen Anamnese und Diagnostik methodisch erfassen?

Theoretischer Rahmen:

Hier wurde insbesondere der Kern professionellen pflegerischen Handelns (Friesacher, 2008), die Theorie der Anerkennung (Honneth, 2000), die Stärkung der Nutzer_innenposition (Bauer et al., 2006) und die Grundlagen der Biographieorientierung (Rosenthal, 2011; Köttig/Rätz-Heinisch, 2005; Hanses, 2000; Schütze, 1984) herausgearbeitet.

Methodisches Vorgehen:

Das methodische Vorgehen der Konzeptentwicklung orientiert sich an den Schritten der Aktionsforschung (Hömann, 2002):

Für den ersten Schritt der Ist-Analyse der stationären kardiologischen Rehabilitation wurden teilnehmende Beobachtungen, sowohl offen (Lüders, 2007) als auch fokussiert (Wolff, 2010), sowie eine Dokumentenanalyse (Scheffer, 2002) durchgeführt und zusammenfassend mit der Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) ausgewertet. Fünf narrative Interviews (Schütze, 1983) mit Rehabilitand_innen wurden erhoben und z. T. inhaltlich nach Rosenthal (2011) bzw. strukturell mit der Inhaltsanalyse ausgewertet.

Für den zweiten Schritt der Konzeptionsphase erfolgte anhand der theoretischen und empirischen Grundlagen die Entwicklung einer vorläufigen narrativen Anamnese und biographischen Diagnose

mit anschließenden Erprobungsphasen des Konzepts, die in das endgültige Konzept münden.

Der dritte Schritt beinhaltet eine theoretische Systematisierung der Ergebnisse mit Schlussfolgerungen für Theorie und Praxis im Sinne möglicher Auswirkungen des Konzepts auf das Handlungsfeld der Pflege und Implementationsaspekten für die Praxis.

Konzept:

Die narrative Pflegeanamnese basiert auf dem narrativen Interview nach Schütze (1984) und der Dialogischen Biographiearbeit nach Köttig/Rätz-Heinisch (2005), besteht aus einer offenen und thematisch fokussierten Eingangsfrage, mit externen Nachfragen zu den Themenbereichen Probleme und Unterstützungsressourcen im Alltag (Hanses, 2000), Selbsterkenntnisprozesse (Köttig/Rosenthal, 2006), Erwartungen hinsichtlich der Rehabilitation (Middecke, 2007) und Krankheitsverarbeitung (generiert durch empirische Ergebnisse) sowie einer prospektiven Abschlussfrage.

Die biographische Pflegediagnostik leitet sich aus den generativen Fragen der Biographischen Fallrekonstruktion nach Rosenthal (2011) und der Dialogischen Biographiearbeit nach Köttig/Rätz-Heinisch (2005) ab. Insbesondere sollen aufgrund der Datenlage die Verlaufskurven nach Schütze (1983), eine Analyse der Kernstellen und Ressourcen und die Bedingungen der institutionellen Praxis (Hanses, 2000) berücksichtigt werden.

Schlussfolgerungen:

Durch die Erprobungsphasen konnte die Relevanz des Konzepts aufgezeigt werden. Durch das Konzept können im Gegensatz zur herkömmlichen Diagnostik subjektive Bedeutungsstrukturen erhoben werden, die sich der Standardisierung versperren. Es gelingt so nicht nur die Erfassung individueller Probleme und Ressourcen, sondern auch die der sozialen, geschlechts- und altersspezifischen und psychosozialen Besonderheiten. Neben dem Fremdverstehen der Pflegenden wird

das Selbstverstehen der Betroffenen gefördert. Das Bewusstsein für den Zusammenhang zwischen Vergangenheit und gegenwärtiger Lebenssituation, das elementar für die autonome Veränderung der eigenen Lebensführung und Krankheitsbewältigungsprozesse ist, wird angeregt und wichtige Rehabilitationsziele ebenso wie die Motivation

und Partizipation der Rehabilitand_innen können gezielter an die subjektiven Anforderungen angepasst werden. Weiterführend sollten allerdings die Implementation, die Übertragbarkeit des Konzepts auf andere Pflegesettings, das institutionelle Spannungsfeld und professionstheoretische Fragen anvisiert werden.

Miriam Tariba Richter, Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Abt. 4 Qualifikations- und Curriculumforschung, Mail: miriam.richter@uni-bremen.de, www.ipp.uni-bremen.de

Masterarbeit

Was Kinder bewegt

Wohnumweltfaktoren und ihr Zusammenhang mit der körperlichen Aktivität von Jungen und Mädchen in der Freizeit und beim Schulweg



Körperliche Aktivität ist essentiell für die körperliche Entwicklung von Kindern und den Erhalt ihrer psychischen und physischen Gesundheit. In Deutschland erfüllen jedoch nur 17,4% Mädchen und 23,3% Jungen in der Altersgruppe 7-10 Jahre die WHO-Empfehlungen, das heißt täglich mindestens 60 Minuten moderat-intensive Aktivität. Studien haben gezeigt, dass Interventionen zur individuellen Verhaltensänderung, die die körperliche Aktivität steigern sollen, häufig nicht nachhaltig sind. Deshalb rückt die Wohnumwelt als Faktor für die Veränderung der Verhältnisebene in den Fokus des Interesses. Denn von einer Umgestaltung der Wohnumwelt können alle profitieren. Als Wohnumwelt wird hier die physische Umwelt bezeichnet, in der die Kinder leben und spielen, wie vorhandene Spielplätze oder Parks, die leicht zu Fuß erreicht werden können, aber auch Aspekte der Straßensicherheit. Da es zu dieser Thematik bislang wenige Erkenntnisse in Bezug auf die Situation von Kindern in Deutschland gibt, sollte in dieser Arbeit der Zusammenhang zwischen Wohnumweltfaktoren und körperlicher Inaktivität von Kindern

hinsichtlich des Spielens in der Freizeit und des Schulwegs analysiert werden.

Die Datengrundlage bildete eine Querschnittstudie aus den Jahren 2009/2010, die im Landkreis Günzburg und in der Stadt Ingolstadt (Bayern) bei Kindern der 4. Klassen aller Grundschulen durchgeführt wurde. Hierbei wurden Eltern und Kinder befragt. In die Analysen gingen Eltern- und Kinderangaben zu Soziodemografie, Wohnumwelt und körperlicher Aktivität für 1816 Kinder (50,4% Mädchen; Alter 10 Jahre) ein. Ein Score aus sieben Elternangaben zum Spielen in der Freizeit (Ballspielen, Klettern, Laufen, Hüpfen, Fahrradfahren, Rollschuhfahren, Schwimmen) definierte ein Kind als inaktiv, wenn mehr als vier der Aktivitäten seltener als »3-6mal/Woche« ausgeübt wurden. Der Schulweg galt als inaktiv, wenn Kinder den Weg ausschließlich motorisiert zurücklegten (mit Eltern oder ÖPNV).

Die statistische Analyse ergab, dass von den 43 untersuchten Wohnumweltfaktoren in Bezug auf

die Freizeitliche Inaktivität drei für Jungen relevant waren. Am stärksten war die Assoziation mit der Zielgröße in der Freizeit eher inaktiv zu sein, wenn die Jungen selbst nicht gern Wege in ihrer Wohnumwelt aktiv zurücklegen. Auch das Fehlen von Wiesen und Bäumen sowie ein mehr als 10-minütiger Fußweg zu einem Sportplatz erhöhten die Chance, in der Freizeit inaktiv zu sein. Bei Mädchen war keine der Wohnumweltfaktoren mit freizeittlicher Inaktivität assoziiert. Beim Schulweg zeigte sich die Entfernung als größte Barriere für einen aktiven Schulweg, was nicht überraschte. Unabhängig davon war jedoch für Jungen auch das Wohnen an einer Hauptstraße relevant und bei Mädchen u. a., wenn die Eltern selbst nicht gerne Wege aktiv zurücklegen. Insgesamt ist zu beobachten, dass, wie in anderen Ländern zu sehen ist, Entfernungen sowie Aspekte der Sicherheit, Ästhetik und sozialen Umwelt eine Rolle bei der körperlichen Aktivität von Kindern spielen.

Die Ergebnisse zeigen zudem, dass beim Zusammenhang zwischen Wohnumweltfaktoren und den verschiedenen Domänen der körperlichen Aktivität Geschlechtsunterschiede bestehen. Zusätzlich ist für die Analyse von Einflussfaktoren der Wohnumwelt die Erfassung von Kinder- und Elternangaben von Bedeutung. Sozioökonomische Charakteristika, wie das Einkommen oder der Bildungsstatus der Eltern, sind in dieser untersuchten Studienpopulation jedoch nicht relevant. In Zukunft könnten »natürliche Experimente«, die beispielsweise die Umgestaltung eines Spielplatzes oder die Entstehung eines neuen Wohnviertels wissenschaftlich begleiten, mehr Erkenntnisse zu den Einflussfaktoren für körperliche Aktivität bringen.

Masterarbeit 2014 im Studiengang Public Health / Pflegewissenschaften, durchgeführt in der Abteilung Sozialepidemiologie des IPP. Die Ergebnisse der Masterarbeit wurden auf der 9. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie (DGEpi) im September 2014 in Ulm präsentiert.

Tanja Brüchert,
Mail: t.bruechert@uni-bremen.de

AKTUELLES I

Das IPP 2014

Das Institut für Public Health und Pflegeforschung IPP, 2005 als Wissenschaftliche Einrichtung am Fachbereich 11 der Universität Bremen gegründet, hat sich in den letzten Jahren wesentlich vergrößert und deckt nun ein breites Themen- und Methodenspektrum der Gesundheits- und Pflegeforschung ab. Das nachfolgende Organigramm illustriert die aktuelle Organisationsstruktur mit den gesundheits- und pflegewissenschaftlichen Schwerpunkten (Abbildung 1).

Das Team des IPP mit über 60 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern verfolgt das Ziel, einen Beitrag zur Lösung aktueller Fragestellungen und Herausforderungen im Bereich der Gesundheits- und Pflegeforschung zu leisten: Fokussiert werden gesundheitsfördernde Lebensbedingungen, die Förderung des gesundheitlichen Wohlbefindens

der Bevölkerung, die Reduktion von Erkrankungen und Krankheitsfolgen, die Optimierung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung sowie die Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten und die Erhöhung der Teilhabechancen für sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen.

Zu den Aufgaben des IPP gehören

- (1) interdisziplinäre gesundheits- und pflegewissenschaftliche Forschung,
- (2) Transfer der Forschungsergebnisse in die Gesundheits- und Pflegepraxis sowie in die Politik einschließlich des Angebots anwendungs- und transferorientierter Serviceleistungen,
- (3) Lehre in den gesundheits- und pflegewissenschaftlichen Bachelor- und Masterstudiengängen im Fachbereich 11.

Das IPP ist ein zentraler Akteur des Wissenschaftsschwerpunktes 6 Gesundheitswissenschaften der Universität Bremen (s. hierzu Beitrag auf S.27 in diesem Heft). Bremen ist mit dem IPP, dem Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen und dem Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie – BIPS inzwischen einer der größten Public-Health-Standorte in Deutschland.

→ Weitere Informationen unter www.ipp.uni-bremen.de.

→ Kontakt:

Heike Mertesacker MPH, Universität Bremen,
Institut für Public Health und Pflegeforschung IPP,
Wissenschaftliche Koordination IPP-Geschäftsstelle,
 Mail: hmertes@uni-bremen.de

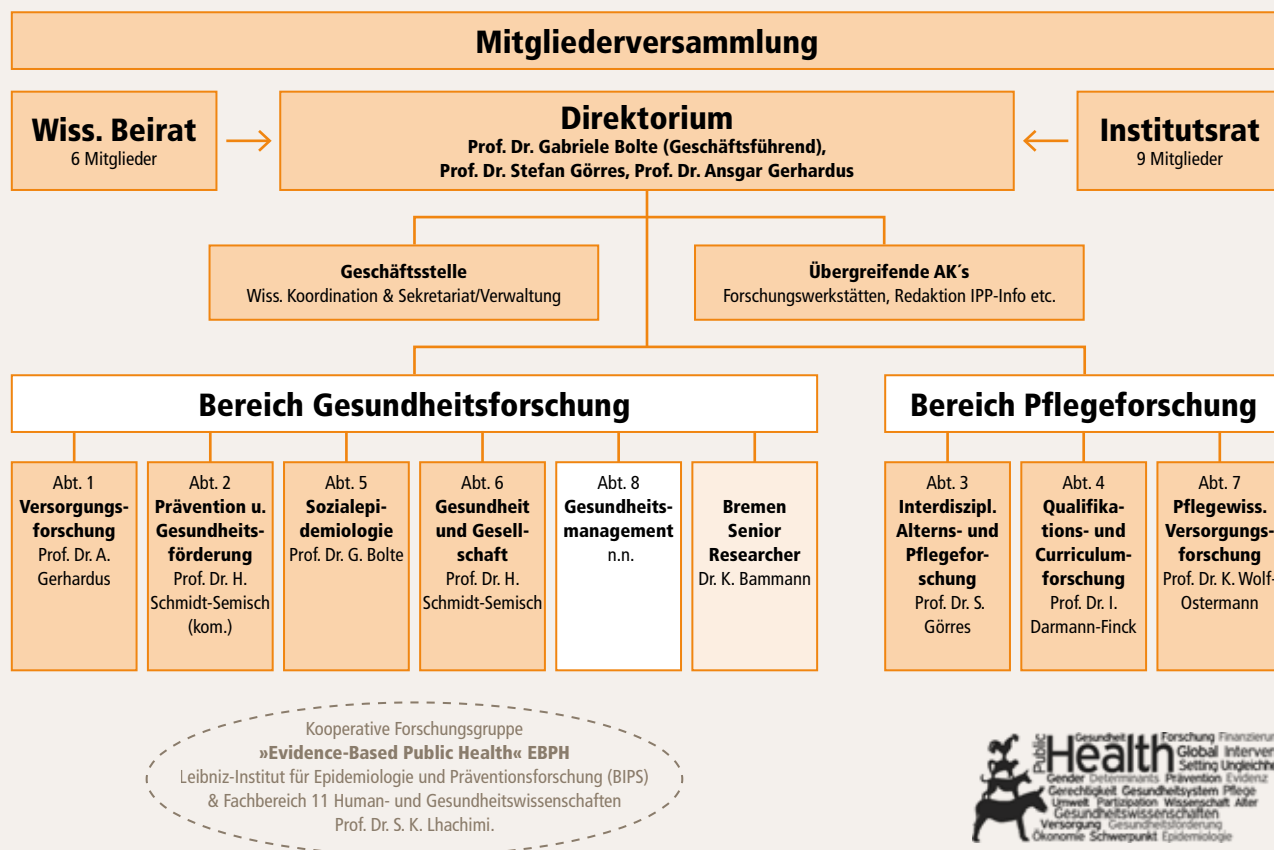
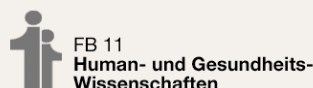
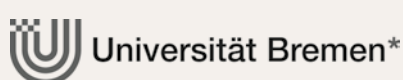


Abbildung 1: Organigramm des IPP 2014

PERSONALIA

Gabriele Bolte

als Geschäftsführende Direktorin am IPP neu gewählt – Direktorium im Amt bestätigt

Das Direktorium des Instituts für Public Health und Pflegeforschung (IPP) am Fachbereich 11 der Universität Bremen hat auf seiner Sitzung am 23.07.14 Frau Prof. Dr. Gabriele Bolte als Geschäftsführende Direktorin für zwei Jahre gewählt. Gabriele Bolte ist seit 2013 Hochschullehrerin am IPP und hat dort die Professur für Sozialepidemiologie inne.

Gabriele Bolte ist Humanbiologin und Epidemiologin. Sie hat langjährige Erfahrung in Public-Health-Forschung, -Praxis und -Lehre durch

Tätigkeiten an Universitäten, einer außeruniversitären Forschungseinrichtung und Behörden auf Bundes- und Landesebene. Am IPP leitet Gabriele Bolte die Abteilung Sozialepidemiologie. Seit 2013 ist sie Mitglied des IPP-Direktoriums.

Das dreiköpfige Direktorium des IPP, gebildet aus Prof. Dr. Stefan Görres, Prof. Dr. Ansgar Gerhardus sowie Prof. Dr. Gabriele Bolte, wurde vom Institutsrat des IPP auf seiner Sitzung vom 15.10.2014 für weitere zwei Jahre im Amt bestätigt.



→ Kontakt und Information:

Prof. Dr. Gabriele Bolte, MPH,
Geschäftsführende Direktorin des Instituts für
Public Health und Pflegeforschung (IPP) Universität Bremen,
Mail: gabriele.bolte@uni-bremen.de,
www.ipp.uni-bremen.de



→ Kontakt:

Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann,
Universität Bremen, Institut für Public Health und
Pflegeforschung (IPP), Leiterin der Abt. 7
Pflegerwissenschaftliche Versorgungsforschung,
Mail: wolf-ostermann@uni-bremen.de,
www.ipp.uni-bremen.de

Karin Wolf-Ostermann

Neue Professur und Abteilung Pflegewissenschaftliche Versorgungsforschung am IPP

Zum 01. April 2014 hat Karin Wolf-Ostermann die Professur Pflegewissenschaftliche Versorgungsforschung am Fachbereich 11 Human- und Gesundheitswissenschaften der Universität Bremen übernommen. Gleichzeitig übernimmt sie im Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) die Leitung der Abteilung für Pflegewissenschaftliche Versorgungsforschung.

Karin Wolf-Ostermann studierte Statistik und Theoretische Medizin und war bundesweit an verschiedenen Universitäten und Forschungseinrichtungen im Bereich sozialer und gesundheitswissenschaftlicher Forschung und Lehre tätig. 1996 wurde ihr der Forschungspreis

des Ärztlichen Arbeitskreises Rauchen und Gesundheit verliehen. 2004 nahm sie einen Ruf an die Alice Salomon Hochschule Berlin für das Fachgebiet Empirische Sozial- und Pflegeforschung an. Dort baute Karin Wolf-Ostermann einen Forschungsschwerpunkt zum Thema Versorgung von Menschen mit Demenz auf.

Zudem ist die Gesundheitsexpertin stellvertretende Vorsitzende der Ethik-Kommission der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V.. Am Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) in Bremen möchte sie die pflege- und gesundheitswissenschaftliche Versorgungsforschung in Deutschland weiter ausbauen und international stärker vernetzen.

Guido Schmiemann

habilitiert sich im Fach Allgemeinmedizin

Dr. med. Guido Schmiemann, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen, erhielt die Venia legendi für das Fach Allgemeinmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover. Seine Habilitationsschrift legte er zum Thema »Das Modell der Evidenzbasierten Medizin in der hausärztlichen Versorgungsrealität« vor.

Guido Schmiemann ist Wissenschaftlicher Mitarbeiter sowie stellvertretender Leiter der Abteilung 1 Versorgungsforschung am IPP der Universität Bremen, seine Forschungsschwerpunkte sind u.a. Polypharmakotherapie und Hausärztliche Leitlinien. Guido Schmiemann ist als Facharzt für Allgemeinmedizin in einer hausärztlichen Gemeinschaftspraxis in Verden tätig.



→ Kontakt

PD Dr. med. Guido Schmiemann, MPH,
Universität Bremen, Institut für Public Health und
Pflegeforschung, Abt. 1 Versorgungsforschung,
Mail: schmiemann@uni-bremen.de, www.ipp.uni-bremen.de

Stefan Görres

zum neuen Dekan des Fachbereiches 11 gewählt

Der Fachbereichsrat des Fachbereiches 11 Human- und Gesundheitswissenschaften der Universität Bremen hat am 23.7.14 Prof. Dr. Stefan Görres für drei Jahre zum neuen Dekan gewählt.

Stefan Görres war zuvor bereits mehrere Jahre Prodekan im Fachbereich 11. Er ist Mitglied des Direktoriums des Instituts für Public Health und Pflegeforschung (IPP) an der Universität Bremen und Sprecher der Abteilung Interdisziplinäre Alterns- und Pflegeforschung. Stefan Görres ist seit 1994 Hochschullehrer am Fachbereich 11 Human-

und Gesundheitswissenschaften und hat hier die Professur für Pflegewissenschaft und Sozialgerontologie inne. Zur Prodekanin wurde Prof. Dr. Birgit Volmerg gewählt.

→ Kontakt und Information:

Prof. Dr. Stefan Görres, Dekan Fachbereich 11
Human- und Gesundheitswissenschaften,
Universität Bremen, Mitglied im Direktorium des
Instituts für Public Health und Pflegeforschung (IPP),
Mail: sgoerres@uni-bremen.de,
www.ipp.uni-bremen.de



INTERNATIONALES

Bremer Pflegewissenschaftler holen Internationale Konferenz der »World Society of Disaster Nursing« 2018 an die Universität

Zum Thema Pflege im Katastrophenfall wird eine wichtige Internationale Forschungskonferenz der »World Society of Disaster Nursing« (WSDN) 2018 an der Universität Bremen ausgetragen. Mit dieser Erfolgsmeldung kamen Professor Stefan Görres und Niels Harenberg vom Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen im Juni 2014 aus Peking zurück.

Sie hatten an der dritten Weltkonferenz für Katastrophenforschung zum Thema »Disaster Alleviation,

Opportunity and Development – For the One Goal“ (Katastrophenmanagement: Möglichkeiten und Entwicklungen) in China teilgenommen. Professor Görres hat dort einen Impulsvortrag gehalten. Er ist zudem Mitglied des Verwaltungsrates der World Society of Disaster Nursing. Schwerpunkt der Konferenz in Bremen, die vom Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) in Zusammenarbeit mit internationalen Kooperationspartnern organisiert wird, soll Katastrophenforschung mit interdisziplinärem Blickwinkel sein. Das Institut für Public

Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen ist seit 2010 Mitglied im WSDN. Die Gesellschaft ist ein internationaler Zusammenschluss von Hochschulen und Instituten, die sich mit pflegerischen und gesundheitlichen Belangen im Kontext von Katastrophenszenarien befassen. Das IPP Bremen ist eines der wenigen europäischen und das einzige deutsche Mitglied der WSDN. Die Internationalen Konferenzen finden alle zwei Jahre statt – nach Japan, Wales und Peking wird die nächste, die vierte Konferenz, 2016 in Jakarta/Indonesien abgehalten.

Prof. Dr. Stefan Görres, Universität Bremen,
Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP),
Abt. 3 Interdisziplinäre Alterns- und Pflegeforschung,
Mail: sgoerres@uni-bremen.de, www.ipp.uni-bremen.de

Zentrum für Katastrophenforschung an der Universität Bremen geplant

Wissenschaftler der Universität Bremen haben im März 2014 die Flinders University in Adelaide, Südastralien, besucht. Finanziert wurde die Reise durch das Projekt der Deutschen Forschungsgemeinschaft »Kooperation und Workshop zur Verbesserung der Forschungsqualität in der internationalen Disasterforschung, Schwerpunkt Gesundheit/Pflege«. Langfristiges Ziel ist der Aufbau eines Katastrophen-Forschungszentrums an der Universität Bremen. Professor Stefan Görres und Niels Harenberg vom Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) sowie Professor

Hajo Zeeb vom Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie (BIPS) haben sich in Adelaide das weltweit renommierte Katastrophen-Forschungszentrum (Disaster Research Center) zeigen lassen. Im Mittelpunkt standen Fragen möglicher gemeinsamer Forschungsprojekte. In einem Workshop thematisierten australische und deutsche Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler Fragen des Einsatzes von Gesundheitsexperten im Katastrophenfall sowie komplexe Entscheidungsszenarien, mit denen die örtlichen Behörden und Einsatzstellen bei Katastrophen konfrontiert sind.

Betrachtet wurde auch die Rolle der öffentlichen Medien bis hin zu den Anforderungen an Meteorologische Institute in einem solchen Fall. Ziel ist, dass langfristig an der Universität Bremen ein "German Disaster Research Center" nach australischem Vorbild gegründet werden soll. Ihm sollen neben Vertreterinnen und Vertretern einschlägiger Hilfsorganisationen, Bildungseinrichtungen, Berufsverbänden und Ministerien national ausgewiesene Expertinnen und Experten aus der Forschung angehören.

Prof. Dr. Stefan Görres, Universität Bremen,
Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP),
Abt. 3 Interdisziplinäre Alterns- und Pflegeforschung,
Mail: sgoerres@uni-bremen.de, www.ipp.uni-bremen.de

VERANSTALTUNGEN

Abschlussstagung zum Projekt »Mediencoaches für das Berufsfeld Pflege«

Am 20. März 2015 findet in Paderborn die Tagung »Mediengestütztes Lernen in der Pflege« statt. Sie ist gleichzeitig die Abschlussstagung des dreijährigen BMBF-Projekts »Mediencoaches für das Berufsfeld Pflege (MeCoPflege)« des IPP (Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck) in Kooperation mit dem Institut für Medienwissenschaft der Universität

Paderborn (Prof. Dr. Dorothee M. Meister). Im Rahmen der Tagung sollen neben der Vorstellung der Projektergebnisse in beispielhaften beteiligten Praxiseinrichtungen die Möglichkeiten und Grenzen von digitalem Lernen und Arbeiten in der Pflege diskutiert werden.



www.abschlussstagung-mecopflege.com

→ Kontakt und weitere Informationen:

Agnes-Dorothee Greiner, Universität Bremen,
Institut für Public Health und Pflegeforschung IPP,
Abt. 4 Qualifikations- und Curriculumforschung,
Mail: agreiner@uni-bremen.de, www.ipp.uni-bremen.de

Deutsch-Chinesisches Symposium Bremen am 5. und 6. Februar 2015:

Demographische Herausforderungen und Lösungspotenziale – Altenpflege in Deutschland und China im Vergleich

Das Symposium widmet sich der Frage, wie sich die beiden sehr unterschiedlichen Länder, Deutschland und China, der demographischen Herausforderung und insbesondere dem Thema Altenpflege stellen. High Professionals aus den Bereichen Management, Ausbildung, Wissenschaft und Politik aus Deutschland und China diskutieren die aktuellsten Entwicklungen in den Bereichen: Innovative (Versorgungs-)Modelle, geriatrische Versorgung und Rehabilitation, Pflegekonzepte bei Demenz, bauliche Umgebungen und technische Hilfsmittel,

Ausbildungskonzepte, Qualitätssicherung sowie Pflegeperformance, -management und -politik. Darüber hinaus soll das Symposium auch kulturell neue Brücken bauen und im Gespräch zwischen Fachleuten beider Länder sollen innovative Wege für kluge Lösungen entdeckt werden. Voneinander lernen ist deshalb ein wesentliches Ziel: bereits bestehende deutsch-chinesische Kontakte sollen gepflegt und vertieft, neue Partnerschaften aufgebaut werden.

Das internationale Symposium wird unter der Leitung von Prof. Dr. Stefan Görres, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) am Fachbereich 11 der Universität Bremen, in Kooperation mit dem Konfuzius-Institut Bremen und der Deutsch-Chinesischen Gesellschaft für Pflege e.V. durchgeführt. Die kostenpflichtige Veranstaltung wird im Haus der Bremischen Bürgerschaft stattfinden.

→ Weitere Informationen und Anmeldung unter:
www.ipp.uni-bremen.de

Prof. Dr. Stefan Görres, Universität Bremen,
Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP),
Abt. 3 Interdisziplinäre Alters- und Pflegeforschung,
Mail: sgoerres@uni-bremen.de,
www.ipp.uni-bremen.de

AKTUELLES II

Universität Bremen

Wissenschaftsschwerpunkt »Gesundheitswissenschaften«

Im Mai 2014 hat der Akademische Senat die Umbenennung des Wissenschaftsschwerpunktes (WSP) von »Epidemiologie und Gesundheitswissenschaften« in »Gesundheitswissenschaften« beschlossen, um der fachlichen Breite der beteiligten Mitglieder stärker Rechnung zu tragen. Die Mitglieder des WSP haben inzwischen die thematische Struktur des WSP weiterentwickelt und sind zu einer Fokussierung auf die drei Cluster »Ursachen« (Fokus soziale und Umweltdeterminanten), »Prävention und Gesundheitsförderung« sowie »therapeutische Versorgung und Pflege« gelangt. Als Querschnittsthema wurde »Gerechtigkeit im

Kontext von Gesundheit und in Gesundheitssystemen« ausgewählt. »Methoden« bilden einen weiteren Querschnittsbereich.

Als Ergebnis der Zusammenarbeit kann der Wissenschaftsschwerpunkt mittlerweile auf einen bewilligten Forschungsverbund, einem Präventionsforschungsnetzwerk in der Metropolregion Bremen-Oldenburg zum Thema »Physical activity and health equity: primary prevention for healthy ageing« (AEQUIPA) verweisen, an dem mehrere WSP-Mitglieder unter Federführung des BIPS beteiligt sind.

Im August 2014 hat die kooperative Forschergruppe »Evidence-based Public Health« ihre Arbeit aufgenommen. Geleitet wird die Gruppe von Prof. Dr. Stefan K. Lhachimi. Die Forschungsgruppe soll eine Brückenfunktion übernehmen zwischen dem Leibniz-Institut für Epidemiologie und Präventionsforschung (BIPS) und dem Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) am Fachbereich 11 der Universität Bremen.

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

Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck, Universität Bremen,
Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP),
Abt. 4 Qualifikations- und Curriculumforschung,
Mail: darmann@uni-bremen.de,
www.ipp.uni-bremen.de

Neu an der Universität Bremen

Kooperative Forschungsgruppe »Evidence-Based Public Health«



Im April 2014 gründeten das Leibniz-Institut für Epidemiologie und Präventionsforschung (BIPS) und das Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) am Fachbereich 11 der Universität Bremen die Forschungsgruppe »Evidence-Based Public Health« unter der Leitung von Prof. Dr. Stefan K. Lhachimi. Neben der Arbeit von wissenschaftlichen Mitarbeiter_innen setzt die Gruppe einen Fokus auf den Einbezug von Gastwissenschaftler_innen, um den internationalen Austausch von Forschenden zum Thema Evidence-Based Public Health zu fördern.

Evidence-Based Public Health ist die wissenschaftliche Entwicklung, Implementierung und Evaluation

von Programmen und Maßnahmen zum Schutz und zur Verbesserung der allgemeinen Gesundheit der Bevölkerung oder gefährdeter Subgruppen innerhalb der Bevölkerung. In diesem Projekt werden zwei methodische Ansätze kombiniert: Zum einen systematische Reviews, wie sie bereits in der klinischen Epidemiologie durchgeführt werden; jedoch müssen die etablierten Methoden an die spezifischen Herausforderungen der Betrachtung von Interventionen auf der Bevölkerungsebene angepasst werden, zum anderen die Quantifizierung der Auswirkungen von Interventionen auf die Gesundheit der Zielgruppe (bspw. durch Health Impact Assessment), um eine optimale Entschei-

dung, insbesondere im Fall von konkurrierenden Interventionen, zu ermöglichen. Zusätzlich zu diesen Forschungsansätzen ist die Gruppe derzeit am Aufbau der »European satellite of the Cochrane Public Health Group«, einer europäischen Arbeitsgruppe der australischen »Cochrane Public-Health Group«, beteiligt.

Hintergrund: Im Jahr 2012 wurde der Universität Bremen im Rahmen eines bundesweiten Wettbewerbs das Siegel »Exzellenz-Universität« verliehen. Teil des erfolgreichen Zukunftskonzepts der Bewerbung war die Schaffung von Forschungsgruppen, die eine wissenschaftliche Brückenfunktion zwischen anerkannten außeruniversitären Forschungseinrichtungen und ausgewählten Abteilungen der Universität Bremen wahrnehmen. Diese »kooperativen Forschungsgruppen« werden gemeinsam finanziert und bearbeiten eng abgesteckte Forschungsfragen.

Weitergehende Informationen und Kontaktmöglichkeiten zur Gruppe finden Sie auf der neu veröffentlichten Homepage der Forschergruppe »Evidence-Based Public Health«.

→ **Informationen und Kontakt:**

www.ebph.uni-bremen.de



IPP-Info, Ausgabe 12, 10. Jahrgang

ISSN 1864-4074 (Printausgabe)

ISSN 1864-452X (Internetausgabe)

IMPRESSUM

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

Kontakt: Heike Mertesacker MPH, Universität Bremen, Geschäftsstelle des Instituts für Public Health und Pflegeforschung, Fachbereich 11, Grazer Straße 4, 28359 Bremen, Telefon: 0421 / 218-68880, Mail: hmertes@uni-bremen.de, www.ipp.uni-bremen.de

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

Beiträge: Gesine Bär, Prof. Dr.-Ing. Sabine Baumgart, Andreas Baumeister, Prof. Dr. Beate Blättner, Prof. Dr. Gabriele Bolte, Dr. Susanne Breitner, Tanja Brüchert, Christoph Buck, Dr. Thomas Claßen, Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck, Susanne Fleckinger, Prof. Dr. Henny Annette Grewe, Dr. Katharina Gabriel, Prof. Dr. Ansgar Gerhardus, Prof. Dr. Stefan Görres, Prof. Dr. Claudia Hornberg, Dr. Heike Köckler, Ute Kraus, Ulrike Lahn, Prof. Dr. Annette Peters, Miriam Tariba Richter, Dr. Regina Rückerl, Dr. Andrea Rüdiger, PD Dr. med. Guido Schmiemann, Dr. Alexandra Schneider, Stefanie Schniering, Steffen Andreas Schüle, Dr. Friedrich Schorb, Dr. Katja Thane, Maike Voss, Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann

Redaktionsschluss der vorliegenden Ausgabe:

09.10.2014

Auflage: 2.000 Exemplare

Gestaltung: Patel Design, Bremen, www.patel-design.de

Druck: Druckerei Girzig + Gottschalk GmbH, Bremen

Bildnachweis: S. 1, 12, 23: Shutterstock; S. 3: Gabriele Bolte;

S. 4: Daniel Simon, Heike Köckler; S. 9: Alexander Schmidt;

S. 10: Christoph Buck (beide Abbildungen); S. 11: Andrew Rundle; S. 14: Gabriele Bolte; S. 15: Gabriele Bolte; S. 17: Andreas Baumeister, Mark Patel; S. 25: Gabriele Bolte, Karin Wolf-Ostermann, Guido Schmiemann; S. 26: Stefan Görres S. 28: Thomas Heise

Erscheinungsweise: 1x jährlich

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

→ **Bestelladresse:**

Institut für Public Health und Pflegeforschung

Universität Bremen, Fachbereich 11

Grazer Straße 4, 28359 Bremen

Telefon: 0421 / 218-68880

Mail: health@uni-bremen.de

www.ipp.uni-bremen.de