

# IPPinfo

22 | Wissenschaftstransfer in Public Health  
und Pflegewissenschaft

## Inhalt

Leitthema	2
Aktuelle Projekte	17
Qualifikationsarbeiten	33
Personalia	34
Lehre & Weiterbildung	35
Public Health buten un binnen	37
Veranstaltungen	38
Buchpublikationen	41
Aktuelle Publikationen	43
Impressum	44

## Leitthema

# Wissenschaftstransfer in Public Health und Pflegewissenschaft: Ein Überblick

Als Teil der sogenannten „Dritten Mission“ (*third mission*) der Wissenschaft hat der Transfer in den vergangenen Jahren eine immer wichtigere Rolle in Universitäten und Forschungseinrichtungen eingenommen (1). In der vorliegenden Ausgabe des IPPInfo fokussieren wir im Schwerpunkt die Rolle und Ausprägungen des Transfers in der Public-Health- und pflegewissenschaftlichen Forschung und blicken dabei auch gezielt auf den Transfer am Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP). Im Folgenden geben wir einen Überblick über den Transfer in den Gesundheits- und Pflegewissenschaften mit Verweisen auf die Schwerpunktbeiträge des Heftes.

Transfer umfasst unterschiedliche Aktivitäten, um das von Forscher:innen generierte Wissen in verschiedene Bereiche der Gesellschaft wie die Kultur, Politik oder Wirtschaft zu übermitteln. Dabei ist Transfer nicht als ein linearer, sondern wechselseitiger, iterativer Prozess zu verstehen, der Partner:innen aus der Praxis einbindet und Probleme aus der Gesellschaft aufgreift. In der Vergangenheit häufig auf technologische Innovationen verengt, blieben viele andere relevante Transferaktivitäten oft unbeachtet oder wurden nicht als solche erkannt. Insbesondere die gesundheits- und pflegewissenschaftliche Forschung macht es sich zur Aufgabe, auf gesellschaftliche Verhältnisse einzuwirken, um gesundheitliche Chancengerechtigkeit zu erreichen – ökonomische Interessen Einzelner stehen hier im Hintergrund. Gesundheit und gesundheitliche Chancengerechtigkeit

werden zunehmend als Querschnittsthemen für alle Politikfelder erkannt, die gemeinsame Anstrengungen auf allen Ebenen und ein ebenso wissens- wie handlungsorientiertes Vorgehen erfordern (2). Transferkompetenzen und -aktivitäten sind daher im Bereich der Gesundheitswissenschaften relevante Ziele und Aufgaben. Besonders im Rahmen aktueller Herausforderungen z.B. in Bezug auf die Herstellung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit, die Gestaltung gesundheitsfördernder Umwelt, im Bereich der Prävention, der gesundheitlichen Versorgung und Pflege wird deutlich, wie zentral sowohl die Bereitstellung und Nutzung evidenzbasierter Informationen als auch die Integration des lokalen Alltags- und Erfahrungswissens für die Planung von innovativen Maßnahmen und deren Evaluation ist. Das Zukunftsforum Public Health benennt 10 Kernbereiche für eine Public-Health-Strategie für Deutschland: 1) Governance, 2) Finanzierung, 3) Surveillance, 4) Krisenplanung und -reaktion, 5) multisektoraler Gesundheitsschutz, 6) Gesundheitsförderung – Gesundheitliche Chancengleichheit, 7) Prävention, 8) Ausbildung und Personal, 9) Kommunikation und Information sowie 10) Public-Health-Forschung. In diesen Feldern gilt es, aktuelle Problemlagen zu identifizieren, Lösungsvorschläge zu erarbeiten und die Umsetzung zu begleiten. Diese Aufgaben sind nur in einer gemeinsamen Anstrengung aller beteiligten Akteur:innen aus Gesellschaft, Politik, Verwaltung und Wissenschaft zu bewältigen. Hierfür ist ein aktiv gelebter Wissenschaftstransfer, der immer wieder gleichberechtigte Kooperation aller beteiligten Akteur:innen von Beginn an im Blick hat, unbedingte Voraussetzung.

Mit der zunehmenden Bedeutung, die Transfer an den Hochschulen eingenommen hat, stellte sich auch die Frage, wie sich der Einfluss von Transfer in verschiedenen Disziplinen messen lassen kann (3). Mittlerweile haben sich in der deutschen Wissenschaftslandschaft insgesamt Konzepte von Transfer etabliert, die versuchen der Vielfalt an Transferaktivitäten gerecht zu werden und sie entsprechend zu erfassen, z.B. die sogenannten CHE-Indikatoren (4). Das gemeinsam von Stifterverband und Helmholtz-Gemeinschaft (5) erarbeitete „Transferbarometer“ beschreibt unterschiedliche Transferfelder und stellt dazu passende Indikatoren bereit, anhand derer Transferaktivitäten gemessen werden können. Diese Transferfelder werden in den Schwerpunktbeiträgen des vorliegenden Heftes thematisch aufgegriffen. Unter dem Begriff *Transferorientierte Forschung* fassen wir eine große Bandbreite an Forschungsaktivitäten, die nicht nur durch ihren Inhalt, sondern auch ihre Methodik und angewandte Instrumente stark transfergeprägt sind. Ähnlich dem im Transferbarometer skizzierten Transferfeld „Forschungsbasierte Kooperation und Verwertung“ sehen wir hier Projekte verortet, die gemeinsam mit nicht-wissenschaftlichen Partner:innen durchgeführt werden und/oder die sich durch einen expliziten Transferbezug auszeichnen. **Dominik Domhoff, Janissa Altona, Kathrin Seibert und Karin**



**Wolf-Ostermann** beschreiben in ihrem Text beispielsweise, wie in dem vom Bundesministerium für Forschung, Transfer und Raumfahrt (BMFTR) geförderten Projekt „ProKIP“ Strukturen geschaffen werden, die die Entwicklung von KI-Technologien für die Pflege in engem Austausch mit der Praxis ermöglichen sollen. In einem weiteren Beitrag der Autor:innen wird das Barcamp-Format vorgestellt, das im Projekt ProKIP für den Wissenstransfer genutzt wurde.

Darüber hinaus fallen Auftragsforschungsprojekte in dieses Transferfeld, wenn auch in den Public Health und Pflegewissenschaften die Aufträge selten aus der Wirtschaft erfolgen. Auftragsforschung umfasst hier vielmehr beispielsweise die Erstellung von Gutachten, Berichten und Konzepten für Entscheider:innen aus Politik und Verwaltung.

Der Transferbezug der Forschung äußert sich nicht nur in ihren Themen, sondern auch in den Forschungsmethoden. Häufig werden Forschungsfragen, -themen und -erkenntnisse in der gesundheits- und pflegewissenschaftlichen Forschung in kooperativen Projekten gemeinsam mit Partner:innen aus der Praxis auf Augenhöhe erarbeitet. Solche weitergehenden Ansätze einer transdisziplinären Forschung sind gekennzeichnet durch ihre Fokussierung auf gesellschaftlich relevante Probleme, wechselseitige Lernprozesse zwischen Wissenschaftler:innen und Akteur:innen aus der Praxis und Zivilgesellschaft sowie die Schaffung eines lösungsorientierten und gesellschaftlichen robusten Wissens (6). Transformative Forschung beinhaltet nicht nur die Untersuchung gesellschaftlicher Veränderungen, sondern wirkt auch gezielt auf eine Transformation in Richtung Nachhaltigkeit hin (7). Das Forschungsformat Reallabor verfolgt das Forschungsziel der Gewinnung neuer Erkenntnisse und neuen Wissens und zugleich das Praxisziel des Anstossens von Transformationsprozessen (7). Aktivitäten dieser Art fasst das Transferbarometer unter dem Begriff „Forschen und Entwickeln mit der Gesellschaft“. **Franziska Stelzer** stellt in ihrem Text Reallabore als Ansatz transformativer Forschung und das Projekt SInBa als ein Beispiel für die Entwicklung sozialer Innovationen in der Stadtentwicklung vor. Seit 2025 wird am IPP gemeinsam mit Kooperationspartner:innen die BMFTR-geförderte InnovationsCommunity Urban Health (ICUH) aufgebaut: **Gabriele Bolte und Ellen Senck** beschreiben, welche Ansätze transdisziplinärer und transformativer Forschung verfolgt werden für die Entwicklung und Erprobung sozialer Innovationen mit dem Ziel der Überwindung von Umsetzungsdefiziten im Bereich von Umweltgerechtigkeit.

Verschiedene Ansätze, die darauf abzielen, soziale Wirklichkeit gemeinsam zu erforschen und zu verändern, werden unter dem Begriff partizipative Forschung zusammengefasst (6). Beispiele sind Patient:inneneinbeziehung, community-based participatory research, Ko-Produktion bzw. Ko-Kreation und Citizen Science. Bei letzteren kann die Art der Einbeziehung sehr unterschiedlich sein: Von lediglich beitragenden Anteilen (Datensammlung) über kollaborative Ansätze, bei denen die Forschungsfrage aber allein aus der Wissenschaft kommt, bis hin zu ko-kreativen Projekten.

Ähnlich dem gleichnamigen Transferfeld im Transferbarometer, spielt die *Transferorientierte Lehre und Weiterbildung* eine wichtige Rolle in den Gesundheits- und Pflegewissenschaften. So zeichnen sich die Public Health und pflegewissenschaftlichen Bachelor- und Masterstudiengänge durch eine hohe Transferorientierung aus, sodass Studierende bereits im Studium in Kontakt mit Praxispartner:innen kommen und mit diesen beispielsweise im Rahmen studentischer Forschungsprojekte zusammenarbeiten. Zudem wird häufig in Promotionsprojekten mit Praxispartner:innen kooperiert. Darüber hinaus fließt das aus der Zusammenarbeit mit Kooperationspartner:innen erarbeitete Wissen in die berufliche *Aus- und Weiterbildung* ein. Dies umfasst sowohl Weiterbildungsangebote durch Wissenschaftler:innen, aber auch beispielsweise die partizipative Erarbeitung und Weiterentwicklung von Fortbildungsangeboten in der Pflegeausbildung. Ein Beispiel dafür stellen **Ingrid Darmann-Finck, Larissa Fenker und Valeska Stephanow** in ihrem Beitrag vor.

Die *Wissenschaftskommunikation* umfasst verschiedene Formate, die wissenschaftliche Erkenntnisse in die breite Öffentlichkeit vermitteln und die den Austausch zwischen Wissenschaftler:innen und Menschen außerhalb der Scientific Community ermöglichen und ist damit dem im Transferbarometer als „Wissenschaftsdialog“ bezeichneten Transferfeld sehr ähnlich. Wissenschaftskommunikation umfasst Aktivitäten wie die Organisation von bzw. Teilnahme an verschiedenen Veranstaltungsformaten, Praxisworkshops oder auch Kommunikationsformate wie Podcasts. Adressat:innen können sowohl die breite Öffentlichkeit als auch spezifische Stakeholder sein. Darüber hinaus kann dieses Transferfeld dazu beitragen, die Sichtbarkeit von Forschung und anderen Aktivitäten zu erhöhen und das Bewusstsein der gesellschaftlichen Relevanz von Wissenschaft stärken. **Melanie Böckmann und Fabienne Pradella** diskutieren in ihrem Beitrag die Möglichkeiten von „Storytelling“ als Methode für die Wissenschaftskommunikation, rufen dabei aber auch dazu auf, diesen Ansatz kritisch zu reflektieren. **Rasmus Cloes** fokussiert in seinem Text die Kommunikationskanäle, die der Wissenschaftskommunikation zur Verfügung stehen und welche Veränderungen diese durch den konstanten, digitalen Wandel der Medienlandschaft durchlaufen.

Ähnlich wie im Transferbarometer beschrieben, umfasst das Transferfeld *wissenschaftliche Beratung* unserem Verständnis nach die unabhängige, unentgeltliche, wissenschaftlich fundierte Beratung von Politik sowie Entscheidungsträger:innen in öffentlichen und privaten Einrichtungen und Verbänden, zu denen auch Patient:innenvertretungen zählen. Die Aktivitäten umfassen beispielsweise die Erstellung von Gutachten, Stellungnahmen und Positionspapieren, sowohl auf Anfrage als auch proaktiv. Darüber hinaus fällt in dieses Feld auch langfristiges Engagement von Wissenschaftler:innen in Gremien wie Beiräten oder Beratungsgremien. Warum die Public-Health-Forschung in diesem Feld zwar häufig Anlass zur Resignation hätte, aber dennoch einen langen Atem beibehalten sollte, erörtert **Joseph Kuhn** in sei-

nem Beitrag. Anhand zweier Beratungsgremien im Kontext der Glücksspielforschung veranschaulicht **Tobias Hayer** in seinem Text wie dies in der Praxis aussieht.

In dieser kurzen Skizzierung von vier wichtigen Transferfeldern zeigt sich, dass diese nicht immer trennscharf voneinander abzugrenzen sind. Die Schwerpunktbeiträge der vorliegenden Ausgabe des IPPInfo füllen diese Felder mit Leben, indem sie anschauliche Beispiele aus Forschung und Lehre aufzeigen und sich kritisch mit Fragen beschäftigen, die für gelingenden Transfer in den Gesundheits- und Pflegewissenschaften gestellt und beantwortet werden müssen.

—  
**Dr. Maren Emde<sup>1</sup>, Prof. Dr. Gabriele Bolte<sup>1,2</sup>, Heike Mertesacker MPH<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup>Universität Bremen, Health Sciences Bremen (Wissenschaftsschwerpunkt und Forschungs- und Transferschwerpunkt Gesundheitswissenschaften)

<sup>2</sup>Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung  
emde@uni-bremen.de

[www.healthsciences.uni-bremen.de/home.html](http://www.healthsciences.uni-bremen.de/home.html)

[www.uni-bremen.de/institut-fuer-public-health-und-pflegeforschung](http://www.uni-bremen.de/institut-fuer-public-health-und-pflegeforschung)

Literatur unter: [www.uni-bremen.de/institut-fuer-public-health-und-pflegeforschung/ippinfo](http://www.uni-bremen.de/institut-fuer-public-health-und-pflegeforschung/ippinfo)

## Public Health-Forschung: Zahnloser Tiger oder steter Tropfen?

Public Health hat sich seit den 1990er Jahren auch in Deutschland zu einer lebendigen Forschungslandschaft entwickelt. Es gibt Institute, Lehrstühle, Publikationsorgane, Fachgesellschaften, Kongressreihen, ein „Zukunftsforum Public Health“ und auch hochrangige Anerkennung im politischen Raum.

Public Health denkt gesellschaftlich, und damit notwendigerweise politisch. Die Deutsche Gesellschaft für Public Health (DGPH) schreibt auf ihrer Internetseite:

*„Unser Engagement dient der Wissenschaft und Praxis zur Verhinderung von Krankheiten, zur Verlängerung des Lebens und zur Förderung von (...) Gesundheit unter Berücksichtigung einer gerechten Verteilung und effizienten Nutzung der vorhandenen Ressourcen. Zunehmende gesundheitliche Ungleichheit, gesundheitliche Folgen der Veränderungen in der Arbeitswelt (...) oder die Konsequenzen des Klimawandels sind nur einige der aktuellen Themen.“*

Damit verbunden sind offene Fragen zur Verortung von Public Health im Wissenschaftssystem, etwa als „angewandte“ Wissenschaft oder mit Blick auf die Werturteilsdebatte, ähnlich wie z.B. in der frühen Betriebswirtschaftslehre [1]. Public Health ist mit Blick auf ihre Charakterisierung der DGPH nicht umstandslos als „wertfreie“ Wissenschaft im Sinne Max Webers zu konzipieren. Sie kann es – wie übrigens auch die klinische Medizin – nicht sein, weil schon ihre Grundbegriffe Gesundheit und Krankheit nicht wertfrei sind, sondern unaufhebbar normativer Natur. Krankheit soll vermieden, Gesundheit gefördert werden.

Zu diesem Zweck werden die Befunde der Public Health-Forschung in ein vielfältiges Instrumentarium der Politikberatung eingespeist: Fach- und populärwissenschaftliche Veröffentlichungen, Gutachten, Expertengremien, parlamentarische Anhörungen, Enquete-Kommissionen und neuerdings auch lobbyierende Thinktanks. Der Ertrag dieser Bemühungen um Transfer von Wissen in die Politik scheint jedoch ausgesprochen bescheiden und ist geeignet, Sinnkrisen auszulösen. Drei Beispiele seien genannt. Es gibt tausende epidemiologische Studien, die belegen, dass soziale Benachteiligung mit gesundheitlicher Benachteiligung

einhergeht. Eigentlich weiß man um diesen Zusammenhang schon seit 250 Jahren, seit Johann Peter Franks „Akademischer Rede vom Volkseid als der Mutter aller Krankheiten“ im Jahr 1790. 1913 erschien der Sammelband „Krankheit und soziale Lage“ [2], der die Folgen von Armut in verschiedenen Lebensbereichen datengestützt darstellt, ein Vorläufer des Health in all Policies-Gedankens der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Das Thema steht auch weit oben auf der aktuellen epidemiologischen Forschungsagenda, auch von Ressortforschungseinrichtungen wie dem RKI. Nicht ganz so alt ist die Forschung zu Klimawandel und Gesundheit, aber die Studien häufen sich auch hier seit Jahren. Und, last but not least, der Pflegenotstand wird mindestens seit 30 Jahren beforscht [3]. Die Defizite sind bekannt, sie werden rituell immer wieder thematisiert – und sie bestehen fort. „Wicked problems“, hat die WHO solche hartnäckigen Probleme einmal genannt.

Fehlt es der Politik an Gesundheitskompetenz? Ist sie taub oder ist Public Health zu leise? Wie kann es sein, dass Pubmed seit den 1960er Jahren bis 2019 ca. 11.000 Publikationen zum Stichwort „Pandemic Preparedness“ verzeichnet, einschließlich ausgefeilten Handlungskonzepten und Pandemieplänen, aber die Coronapandemie die Politik nahezu weltweit überrascht hat? Der frühere Gesundheitsminister Jens Spahn: „Wir waren völlig unvorbereitet“. Dabei leben wir doch in einer „Wissensgesellschaft“ und die Politik argumentiert in Talk Shows gerne mit wissenschaftlichen Daten, pflegt die „Epistemisierung des Politischen“ [4].

Aus der Gesundheitspsychologie ist bekannt, dass Information alleine meist keine Änderung des Gesundheitsverhaltens bewirkt, weder beim Rauchen noch bei der Ernährung oder beim Bewegungsverhalten. Das ist in der Gesundheitspolitik nicht anders. Das Ergebnis unabwiesbarer Daten ist oft „verbale Aufgeschlossenheit bei gleichzeitiger Verhaltensstarre“ [5]. Politiker:innen greifen die Themen in ihren Reden auf, aber entwickeln keine ernstzunehmenden Umsetzungsstrategien. Die Public Health-Forschung reagiert darauf mit der Suche nach „Wissen zweiter Ordnung“ und beforscht die Translation von Forschung in die Praxis. „Implementierungsforschung“ kann Umsetzungshürden aufzeigen und überwinden helfen

[6]. Man darf jedoch annehmen, dass auch damit das Handeln noch nicht in allen Fällen in Gang zu setzen ist, schon gar nicht, wenn dem starke gesellschaftliche Kräfte entgegenstehen, z.B. die Ölindustrie, die Zuckerindustrie, die Tabakindustrie. Dann heißt es in der Politik nicht „follow the science“, sondern „follow the power“. Gänzlich aussichtslos scheint es, gegen die gesundheitlichen Verwerfungen des Kapitalismus an sich, gegen „eine Wirtschaft, die tötet“ [7] etwas zu erreichen.

Ist Public Health also ein zahnloser Tiger? Probleme werden benannt und beforscht und beforscht und beforscht, so lange die Drittmittel und Sachverständigenposten reichen? Man übersieht dabei leicht die Geschichten des Gelingens, selbst bei wicked problems. 1935 hat Fritz Lickint das Passivrauchen als Gesundheitsrisiko thematisiert, in den 1970er und 1980er Jahren gab es bereits dutzende Studien dazu, wegweisend die Studie von Hirayama 1981 [8], aber keine politischen Reaktionen. Die Gegenkräfte waren zunächst zu stark. Und doch ist es im Laufe der Jahre zu einem Wandel der öffentlichen Einstellung gekommen, die Politik zog nach und nach der Jahrtausendwende kamen wirksame Nichtraucherschutzgesetze. Es gibt weitere Beispiele. Manche politikberatenden Gremien im Public Health-Bereich sind durchaus einflussreich: Die Impfpfehlungen der STIKO beispielsweise binden die Krankenversicherung unmittelbar, Beschlüsse in diversen Gremien des Arbeits- und Umweltschutzes lösen regulatorische Folgen aus, in der Verkehrssicherheit wurde auch als Folge der Unfallforschung viel erreicht.

Funktioniert Public Health-Forschung also zumindest manchmal auch als steter Tropfen, der den Stein höhlt? Angesichts divergenter Entwicklungen wäre es aufschlussreich, diese vergleichend zu untersuchen und Gelingensbedingungen zu identifizieren. Umwege des Einwirkens auf die Politik, z.B. über die Medien und die Öffentlichkeit, mithin eine gute Wissenschaftskommunikation, vielleicht auch unkonventionelle Partnerschaften z.B. mit Theatern oder Filmemachern, werden dazu gehören, ebenso – Drittmittel hin oder her – klare Positionierungen. „Seid unbequem, seid Sand, nicht das Öl im Getriebe der Welt“, heißt es bei Günter Eich [9]. In diesem Sinne muss Public Health die eigenen Forschungsergebnisse auch selbst ernst nehmen, sich selbst ernstnehmen. Die gegenüber der Veränderbarkeit der Verhältnisse resignative



Wendung der Forschung von „Empowerment“ zu „Resilienz“ gibt zu denken. Als „servants of power“ [10] hat Public Health ihre Bestimmung verfehlt. Abschließend soll wenigstens noch kurz darauf hingewiesen werden, dass inzwischen nicht mehr nur die Ignoranz der Politik gegenüber der Wissenschaft ein Problem ist, sondern, in den USA besonders gut zu beobachten, auch die gezielte Zerstörung und Diskreditierung von Wissenschaft durch politische Kulturkämpfer [11]. Dies löst auch die Faktenbasis für eine vernünftige demokratische Willensbildung auf.

Wie das Verhältnis zwischen Wissenschaft und Engagement konkret aussehen kann, ohne dass eine Seite die andere beschädigt, wäre ein lohnendes Public Health-Kongresssthema. Der nächste Kongress Armut und Gesundheit 2026 steht unter dem Motto „Gesundheit ist politisch!“

—  
**Dr. Joseph Kuhn**

Pettenkofer School of Public Health München, c/o Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit

Literatur unter: [www.uni-bremen.de/institut-fuer-public-health-und-pflegeforschung/ippinfo](http://www.uni-bremen.de/institut-fuer-public-health-und-pflegeforschung/ippinfo)

## Reallabore: Wo Wissenschaft und Gesellschaft gemeinsam Zukunft testen

Ob klimafreundliche Mobilität, Bauwende oder neue Ideen für die Innenstadt – in Reallaboren erproben Forschende, Unternehmen, Stadtverwaltung, zivilgesellschaftliche Organisationen und Bürger\*innen gemeinsam, wie Wandel konkret gelingen kann.

**Wissenschaft und Gesellschaft – gemeinsam für den Wandel**  
Klimakrise, Digitalisierung, Artensterben, multiple Krisen: Die Herausforderungen unserer Zeit sind komplex – und sie lassen sich nur gemeinsam lösen (1). Immer häufiger arbeitet Wissenschaft nicht nur für, sondern auch mit der

Gesellschaft. Das Ziel: praxisnahe Lösungen entwickeln, die Wandel anstoßen.

Ein zentraler Ansatz ist die transformative Forschung. Sie richtet sich an realen Problemen aus, sucht gemeinsam mit Praxisakteur\*innen z.B. aus der Stadtverwaltung, Bürger\*innen aus zivilgesellschaftlichen Initiativen oder mit Unternehmen nach Zielen und Wegen und erprobt diese in der Praxis. Es geht dabei nicht nur um Wissen über Systeme, sondern auch um Zielwissen („Wo wollen wir hin?“) und Transformationswissen („Wie kommen wir dorthin?“) (2).

### Reallabore: Wandel im Praxistest

Besonders sichtbar wird dieser Ansatz in Reallaboren. Dies sind Kooperationsprojekte zwischen Forschung und Praxis (3). In diesen werden auf Augenhöhe gemeinsam Ideen, Innovationen und Lösungsansätze für die Nachhaltigkeitstransformation entwickelt und in „Realexperimente“ unter realen Bedingungen erprobt, erforscht und weiterentwickelt. Ziel ist es, aus den Experimenten zu lernen, sie bei Erfolg zu verfestigen und auf andere Kontexte zu übertragen.

Reallabore durchlaufen meist drei Phasen (4):

1. Co-Design – gemeinsame Entwicklung von Fragestellungen,
2. Co-Produktion – Umsetzung und Begleitung der Experimente,
3. Co-Evaluation – Bewertung der Ergebnisse.

Kernprinzipien von Reallaboren sind u.a. Transdisziplinarität, langfristige Ausrichtung, Nachhaltigkeitsorientierung, lösungsoffene Experimente und eine enge Verzahnung von Lernen und Reflexion (5).

### Politischer Rückenwind für Reallabore

Seit rund zehn Jahren wächst das Interesse an Reallaboren – auch politisch. Ministerien fördern sie – mit einem zunehmend besseren Verständnis der Bedarfe<sup>1</sup> dieses transdisziplinären und transformativen Forschungsansatzes (1), Netzwerke vernetzen Akteur\*innen (siehe z.B. Netzwerk „Reallabore der Nachhaltigkeit“) (6). Das Bundesministerium für Wirtschaft und Energie arbeitet sogar an einem Reallabore-Gesetz, um rechtliche Spielräume zu schaffen.

### Reallabor-Praxis: Projekt „SInBa – Soziale Innovationen in Bauen, Wohnen, Stadtentwicklung“

Bauen und Wohnen stehen angesichts der Klima- und Ressourcenkrisen, veränderter Wohnbedürfnisse sowie steigender Ansprüche an die Flächennutzung vor großen gesellschaftlichen Herausforderungen. Dabei reicht es nicht aus, nur auf technische Lösungen zu setzen – auch soziale Innovationen müssen stärker in den Mittelpunkt rücken. Soziale Innovationen (SI) versuchen durch anderes Handeln, anderes Denken oder anderes Organisieren neue Lösungen und Ideen für Problemstellungen zu entwickeln und können von verschiedenen Akteur\*innen aus der Zivilgesellschaft, Wirtschaft, Forschung, Verwaltung und Politik angestoßen und umgesetzt werden (7).

Im Kontext des SInBa-Projekts geht es um soziale Innovationen in der Stadtentwicklung wie gemeinschaftliche Wohnprojekte im Bestand oder kooperative Nahwärmeversorgung im Quartier, die helfen, klimaneutrales und klimagerechtes Bauen und Wohnen zu fördern (7). Es werden verschiedene SI in zwei Städten – Mannheim und Wuppertal – analysiert, in Realexperimenten erprobt und auf ihrem Weg aus der Nische in die Breite begleitet (siehe Abbildung 1).

Das Reallabor-Design ist folgendermaßen aufgebaut:

- Co-Design: Zu Beginn werden SI lokal und überregional untersucht und eine inhaltlich passende Auswahl für die beiden Städte getroffen.
- Co-Produktion: Im weiteren Verlauf werden Reallabore in beiden Städten eingerichtet, in denen die SI realexperimentell erprobt und unter Anwendung des Instru-

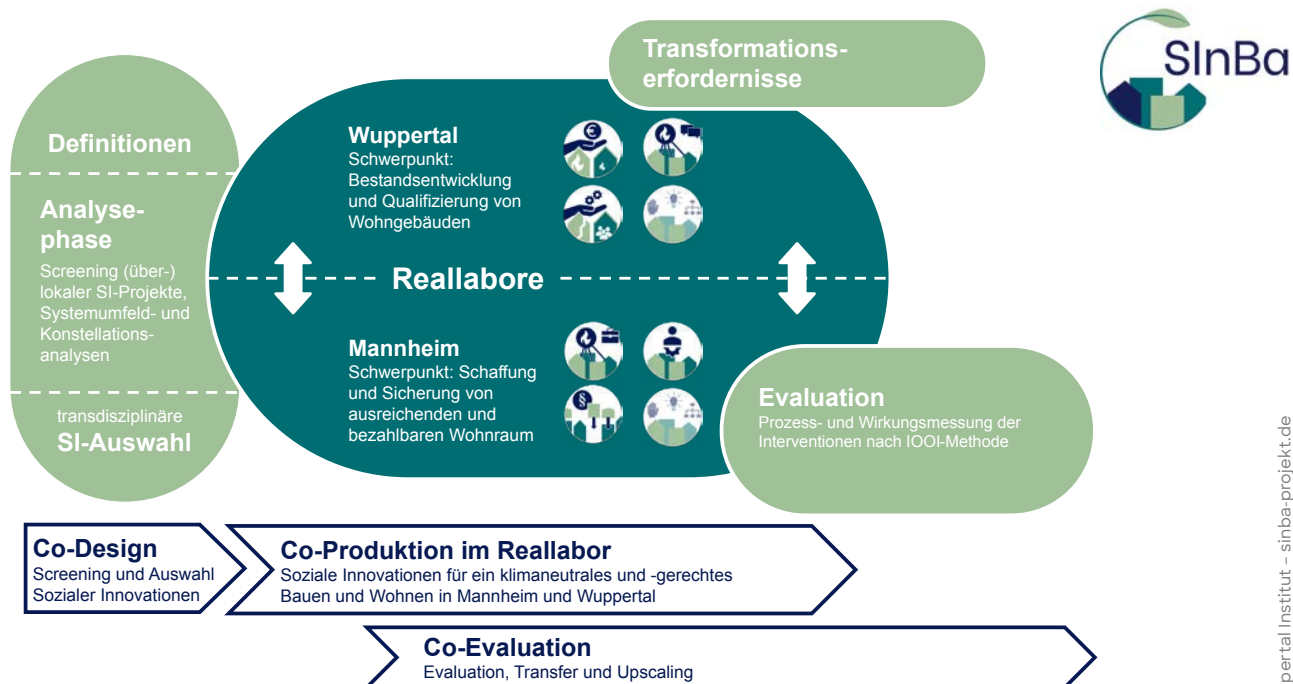


Abbildung 1: Reallabor-Projekt SInBa

1. z. B. Projektlaufzeiten von 3 plus 2 Jahren, zweistufige Verfahren, Budgets für Praxispartner\*innen

mentariums des Innovationsmanagements skaliert und transferiert werden. Begleitend werden allgemeine Transformationserfordernisse – im Hinblick auf kommunale Rahmenbedingungen als auch auf Landes-/Bundes- oder EU-Ebene – analysiert und reflektiert.

- Co-Evaluation: Ziel ist es, die Wirkung der SI zu bestimmen und die gewonnenen Erkenntnisse mittels Transferkonzepten zu verbreiten und erfolgreiche soziale Innovationen zu verstetigen.

### Wie können Reallaboren gelingen?

Damit Reallabore wirken, braucht es mehr als gute Ideen. Es braucht eine Balance zwischen wissenschaftlichen und gesellschaftlichen Zielen und Mut zum Ausprobieren trotz des Risikos des Scheiterns. Kooperationen mit Praxisakteur\*innen und gesellschaftlichen Akteur\*innen müssen frühzeitig aufgebaut und klare Rollen vereinbart werden. Die räumliche Verankerung und damit der Kontextbezug der Aktivitäten und Experimenten, welche über Co-Design, Co-Produktion und Co-Evaluation stattfindet, schafft Sichtbarkeit und Vertrauen in den Prozess.

Da sich Kontextbedingungen und Zuständigkeiten verändern und unerwartete Ereignisse auftreten können, braucht es eine Anpassungsfähigkeit des Vorgehens sowie eine Lern- und Reflexionskultur innerhalb von Reallaborprojekten. Zudem sollten lokale Verstetigungsoptionen für die Ergebnisse aus den Realexperimenten mitgedacht und geprüft werden. Aufgrund des spezifischen Kontextbezugs eines Reallabors ist eine Analyse der Umsetzungspotentiale in einen anderen Kontext kein Selbstläufer und stellt einen wichtigen einzuplanenden Baustein in Reallaborprojekten dar (8).

Die Forschungsförderrahmen und -logiken stellen eine Herausforderung hinsichtlich der Anforderung Langfristigkeit und Verstetigung dar, was in Bezug auf Erwartungsmanagement mit den Praxisakteur\*innen transparent kommuniziert werden sollte, damit frühzeitig mögliche Lösungsoptionen gesucht werden können. Es braucht passende Förderrahmen, um die Voraussetzungen transdisziplinärer Zusammenarbeit in Reallaboren (wie z.B. Aufbau der Zusammenarbeit und einer Vertrauensbasis, gemeinsame Entwicklung der Ziele und des konkreten Vorgehens etc.) und eine Anpassungsfähigkeit der Ziele und Methoden an sich dynamisch verändernden Bedingungen in Reallaborprojekten gerecht werden zu können.

### Fazit

Reallabore entfalten ihre größte Wirkung, wenn sie als gesellschaftliches Transformationswerkzeug verstanden werden. Wissenschaft muss in und mit der Gesellschaft lebendig werden, denn die Herausforderungen der Gegenwart verlangen, dass Forschung Teil der Lösung ist – gemeinsam mit der Gesellschaft, konkret vor Ort, langfristig und im Dialog. Reallabore zeigen, wie das gehen kann: Sie schaffen Räume, in denen Ideen nicht nur gedacht, sondern gelebt und erprobt werden.

—

**Dr. Franziska Stelzer**

Wuppertal Institut für Klima, Umwelt, Energie gGmbH

Literatur unter: [www.uni-bremen.de/institut-fuer-public-health-und-pflegeforschung/ippinfo](http://www.uni-bremen.de/institut-fuer-public-health-und-pflegeforschung/ippinfo)

## Die InnovationsCommunity Urban Health – transdisziplinäre und transformative Forschung zu sozialen Innovationen für mehr Umweltgerechtigkeit



Mit der Förderlinie *DATIpilot – Fördern & Lernen für Innovation und Transfer* verfolgt das Bundesministerium für Forschung, Technologie und Raumfahrt (BMFTR) das Ziel, die Entwicklung technologischer und sozialer Innovationen zu beschleunigen und Lösungen für gesellschaftliche Herausforderungen zu finden. Das Format der Innovationscommunities ermöglicht die Entwicklung und Erprobung neuartiger Transferformate sowie die zielgerichtete und flexible Gestaltung der für einen Transfererfolg benötigten Partnerschaften.

Seit 2025 wird das **Verbundprojekt InnovationsCommunity Urban Health (ICUH)** für vier Jahre in DATIpilot des BMFTR gefördert. ICUH folgt dem Leitbild der Umweltgerechtigkeit (1) und unterstützt Städte, gesunde und gerechte Lebensverhältnisse unabhängig von sozialen Ungleichheiten zu schaffen. Im Fokus stehen die altindustriellen Regionen Bremen/

Bremerhaven und Ruhrgebiet. Besonders innerstädtische und ehemals industriell geprägte Gebiete, in denen soziale Ungleichheiten stark ausgeprägt sind, stehen vor erheblichen Herausforderungen wie ungleichen Gesundheitschancen, geringer Umweltqualität und eingeschränkter sozialer Teilhabe. Gleichzeitig bieten diese Gebiete Potenziale für sozial-ökologische Veränderungen und verfügen über wertvolle Erfahrungen in der Bewältigung unterschiedlicher sozialer und struktureller Probleme.

Trotz umfangreicher Wissensbestände zu gesundheitlicher Chancengerechtigkeit und Umweltgerechtigkeit kommt es oft nicht zur konsequenten Umsetzung bestehender Leitbilder wie das der Nachhaltigkeit oder gesundheitsfördernden Stadtentwicklung sowie bereits konzipierter Strategien und Maßnahmen. Zentrales Ziel von ICUH ist es daher, Implementationslücken im Bereich der umweltbezogenen Verfahrens- und Verteilungsgerechtigkeit zu überwinden. In



Abbildung 1. Projektstruktur von ICUH

Realexperimenten und umsetzungsorientierten Projekten sollen Wissenschaft und Praxis gemeinsam innovative Ansätze zur Überwindung von Umsetzungshemmnissen erproben, die gleichzeitig einen Beitrag zur einer sozial-ökologischen Transformation leisten.

Die InnovationsCommunity Urban Health versteht sich als offene und langfristige Plattform zur Förderung urbaner Gesundheit und Umweltgerechtigkeit. Mit dem transdisziplinären Forschungsansatz werden unterschiedliche Wissensformen, z.B. Alltags- und Erfahrungswissen und Wissen aus verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen, anerkannt und integriert.

Die Projektstruktur ist in Abbildung 1 dargestellt.

Das **Management-Projekt** von ICUH verfolgt das Ziel, ein Netzwerk aufzubauen, das Wissenschaft, Praxis und diverse Communities vereint. Der transdisziplinäre Prozess wird durch Veränderungs- und Wissensmanagement unterstützt. Das Management-Team von ICUH konzipiert selbst Ausschreibungen für Community-Projekte wie die Implementationspioniere und führt den Auswahlprozess durch. Die in ICUH entwickelten sozialen Innovationen und gewonnenen Erfahrungen gehen in ein Transferkonzept für Urban Health in Kommunen ein.

Das **Communityprojekt ExperimentierRäume** fokussiert die Handlungsfelder Förderung aktiver Mobilität und Anpassung an Klimawandelfolgen. In ausgewählten Stadtquartieren werden zunächst laufende Prozesse erfasst und Umsetzungshemmnisse systematisch analysiert, um geeignete Anknüpfungspunkte für ko-kreative Realexperimente zu bestimmen. Anschließend werden gemeinsam mit Akteur:innen innovative Ansätze und Methoden entwickelt und erprobt. Die ExperimentierRäume bieten einen Rahmen, um Maßnahmen im

Quartier schnell und mit geringem Aufwand zu testen. Ziel ist es, konkrete Handlungsempfehlungen, beispielsweise im Hinblick auf Förderkulissen, gesetzliche Rahmenbedingungen, kommunale Strukturen und Arbeitsprozesse abzuleiten. **Implementationspioniere** sind Praxis-Wissenschaft-Teams, die sich mit innovativen Projektideen erfolgreich auf die Call for Ideas von ICUH beworben haben und mit ihren Ansätzen an der Strategie und den Zielen von ICUH mitwirken.

Das **Communityprojekt LebensWelt-Expert:innen (LWE)** verfolgt die inhaltliche Weiterentwicklung, Erprobung und Evaluation des LWE-Ansatzes im Kontext von Urban Health. LebensWelt-Expert:innen bringen ihr alltags- und communitybezogenes Wissen strukturiert in Forschung, Praxis und Lehre ein. Sie entwickeln kontextspezifische Lösungen und unterstützen die transdisziplinäre Wissensgenerierung. Der **Urban Health digiSpace** bietet einen offenen, digitalen Informationsraum zum Thema Urban Health. Inhalte zu Themen wie z.B. altersfreundlicher Stadtplanung, Bürgerbeteiligung oder Walkability werden für ein breites Publikum aufbereitet. Zudem unterstützt diese Plattform ein agiles Projektmanagement in ICUH, indem schlanke und effiziente Bewerbungs- und Verwaltungsprozesse für Communityprojekte sowie der Austausch zwischen Communitymitgliedern ermöglicht werden.

ICUH wird in den nächsten Jahren an Lösungen arbeiten für die aktuellen gesellschaftlichen Herausforderungen im Bereich Umweltgerechtigkeit, Stadtentwicklung und Gesundheit (2-5) wie auch für die methodischen Herausforderungen einer transdisziplinären und transformativen Forschung und deren Evaluation (6-8).

Das Verbundprojekt ICUH wird von Beginn an getragen von der Hochschule Bochum Technik Wirtschaft Gesundheit (Verbundleitung), der Abteilung Sozialepidemiologie des Instituts für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen, der Technischen Universität Dortmund, dem ILS – Institut für Landes- und Stadtentwicklungsforschung gGmbH, dem Wuppertal Institut für Klima, Umwelt, Energie gGmbH, dem Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz Nordrhein-Westfalen und der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Bremen e. V. Weitere Praxis- und Wissenschaftspartner werden mit dem Ausbau des Netzwerkes und der Community-Projekte hinzukommen.

Prof. Dr. Gabriele Bolte, Ellen Senck MA

Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung

Abteilung Sozialepidemiologie

icuh@uni-bremen.de

<https://urbanhealth-digispace.de/icuh/>

[www.uni-bremen.de/institut-fuer-public-health-und-pflegeforschung/abteilungen-arbeitsgruppen/public-health-forschung/sozialepidemiologie](http://www.uni-bremen.de/institut-fuer-public-health-und-pflegeforschung/abteilungen-arbeitsgruppen/public-health-forschung/sozialepidemiologie)

Literatur unter: [www.uni-bremen.de/institut-fuer-public-health-und-pflegeforschung/ippinfo](http://www.uni-bremen.de/institut-fuer-public-health-und-pflegeforschung/ippinfo)

# ProKIP – Künstliche Intelligenz in der Pflege gemeinsam gestalten

## Prozessentwicklung und -begleitung für eine praxistaugliche Integration

### Einleitung

Künstliche Intelligenz (KI) gilt als Schlüsseltechnologie, um Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen in der Pflege zu verbessern [1]. Doch zwischen technologischer Idee und funktionierendem Einsatz im Alltag liegen viele Herausforderungen: Welche Daten dürfen genutzt werden? Wie lässt sich Akzeptanz aufbauen? Und wie wird sichergestellt, dass neue Systeme nicht an den realen Bedarfen vorbeigehen? An dieser Stelle setzt **ProKIP** an – das wissenschaftliche Begleitprojekt im Förderprogramm „Repositorien und KI-Systeme im Pflegealltag nutzbar machen“ des Bundesministeriums für Forschung, Transfer und Raumfahrt (BMFTR).

### Zielsetzung und Ansatz

ProKIP steht für „**Prozessentwicklung und -begleitung zum KI-Einsatz in der Pflege**“. Das Projekt schafft Strukturen, um technologische Innovationen nicht isoliert, sondern im engen Austausch mit der Praxis zu entwickeln. Der Ansatz ist partizipativ, interdisziplinär und iterativ. Pflegeeinrichtungen, Pflegefachpersonen, Leitungen, Technikentwickler:innen und Forschende arbeiten von Beginn an gemeinsam an der Frage, wie KI-Anwendungen sinnvoll in die Versorgung integriert werden können.

**ProKIP** begleitet acht eigenständige Forschungsprojekte, die den Einsatz von KI in der Pflege erproben. Dabei übernimmt das Projekt eine beratende, vernetzende und evaluierende Rolle. Ziel ist es, Brücken zwischen Theorie, Technik und Pflegepraxis zu bauen, Erfahrungen zu bündeln und den Wissenstransfer zwischen Projekten zu fördern.

### Beispiele aus der Projektpraxis

Im Projekt „*KI in der Pflege: Sturz, Delir, Medikation (KIP-SDM)*“ etwa wird untersucht, wie KI Pflegekräfte bei der Priorisierung von Hilferufen unterstützen kann. Sensoren und Datenanalyse erkennen Veränderungen im Gesundheitszustand frühzeitig und helfen, Einsätze gezielt zu planen. Das entlastet Fachkräfte und steigert gleichzeitig die Sicherheit der Patient:innen.

Weitere Informationen zu KIP-SDM: <https://ai4care.org/>

Ein anderes Beispiel ist das Projekt „*Hybrides KI-System zur Delirprädiktion für die Entlastung der Pflegepraxis (KIDELIR)*“. Hier steht die Prävention von Delirien im Mittelpunkt. Ein hybrides KI-System kombiniert Routinedaten mit pflegerischen Beobachtungen, um das individuelle Risiko präzise einzuschätzen. Auf dieser Basis können vorbeugende Maßnahmen rechtzeitig eingeleitet werden. Entscheidend ist dabei, dass KI die klinische Expertise ergänzt – nicht ersetzt.

Weitere Informationen zu KIDELIR: [www.interaktive-technologien.de/projekte/kidelir](http://www.interaktive-technologien.de/projekte/kidelir)

In **ProKIP** wird eine enge Prozessbegleitung der beteiligten Projekte fokussiert. Konkret erfolgt dies in Form der Durch-



führung von Workshops, Barcamps und Projekttreffen, um so Räume für Austausch und gemeinsames Lernen zu schaffen. Die Themen reichen von Evaluationsmethoden über ein KI-Readiness-Assessment bis hin zu strategischen Fragen der Projektplanung und -umsetzung.

Im Projektverlauf wurden drei zentrale Plattformen etabliert. Das **Methoden-Lab** unterstützt in Fragen zu Evaluationsdesigns und Analyseverfahren, während das **Theorie-Lab** die pflegewissenschaftliche Fundierung fokussiert und kollegiale Beratung anbietet. Das **Projekt-Lab** dient der Koordination, aber auch als Plattform für Austausch und Peer-to-Peer-Unterstützung.

Ein wichtiges Ergebnis dieser Arbeit ist das **KI-Pflege-Readiness-Assessment (KIP-RA)**. Es umfasst 69 Attribute in fünf Dimensionen und dient dazu, die Voraussetzungen für den erfolgreichen Einsatz von KI in der Pflege zu prüfen. Entwickelt wurde es in enger Abstimmung mit Expert:innen aus Informatik, Pflegewissenschaft, Praxis und Projektmanagement.

### Besondere Rolle von ProKIP

**ProKIP** versteht sich nicht als Entwickler einer einzelnen KI-Lösung, sondern als Prozessbegleiter. Es liefert Werkzeuge, Methoden und Kommunikationsstrukturen, damit KI-Projekte praxisnah umgesetzt werden können. Dabei geht es ebenso um die technische Machbarkeit wie um Fragen der Akzeptanz, der ethischen Verantwortung und der nachhaltigen Implementierung.

### Fazit für die Praxis

**Die Erfahrungen aus ProKIP zeigen:** KI kann die Pflege unterstützen – aber nur, wenn ihre Einführung sorgfältig geplant, mit den Beteiligten abgestimmt und auf konkrete

Bedarfe zugeschnitten wird. Entscheidend ist ein kontinuierlicher Dialog zwischen Technik und Praxis, in dem Fachkräfte ihre Expertise einbringen und Entwicklungen mitgestalten. Durch den partizipativen Ansatz trägt ProKIP dazu bei, dass KI nicht als Fremdkörper, sondern als integrierter Bestandteil des Pflegealltags erlebt wird.

- **Projektlaufzeit:** 01.12.2021 – 31.10.2025
- **Fördermittelgeber:** Bundesministerium für Forschung, Transfer und Raumfahrt (BMFTR)
- **Website:** <https://prokip.care/>
- **Kontakt:** Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann

—  
**Dominik Domhoff M.A., Janissa Altona, Dr. Kathrin Seibert, Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann**

Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung |  
 Abt. Pflegewissenschaftliche Versorgungsforschung  
 ddomhoff@uni-bremen.de  
[www.uni-bremen.de/institut-fuer-public-health-und-pflegeforschung/abteilungen-arbeitsgruppen/pflegeforschung/pflegewissenschaftliche-versorgungsforschung](http://www.uni-bremen.de/institut-fuer-public-health-und-pflegeforschung/abteilungen-arbeitsgruppen/pflegeforschung/pflegewissenschaftliche-versorgungsforschung)

Literatur unter: [www.uni-bremen.de/institut-fuer-public-health-und-pflegeforschung/ippinfo](http://www.uni-bremen.de/institut-fuer-public-health-und-pflegeforschung/ippinfo)

## Offen, partizipativ, wirkungsvoll? – Wissenstransfer im Barcamp-Format

Eine Konferenz ohne Beitragseinreichung und Begutachtungsverfahren – das Barcamp bietet sich durch seine Niedrigschwelligkeit und Spontaneität nicht nur für die Wissenschaftscommunity selbst, sondern auch für den Wissenstransfer mit anderen Disziplinen und der Gesellschaft an.

### Das Format

Ein Barcamp ist ein offenes Veranstaltungsformat zu einem definierten Oberthema ohne feste Agenda oder geplante Vorträge. Die Stärke des Formates besteht im Wissensaustausch, in der Diskussion laufender Arbeiten oder in der Erarbeitung neuer Ideen. Es bietet Zeit, Ort und Rahmen, um mit anderen interessierten Menschen in Austausch zu treten (1,2).

Den Beginn eines jeden Barcamps bildet nach einem Kennenlernen und einer Einführung in das Format die Themensammlung: Jede:r Teilnehmende erhält einen Zettel, auf dem ein Thema für eine Session und die geplante Methode notiert werden können. Diese werden durch die Vorschlagenden im Plenum vorgestellt, per Handzeichen wird Interesse am Thema abgefragt. Die Moderation stellt das Pro-

gramm zusammen. Die einzelnen Sessions sind zwischen 45 und 60 Minuten lang. Es kann so viele Sessions geben, wie es Räume und Zeitfenster gibt.

In den einzelnen Sessions sind die Eingebener:innen der Themen verantwortlich für deren Verlauf, es gibt keine gestellte Moderation. Themen, Ideen, Diskussionen und Ergebnisse einer Session sollten jedoch dokumentiert werden, damit alle Teilnehmenden darauf zurückgreifen können. Jeder Raum verfügt über Moderations- und Präsentationsmaterial, um verschiedene Methoden umsetzen zu können. Das Barcamp-Format orientiert sich primär an den Bedürfnissen und Interessen der Teilnehmenden. Es fördert breite Beteiligung und den spontanen und offenen Wissensaustausch zu aktuellen Themen. Diskussionen entwickeln sich ko-kreativ anhand der Erfahrungen, Interessen und Ideen der Teilnehmenden. Die Grenze zwischen Vortragenden und Zuhörerschaft wird verwischt, wodurch Hierarchien abgebaut oder aufgehoben werden (1,2).

### Praxiserfahrungen

Im wissenschaftlichen Begleitprojekt Prozessentwicklung und -begleitung zum KI-Einsatz in der Pflege (ProKIP) nutzen wir das Barcamp-Format, um Mitarbeitende aus acht durch das Bundesministerium für Forschung, Transfer und Raumfahrt (BMFTR) geförderten deutschen Forschungs- und Entwicklungsprojekten zum Einsatz von künstlicher Intelligenz in der Pflege zusammenzubringen. An zwei Barcamps mit insgesamt 22 Sessions nahmen 41 bzw. 27 Personen teil.

Informelle Treffen und offener Austausch führten zu neuen Kooperationen. Gemeinsame Herausforderungen und Tätigkeiten in den Projekten wurden identifiziert und neue Ideen für Publikationen und Konferenzbeiträge entwickelt. Das wissenschaftliche Begleitprojekt ProKIP gewann wichtige Erkenntnisse zu Herausforderungen und laufenden Tätigkeiten, die in Unterstützungsangebote einfließen.

Als Fortführung der Aktivitäten aus ProKIP fand das Barcamp Pflege + Technik mit 24 Teilnehmenden statt. Eingeladen waren nicht nur Wissenschaftler:innen, sondern ebenfalls Personen von Trägern von Einrichtungen im Gesundheitswesen und aus der Pflegepraxis, aus Politik, Ver-



waltung, von Interessenvertretungen und Studierende und Auszubildende. Damit wurde nicht nur das Thema weiter geöffnet, sondern ebenso der Kreis der Teilnehmenden erweitert.

### **Erfahrungen und Empfehlungen für die Durchführung eines Barcamps**

Barcamps sind einfach zu organisieren, da keine Beiträge ausgewählt und kein detailliertes Programm erstellt werden muss. Der Fokus liegt auf der Bereitstellung von Rahmenbedingungen für den Austausch. Dies umfasst vor allem einen guten Veranstaltungsort mit ausreichend Räumen sowie gut geplante Pausen für eine Vernetzung der Teilnehmenden. Die Vielfalt der Teilnehmenden und ihre Hintergründe beeinflussen die Themen und Ergebnisse unmittelbar, daher sollte der Definition der Zielgruppe und der Einladung der potenziellen Teilnehmenden besondere Aufmerksamkeit zukommen. Da bei vielen Teilnehmenden das Format noch weitgehend unbekannt ist und keine Werbung mit konkreten Vorträgen und Vortragenden möglich ist, muss eine zielgruppenspezifische Ansprache mit einem entsprechenden Nutzenversprechen erfolgen.

Die Organisierenden haben nur bedingt Einfluss auf die Inhalte der Veranstaltung. Teilnehmende können vorab ein Thema vorbereiten, haben jedoch keine Garantie, dass diese auch stattfinden werden. Zugleich soll die Gelegenheit für spontane Themenvorschläge erhalten bleiben. Während eine aktive Rolle der Teilnehmenden beim Barcamps herausgestellt werden sollte, können die Organisierenden ebenfalls verschiedene Themenvorschläge vorbereiten und nötigenfalls einbringen. Um die einzelnen Sessions abwechslungsreicher zu gestalten, kann den Teilnehmenden ein „Methodenkoffer“ bereitgestellt werden, der Vorschläge für interaktive und kollaborative Methoden beinhaltet, die kurzfristig umsetzbar sind.

Geleitet wird die Veranstaltung von einer Moderation, welche durch den Prozess begleitet und die genannten Aspekte aktiv unterstützt. Vorerfahrung mit dem Format sind dabei notwendig, um unerfahrenen Teilnehmenden Sicherheit zu vermitteln, auch ist eine zugewandte Haltung den Teilnehmenden gegenüber wichtig. Inhaltliche Expertise im Themenbereich des Barcamps ist hingegen nicht notwendig.

### **Ausblick**

Barcamps bilden eine hervorragende Ergänzung zu wissenschaftlichen Fachkonferenzen. Sie ermöglichen die Bearbeitung von Themen mit Teilnehmenden aus unterschiedlichen Disziplinen und Institutionen. Für Wissenschaftler:innen bietet das Format die Chance, Impulse für die eigene Arbeit aus verschiedenen Blickwinkeln zu sammeln und neue Netzwerke zu knüpfen. Alle Teilnehmenden stellen sich der Herausforderung, eigenes Wissen und Erfahrungen spontan zu wechselnden Fragestellungen einzubringen. Insbesondere im Kontext der Digitalisierung in der Pflege kann dieser Prozess die Kompetenzen für den Wissenstransfer bei allen beteiligten Akteursgruppen stärken.

—  
**Dominik Domhoff M.A., Dr. Kathrin Seibert,**

**Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann**

Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung

Abt. Pflegewissenschaftliche Versorgungsforschung

ddomhoff@uni-bremen.de

[www.uni-bremen.de/institut-fuer-public-health-und-pflegeforschung/abteilungen-arbeitsgruppen/pflegeforschung/pflegewissenschaftliche-versorgungsforschung](http://www.uni-bremen.de/institut-fuer-public-health-und-pflegeforschung/abteilungen-arbeitsgruppen/pflegeforschung/pflegewissenschaftliche-versorgungsforschung)

Literatur unter: [www.uni-bremen.de/institut-fuer-public-health-und-pflegeforschung/ippinfo](http://www.uni-bremen.de/institut-fuer-public-health-und-pflegeforschung/ippinfo)

## **Implementation einer stärker sprachbildend gestalteten Praxisanleitung in der Pflegeausbildung**

Die generalistische Pflegeausbildung ist mit hohen fachlichen und damit auch sprachlichen Anforderungen verbunden. Aufgrund der sprachlichen Vielfalt können viele Auszubildende diesen Anforderungen nicht oder nur mit Einschränkungen gerecht werden. Diese Diskrepanz kann sogar vorzeitige Vertragsauflösungen zur Folge haben.<sup>16</sup> Angesichts des zunehmenden Fachkräftemangels in der pflegerischen Versorgung und den demografischen Entwicklungen in Deutschland ist die Integration sprachbildender Ansätze in der Pflegeausbildung essentiell, um die sprachliche Teilhabe aller Auszubildenden zu stärken und sie beim erfolgreichen Abschluss der Ausbildung zu unterstützen.

### **Vorstellung STePs-Projekt**

Hier setzt das interdisziplinäre BMBF-geförderte Forschungs- und Entwicklungsprojekt „*Sprachliche Teilhabe in*

*der Pflegeausbildung stärken (STePs) – schulische und pflegerische Praxis als Lerngelegenheit*“ an, ein Verbundprojekt der Universitäten Bremen (Prof. Andrea Daase, FB 10 und Prof. Ingrid Darmann-Finck, IPP) und Paderborn (Prof. Constanze Niederhaus). Das Projekt verfolgt das Ziel, migrationsbedingt mehrsprachige Auszubildende beim erfolgreichen Verlauf und Abschluss der Pflegeausbildung zu unterstützen. Dazu soll das Bildungspersonal, in diesem Fall Pflegelehrende und Praxisanleitende, professionalisiert werden. Anhand umfangreicher empirischer Analysen wurden zunächst die sozialen Praktiken<sup>9</sup> sowie die sprachbildenden und pflegekompetenzförderlichen Potenziale an beiden Lernorten ermittelt. Diese empirisch vorfindbaren Bedarfe sowie die theoretischen Bezüge des Projekts bildeten die Grundlage für die Entwicklung eines Fortbildungsangebots. Theoretisch stützte sich das Vorhaben auf die Interaktionistische Pflegedidaktik<sup>3</sup> das Verständnis von Sprache als sozi-



ale Praxis<sup>2</sup> und den Ansatz des situierten Lernens im Sinne der *Communities of Practice*.<sup>7,8</sup>

Bei der Entwicklung sprachbildender Fortbildungsangebote für die Pflegelehrenden (Lernort Schule) und die Ausbilder\*innen (Lernort Praxis) wurden von Beginn an systematisch die in der erziehungswissenschaftlichen Forschung berichteten Gelingensbedingungen für erfolgreiche Implementationsprozesse<sup>14</sup> berücksichtigt. Im Folgenden wird dies exemplarisch am **Fortbildungsangebot für die Praxisanleitenden** verdeutlicht:

- Passung zu vorhandenen curricularen und didaktischen Gegebenheiten: Um die Passung der Fortbildung zu den vorliegenden Bedarfen und Gegebenheiten sicherzustellen, wurden im ersten Schritt teilnehmende Beobachtungen von Anleitungssituationen und Gruppendiskussionen mit Praxisanleitenden und Auszubildenden durchgeführt. Die Auswertung der Daten erfolgte mithilfe der Dokumentarischen Methode mit dem Ziel soziale Praktiken als „kleinste Einheit des Sozialen“<sup>13 (p. 290)</sup> in der Pflegeausbildung am Lernort Pflegepraxis zu rekonstruieren und im Hinblick auf das sprachbildende und pflegekompetenzförderliche Potenzial zu analysieren. Die Analyse für den Lernort Praxis ergab, dass die kompetenzförderliche selbstständige Gestaltung der Pflegesituation durch Auszubildende oftmals durch die dominierenden instruktionslogischen Praktiken der Praxisanleitenden überformt wurde.
- Einbindung von pädagogischen Praktiker\*innen in die Entwicklung des Fortbildungsangebots: In einem Workshop der Steuerungsgruppe, an dem Praxispartner\*innen aus Schule und Pflegepraxis teilnahmen, wurden die Analyseergebnisse vorgestellt und mögliche Ansätze für das Fortbildungskonzept präsentiert und mit den Teilnehmenden kritisch diskutiert.
- Entwicklung eines Fortbildungskonzepts: Das Fortbildungskonzept orientiert sich an den Merkmalen erfolgreicher Lehrendenfortbildungen.<sup>10</sup> Neben etwa der

Verschränkung von Input-, Erprobungs- und Reflexionsphasen oder der Integration von Elementen selbstgesteuerten Lernens bauen die Fortbildungen auf datengestützten Fallvignetten auf, die für die Fortbildungen aufbereitet wurden, um so den Bezug zur täglichen Lehrpraxis und zu den Vorerfahrungen der Ausbilder\*innen sicherzustellen. Bei den Praxisanleitenden wurden die Erprobungsphasen außerdem mit einem individuellen Coaching unterstützt.

- Schaffung einer positiven implementationsbezogenen Motivation bei den Praxisanleitenden: Die genutzten Fallvignetten können als „desorientierende Dilemmata“ nach Mezirow<sup>11 (p. 143)</sup> interpretiert werden. Durch solche Dilemmata gelingt es Mezirow (ebd.) zufolge, eine nachhaltige Transformation von Annahmen und Überzeugungen sowie den Erwerb von reflexiven Kompetenzen anzustoßen. Im STePs-Projekt wurden die Fallvignetten aus den erhobenen Daten gewonnen und in Form eines Standbildes, einer Methode des szenischen Spiels,<sup>12 (p. 61)</sup> von den Teilnehmenden in Kleingruppen interpretiert. Durch die Inszenierung der (in der Fallvignette) beschriebenen Anleitungssituation können die „Haltungen“ der einzelnen Akteur\*innen nachgestellt werden und ihre Gedanken und Gefühle bewusst und einer Reflexion zugänglich gemacht werden. In den Fortbildungen war dieses Standbild eine wichtige Erfahrung und Erkenntnis für die Praxisanleitungen, auf die sie im Verlauf der Fortbildung immer wieder Bezug genommen haben. Darüber hinaus diente der in der Fallvignette abgebildete anonymisierte Transkriptausschnitt einer Gesprächssequenz als Grundlage, um sprachbildende Potenziale und Herausforderungen in einer Anleitungssituation zu identifizieren und im Sinne des Mikro-Scaffolding<sup>5</sup> zu transformieren.
- Verfügbarkeit von Unterstützungsangeboten: Das Fortbildungsangebot setzt sich aus zwei seminaristischen Präsenzveranstaltungen zusammen, die die Rahmung für eine mehrwöchige Transferphase vorgeben. Am Ende der ersten Veranstaltung erhalten die Teilnehmenden den Arbeitsauftrag, die erarbeiteten Techniken zur Gestaltung einer sprachbildenden Praxisanleitung im Sinne des Mikro-Scaffolding auf ihre Anleitungsspraxis zu übertragen und kritisch zu reflektieren. Ergänzend fand während der Transferphase auch eine Online-Veranstaltung im Sinne eines kollektiven Austauschs statt. Darüber hinaus wurden den Teilnehmenden prozessorientierte Coachings<sup>4</sup> angeboten, in denen Situationen mit Auszubildenden, die auf (sprachlich bedingte) Teilhabehürden stoßen, bearbeitet wurden. Die Projektmitarbeitenden begleiteten die Teilnehmenden in ihrem Arbeitskontext während einer Praxisanleitung und reflektierten anschließend mit ihnen, wie sie in sprachlich herausfordernden Situationen die Auszubildenden bestmöglich unterstützen und welche Potenziale zur Förderung der Sprachaneignung genutzt werden können.
- Unterstützung durch Leitung: Sowohl im Rahmen der Datenerhebung als auch bei der Durchführung und Evaluation der Fortbildungsreihe wurden die Projekt-

mitarbeitenden in Bezug auf Zugang und Organisation tatkräftig von den Leitungskräften der Praxiseinrichtungen unterstützt.

Im Rahmen der Evaluation der Fortbildungsreihe mit den Praxisanleitenden wurde deutlich, dass sie seitdem sprachbildende Ansätze bewusster in Anleitungssituationen integrieren und sensibler auf Unterstützungsbedarfe der Auszubildenden eingehen können. Besonders die Coachings wurden sehr positiv von den Teilnehmenden bewertet, weil sie dadurch die in den Workshops erarbeiteten Inhalte besser in ihren Anleitungsalldag integrieren und „blinde Flecken“ identifizieren konnten.

—  
**Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck, Larissa Fenker, Valeska Stephanow**  
 Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung  
 Abt. Qualifikations- und Curriculumforschung  
 darmann@uni-bremen.de  
 www.uni-bremen.de/institut-fuer-public-health-und-pflegefor-  
 schung/abteilungen-arbeitsgruppen/pflegeforschung/qualifika-  
 tions-und-curriculumforschung

Literatur unter: [www.uni-bremen.de/institut-fuer-public-health-und-pflegeforschung/ippinfo](http://www.uni-bremen.de/institut-fuer-public-health-und-pflegeforschung/ippinfo)

## Wissenschaftskommunikation in der Gesundheitsforschung: Chancen und Risiken im digitalen Zeitalter

*Die Medienwelt befindet sich seit mehr als drei Jahrzehnten in einem tiefgreifenden Wandel. Das beeinflusst auch die Kommunikation in der Gesundheitsforschung. Zu Beginn des KI-Zeitalters sollten Forschende alte Fehler vermeiden.*

Mit der massenhaften Verbreitung des Internets ab Mitte der neunziger Jahre des letzten Jahrhunderts veränderte sich die Form der Informationsvermittlung grundlegend. In Deutschland lässt sich dieser Umbruch symbolisch auf den 20. März 1995 datieren: An diesem Tag stellte die taz als erste überregionale Tageszeitung Inhalte online bereit (1). Es folgten bald weitere Medien wie der Spiegel oder große Regionalzeitungen. Die zunächst kostenfrei zugänglichen Inhalte verschoben das ökonomische Fundament des Journalismus. Bis dahin stützten sich Zeitungen auf ein stabiles Dreiersystem aus Abonnements, Einzelverkauf und Werbung. Dieses Modell hatte in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts für eine finanziell robuste und vielfältige Presselandschaft in Deutschland gesorgt (2). In den folgenden Jahren prägten weitere Entwicklungen den Markt: Suchmaschinen wie Google setzten neue Maßstäbe für Reichweite, Suchmaschinenoptimierung wurde für Medienhäuser zur Pflicht (3). Kurz darauf begannen soziale Netzwerke – allen voran Facebook – den Nachrichtenkonsum zu prägen (4). Die Finanzierung der Medienhäuser brach in der digitalen Welt zusammen, Abo-Zahlen fielen und Werbekunden wechselten zu den großen Digitalkonzernen wie Facebook und Google. Heute stehen wir vor der nächsten Disruption, der generativen KI, die den Zugriff auf Informationen erneut verschieben wird. Die Folgen für Öffentlichkeit und Diskurs sind bislang kaum abzuschätzen (5).

Doch wo sich das Geld bewegt, verändern sich auch die Inhalte – das zeigt der Medienwandel der letzten Jahre deutlich. Während Abo-Zeitungen zuvor bemüht waren, ihre Stammleserschaft mit einer fundierten und ausgewogenen Darstellung der Welt zu binden, verschob sich der Fokus im digitalen Umfeld auf maximale Aufmerksamkeit. Das Prinzip, das zuvor vor allem die Bild-Zeitung verfolgte – zuge-

spitzte Schlagzeilen, opportune Themen und starke Emotionen – wurde nun massenhaft übernommen. Sichtbarkeit entwickelte sich zur entscheidenden Währung. Abwiegende Inhalte verloren gegen zuspitzende – eine schlechte Grundlage für wissenschaftliche Diskurse, die eher zur ersten Kategorie zählen.

Die beschriebenen Entwicklungen betreffen auch die Gesundheitsforschung unmittelbar. Lange Zeit genügte es, wenn Forschungsinstitute über etablierte Kontakte zu relevanten Medien verfügten. Über diese Multiplikatoren ließen sich wissenschaftliche Erkenntnisse zuverlässig auch außerhalb der Fachwelt verbreiten. Mit der Fragmentierung der Medienlandschaft mussten sich Institute jedoch neue Kompetenzen aneignen – von der Suchmaschinenoptimierung bis zum professionellen Auftritt in sozialen Medien. Die Grundprinzipien guter Wissenschaftskommunikation bleiben dabei unverändert: Sie ist keine Einbahnstraße, sondern sollte den Austausch in beide Richtungen fördern – sowohl Informationen aus der Forschung in die Gesellschaft tragen als auch Impulse und Fragen aus der Bevölkerung aufnehmen (6). Die digitalen Kommunikationskanäle eröffnen dafür neue Möglichkeiten: Bevölkerungsgruppen, die früher nicht über Printmedien zu erreichen waren, lassen sich etwa über Messenger-Dienste wie WhatsApp ansprechen. In sozialen Netzwerken können öffentliche Debatten angestoßen und direkt begleitet werden.

Mit diesen Chancen gehen jedoch erhebliche Herausforderungen einher. Erstens stellt sich die Ressourcenfrage: Eine einzelne Pressemitteilung in einer großen Regionalzeitung konnte früher mit relativ geringem Aufwand einen erheblichen Teil der Bevölkerung erreichen. Die heutige Vielzahl der Kanäle erfordert mehr Inhalte, differenzierte Formate und kontinuierliche Betreuung. Das bindet Personal- und Zeitressourcen, die an anderer Stelle fehlen (7). Zweitens hat sich der „digitale Marktplatz“ von einem pluralen, weitgehend öffentlich geprägten Raum zu einem von wenigen Konzernen dominierten Umfeld entwickelt. Das

Beispiel X (vormals Twitter) zeigt, wie schnell Einzelpersonen die Kommunikationsbedingungen für Millionen von Menschen verschieben können.

Für die Kommunikation der Gesundheitsforschung ergeben sich daraus zwei strategische Extreme. Der eine Ansatz setzt darauf, dort präsent zu sein, wo die Zielgruppen aktuell aktiv sind. Das maximiert die Reichweite, macht jedoch abhängig von den Geschäftsmodellen und Regeln der Plattformbetreiber. Der andere Ansatz verzichtet weitgehend auf diese Kanäle und baut stattdessen auf eigene, unabhängige Infrastrukturen: gut gepflegte Websites, eigene Newsletter, direkte Messenger-Kanäle, lokal gehostete Videos und Fotos oder analoge Veranstaltungen. Dies sichert Unabhängigkeit, reduziert aber oft die Reichweite – insbesondere in Bevölkerungsgruppen, die besonders auf verständliche und zugängliche Gesundheitsinformationen angewiesen sind.

Beide Wege stoßen auf Grenzen. Angesichts des rasanten Wandels in den Kommunikationsstrukturen ist es für die Public-Health-Forschung jedoch unvermeidlich, sich damit strategisch auseinanderzusetzen und eine klare Haltung zu entwickeln. Die aufkommenden Möglichkeiten und Risiken der generativen KI verschärfen diese Debatte zusätzlich.

Schon jetzt sind Soziale Netzwerke voll von KI-generierten Inhalten, die gerade auch im Kontext Gesundheit frei erfundene Versprechungen machen. Reale und ausgewogene Informationen haben nach der Logik der Netzwerke wenig Chance, vergleichbare Reichweiten zu erzielen.

Welche Rolle KI künftig in der Gesundheitskommunikation spielen wird, ist noch offen, zu rasant entwickelt sich das Themenfeld aktuell. Sicher ist nur, dass sie die Spielregeln erneut verändern wird. Die Spielbretter gestalten wieder hauptsächlich wenige US-Unternehmen. Die Gesundheitswissenschaft sollte sich jetzt auf diese neue Realität einstellen und eine klare Haltung entwickeln, wie sie im KI-Zeitalter über ihre Forschung kommunizieren will.

—  
**Rasmus Cloes, M.Sc.**

Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie – BIPS  
Leitung Transfer und Kommunikation – Pressesprecher  
cloes@leibniz-bips.de  
www.leibniz-bips.de

Literatur unter: [www.uni-bremen.de/institut-fuer-public-health-und-pflegeforschung/ippinfo](http://www.uni-bremen.de/institut-fuer-public-health-und-pflegeforschung/ippinfo)

## Schnell ausgedacht? Storytelling in der Wissenschaftskommunikation im Bereich Public Health und Pflege

Als Wissenschaftler\*innen sind wir darin geübt, komplexe Zusammenhänge zu analysieren. Weniger diskutiert wird, wie sich diese Komplexität so kommunizieren lässt, dass sie verständlich, relevant und anschlussfähig wird. Dabei ist genau das entscheidend für den gesellschaftlichen Impact; insbesondere in Public Health, wo evidenzbasierte Erkenntnisse oft politisches oder individuelles Handeln anstoßen (oder verhindern) können. Public Health-Kommunikation bewegt sich in gesellschaftlichen Konfliktfeldern wie Ungleichheit, die oft emotional aufgeladen oder politisch umkämpft sind. Zudem sind im Multi-Level-Governance System internationale Organisationen, nationale Behörden, Fachöffentlichkeit und breitere Zielgruppen inkl. Medien gleichzeitig Adressat\*innen. Online-Kommunikationskanäle, neue digitale Formate und Erwartungen an Transparenz, Schnelligkeit und Dialogfähigkeit verschärfen die Anforderungen. Das betrifft nicht nur geplante Kommunikation wissenschaftlicher Ergebnisse, sondern auch Krisenkommunikation – etwa bei Epidemien oder Umweltkatastrophen. In solchen Fällen steht neben der Wissensvermittlung auch das Vertrauen in die Wissenschaft auf dem Spiel.

### Storytelling

Storytelling bezeichnet die Übersetzung von Forschung in nachvollziehbare, häufig personenbezogene Erzählformen. Durch narrative Elemente wie exemplarische Fälle oder die Kombination aus quantitativen und qualitativen Elementen in visualisierten Storylines wird wissenschaftliche Evidenz

greifbarer. Während Storytelling oft diskutiert wird, bleibt der Ansatz selten systematisch reflektiert. In der Wissenschaft erfüllt Storytelling mehrere Funktionen: als Kommunikationsmittel, das Forschungsergebnisse greifbarer für ein breiteres Publikum macht, als didaktische Strategie, die abstrakte Konzepte mit realen Situationen verknüpft [1] und als Forschungsansatz qualitativer Methoden wie Ethnografie oder Narrative Inquiry, bei denen Geschichten als Daten betrachtet werden, die aufzeigen, wie Individuen und Gemeinschaften ihre Welt interpretieren und gestalten [2].

### Beispiele für Storytelling – eine kleine Auswahl

Konkrete Beispiele kreativer Forschungsmethoden sind z. B. Dr. Hannah Strohmeyers Filmprojekt „Colour“ ([www.colour-mentalhealth.com/](http://www.colour-mentalhealth.com/)) zu Rassismus in humanitären Organisationen oder Dr. Warittha Tieosapjaroenes Hörspiel-Intervention zur Erhöhung der Akzeptanz von HIV-Prophylaxe in asiatischen queeren Communities in Australien [7]. Beispiele für die Kombination von quantitativen und qualitativen Elementen finden sich bspw. in sogenannten Storymaps.

### Ansätze zur kritischen Reflexion

Doch kann Storytelling neutral sein? Die Auswahl und Dramatisierung von Einzelfällen können mobilisieren, aber auch zu einer verzerrten Wahrnehmung von Evidenz führen, indem sie Unsicherheiten oder Kontexte ausblenden. Wer erzählt wessen Geschichte – und mit welchem Ziel? Diese kritische Reflexion ist zentral, gerade angesichts der

beschleunigten Online-Kommunikation. Die Verbindung von narrativen Mitteln mit wissenschaftlicher Präzision erfordert Kompetenzen, die weit über die klassische Fachausbildung hinausgehen: Wissen über Medienlogiken, Zielgruppenkommunikation, Risikoperzeption und interkulturelle Verständlichkeit. Es geht also nicht darum, *Stories* zu vermeiden, sondern darum, Verantwortung für sie zu übernehmen.

In Public Health begegnet uns Storytelling gleichzeitig als Methode der Datenerhebung, Analyseperspektive und Kommunikationsstrategie. Narrative Inquiry untersucht, wie Individuen Erfahrungen zu Geschichten strukturieren und dadurch kulturelle Normen, Identitäten und Bewältigungsmechanismen sichtbar machen [2]. Digital Storytelling kombiniert Audio, Bilder und Text zu kurzen Narrativen, die marginalisierten Stimmen Gehör verschaffen und Gesundheitsbildung fördern [3,4]. Partizipatives Storytelling als Teil partizipativer Forschung ermöglicht kollektives Eigentum sowohl am Prozess als auch an den Ergebnissen und fördert so Empowerment und Wissensproduktion [5].

Gerade weil uns Storytelling in so vielen Kontexten begegnet, können wir diese Begegnungen als Anlass zur kritischen Reflexion nutzen: Die Sicherung wissenschaftlicher Strenge erfordert Reflexivität der Forschenden über ihren Einfluss auf den Prozess, Triangulation (Abgleich von Narrativen mit anderen Datenquellen) sowie besondere ethische Aufmerksamkeit – insbesondere hinsichtlich Einwilligung und mögliche emotionale Auswirkungen auf die Teilnehmenden [6].

#### *Schlussfolgerungen für die Praxis*

Im Rahmen des Jahrestreffens der German Alliance for Global Health Research (GLOHRA) organisierten die Autorinnen einen Runden Tisch zu Storytelling. In der Diskussion zeigten sich sowohl Hürden für Forschende als auch Ansatzpunkte für die Weiterentwicklung: Themen waren der Bedarf an interdisziplinärem Austausch über Best Practices, die kritische Reflexion des eigenen Storytellings, die Klärung von Formen partizipativer Wissenschaftskommunikation und nicht zuletzt die Frage, ob Storytelling Aufgabe der Forschenden selbst ist oder besser Expert\*innen überlassen werden sollte. Storytelling in Public Health ist also



© GLOHRA / Ralf Rühmeier

weitaus mehr als ein schmückendes Beiwerk. Es erfordert vielmehr Fähigkeiten, die erlernt werden müssen – Unterstützung durch kommunikationsfachliche Expertise könnte helfen. Ethische Aspekte der Repräsentation (Stichwort „own voices“) müssen reflektiert und partizipative Narrative in den Mittelpunkt gerückt werden.

—  
**Dr. Fabienne Pradella<sup>1</sup>, Prof. Dr. Melanie Böckmann<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg Institute of Global Health / Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Department of Business and Economics

<sup>2</sup>Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung  
Abt. Global Health

pradella@uni-mainz.de

[www.uni-bremen.de/institut-fuer-public-health-und-pflegeforschung/abteilungen-arbeitsgruppen/public-health-forschung/global-health](http://www.uni-bremen.de/institut-fuer-public-health-und-pflegeforschung/abteilungen-arbeitsgruppen/public-health-forschung/global-health)

Literatur unter: [www.uni-bremen.de/institut-fuer-public-health-und-pflegeforschung/ippinfo](http://www.uni-bremen.de/institut-fuer-public-health-und-pflegeforschung/ippinfo)

## Beispiele der Politikberatung im Feld der Glücksspielforschung

Die Forschung im Glücksspielbereich lässt sich am besten als Querschnittsmaterie begreifen, da sie vielfältige Facetten betrifft. Dazu zählen in erster Linie psychologische, soziale, ökonomische, rechtliche, aber auch gesundheitswissenschaftliche und hier insbesondere suchtbetogene Aspekte [1]. Gleichzeitig sind Glücksspiele nicht nur für die Anbieter eine lukrative Einnahmequelle, sondern auch für den Staat: So lagen die Steuereinnahmen aus Glücksspielen im Jahr 2024 bei rund 7 Mrd. Euro und damit mehr als doppelt so hoch wie die Erträge aus alkoholbezogenen Steuern [2]. Es liegt auf der Hand, dass die Glücksspielbranche erheblichen Einfluss auf politische Entscheidungsprozesse mit dem übergeordneten Ziel ausübt, die eigenen (monetären) Interessen durchzuset-

zen bzw. effektive Public Health-Ansätze der Suchtprävention, die in der Regel mit einem Konsumrückgang verbunden sind, zu verhindern [3]. Gleichzeitig macht die Höhe der Steuereinnahmen öffentliche Stellen anfälliger dafür, von der Industrie gelenkt zu werden und einschränkende Maßnahmen der Suchtprävention zu ignorieren. Vor diesem Hintergrund kommen der anbieterunabhängigen Forschung inklusive der darauf fußenden Wissenschaftskommunikation und des Wissenstransfers in die Praxis sowie politischen Beratungstätigkeiten eine zentrale Bedeutung zu.

Per Definition steht Public Health für die Erhaltung, Förderung und Verbesserung der Gesundheit in der gesamten Bevölkerung oder in wohldefinierten Bevölkerungsgruppen

[4]. Wissenschaftliche Befunde mit Public Health-Bezug bilden daher oftmals die Grundlage bzw. das Rationale für politische Vorhaben und Entscheidungen. Da sich Public Health-Forschungen üblicherweise nicht nur auf die Analyse von Gesundheits- und Krankheitsdaten beschränken, sondern darüber hinaus Erkenntnisse an Entscheidungsträger:innen weiterleitet sowie konkrete Handlungsempfehlungen kommuniziert, bewegt sich Public Health zwangsläufig immer auch im politischen Raum [5, 6, 7]. Anspruch ist ein konstruktives, evidenzgestütztes Hineinwirken in Gesellschaft und Politik mit der allgemeinen Absicht, gesundheitliche Chancengleichheit herzustellen. Neben Impulsen für den wissenschaftlichen Diskurs sollen die Forschungsergebnisse unter Berücksichtigung der Limitationen des jeweiligen Forschungsansatzes über die Scientific Community hinaus lebensweltnah genutzt und umgesetzt werden. Diese Transferorientierung gehört quasi zur DNA von Public Health. Ein wichtiges Transferfeld bezieht sich in diesem Zusammenhang auf die fundierte Beratung von Entscheidungsträger:innen in öffentlichen Institutionen [8]. Im engeren Sinn ist damit eine Art unentgeltliche wissenschaftliche Politikberatung gemeint, die in der Praxis diverse Formen annehmen kann. Die folgenden beiden Arbeitsaktivitäten des Autors illustrieren diesen Sachverhalt exemplarisch. Beispiel 1 bezieht sich auf den Fachbeirat Glücksspielsucht [9]. Hierbei handelt es sich um ein siebenköpfiges Gremium, das im Glücksspielstaatsvertrag (GlüStV) gesetzlich verankert wurde und sieben Expert:innen mit unterschiedlicher Fachkunde in der Bekämpfung der Glücksspielsucht vorsieht. Seine Hauptaufgaben beziehen sich zum einen auf die Untersuchung sowie Bewertung ausgewählter neuer Glücksspielangebote und zum anderen auf die Mitwirkung bei der Evaluation des GlüStV, der in Deutschland im Wesentlichen das Online-Glücksspiel ländereinheitlich reguliert [10]. Dabei ist der Fachbeirat im Rahmen der ihm übertragenen Aufgaben nicht weisungsgebunden. Die Amtszeit einzelner Mitglieder beträgt sieben Jahre. Alle Arbeitstätigkeiten werden in Jahresberichten zusammengefasst und veröffentlicht. Im Allgemeinen versteht sich der Fachbeirat Glücksspielsucht als Advokat des Spieler:innenschutzes im Kontext der Regulierung des Glücksspielwesens. Gleichwohl ist sein Handlungsspektrum inhaltlich beschränkt und Gegenstand öffentlicher Diskurse [11].

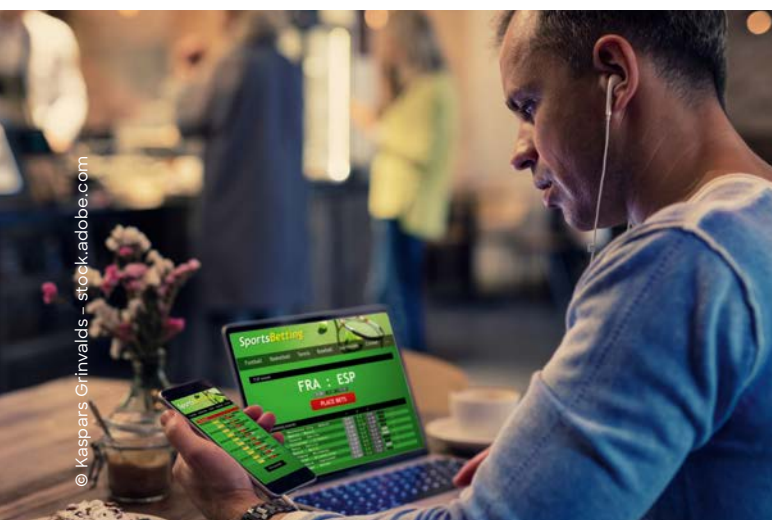
Beispiel 2 lenkt den Fokus auf die Fachstellen Glücksspielsucht im Land Bremen, deren Entstehungsgeschichte ebenfalls eng mit dem GlüStV zusammenhängt. Nach § 11 GlüStV haben die Bundesländer Maßnahmen der Suchtprävention, entsprechende Beratungsangebote sowie die wissenschaftliche Forschung zur Vermeidung und Abwehr von Suchtgefahren sicherzustellen. Um die Ziele des GlüStV zu erreichen, definiert das Bremische Glücksspielgesetz die Sicherstellung der wissenschaftlichen Forschung als öffentliche Aufgabe. Weiterhin soll sich die Freie Hansestadt Bremen an der Finanzierung von Projekten und Beratung zur Vermeidung und Bekämpfung der Glücksspielsucht und zur fachlichen Beratung und Unterstützung der Glücksspielaufsicht beteiligen. Infolgedessen wurden die Fachstellen Glücksspielsucht im Land Bremen geschaffen, die ihrem Selbstverständnis nach als zentrale Bindeglieder zwischen Suchthilfe und Suchtforschung fungieren und sowohl qualifizierte Beratungsangebote für Betroffene wie Angehörige bereithalten als auch diverse Projekte zur Erforschung der Glücksspielsucht mit regionaler Relevanz durchführen [12]. Ein Arbeitsschwerpunkt umfasst die fachliche Beratung und Unterstützung der senatorischen Behörden bei glücksspielrelevanten Sachthemen (z.B. Austausch über verschiedenartige Aspekte der Glücksspielregulation) sowie konkreten glücksspielspezifischen Fragestellungen (z.B. Erörterung von Einzelfragen im Zuge von Gerichtsverfahren) unter Hinzuziehung von aktuellen Forschungserkenntnissen. Finanziell gefördert werden die Fachstellen Glücksspielsucht im Land Bremen durch die Bremer Senatorin für Gesundheit Frauen und Verbraucherschutz. Die Forschungs- und Beratungstätigkeiten waren bereits mehrfach Bestandteil des parlamentarischen Diskurses im Bremer Senat (z.B. [13]).

Diese beiden Beispiele deuten die Möglichkeiten an, Forschungsbefunde aus dem Public Health-Sektor in den politischen Raum einzuspeisen. Im Gegensatz zu den Lobbystrategien der Glücksspielanbieter erfolgt dieses Vorgehen auf gesetzlicher Grundlage, ohne persönliche monetäre Interessen und streng ausgerichtet an Forschungsergebnissen. Ein weiterer wesentlicher Unterschied zum Unternehmens-Lobbyismus besteht in den sehr beschränkten (zeitlichen wie finanziellen) Ressourcen, die für diese Beratungstätigkeiten zur Verfügung stehen. Ohnehin ist abschließend zu betonen, dass es letztendlich immer ein politischer Abwägungs- und Entscheidungsprozess bleibt, welche wissenschaftlichen Erkenntnisse wie in der Praxis umgesetzt werden.

Dr. Tobias Hayer

Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung  
Abt. Gesundheit und Gesellschaft, Leitung der Arbeitseinheit Glücksspielforschung  
tobha@uni-bremen.de  
[www.uni-bremen.de/institut-fuer-public-health-und-pflegeforschung/abteilungen-arbeitsgruppen/public-health-forschung/gesundheits-gesellschaft/arbeitsseinheit-gluecksspielforschung](http://www.uni-bremen.de/institut-fuer-public-health-und-pflegeforschung/abteilungen-arbeitsgruppen/public-health-forschung/gesundheits-gesellschaft/arbeitsseinheit-gluecksspielforschung)

Literatur unter: [www.uni-bremen.de/institut-fuer-public-health-und-pflegeforschung/ippinfo](http://www.uni-bremen.de/institut-fuer-public-health-und-pflegeforschung/ippinfo)



## Aktuelle Projekte

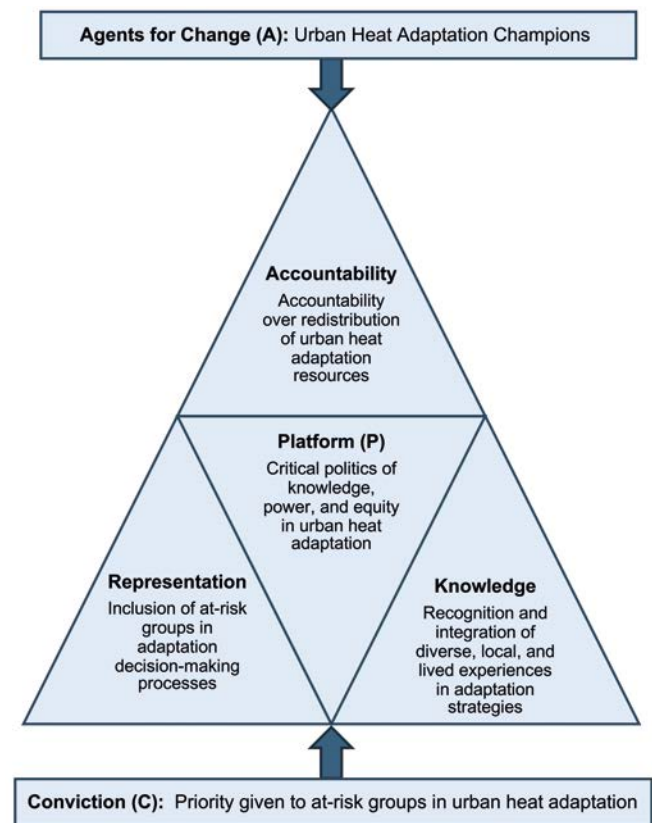
### Assessing heat adaptation in informal settlements in LMIC urban areas using a disaster justice informed theory: a rapid review

Climate change poses critical risks to urban areas due to their dense populations and infrastructures that are sensitive to climatic conditions (1). As cities grow rapidly, their exposure to climate and disaster risks increases, highlighting their critical role in climate change adaptation (2). Urban heat disproportionately impacts informal settlements in low- and middle-income countries (LMICs). These communities often lack essential infrastructure, adequate housing, and green spaces, further increasing their vulnerability during extreme heat events (3). Despite their heightened risk, the voices and needs of at-risk populations are frequently excluded from urban heat adaptation strategies. The drive for quick solutions often overshadows the principles of distributive, procedural, and recognition justice, resulting in inequitable outcomes. This exclusion of vulnerable groups often reflects systemic inequities, as environmental and economic goals are prioritized over addressing social vulnerabilities (4). The planned rapid review investigates the current state of knowledge about ethical considerations regarding the participation of at-risk groups in urban heat adaptation in LMIC, with a particular focus on informal settlements.

We conducted a rapid review to synthesize evidence from peer-reviewed studies on urban heat adaptation in LMICs. Cochrane rapid review guidelines are followed, with searches performed in Web of Science, PubMed, and SCOPUS. Studies are included if they address urban resilience strategies for heat adaptation in LMICs and are published in English between January 1, 2000, and the search date. Non-peer-reviewed and non-English articles are excluded. Thematic analysis guided by a disaster justice theory framework is then applied to identify key findings related to ethical considerations and the inclusion of vulnerable groups in adaptation planning.

For the purposes of this review, the PAC (Platform–Agent–Conviction) framework, as outlined in the context of disaster justice in Nepal's earthquake recovery (5) provides a structured approach to assess and address justice-related issues by focusing on three domains: accountability, representation, and recognition of diverse knowledge systems (Figure 1). In addition, the PAC framework emphasizes the need for specific structures, actors, and values that can actively challenge power imbalances and drive transformative change in disaster governance. Platform refers to inclusive spaces where diverse forms of knowledge such as scientific, local, and indigenous are acknowledged and integrated. Agents are individuals or groups who work to promote justice by navigating power dynamics and advocating for marginalized voices. Whereas conviction is their commitment to prioritizing the needs of the most disadvantaged. Essentially, the PAC framework is a practical and analytical tool used to address injustices that often arise during disaster

recovery, with a particular focus on the three interconnected domains of accountability, representation, and recognition of diverse knowledge systems. Each domain reflects the three PAC elements. For example, accountability may require platforms that ensure transparency, agents who demand answers, and a conviction to hold power to account. By approaching these domains holistically, the PAC framework helps identify where structures, actors, and values can align to challenge injustice and support more just outcomes in disaster recovery.



© Lira Ramadani

Figure 1. Conceptual Framework to Analyze Ethical Considerations in Urban Heat Adaptation adapted from Shrestha et al. 2019 (p.208)

The included studies indicate a limited or entirely absent equitable distribution of resources for climate change adaptation in informal settlements. Shortcomings in climate adaptation efforts are evident in the deficiency of long-term planning, limited official interventions and a prevalent lack of accountability mechanisms in governance (6–8). Only one study reports a collaborative effort between community leaders and legal advocates aimed at contesting policy decisions (9). Moreover, the reviewed studies highlight the limited inclusion of marginalized groups, especially women, in climate adaptation decision-making, despite recognition of

their heightened vulnerability (8,10,11). Several studies identify challenges in participatory processes and emphasize the need for local inclusion and transparent governance (6,12,13). Our findings show that local and culturally rooted knowledge is often present and relied upon by residents in informal settlements (14). In formal adaptation planning this knowledge is still rarely recognized. A couple of studies underline the exclusion of marginalized perspectives and the lack of community-derived strategies in decision-making spaces (6,9). Additionally, several studies highlight the lack of shared spaces for meaningful collaboration among diverse stakeholders, including informal settlers, while emphasizing the importance of establishing platforms that enable dialogue, knowledge exchange, and collaborative decision-making (6,11,14). Among the reviewed studies, only one reports on a successfully implemented platform mechanism in practice (9). The reviewed studies highlight the role of diverse actors as agents of change in promoting the inclusion of marginalized groups and ensuring fair access to heat adaptation resources. Recommendations include recognizing women's roles in adaptation (8), fostering collaboration among stakeholders (11), and empowering local residents with technical knowledge (15). Finally, the included studies support a paradigm shift in climate adaptation towards prioritizing the most vulnerable, especially residents of informal settlements (8,11).

These communities are consistently identified as being disproportionately affected by extreme heat and as having limited adaptive capacity (9,10,13,14).

This research is part of the WHO Climate Change, Health, and Ethics Initiative, supported by Wellcome Trust Grant 306679/Z/23/Z. It represents a collaborative effort between the Global South and Global North and is co-led by Prof. Rumana Huque from the University of Dhaka and ARK Foundation, Bangladesh, and Prof. Melanie Boeckmann from IPP. The one-year project officially commenced in November 2024.

More information is available on the OSF registration: <https://osf.io/shke2>

—  
**Lira Ramadani, Katharina Förster, Juliana Lenz,  
Prof. Dr. Melanie Böckmann**

Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung  
Abt. Global Health

[melanie.boeckmann@uni-bremen.de](mailto:melanie.boeckmann@uni-bremen.de)

[www.uni-bremen.de/institut-fuer-public-health-und-pflegeforschung/abteilungen-arbeitsgruppen/public-health-forschung/global-health](http://www.uni-bremen.de/institut-fuer-public-health-und-pflegeforschung/abteilungen-arbeitsgruppen/public-health-forschung/global-health)

Literatur unter: [www.uni-bremen.de/institut-fuer-public-health-und-pflegeforschung/ippinfo](http://www.uni-bremen.de/institut-fuer-public-health-und-pflegeforschung/ippinfo)

## Partner\*innen von Personen mit einer Glücksspielstörung:

### Welche Ressourcen und Hürden sind im Zuge des Genesungsprozesses von Bedeutung?

Genesung (Recovery) stellt ein zentrales Konzept in der Fachliteratur dar, was inzwischen auch auf das spezifische Themengebiet der Glücksspielsucht zutrifft. Grundsätzlich ist mit Genesung der Übergang von Krankheit zur Gesundheit gemeint. Etwas konkreter bezieht sich dieser Begriff auf den Prozess der Veränderung, durch den die Krankheitssymptome – in Verbindung mit persönlichem Wachstum und sozialen Faktoren – abnehmen oder in Gänze verschwinden. In den letzten Jahren hat sich im Glücksspielbereich zunehmend die Erkenntnis durchgesetzt, dass nicht nur die Glücksspielenden selbst vom Krankheitsgeschehen betroffen sind, sondern unmittelbar auch ihre sozialen Netzwerke und hier vor allem nahe Vertraute wie die Lebenspartner\*innen. Auf der einen Seite können die Partner\*innen von Personen mit einer Glücksspielstörung als Ressource im Genesungsprozess fungieren. Auf der anderen Seite erleben sie eigenständige Belastungen massiver Ausprägung und leiden dementsprechend psychosozial wie finanziell mitunter erheblich unter den Folgen der Erkrankung ihrer Partner\*innen.

Während sich bislang eine Vielzahl an wissenschaftlichen Untersuchungen mit der Art und Weise befasst hat, wie Personen mit einer Glücksspielstörung den Genesungsprozess anstoßen und versuchen, ihn aufrechtzuerhalten, rückt dieses Forschungsprojekt die Lebenspartner\*innen in den Fokus. So soll in verschiedenen Kulturkreisen grundsätzlich hinterfragt werden, welche Ressourcen Personen im Zusammenleben mit ihren Partner\*innen und deren Glücksspielstörung her-

anziehen bzw. auf welche Herausforderungen und Grenzen sie dabei stoßen. Als theoretischer Überbau dient das Konzept des sogenannten „Genesungskapitals“ (Recovery Capital [RC]), das alle externen und internen Ressourcen meint, auf die Personen im Zuge des Genesungsprozesses zurückgreifen (= positives RC). Negatives Genesungskapital hingegen bezieht sich auf alle externen und internen Hindernisse, die während des Genesungsprozesses auftreten können.

Aufgrund der Neuartigkeit des Forschungsgegenstandes kommt eine rein deskriptive qualitative Forschungsmethodik zum Einsatz. Übergeordnetes Ziel ist es, mit Hilfe von leitfadengestützten Interviews möglichst umfassende Aussagen zu folgenden vier Themenkomplexen zu treffen: Identifikation und Konzeptualisierung (a) der internen und externen positiven Ressourcen, die Partner\*innen nutzen, um Personen mit einer Glücksspielstörung bei der Genesung zu unterstützen; (b) der Barrieren, die sie daran hindern; (c) der internen und externen positiven Elemente, die die Partner\*innen für sich selbst benötigen, um ihre eigene Lebensqualität zu verbessern; sowie (d) der Barrieren, auf die sie im Zuge dieses Prozesses stoßen. Als Forschungsergebnis sollen zwei ganzheitliche Modelle von RC-Komponenten vorgelegt werden. Das erste Modell inkludiert die positiven und negativen RC-Komponenten, die von den Partner\*innen zur Unterstützung von Personen mit Glücksspielstörung angewendet werden (Modell 1: „anderen Personen helfen“). Das zweite Modell bildet RC-Komponenten ab, die sich auf die Partner\*innen

selbst beziehen (Modell 2: „sich selbst helfen“). Zur Stichprobe zählen bis zu 150 männliche und weibliche Lebenspartner von Personen, bei denen eine Glücksspielstörung bezogen auf die gesamte Lebensspanne festgestellt wurde und die sich mit bzw. ohne professionelle Intervention von dieser Erkrankung erholen konnten.

Das auf drei Jahre angelegte Forschungsprojekt wird mit Mitteln der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) gefördert und in enger Kooperation mit Prof.in Belle Gavriel-Fried aus Israel (Tel Aviv University) durchgeführt. Um die Ziele einer umfassenden Modellierung des RC von Partner\*innen von Personen mit einer Glücksspielstörung zu erreichen, bietet es sich an, die Datenerhebung in zwei Ländern – Israel und Deutschland – durchzuführen, da sie sich sowohl soziokulturell als auch in Bezug auf die vorhandenen Glücksspielangebote unterscheiden. Gleichzeitig ermöglicht dieses Vorge-

hen eine zusätzliche Durchführung von kulturübergreifenden Vergleichsanalysen. Zusammengenommen dürften die aus diesem Forschungsprojekt generierten Erkenntnisse das Verständnis von denjenigen Wirkmechanismen verbessern, die aus der Angehörigen-Perspektive die Genesung von psychischen Störungen im Allgemeinen sowie von Glücksspielstörungen im Besonderen fördern bzw. behindern.

—  
**Dr. Tobias Hayer, Tobias Turowski (M. Sc.)**

Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung  
Abt. Gesundheit und Gesellschaft, Leitung der Arbeitseinheit

Glücksspielforschung

tobha@uni-bremen.de

[www.uni-bremen.de/institut-fuer-public-health-und-pflegeforschung/abteilungen-arbeitsgruppen/public-health-forschung/gesundheits-gesellschaft/arbeitseinheit-gluecksspielforschung](http://www.uni-bremen.de/institut-fuer-public-health-und-pflegeforschung/abteilungen-arbeitsgruppen/public-health-forschung/gesundheits-gesellschaft/arbeitseinheit-gluecksspielforschung)

## Das UNICON-Projekt

In dem von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) geförderten UNICON-Projekt untersuchen wir mit Kolleginnen des Lehrstuhls Gesundheitspsychologie an der Universität Mannheim, wie individuelles Ernährungsverhalten mit Umwelt- und psychosozialen Einflussgrößen zusammenhängt und welche Rolle sozioökonomische Faktoren dabei spielen. Um das möglichst realitätsnah zu untersuchen, haben wir eine Ecological Momentary Assessment (EMA)-Studie entwickelt, in der die Teilnehmenden mit ihren Smartphones ihren Alltag protokollieren. Sie werden über 21 Tage hinweg mehrmals täglich gefragt, was sie gegessen und getrunken haben, wie sie sich fühlen, welche mögliche Essensreize (z. B. Lebensmittelwerbung) sie wahrnehmen und welche Einkaufsmöglichkeiten in ihrer unmittelbaren Umgebung verfügbar sind.

Da Umwelteinflüsse im Fokus der Studie stehen, wird auch der Standort der Teilnehmenden erfasst. Damit kann untersucht werden, inwiefern die räumliche Nähe zu Lebensmittelgeschäften mit dem Essverhalten und den sozioökono-

mischen Merkmalen der Teilnehmenden zusammenhängt. Das Ziel ist es, Gruppen zu identifizieren, die besonders von ungesunder Ernährung betroffen sind, und aufzuzeigen, wie die Ernährungsumgebung durch sozioökonomische Faktoren mitbestimmt wird und das Ernährungsverhalten beeinflusst. Ein detailliertes Verständnis der individuellen und strukturellen Barrieren einer gesunden Ernährung ist notwendig, um ernährungsbezogene Ungleichheiten abzubauen und eine gesunde Ernährung für alle Menschen, unabhängig vom sozioökonomischen Status, zugänglicher und leichter verfügbar zu machen.

—  
**Prof. Dr. Benjamin Schüz, Dr. Núria Pedrós Barnils, Nourat N. Alazza**

Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung  
Abt. Prävention und Gesundheitsförderung

benjamin.schuez@uni-bremen.de

[www.uni-bremen.de/institut-fuer-public-health-und-pflegeforschung/abteilungen-arbeitsgruppen/public-health-forschung/praevention-und-gesundheitsfoerderung](http://www.uni-bremen.de/institut-fuer-public-health-und-pflegeforschung/abteilungen-arbeitsgruppen/public-health-forschung/praevention-und-gesundheitsfoerderung)

## „Wir brauchen eine Normalisierung des Nichtrauchens“ – Konzeptentwicklung einer neuen Versorgungsform (JOKER)

Im Jahr 2023 rauchten etwa 36 % der erwachsenen Bevölkerung [1] in Deutschland, eine Zunahme um etwa 7 Prozentpunkte seit 2020 [2]. Im Zeitraum 2016-2019 unternahmen jedes Jahr etwa 20 % der Rauchenden einen Rauchstoppversuch [3]. Das zeigt den Bedarf an besserer Unterstützung für Rauchende beim Aufhören. Im Rahmen einer Förderung für die Konzeptentwicklungsphase hat ein Konsortium aus dem IPP, dem Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie – BIPS, DKFZ Heidelberg und der TU München beim Gemeinsamen Bundesausschuss die Förderung des Projekts *Jeder Kontakt zählt – Tabakentwöhnung effek-*

*tiv vermitteln* (JOKER) beantragt.

Während der Konzeptentwicklungsphase wurden Interviews mit Ärzt:innen unterschiedlicher Fachrichtungen, einer Zahnärztin, einer Hebamme sowie einer Apothekerin geführt. Die Ergebnisse zeigen, dass viele Rauchende aufgrund der Sorge vor einer Verschlechterung des Arzt-Patienten-Verhältnisses nicht oder nur selten auf Rauchentwöhnung angesprochen werden und dass die geringen Erfolgsquoten als frustrierend erlebt werden. Den Teilnehmer:innen fehlen Informationen zu bestehenden Kursen

und Angeboten zur Raucherentwöhnung der Kassen, in die sie interessierte Raucher:innen vermitteln könnten. Ärzt:innen berichten zudem von fehlender Erfahrung oder Kenntnis von Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGAs) zur Unterstützung der Raucherentwöhnung. Diese Erkenntnisse sind in einen Vollertrag beim G-BA eingeflossen, der eine neue, regional vernetzte Informations- und Versorgungsstruktur in der Modellregion Bremen/Nordwest etablieren und evaluieren soll.

Jonathan Kolschen, M.Sc., Nourat Noemi Alazza, M.Sc.,

Prof. Dr. Benjamin Schüz

Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung

Abt. Prävention und Gesundheitsförderung

benjamin.schuez@uni-bremen.de

[www.uni-bremen.de/institut-fuer-public-health-und-pflegeforschung/abteilungen-arbeitsgruppen/public-health-forschung/praevention-und-gesundheitsfoerderung](http://www.uni-bremen.de/institut-fuer-public-health-und-pflegeforschung/abteilungen-arbeitsgruppen/public-health-forschung/praevention-und-gesundheitsfoerderung)

Literatur unter: [www.uni-bremen.de/institut-fuer-public-health-und-pflegeforschung/ippinfo](http://www.uni-bremen.de/institut-fuer-public-health-und-pflegeforschung/ippinfo)

## ExperimentierRäume für eine gerechte Stadtentwicklung in der InnovationsCommunity Urban Health – Innovative Ansätze zur Förderung von Umweltgerechtigkeit und gesundheitlicher Chancengerechtigkeit in Bremen/Bremerhaven und dem Ruhrgebiet

Städte stehen angesichts der immer rascher fortschreitenden Klimakrise, wachsender sozialer Ungleichheiten und vielfältiger gesundheitlicher Herausforderungen unter enormem Veränderungsdruck. Besonders in benachteiligten Stadtteilen sind die Menschen überdurchschnittlich stark von Hitze, Luftverschmutzung oder mangelnder Bewegungsinfrastruktur betroffen. Gleichzeitig weisen Maßnahmen für eine gesunde und klimaresiliente Stadtentwicklung häufig Defizite in der Umsetzung auf.

Seit Anfang 2025 wird die InnovationsCommunity Urban Health (ICUH) vom Bundesministerium für Forschung, Technologie und Raumfahrt im Rahmen der Fördermaßnahme DATipilot für vier Jahre gefördert. Das Communityprojekt *ExperimentierRäume* der InnovationsCommunity Urban Health erprobt gemeinsam mit lokalen Akteur:innen innovative Methoden in Stadtgebieten, die von sozialen Ungleichheiten und umweltbezogener Ungerechtigkeit geprägt sind, mit dem übergreifenden Ziel, eine sozial-ökologische Transformation für alle zu erreichen. Hierbei geht es insbesondere um die Identifikation von Umsetzungsdefiziten bei Maßnahmen im Bereich der Klimaanpassung und der Förderung aktiver Mobilität und um die Entwicklung von Ansätzen, diese Umsetzungsdefizite zu überwinden. Ziel des ICUH-Projekts *ExperimentierRäume* ist es, konkrete Änderungen in Förderkulissen, gesetzlichen Rahmenbedingungen und lokalen Arbeitsprozessen zur Förderung von Umweltgerechtigkeit abzuleiten. Dabei steht die transdisziplinäre und partizipative Zusammenarbeit verschiedener Akteur:innen aus Praxis, Wissenschaft und Bevölkerung im Vordergrund.

Bremen und Bremerhaven sind als Experimentierräume besonders interessant, da sie wie auch das Ruhrgebiet ausgeprägte Disparitäten in sozialer, gesundheitlicher und ökologischer Hinsicht aufweisen und zugleich durch aktive Akteursnetzwerke in den Bereichen Public Health, Stadtentwicklung und Umweltpolitik gekennzeichnet sind.

Derzeit werden in einem ersten Schritt innerstädtische Gebiete in Bremen/ Bremerhaven und im Ruhrgebiet ausgewählt.

Hierzu werden die Regionen systematisch analysiert: Die SUHEI-Methode (Spatial Urban Health Equity Indicator) beinhaltet eine Mehrfachbelastungsanalyse, bei der Daten zu unterschiedlichen Umwelt- und Sozialfaktoren räumlich kombiniert werden, um Quartiere mit besonders hoher Umweltbelastung mit einem Fokus auf vulnerable Bevölkerungsgruppen zu identifizieren. Ergänzend dazu bewertet ein Index zur Aktiven Mobilität die Erreichbarkeit und Qualität von Infrastruktur für Fuß- und Radverkehr sowie den Öffentlichen Personennahverkehr (ÖPNV). So können Gebiete erkannt werden, die aus der Perspektive gesundheitlicher Chancengerechtigkeit sowohl in Bezug auf Umweltbelastungen als auch in Bezug auf Mobilitätsbedarfe aufweisen. Akteur:innen aus Politik, Kommunalverwaltung, Quartiersakteur:innen und aus mitwirkenden Verbänden werden frühzeitig eingebunden, um Bedarfe, Umsetzungsbarrieren und vorhandene Ressourcen aus unterschiedlichen Perspektiven zu erfassen. Auf dieser Grundlage werden in den kommenden Monaten konkrete Stadtteile ausgewählt, in denen partizipativ experimentelle Ansätze zur Überwindung von Umsetzungsbarrieren in Prozessen für eine gerechte und gesundheitsfördernde Stadtentwicklung erprobt werden können. Die Auswahl erfolgt entlang definierter Kriterien zu dem Ausmaß der Mehrfachbelastungen, bestehenden planerischen Aktivitäten und dem Potenzial für transdisziplinäre Kooperationen vor Ort.

Die daraus entstehenden Experimentierräume sollen lokale Handlungsspielräume aufzeigen, strukturelle Barrieren sichtbar machen und Impulse für systemische Veränderungen liefern – sowohl auf kommunaler Ebene als



auch in übergeordneten Förder- und Planungskontexten. Nach der Auswahl der Stadtgebiete werden ab Herbst 2025 vertiefende Analysen und partizipative Prozesse begonnen. Dazu gehören zum Beispiel Expert:inneninterviews und Fokusgruppen mit den relevanten lokalen Akteur:innen aus Verwaltung, Zivilgesellschaft, Wissenschaft und Förderinstitutionen sowie im Verlauf des Projekts weitere Workshops. Diese Dialogformate dienen dazu, Hindernisse, Ressourcen und ortsspezifisches Wissen genau zu erfassen sowie gemeinsame Handlungsziele zu entwickeln. Die Erfahrungen und Erkenntnisse aus den Experimentierräumen werden kontinuierlich dokumentiert, evaluiert und in Form von Handlungsempfehlungen für kommunale Entscheidungsträger:innen und Förderinstitutionen aufbereitet. So soll eine nachhaltige Wirkung über die Pilotquartiere hinaus erzielt und erfolgreiche Ansätze zur Umsetzung auf andere Stadtteile und Regionen übertragen werden.

Das Projekt wird von der Abteilung Sozialepidemiologie des Instituts für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen in Kooperation mit der Hochschule für Wirtschaft, Technik, Gesundheit Bochum (Projektkoordination), dem Wuppertal Institut für Klima, Umwelt, Energie gGmbH, der ILS Research gGmbH in Dortmund und den Praxispartnern Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz Nordrhein-Westfalen und Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Bremen e. V. durchgeführt.



—  
**Ellen Senck MA, Prof. Dr. Gabriele Bolte**

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

sencke@uni-bremen.de

[www.uni-bremen.de/institut-fuer-public-health-und-pflegeforschung/abteilungen-arbeitsgruppen/public-health-forschung/sozialepidemiologie](http://www.uni-bremen.de/institut-fuer-public-health-und-pflegeforschung/abteilungen-arbeitsgruppen/public-health-forschung/sozialepidemiologie)

## Die Wohnumgebung und aktive Mobilität älterer Erwachsener – Ergebnisse aus intersektionalitätsinformierten Analysen von Daten aus dem AFOOT-Forschungsprojekt

Körperliche Aktivität ist bedeutend für ein gesundes und aktives Altern. Insbesondere die aktive Mobilität, das heißt das Zufußgehen und Radfahren zu Alltagszielen, stellt hierbei eine einfache Möglichkeit dar, um körperliche Aktivität in das tägliche Leben zu integrieren (Nguyen and Mertens, 2021). Studien konnten die Gestaltung der Wohnumgebung als wichtigen Einflussfaktor identifizieren, der sich darauf auswirkt, ob und in welchem Umfang ältere Menschen aktiv mobil sind (Brüchert et al., 2020; Nguyen and Mertens, 2021). Innerhalb dieser Studien werden ältere Menschen allerdings meistens als homogene Gruppe mit einheitlichen Bedürfnissen behandelt. Diesem Ansatz steht entgegen, dass das Altern ein heterogener Prozess ist. Jede Person altert und bringt ihre individuelle Kombination aus physischen und psychischen Eigenschaften, soziodemographischen Charakteristika und Lebenslagen sowie gesammelten Erfahrungen ein. Als Resultat entsteht eine große Heterogenität innerhalb der Gruppe älterer Erwachsener (Weßel, 2022), die sich auch in Bezug auf Bewegungsmuster, die genutzten Fortbewegungsmethoden und Präferenzen in Bezug auf die Gestaltung der Wohnumgebung zeigt (Oxley and Whelan, 2008). Die Gestaltung von altersgerechten und bewegungsfördernden Wohnumgebungen macht somit zunächst die Identifikation dieser unterschiedlichen Bedarfe erforderlich.

Von 2015 bis 2022 wurde in Zusammenarbeit der Abteilung für Sozialepidemiologie des Instituts für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen und der Fakultät Raumplanung der Technischen Universität Dortmund das Forschungsprojekt *AFOOT – Alternnd zu Fuß oder mit Fahrrad: urban mobil ohne Stress* durchgeführt. Das durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderte Forschungsprojekt hatte zum Ziel strategische Verbindungen zwischen räumlicher Planung und Public Health zu knüpfen, um körperliche Aktivität als eine Form von Alltagsmobilität im Alter zu fördern. Hierbei wurden unter anderem im Rahmen einer Querschnittserhebung ältere Erwachsene aus Klein- und Mittelstädten der Metropolregion Bremen-Oldenburg zum Zufußgehen, Radfahren und zu ihrer Wohnumgebung befragt (Brüchert et al., 2020). Die Daten von 2148 Teilnehmenden – 47 % Frauen und 53 % Männer im Alter von 65 bis 99 Jahren – wurden nun aus einer intersektionalen Perspektive heraus für weitergehende Analysen herangezogen. Ziel der aktuellen Untersuchung war es, in der Gruppe älterer Erwachsener unterschiedliche Subgruppen in Bezug auf die Nutzung verschiedener Transportmöglichkeiten zu identifizieren und im Anschluss für jede dieser Gruppen die Bedarfe an die Gestaltung der Wohnumgebung und Gründe für die Wahl der Fortbewegungsmethode zu ermitteln.

Durch die Verwendung von Entscheidungsbäumen konnten in der statistischen Analyse insgesamt acht unterschiedliche Subgruppen identifiziert werden, die sich deutlich in Bezug auf die Häufigkeit unterscheiden, mit der sie verschiedene Transportmöglichkeiten nutzen. Als wichtige Variablen zur Bildung der Subgruppen zeigten sich hierbei neben der Vielfalt von Alltagszielen in der Wohnumgebung Mobilitätseinschränkungen, der Gesundheitszustand und das Geschlecht der Teilnehmenden. Der Vergleich der Einschätzung der Bedeutung verschiedener Eigenschaften der Wohnumgebung sowie der Gründe, die Teilnehmende in der Wahl ihrer Fortbewegungsmethode beeinflussen, machte Unterschiede zwischen den identifizierten Subgruppen sichtbar. So wiesen Frauen mit Mobilitätseinschränkungen einen großen Bedarf nach Sicherheit in Bezug auf Verkehr, Kriminalität und vor Stürzen auf. Auch bewerteten sowohl Männer als auch Frauen mit Einschränkungen in ihrer Mobilität eine kurze und vorhersehbare Dauer zur Bewältigung der Strecken als wichtig für die Wahl der Fortbewegungsmethode.

Unsere Ergebnisse verdeutlichen die Unterschiede in der Verwendung verschiedener Transportmöglichkeiten und in den Bedarfen hinsichtlich der Wohnumgebung innerhalb der Gruppe älterer Erwachsener. Eine intersektionale Pers-

pektive bietet die Möglichkeit, frühzeitig subgruppenspezifische Anforderungen an die Gestaltung der Wohnumgebung zu ermitteln und eine altersfreundlichere und bewegungsfördernde Stadtplanung zu unterstützen.

Die Ergebnisse der Untersuchungen erscheinen als Beitrag in einer wissenschaftlichen Zeitschrift (Horstmann et al., 2025).

Weitere Informationen zu dem Projekt AFOOT, der Arbeitshilfe und Toolbox „Aktive Mobilität im Alter fördern“ unter [www.uni-bremen.de/afoot](http://www.uni-bremen.de/afoot).

—  
**Sophie Horstmann MSc<sup>1</sup>, Prof. Dr.-Ing. Sabine Baumgart<sup>1,2</sup>, Prof. Dr. Gabriele Bolte<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung  
Abt. Sozialepidemiologie

<sup>2</sup>BPW Stadtplanung, Bremen

[sophie.horstmann@uni-bremen.de](mailto:sophie.horstmann@uni-bremen.de)

[www.uni-bremen.de/institut-fuer-public-health-und-pflegeforschung/abteilungen-arbeitsgruppen/public-health-forschung/sozialepidemiologie](http://www.uni-bremen.de/institut-fuer-public-health-und-pflegeforschung/abteilungen-arbeitsgruppen/public-health-forschung/sozialepidemiologie)

Literatur unter: [www.uni-bremen.de/institut-fuer-public-health-und-pflegeforschung/ippinfo](http://www.uni-bremen.de/institut-fuer-public-health-und-pflegeforschung/ippinfo)

## SalusTransform: Wie kann die Entwicklung einer gesunden Stadt für alle gelingen?



International und national wird die Bedeutung von integrierten Stadtentwicklungsprogrammen für die große Transformation, sozial-ökologische Nachhaltigkeit und gesundheitliche Chancengerechtigkeit zunehmend diskutiert. In Deutschland sind Integrierte Stadtentwicklungskonzepte (ISEK) ein umsetzungsorientiertes Steuerungs- und Koordinierungsinstrument der Stadtentwicklung einer Kommune für städtebaulich, sozial und wirtschaftlich benachteilig-

te städtische Teilräume. Sie werden für ein ausgewähltes Stadtquartier unter Beteiligung verschiedener Ressorts, Sozialraumakteur\*innen und der Öffentlichkeit aufgestellt und sind eine Voraussetzung für eine Förderung durch das im Baugesetzbuch verankerte Programm „Sozialer Zusammenhalt“. Kommunen identifizieren auf der Grundlage von vorbereitenden Analysen zunächst Teilräume, die städtebaulich, wirtschaftlich und sozial benachteiligt sind, und leiten daraus thematische Schwerpunkte ab. Für die ausgewählten Teilräume werden weitergehende vorbereitende Analysen zu den identifizierten thematischen Schwerpunkten durchgeführt. ISEK umfassen eine Vielzahl von Maßnahmen, die die Wohngebäudequalität, Mobilitätsoptionen oder öffentliche Grün- und Freiräume sowie soziale und gesundheitliche Versorgungsstrukturen verbessern. Auch die Entwicklung neuer Ideen für die Nutzung leerstehender Ladenlokale oder für die Verbesserung des Stadtteilimages können zu den Maßnahmen zählen.

Entsprechend der Wirksamkeitshierarchie von Public-Health-Interventionen sind Maßnahmen eines ISEK als sogenannte upstream-Interventionen, die an den Grundursachen ansetzen, mit einem hohen Wirksamkeitspotenzial auf Bevölkerungsebene einzuordnen. Aus einer Public-Health-Perspektive adressieren ISEK die sozialen Determinanten von Gesundheit auf verschiedenen Ebenen der gebauten, physisch-ökologischen und sozialen Umwelt. Bisher sind vor allem die Verfahren zur Entwicklung und die Um-



setzung von Integrierten Stadtentwicklungskonzepten evaluiert worden.

Hier setzt das neue Verbundprojekt SalusTransform an, das seit Februar 2025 vom Bundesministerium für Forschung, Technologie und Raumfahrt (BMFTR) gefördert und von der Abteilung Sozialepidemiologie des Instituts für Public Health und Pflegeforschung (IPP) geleitet wird. Kooperationspartner sind die AG Epidemiologie des demographischen Wandels des IPP, die Hochschule für Technik, Wirtschaft und Gesundheit Bochum und das Wuppertal Institut für Klima, Umwelt, Energie gGmbH.

Das Ziel von SalusTransform ist, erstmals in Deutschland Integrierte Stadtentwicklungskonzepte auf ihre Wirksamkeit hinsichtlich der Verbesserung der Gesundheit, der Verringerung sozialer Ungleichheiten und der Erhöhung ökologischer Nachhaltigkeit und Umweltgerechtigkeit im Stadtgebiet zu evaluieren. Die Evaluation der ISEK erfolgt im quasiexperimentellen Design einer kontrollierten, nicht-randomisierten Interventionsstudie. Hierfür wird in den drei Städten Bremen, Bochum und Wuppertal jeweils ein Stadtgebiet, in dem ein ISEK umgesetzt wird (bzw. wurde), mit einem Stadtgebiet ähnlicher Sozialstruktur und ohne entsprechendes Konzept verglichen. Aufgrund der mehrjährigen Entwicklungs- und Implementationsphase wurden drei ISEK-Gebiete ausgewählt, die sich hinsichtlich des Stadiums der ISEK-Umsetzung unterscheiden. In der Gesamtbetrachtung bieten die verschiedenen Stadien der ISEK-Umsetzung in den drei Städten die Möglichkeit, mehrjährige Interventionen in einer verhältnismäßig kurzen Projektlaufzeit hinsichtlich ihrer Wirksamkeit zu evaluieren.

Gemeinsam mit den Akteur\*innen aus der kommunalen Verwaltung und aus den Stadtquartieren wird zum einen analysiert, wie die ISEK inhaltlich ausgestaltet und die einzelnen Maßnahmen umgesetzt worden sind. Zum anderen wird untersucht, inwiefern ISEK dazu beitragen können, gesundheitsförderliche und nachhaltige Lebensbedingun-

gen für alle Menschen im Stadtquartier zu etablieren. Mit einem Mixed-Methods-Ansatz werden bereits vorhandene kommunale Sozial-, Umwelt- und Gesundheitsdaten sowie im Projekt neu erhobene Daten genutzt. Zum Einsatz kommen u.a. wiederholte Querschnittstudien, qualitative Expert\*inneninterviews, Fokusgruppen mit Bewohner\*innen, Feinstaubmessungen und Stadtteilbegehungen zur Beurteilung der Verkehrsinfrastruktur und Qualität von Grünflächen. In der Prozessevaluation werden Parameter wie z.B. die Inanspruchnahme von ISEK-Maßnahmen, das Ausmaß der Umsetzung geplanter Maßnahmen und die Bewertung der ISEK-Umsetzung durch Bewohner\*innen und Akteur\*innen betrachtet. In die Ergebnisevaluation gehen Informationen z.B. zur Gesundheit der Bewohner\*innen, zu ihrer sozialen Lage, aktiven Mobilität und subjektiven Einschätzung der Wohnumwelt sowie Sekundärdaten zu Gesundheit, Umwelt und Sozialstruktur ein. Die Analysen erfolgen gemäß der Datenstruktur, u.a. mit einem difference-in-differences-Ansatz, bei dem Veränderungen in den Zielgrößen über die Zeit zwischen einer Interventionsregion (Stadtgebiet mit ISEK) und einer Vergleichsregion (Stadtgebiet ohne ISEK) analysiert werden.

Das Projektteam wird gemeinsam mit zivilgesellschaftlichen Akteur\*innen und städtischen Vertreter\*innen die Evaluationsergebnisse bewerten und Optionen für eine Verstärkung der Evaluation hinsichtlich längerfristiger ISEK-Effekte in den drei Städten ausloten. Elemente der Evaluationsmethodik für ISEK sollen auf andere Kommunen übertragbar sein, um zu evidenzbasiertem Handeln im Rahmen einer Health-Equity-in-All-Policies-Strategie beizutragen.

—  
**Dr. Justus Tönnies, Ellen Senck MA, Prof. Dr. Gabriele Bolte**  
 Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung  
 Abt. Sozialepidemiologie  
[www.uni-bremen.de//salustransform](http://www.uni-bremen.de//salustransform) | [salustransform@uni-bremen.de](mailto:salustransform@uni-bremen.de)

## Peer-gestützte Krisenintervention zur Vermeidung von Zwangseinweisungen („PeerIntervent“)

Menschen in akuten psychischen Krisen können unter bestimmten Umständen zwangsweise in eine psychiatrische Klinik eingewiesen werden. Solche Zwangseinweisungen bedeuten einen schwerwiegenden Eingriff in die Grundrechte und werden von Betroffenen häufig als diskriminierend, stigmatisierend und traumatisierend erlebt [1]. Daher sollten Zwangseinweisungen nur im äußersten Notfall und nach Ausschöpfung aller anderen Möglichkeiten zur Gefahrenabwehr erfolgen [2]. Die Anzahl an Zwangseinweisungen in Deutschland und anderen europäischen Ländern zeigt eine steigende Tendenz [3]. Auch in Bremen ist die Zahl über die letzten 15 Jahre um über 60 % gestiegen (878 im Jahr 2009; 1.413 im Jahr 2024) [4].

In Bremen ist u. a. der Sozialpsychiatrische Dienst (SpsD) als

Teil des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) für akute, psychiatrische Krisen zuständig. Die Kontaktaufnahme mit dem SpsD erfolgt telefonisch, z. B. durch Polizei, Einrichtungen, Angehörige oder Betroffene selbst. Wird eine telefonische Klärung nicht als ausreichend eingeschätzt, erfolgen aufsuchende Einsätze oder eine kurzfristige Einladung zu einem Krisengespräch in die Beratungsstelle.

Vor diesem Hintergrund wurde das vom Bundesministerium für Gesundheit geförderte Projekt „PeerIntervent“ unter Leitung von Prof. Dr. Ansgar Gerhardus initiiert (Laufzeit: September 2021 bis August 2024). Ziel war es, den Anteil an Zwangseinweisungen bei Menschen in akuten psychischen Krisen in Bremen zu senken. Dafür wurden Genesungsbe-



gleitende in die Krisenversorgung des SpsD eingebunden. Genesungsbegleitende sind Menschen mit eigener Erfahrung psychischer Krisen, die auf dieser Grundlage andere Betroffene unterstützen. Genesungsbegleitung kann durch geteilte Erfahrung Vertrauen stärken, Hoffnung vermitteln und individuelle Ressourcen von Betroffenen stärken [5;6]. Außerdem kann sie dazu beitragen Zwangsmaßnahmen und Stigmatisierung zu verringern [7 – 10].

„PeerIntervent“ folgte einem Mixed-Methods-Ansatz. Die Veränderungen bei den Zwangseinweisungen wurde im Rahmen einer explorativen, cluster-randomisierten Studie untersucht, in der über den Zeitraum eines Jahres in zwei von fünf Teams des SpSD Genesungsbegleitende implementiert wurden. Zusätzlich erhielten Polizist:innen Schulungen zum Umgang mit Menschen in psychischen Krisen. Zur qualitativen Prozessevaluation wurden qualitative Interviews, Fokusgruppen und eine standardisierte Fragebogenerhebung durchgeführt.

Die zentralen Forschungsfragen waren:

1. Reduziert der Einsatz von Genesungsbegleitenden in Akutsituationen im Rahmen des Bremer SpsD Zwangseinweisungen?
2. Wie nehmen Menschen mit psychischen Erkrankungen in Krisensituationen die Arbeit des SpsD wahr?
3. Wie nehmen Genesungsbegleitende ihre eigene Rolle in Kriseninterventionen wahr?
4. Wie wird der Einsatz von Genesungsbegleitenden im Rahmen akuter Kriseneinsätze des SpsD von Mitarbeitenden des SpsD und der Polizei wahrgenommen?
5. Wie wird die Zusammenarbeit zwischen öffentlichem Gesundheitsdienst (ÖGD), Wissenschaft und Praxis erlebt?

Die Ergebnisse der cluster-randomisierten Studie zeigen insgesamt einen Rückgang der Zwangseinweisungen in beiden Untersuchungsregionen – in den Interventionsregionen mit Genesungsbegleitung war der Rückgang etwas stärker. Betrachtet man jedoch nur die Einsätze, an denen

Genesungsbegleitende aktiv beteiligt waren, lag der Anteil der Zwangseinweisungen leicht über dem der Einsätze ohne Genesungsbegleitung. Für verlässliche Aussagen sind die Zahlen in dieser explorativen Studie allerdings zu klein.

Insgesamt wurden 27 Einzelinterviews mit Betroffenen von psychiatrischen Kriseneinsätzen, zwei Fokusgruppen mit Mitarbeitenden des SpsD sowie Einzelinterviews mit den eingesetzten Genesungsbegleitenden geführt. Zusätzlich wurden Polizist:innen mittels Interviews und Fragebogen befragt. Die Zusammenarbeit zwischen ÖGD, Wissenschaft und Praxis wurden zum Projektabschluss in einer gemeinsamen Fokusgruppe reflektiert.

In den qualitativen Interviews wurde deutlich, dass die Arbeit der Genesungsbegleitenden von vielen Betroffenen als hilfreich erlebt wurde. Gleichzeitig gab es Unsicherheiten bezüglich ihrer Rolle und Qualifikation. Auch die Genesungsbegleitenden selbst berichteten von Herausforderungen, insbesondere beim Verständnis ihrer Rolle. Mitarbeitende des SpsD begegneten dem Einsatz der Genesungsbegleitenden zunächst teils mit Skepsis, beschrieben aber im Projektverlauf eine wachsende Offenheit und zunehmendes Vertrauen. Polizist:innen berichteten von einem Wissenszuwachs im Umgang mit psychischen Krisen sowie einer Reduktion von Vorurteilen.

Die Zusammenarbeit zwischen Praxis, Wissenschaft und ÖGD wurde insgesamt als konstruktiv bewertet. Als Verbesserungspotenzial wurde eine frühzeitigere Einbindung der operativen Praxisebene genannt, um tragfähige Strukturen und eine breitere Akzeptanz zu sichern.

Die Ergebnisse und Erfahrungen aus „PeerIntervent“ fließen aktuell in die Weiterentwicklung der psychiatrischen Krisenversorgung in Bremen ein. Für zukünftige, auf Wirksamkeit angelegte Studien wird empfohlen, ausreichende Vorbereitungszeit einzuplanen und beteiligte Akteur:innen frühzeitig einzubinden.

—  
**Lena Oeltjen, Prof. Dr. Ansgar Gerhardus**

Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung

Abt. Versorgungsforschung

lena.oeltjen@uni-bremen.de

[www.uni-bremen.de/institut-fuer-public-health-und-pflegeforschung/abteilungen-arbeitsgruppen/public-health-forschung/versorgungsforschung](http://www.uni-bremen.de/institut-fuer-public-health-und-pflegeforschung/abteilungen-arbeitsgruppen/public-health-forschung/versorgungsforschung)

Literatur unter: [www.uni-bremen.de/institut-fuer-public-health-und-pflegeforschung/ippinfo](http://www.uni-bremen.de/institut-fuer-public-health-und-pflegeforschung/ippinfo)

## Leitlinienprojekte „Komplizierte Harnwegsinfektion“ und „Antibiotic Stewardship ambulant“

### **Der Innovationsfond fördert die Neuerstellung der S3 Leitlinie Komplizierte Harnwegsinfektionen bei Frauen und Männern**

Aufgrund des demographischen Wandels, der Schwere der Erkrankung sowie der Zunahme von Antibiotikaresistenzen besteht für die medizinische Versorgung eine Notwendigkeit für die Erstellung dieser Leitlinie auf S3-Niveau. Zu den wesentlichen Zielen der Leitlinie gehört die zukünftige Verringerung von Antibiotikaresistenzen durch eine zielgerichtete und evidenzbasierte Therapie.

Die Federführung der Leitlinie liegt bei der Deutschen Gesellschaft für Urologie, PD Dr Guido Schmiemann ist für die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin Mitglied der Steuerungskommission. Das Projekt ist auf 30 Monate angelegt und hat im April 2025 begonnen. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/043-060>

### **Der Innovationsfond fördert die erstmalige Erstellung einer S3 Leitlinie zum Thema Antibiotic Stewardship (ABS).**

Unter ABS versteht man Strategien und Maßnahmen zum rationalen und verantwortungsvollen Einsatz von Antibiotika. Das Ziel ist, neben der bestmöglichen Behandlung für Patient:innen gleichzeitig die weitere Entwicklung von Resistenzen zu reduzieren, um Dadurch die Wirksamkeit von Antibiotika auch in Zukunft zu gewährleisten.

Rund 85 % aller Antibiotikaverordnungen in Deutschland erfolgt in der ambulanten Versorgung. Resistenzen gegen vorhandene Antibiotika, die schwierige und begrenzte Entwicklung neuer Antibiotika und zunehmende Produktionsengpässe erfordern vermehrte Anstrengungen in Richtung einer angemessenen Antibiotikaaanwendung in allen Bereichen des Gesundheitswesens. Für den stationären Bereich existiert bereits eine Leitlinie, im ambulanten Bereich fehlt diese bislang

Die Federführung der Leitlinie liegt in den Händen der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, PD Dr Guido Schmiemann ist Teil des Antrags- und Autorenteams. Die Projektförderung ist auf 30 Monate angelegt und hat im August 2025 begonnen. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/053-066#anmeldung>

---

#### **PD Dr. Guido Schmiemann MPH**

Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung  
Abt. Versorgungsforschung  
[schmiema@uni-bremen.de](mailto:schmiema@uni-bremen.de)  
[www.uni-bremen.de/institut-fuer-public-health-und-pflegeforschung/abteilungen-arbeitsgruppen/public-health-forschung/versorgungsforschung](http://www.uni-bremen.de/institut-fuer-public-health-und-pflegeforschung/abteilungen-arbeitsgruppen/public-health-forschung/versorgungsforschung)

## GenDivInfo: Medizinische Leitlinien neu gedacht – Vielfalt berücksichtigen, Versorgung verbessern

Im März 2025 wurde das vom Bundesministerium für Gesundheit geförderte Forschungsprojekt „GenDivInfo“ nach drei Jahren erfolgreich abgeschlossen. Ziel des Projekts war es, einen Leitfaden zu entwickeln und zu erproben, der bei der Erstellung von medizinischen Leitlinien die systematische Berücksichtigung von Geschlechter- und Diversitätsdimensionen und die Entwicklung evidenzbasierter Entscheidungshilfen für Patient:innen unterstützt.

### **Hintergrund und Zielsetzung**

Medizinische Leitlinien sind ein zentraler Bestandteil der Gesundheitsversorgung und unterstützen Fachpersonen bei der Entscheidungsfindung im Behandlungsprozess. Bislang werden jedoch bei der Erarbeitung von Leitlinien Geschlechter- und Diversitätsdimensionen – wie beispielsweise Alter, Herkunft, Bildungsstand oder gesundheitliche Beeinträchtigungen – nur unzureichend berücksichtigt. Auch sind allgemeinverständliche wissenschaftsbasierte Entscheidungshilfen, die Patient:innen in ihren individuellen Gesundheitsentscheidungen unterstützen, aktuell selten verfügbar.

Vor diesem Hintergrund wurde das Projekt „GenDivInfo“ initiiert: In Kooperation zwischen dem Institut für Gesundheits-, Hebammen- und Pflegewissenschaft der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, dem Institut für klinische Pflegewissenschaft der Charité Universitätsmedizin Berlin, sowie dem Institut für Ethnologie und Kulturwissenschaft und dem Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen wurde ein praxistauglicher Leitfaden zur Integration von Geschlechter- und Diversitätsdimensionen in medizinischen Leitlinien und Entscheidungshilfen für Patient:innen entwickelt und gemeinsam mit einer Leitlinien-gruppe pilotiert.

### **Vorgehen und Methoden**

Das interdisziplinäre Forschungsteam arbeitete eng mit Patient:innenvertretenden zusammen, um unterschiedliche Bedarfe und Perspektiven einzubeziehen. Zunächst erfolgten umfassende Literaturrecherchen und Analysen der Methodenpapiere nationaler und internationaler Leitlinienorganisationen, um etablierte und potenzielle Methoden zu identifizieren.

Erhebungen mittels einer Online-Umfrage unter 249 wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften sowie Interviews mit an Leitlinienprozessen beteiligten Personen zeigten, dass Geschlechter- und Diversitätsdimensionen in der gegenwärtigen Erstellungspraxis bislang kaum eine Rolle spielen. Die Ergebnisse flossen in die Entwicklung eines Leitfadens ein, dessen erste Version über eine öffentliche Konsultation zugänglich gemacht und auf Basis des Feedbacks weiterentwickelt wurde.

Der GenDivInfo-Leitfaden enthält konkrete Empfehlungen und methodische Hinweise, wie schon im Prozess der Leitlinienerstellung Bedarfe und Präferenzen von Patient:innen systematisch erhoben und berücksichtigt werden können. Eine ergänzende Checkliste, ein Toolkit, Datenextraktionsblätter sowie eine Vorlage für Entscheidungshilfen für Patient:innen unterstützen die praktische Anwendung des Leitfadens. Zudem wurde ein modulares E-Learning-Programm zur Schulung der an Leitlinienprozessen Beteiligten entwickelt und pilotiert.

### Erfahrungen aus der Pilotierung

Im Rahmen der Pilotierung wurde der GenDivInfo-Leitfaden gemeinsam mit einer Leitliniengruppe erprobt. Dabei zeigte sich, dass die Bedeutung der Erhebung geschlechter- und diversitätsspezifischer Bedarfe und Präferenzen zunächst unterschätzt wurde, ihre Relevanz im Verlauf des Prozesses jedoch deutlich anerkannte Zustimmung fand.

Hervorgehoben wurde insbesondere, dass die Erhebung und Analyse dieser Bedarfe möglichst frühzeitig im Leitlinienprozess erfolgen sollte, idealerweise bereits vor der Formulierung der klinischen Fragen und der Evidenzrecherche. Die Einbindung unterschiedlicher Perspektiven – insbesondere von Patient:innenvertretenden – wurde als zentrale Ressource erkannt, um die vielfältigen Lebensrealitäten und Bedarfe angemessen abzubilden.

Zudem wurde deutlich, dass Leitliniengruppen bislang meist nicht über ausreichende methodische und zeitliche Ressourcen verfügen, um Bedarfe und Präferenzen sowie Geschlechter- und Diversitätsdimensionen systematisch zu

berücksichtigen. Hier bieten der entwickelte Leitfaden und die Zusatzmaterialien praxisnahe Unterstützung und Hilfeleistung.

### Bedeutung und Ausblick

Mit dem GenDivInfo-Leitfaden steht erstmalig ein umfassendes und wissenschaftlich fundiertes Konzept zur Verfügung, das die medizinische Leitlinienentwicklung um Geschlechter- und Diversitätsdimensionen und die Erstellung von Entscheidungshilfen für Patient:innen ergänzt. Die bereitgestellten Instrumente ermöglichen es Leitliniengruppen, ihre Prozesse zu erweitern und so dazu beizutragen, den Wissenstransfer und die Gesundheitskompetenz zu stärken.

Alle Projektergebnisse, der GenDivInfo-Leitfaden und die begleitenden Materialien werden offen zugänglich gemacht unter <https://osf.io/9yeku/>. Damit leistet das Projekt GenDivInfo einen wichtigen Beitrag, um die Gleichstellung und Teilhabe unterschiedlicher Gruppen in der Gesundheitsversorgung zu fördern und eine evidenzbasierte, partizipative Einbindung von Patient:innen in gesundheitliche Entscheidungsprozesse zu stärken.

—  
**Birte Berger-Höger<sup>1</sup>, Jana Kaden<sup>1</sup>, Christina Hartig-Magulsky<sup>1</sup>, Klara Pechtel<sup>1</sup>, Julia Lauberger<sup>2</sup>, Nicole Schemmel<sup>4</sup>, Anke Steckelberg<sup>3</sup>, Margrit E. Kaufmann<sup>2</sup>, Julia Lühnen<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung, Abt. Pflegewissenschaftliche Evaluations- und Implementierungsforschung, Bremen

<sup>2</sup> Universität Bremen, Institut für Ethnologie und Kulturwissenschaft, Bremen

<sup>3</sup> Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Halle (Saale)

<sup>4</sup> Charité – Universitätsmedizin Berlin, corporate member of Freie Universität Berlin and Humboldt Universität zu Berlin, Institut für klinische Pflegewissenschaft, Berlin

[birte.berger-hoeger@uni-bremen.de](mailto:birte.berger-hoeger@uni-bremen.de)

[www.uni-bremen.de/institut-fuer-public-health-und-pflegeforschung/abteilungen-arbeitsgruppen/pflegeforschung/pflegewissenschaftliche-evaluations-und-implementierungsforschung](http://www.uni-bremen.de/institut-fuer-public-health-und-pflegeforschung/abteilungen-arbeitsgruppen/pflegeforschung/pflegewissenschaftliche-evaluations-und-implementierungsforschung)

## Evaluation und Überarbeitung des Bremer Curriculums für die Pflegeausbildung

Im Zuge der Umsetzung des Pflegeberufgesetzes (PflBG) und der dazugehörigen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (PflAPrV) entwickelte eine vom Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen geführte Arbeitsgruppe unter Leitung von Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck, Sabine Muths und Dr. Sebastian Partsch gemeinsam mit Vertreter\*innen der Pflegeschulen im Land Bremen 2018/2019 einen lernfeldorientierten Lehrplan für die generalistische Pflegeausbildung. In Kombination mit den Lernsituationen des von 2016 bis 2019 ebenfalls am IPP erarbeiteten Nationalen Mustercur-

riculums „Kommunikative Kompetenz“ (NaKomm) kann das Bremer Curriculum auch als schulinternes Curriculum genutzt werden.

Nach der erstmaligen Umsetzung des Curriculums an den Bremer Pflegeschulen wurde das IPP (Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck, Dr. Sebastian Partsch) von der Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz mit der Evaluation und anschließenden Überarbeitung beauftragt (Laufzeit 12/2023-11/2024). Ziel war es, Rückmeldungen verschiedener Akteursgruppen zu erfassen, systematisch aus-

zuwerten und daraus Impulse für eine Überarbeitung des Bremer Curriculums sowie in Teilen des Nationalen Mustercurriculums „Kommunikative Kompetenz“ (NaKomm) abzuleiten. Auch gesetzliche Änderungen der PflAPrV durch das Pflegestudiumsstärkungsgesetz (PflStudStG) sollten eingearbeitet werden. Ein weiteres Ziel bestand darin, das Curriculum hinsichtlich aktueller pflegewissenschaftlicher (z.B. aktuelle Expertenstandards und Leitlinien, Digitalisierung) und -didaktischer Entwicklungen (z.B. Diskriminierungssensibilität und digital unterstütztes Lernen) zu überarbeiten, um so den Wissenstransfer in die Pflegeausbildung zu fördern. Ähnlich wie bei der Entwicklung des Curriculums war der Prozess partizipativ angelegt und bezog Vertreter\*innen der Bremer Pflegeschulen aktiv mit ein.

Im Rahmen der Evaluation wurden zunächst zwei Gruppeninterviews mit insgesamt 16 Auszubildenden des dritten Ausbildungsjahres von verschiedenen Bremer Pflegeschulen durchgeführt und anschließend inhaltsanalytisch ausgewertet. Die Auszubildenden gaben unter anderem an, dass Themen wie Krankheits- und Medikamentenlehre sowie Notfallhandeln im Curriculum aus ihrer Sicht häufig zu knapp behandelt würden. Die Themen Kommunikation in der Pflege und Umgang mit eigenen Emotionen würden dagegen sehr umfassend, aber zu wenig zielgerichtet bearbeitet. Zum Teil war den Befragten die didaktische Struktur des Curriculums nicht transparent. Mehr Praxisnähe durch realitätsnahe Übungen und Simulationen sowie die gezielte Vorbereitung auf die Prüfungen wurden gewünscht. Zusätzlich wurden in sieben Workshops mit Lehrenden aus allen Bremer Pflegeschulen Erfahrungen mit der Umsetzung der einzelnen Lernfelder gesammelt und diskutiert. Zwischen den Workshops hatten die Schulvertreter\*innen die Möglichkeit, ihre Anmerkungen zu den Lernfeldern in einem online bereitgestellten digitalen Collaboration-Tool festzuhalten. Ausgehend von den Ergebnissen der Auszubildendeninterviews und den Erfahrungen der Lehrenden wurden in den Sitzungen jeweils Schlussfolgerungen für die Weiterentwicklung des Curriculums abgeleitet.

Seitens der Universität Bremen wurden die Lernfelder und ausgewählte Lernsituationen außerdem u.a. hinsichtlich folgender Themen überarbeitet:

- Diversity-orientierte und diskriminierungskritische Überarbeitung und Weiterentwicklung von Lernsituationen,
- Integration von Unterrichtseinheiten zum Thema Diversity in der Pflege,
- Integration einer Unterrichtseinheit zum Zusammenhang von klimatischen Veränderungen und Pflege, einschließlich der Umsetzung des Hitzeschutzaktionsplans der Bundesregierung,
- Integration einer Unterrichtseinheit zur Stärkung der emotionalen Kompetenz,
- Integration einer Unterrichtseinheit zur Sensibilisierung von Auszubildenden für Anzeichen von häuslicher Gewalt gegenüber Frauen und Kindern,
- Integration von Zielen und Inhalten zur Digitalisierung der Pflege.



Um die Implementierung des überarbeiteten Curriculums zu unterstützen, wurde die evaluierte und aktualisierte Fassung am 4. Dezember 2024 auf einer Fachtagung mit rund 80 Teilnehmenden im Haus der Wissenschaft vorgestellt. Lehrende der Pflegeschulen im Land Bremen hatten außerdem die Gelegenheit, sich in Workshops vertieft über die neuen Themen zu informieren und Anhaltspunkte für die didaktische und methodische Unterrichtsgestaltung zu erlangen.

Das Curriculum steht auf der Website der Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz zum Download zur Verfügung.

---

**Dr. Sebastian Partsch, Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck**  
 Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung  
 Abt. Qualifikations- und Curriculumforschung  
 darmann@uni-bremen.de  
[www.uni-bremen.de/institut-fuer-public-health-und-pflegeforschung/abteilungen-arbeitsgruppen/pflegeforschung/qualifikations-und-curriculumforschung](http://www.uni-bremen.de/institut-fuer-public-health-und-pflegeforschung/abteilungen-arbeitsgruppen/pflegeforschung/qualifikations-und-curriculumforschung)



## Psychische Gesundheit von Studierenden und Hochschulbeschäftigten

Knapp 18 Millionen Erwachsene in Deutschland sind jährlich von psychischen Erkrankungen betroffen, das sind fast 28 % der Bevölkerung (1). Hochschulen gelten dabei als Orte, an denen sowohl Mitarbeitende (2) als auch Studierende (3) mit vielfältigen Belastungen konfrontiert sind.

Laut DAK-Gesundheitsreport 2022 sind 19 % aller Arbeitsunfähigkeitstage psychisch bedingt (4). Hochschulangestellte arbeiten unter erheblichem Stress (2) und kognitive Erschöpfungssymptome sowie Zeitdruck nahmen insbesondere bei wissenschaftlichen Mitarbeitenden in den letzten Jahren zu (5).

Für Studierende stellt das Studium häufig eine Umbruchphase dar, in der sie sich neuen Anforderungen stellen müssen, z.B. dem eigenverantwortlichen Lernen und dem selbstständigen Zeitmanagement (6). Verschiedene nationale und internationale Studien belegen, dass psychische Belastungen unter Studierenden in den letzten Jahren zugenommen haben (7,8).

Laut der deutschen Studie „COVID-19 German Student Well-being Study“ lagen die Prävalenzen während der COVID-19-Pandemie bei 29 % für depressive Störungen und 32 % für Angstzustände (9). Ein Zusammenhang besteht zudem zwischen depressiven Symptomen und weniger Leistungsvermögen im Studium sowie erhöhter Studienabbruchgefahr (9).

Die Erhebung der psychischen Belastungssituation an Hochschulen bei Beschäftigten und Studierenden ist demnach sehr wichtig. Zudem ist die psychische Gefährdungsbeurteilung, d.h. die Erfassung psychischer Belastungen und Ressourcen auf Basis theoretisch fundierter und erprobter Instrumente, für Beschäftigte gemäß § 5 ArbSchG und für Studierende gemäß DGUV Vorschrift 1 (Grundsätze der Prävention) gesetzlich vorgegeben. Hierfür wurde für Beschäftigte der „Bielefelder Fragebogen zu Arbeitsbedingungen (BiFra)“ und für Studierende der „Bielefelder Fragebogen zu Studienbedingungen (StudiBiFra)“ entwickelt (5,10).

Beide Fragebögen basieren auf dem Sozialkapitalansatz nach Badura, wonach Vertrauen, Zusammenarbeit und gemeinsame Werte zentrale Voraussetzungen für Gesundheit und Leistungsfähigkeit in Organisationen darstellen (11).

An der Universität Bremen wurde 2018 mithilfe des BiFra bereits eine Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen bei Beschäftigten durchgeführt. Eine vergleichbare Maßnahme für Studierende steht noch aus. Im Sommersemester 2026 sollen nun sowohl Beschäftigte erneut als auch Studierende erstmals systematisch befragt werden.

Die Befragungen erfolgen online über LimeSurvey und dauern je nach Adressat\*innengruppe zwischen 20 und 30 Minuten. Die Teilnahme ist freiwillig und anonym. Die Frage-



© blacksalmon - stock.adobe.com

bögen adressieren in zwei Abschnitten die Themen „strukturelle Bedingungen (z.B. Arbeits-/Studienbedingungen, Führung, Zusammenarbeit)“ und „Auswirkungen auf Gesundheit und Leistung“ (12).

Ergänzend wird der subjektive Handlungsbedarf abgefragt, der eine direkte Priorisierung von Maßnahmen durch die Befragten ermöglicht (5).

Ziel des Projekts ist es, gesundheitsgefährdende Belastungen und förderliche Ressourcen sowohl bei Studierenden als auch bei Beschäftigten der Universität Bremen sichtbar zu machen.

Für die Beschäftigten ergibt sich die Möglichkeit, Entwicklungen im Vergleich zur Befragung von 2018 nachzuvollziehen. Für beide Zielgruppen können darüber hinaus hochschulübergreifende Vergleiche erfolgen, da die eingesetzten Instrumente deutschlandweit erprobt sind (13). Langfristig sollen gesundheitsförderliche Studien- und Arbeitsbedingungen weiterentwickelt und eine Hochschulkultur gestärkt werden, die auf psychisches Wohlbefinden, Anerkennung, Beteiligung und gute Rahmenbedingungen achtet.

Mit dem Projekt geht die Universität Bremen einen wichtigen Schritt: Belastungen und Ressourcen werden systematisch erfasst, um gezielt Maßnahmen entwickeln zu können.

—  
**Rosa Freiheit, B.A., Lara Anabell Thiesen, B.A., Anika Küchenhoff, BSc, Dr. Stefanie M. Helmer**

Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung

AG Evidence Based Public Health

sthelmer@uni-bremen.de

[www.uni-bremen.de/institut-fuer-public-health-und-pflegeforschung/abteilungen-arbeitsgruppen/public-health-forschung/evidenzbasierung-in-public-health](http://www.uni-bremen.de/institut-fuer-public-health-und-pflegeforschung/abteilungen-arbeitsgruppen/public-health-forschung/evidenzbasierung-in-public-health)



## Forschungscluster Gesunde Stadt Bremen – interprofessionell, digital, nachhaltig

Seit Mitte bzw. Ende 2022 wurden in sechs Teilprojekten von fünf Doktorand\*innen und einer PostDoc an wissenschaftsbasierten Lösungsvorschlägen für die aktuellen Herausforderungen der gesundheitlichen und sozialen Ungleichheiten im Land Bremen zur Etablierung einer gesunden Stadt aus einer gesundheitswissenschaftlichen Perspektive gearbeitet. Jedes Teilprojekt wurde von Teams aus Forscher\*innen von mindestens zwei Hochschulen im Land Bremen betreut (für Details siehe <https://gesundheitscampusbremen.de/forschungscluster/>). Die Ergebnisse wurden auf der Abschlusstagung Ende November 2025 präsentiert. Nachfolgend sind wichtige Erkenntnisse zusammengefasst:

Fiona Harms, Abteilung Gesundheit und Gesellschaft des IPP

### **Gesundheitliche Risiken bei Jugendlichen: Differenzen in Selbst- und Fremdwahrnehmung für die lokale Präventionspraxis partizipativ nutzbar machen**

Das Forschungsprojekt „Gesundheitliche Risiken bei Jugendlichen: Differenzen in Selbst- und Fremdwahrnehmung für die lokale Präventionspraxis partizipativ nutzbar machen“ untersucht, wie Jugendliche selbst gesundheitliche Risiken wahrnehmen und inwiefern diese Sichtweisen mit den Einschätzungen von Präventionsfachkräften übereinstimmen. Anlass sind aktuelle Herausforderungen wie exzessive Mediennutzung, Cannabis-Konsum, psychische Belastungen seit der Coronakrise, Gewalt an Schulen sowie der Gebrauch von E-Zigaretten.

Während Expert:innen Risiken meist von außen definieren, richtet das Projekt den Blick auf die Perspektiven der Jugendlichen in Bremen – erhoben durch Fokusgruppen, problemzentrierte Interviews und Expert:innengespräche. Erste Ergebnisse zeigen: Jugendliche sehen besonders in Medien- und Suchtverhalten Handlungsbedarf, benennen aber auch Essstörungen und Glücksspiel. Auffällig ist zudem die starke Belastung durch Schule, die sie mit Stress, Schlafproblemen und gesundheitlichen Beschwerden verbinden – Aspekte, die von Fachkräften häufig unterschätzt werden.

Die Jugendlichen kritisieren bestehende Maßnahmen als unzureichend und fordern mehr Unterstützung an Schulen sowie eine stärkere Beteiligung „auf Augenhöhe“ bei der Entwicklung von Präventionsstrategien.

Lydia Wendt, Abteilung Versorgungsforschung des IPP

### **Stadtteilbezogene Versorgung rund um die Geburt – eine Evaluation der Bremer Hebammenzentren**

Dieses Projekt evaluiert die Hebammenzentren, die vom Land Bremen in unterversorgte Stadtteile implementiert wurden. Organisiert von der Hans-Wendt-Stiftung Bremen arbeiten hier freiberufliche Hebammen im Team, unterstützt durch eine Koordination und eine Teamassistenz. Die Evaluation erfolgt in diesem Promotionsprojekt für drei Hebammenzentren durch die Auswertung von Versorgungsdaten und eines quantitativen Fragebogens sowie durch Fokusgruppen mit Nutzerinnen und qualitative Interviews mit den Fachkräften der Hebammenzentren.

Aus der Auswertung der qualitativen Daten geht hervor, dass Ort, Ausstattung und die offenen Angebote sowie Kurse besonders positiv bewertet werden. Vorteile der Versorgung im Team sind für die Hebammen z. B. die festen Arbeitszeiten und der Austausch untereinander und für die Frauen die verschiedenen Perspektiven und Wechselmöglichkeiten. Unterschiedliche Meinungen, Informationsverluste und organisatorische Prozesse können auch hinderlich für den Versorgungsprozess sein.

Die qualitativen Daten zeigen, dass die Hebammenzentren von den Frauen gut angenommen werden. Diese Ergebnisse werden im nächsten Schritt durch die Auswertung der quantitativen Daten ergänzt, um erweiterte Aussagen über den Zugang, die Versorgung und die Zufriedenheit der Frauen zu treffen.

Janine Moser, Abteilung Pflegewissenschaftliche Versorgungsforschung des IPP

### **Digitale Technologien zur Förderung der sozialen Interaktion und Teilhabe für Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf im ambulanten Bereich**

Digitale Technologien rücken vor dem Hintergrund sozialer Isolation und Einsamkeit von ambulant versorgten Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf zunehmend in den Fokus. Sie haben das Potenzial, Herausforderungen bei der Anbahnung, Ausgestaltung und Aufrechterhaltung der sozialen Interaktion und Teilhabe von Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf zu überwinden und soziale Interaktionen durch virtuelle und ortsunabhängige Aktivitäten zu erleichtern.

Die vorläufigen Ergebnisse aus Reviews und Expert\*inneninterviews dieses Forschungsprojekts zeigen, dass die in der Forschung am meisten vorkommenden Technologien aus den Bereichen Informations- und Kommunikationstechnologien sowie Robotik stammen und hauptsächlich für ältere Menschen entwickelt werden. In der Versorgung von Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf in Deutschland scheinen jedoch wenig Innovationen anzukommen. Aus den Interviews lassen sich insbesondere strukturelle Hemmnisse identifizieren: Neben fehlenden oder unzureichenden Digitalkompetenzen mangelt es häufig an personeller Unterstützung und finanziellen Möglichkeiten. Hinzu kommt, dass digitale Technologien bislang möglicherweise noch nicht als ausreichend effektiv oder effizient wahrgenommen werden. Damit digitale Technologien ihr Potenzial zur Verbesserung der sozialen Teilhabe tatsächlich entfalten können, bedarf es eines umfassenden Ansatzes, der sowohl den Ausbau von Digitalkompetenzen als auch die Schaffung struktureller Voraussetzungen gezielt fördert.

Ellen Dunker, Abteilung Pflegewissenschaftliche Evaluations- und Implementationsforschung des IPP

### **Präventive Hausbesuche für ältere Menschen: Formative Evaluation im Mixed-Methods-Design des Modellprojekts im Bundesland Bremen**

Präventive Hausbesuche (PHB) für ältere Menschen sind aufsuchende, anlassunabhängige Besuche zur Vorbeugung von Pflegebedürftigkeit und sozialer Isolation sowie zur Gesundheitsförderung im häuslichen Umfeld. Im Land Bremen wurden PHB in einem Modellprojekt erprobt und begleitend in einem Mixed-Methods-Design evaluiert, um Wirkmechanismen und Erfolgsfaktoren zu identifizieren. Hierfür wurden Interviews mit der Zielgruppe und Projektverantwortlichen durchgeführt und der Dokumentationsfragebogen quantitativ ausgewertet. Parallel wurde basierend auf einem Realist Review und Expert\*inneninterviews eine Programmtheorie entwickelt.

Im Evaluationszeitraum (03/2023-01/2025) resultierten aus 1.253 Einladungen 125 PHB in Bremen (19,3 %) und 139 in Bremerhaven (23,0 %). Zusätzlich meldeten sich 17 bzw. 74 Personen eigeninitiativ. Die erreichte Zielgruppe war überwiegend weiblich und in Deutschland geboren, Selbstmeldende waren häufiger gesundheitlich und sozial beeinträchtigt.

Die Interviews verdeutlichten, dass lokale Angebote oft unbekannt waren und PHB das Gefühl vermittelten, wahrgenommen zu werden. Für den Projekterfolg erwiesen sich ein verbindliches Konzept, gemeinsames Zielverständnis, gesicherte Finanzierung und eine systematische Zielgruppenansprache als zentral. Die Programmtheorie zeigte, dass eine vertrauensvolle Beziehung zur Besuchskraft und deren Fachkompetenz entscheidend für die Bedarfserfassung und Auswahl geeigneter Maßnahmen sind.

Die gewonnenen Erkenntnisse können zur Optimierung bestehender PHB-Programme beitragen und eine Implementierung in anderen Regionen begünstigen.

Mattis Keil, Janina Martens, Abteilung Management im Gesundheitswesen des IPP

### **Klimafreundlichkeit von Gesundheitseinrichtungen in Bremen**

Das Vorhaben des Teilprojektes „Gesunde Stadt Bremen aus der Sichtweise Planetarer Gesundheit“ bestand aus vier Arbeitspaketen (AP):

AP 1 sollte ursprünglich eigene Indikatoren zur Klimaanpassung von Gesundheitssystemen entwickeln. Dieses Vorhaben wurde nach Veröffentlichung entsprechender WHO-Leitlinien aufgegeben, da dort bereits ein umfassendes Set international abgestimmter Indikatoren vorliegt.

In AP 2 wurde ein ausgabenbasierter Ansatz zur THG-Bilanzierung entwickelt und an einem gemeinnützigen Bremer Krankenhaus exemplarisch erprobt. Grundlage bilden standardisierte Finanzbuchhaltungsdaten, die mit spezifischen Emissionsfaktoren verknüpft werden, um eine vollständige Bilanzierung entlang der drei Bereiche des Greenhouse Gas Protocols (Scopes 1–3) erstellen zu können.

AP 3 diente der methodischen Weiterentwicklung sowie der Anwendung des Ansatzes in Kooperation mit mehreren Krankenhäusern. Im Mittelpunkt stand die Frage, wie sich die entwickelte Methodik in unterschiedlichen organisatorischen Kontexten umsetzen lässt und welche Bezugsgrößen für Vergleiche zwischen Einrichtungen geeignet erscheinen. Ergänzend fand eine Bottom-Up-Berechnung der Emissionsfaktoren anstelle der Top-Down-Berechnung des vorherigen Teilprojektes statt, um die methodische Basis zu erweitern.

AP 4 befindet sich in Planung. Durch eine Gruppendiskussion mit Nachhaltigkeitsverantwortlichen sollen Chancen, Hürden und praxisnahe Optimierungsansätze identifiziert werden, um Klimaschutz im Klinikalltag gezielt zu stärken.

### Dr.-Ing. Julita Skodra, Abteilung Sozialepidemiologie des IPP **Entwicklung und Erprobung eines Konzeptes für ein integriertes kleinräumiges Monitoring zur Entscheidungsunterstützung für eine nachhaltige und gesundheitsfördernde Stadtentwicklung**

Städtische Umgebungen stellen unterschiedliche Herausforderungen dar, bieten aber gleichzeitig auch Chancen für die Gesundheit und das Wohlbefinden der Stadtbewohner\*innen. Soziale, politische und wirtschaftliche Determinanten der Gesundheit wie die Qualität von Wohnraum und Einzelhandel, Möglichkeiten für hochwertige Beschäftigung und Bildung sowie aktive Mobilität und eine gesundheitsfördernde Umgebung sind innerhalb der Stadt nicht gleichmäßig verteilt. Ein kleinräumiges Monitoring von Determinanten urbaner Gesundheit ermöglicht 1) die Identifizierung kritischer und kumulativer Aspekte innerhalb von Städten, die gesundheitliche Ungleichheiten verursachen, und 2) die Überwachung der Auswirkungen entwickelter Strategien und Maßnahmen, die diese verringern können.

In diesem Projekt entwickeln wir ein integriertes kleinräumiges Monitoring als Informations- und Entscheidungsgrundlage für eine nachhaltige und gesundheitsfördernde Stadtentwicklung. Neben den bestehenden Monitoring-Konzepten und Indikatoren-Sets aus einem systematischen Review hat dieses Monitoring-Projekt lokale Akteur\*innen einbezogen, um Indikatoren zu identifizieren, die für das Land Bremen relevant sind. Darüber hinaus wurden während der Tagung „Gesunde Stadt“ 2024 mit einem interdisziplinären Publikum aus Wissenschaft und Praxis mögliche Implikationen der Erfahrungen aus der Stadt Berlin mit der Entwicklung des Umweltgerechtigkeitsatlas für das Land Bremen diskutiert.

Für das Land Bremen wurde Potenzial gesehen, bestehende Monitoringstrukturen weiterzuentwickeln, zugleich aber auf Herausforderungen wie fragmentierte Datenlagen hingewiesen. In der nächsten Phase erprobt dieses Monitoring-Projekt die sektorenübergreifende Datenintegration und stellt definierte Indikatoren räumlich mittels eines geografischen Informationssystems dar. In der letzten Phase wird die konkrete Umsetzbarkeit des Monitoring-Konzeptes untersucht und ausgewertet.

—  
**Dr.-Ing. Julita Skodra, Wissenschaftliche Koordinatorin des Forschungsclusters Gesunde Stadt Bremen**

Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung

Abt. Sozialepidemiologie

jskodra@uni-bremen.de

[www.uni-bremen.de/institut-fuer-public-health-und-pflegeforschung/abteilungen-arbeitsgruppen/public-health-forschung](http://www.uni-bremen.de/institut-fuer-public-health-und-pflegeforschung/abteilungen-arbeitsgruppen/public-health-forschung)

## Wissenschaftstransfer

### Forschungsarbeiten der Abteilung Sozialepidemiologie des IPP gehen in den Vierten Gleichstellungsbericht der Bundesregierung ein

Der Vierte Gleichstellungsbericht „Gleichstellung in der sozial-ökologischen Transformation“, der im März 2025 veröffentlicht wurde, widmet sich dem Klimawandel und Klimapolitiken in Deutschland unter dem Aspekt der Geschlechtergerechtigkeit. Der Gleichstellungsbericht umfasst das Gutachten der Sachverständigenkommission und die Stellungnahme der Bundesregierung ([www.gleichstellungsbericht.de/gleichstellungsberichte/vierter-gleichstellungsbericht](http://www.gleichstellungsbericht.de/gleichstellungsberichte/vierter-gleichstellungsbericht)).

Das Gutachten der Sachverständigenkommission zeigt für verschiedene Handlungsfelder geschlechterbezogene Folgen des Klimawandels sowie gleichstellungsrelevante Auswirkungen der darauf reagierenden Klimaschutz- und Klimaanpassungsmaßnahmen auf. Zu einem der Handlungsfelder, der Stadt- und Raumentwicklung, haben Gabriele Bolte und Sabine Baumgart die Expertise „*Sozial-ökologische Transformation der Gesundheitsinfrastruktur. Genderaspekte der niedrigschwelligen Gesundheitsversorgung in ländlichen und städtischen Gebieten*“ verfasst ([www.gleichstellungsbericht.de/wp-content/uploads/2025/10/Expertise\\_Baumgart\\_Gesundheitsinfrastruktur\\_20240213.pdf](http://www.gleichstellungsbericht.de/wp-content/uploads/2025/10/Expertise_Baumgart_Gesundheitsinfrastruktur_20240213.pdf)).

Die Expertise verdeutlicht, dass Gesundheit alle Lebensbereiche berührt und entsprechende Strategien zur Anpassung an die Auswirkungen des Klimawandels, für eine Verkehrswende und den Zugang zu einer angemessenen Infrastrukturversorgung sowie die Sicherung der elementaren Ressourcen wie Luft, Boden, Wasser in Verbindung mit einer sozioökonomisch tragfähigen Lebensgestaltung für alle Bevölkerungsgruppen erfordert. Aus einer Umweltgerechtigkeitsperspektive sind insbesondere vulnerable Bevölkerungsgruppen, d.h. sozioökonomisch oder gesellschaftlich benachteiligte Menschen mit einem mangelnden Zugang zu einer gleichberechtigten Teilhabe, in den Blick zu nehmen. Eine zentrale Rolle spielt hierbei die Kategorie Geschlecht. In der Expertise wird auf ein umfassendes Geschlechterkonzept Bezug genommen, wie es in der Abteilung Sozialepidemiologie in den Projekten INGER und DIVERGesTOOL erarbeitet wurde. Hinsichtlich gesellschaftlicher Diskriminierungsprozesse gerade auch im Gesundheitswesen und der Entstehung gesundheitlicher Ungerechtigkeiten sind geschlechtliche Vielfalt, die Multidimen-

sionalität und Variabilität von Geschlecht sowie die Verwobenheit von Geschlecht mit weiteren sozialen Kategorien wie beispielsweise der sozialen Lage von Bedeutung.

Die Expertise zu Genderaspekten der niedrigschwelligen Gesundheitsversorgung in ländlichen und städtischen Gebieten nimmt in erster Linie eine raumbezogene Perspektive ein. Eine niedrigschwellige Gesundheitsinfrastruktur ohne Zugangsbarrieren wird als ein wesentlicher Baustein für Geschlechtergerechtigkeit angesehen. In der Expertise werden Aspekte von gesundheitlicher Chancen- und Geschlechtergerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung angesprochen, Formate niedrigschwelliger Gesundheitsinfrastruktur in städtischen Quartieren und in ländlichen Räumen unter besonderer Berücksichtigung von Geschlechtergerechtigkeit vorgestellt sowie raumrelevante Anforderungen an eine geschlechtergerechte niedrigschwellige Gesundheitsversorgung diskutiert. Diese Expertise aus der Abteilung Sozialepidemiologie ging in das Gutachten der Sachverständigenkommission ein. Darüber hinaus greift das Gutachten für den Vierten Gleichstellungsbericht die Arbeiten der Abteilung Sozialepidemiologie des IPP zu Klimagerechtigkeit sowie Intersektionalität und Geschlecht in der Gesundheitsforschung und Gesundheitsberichterstattung auf (Projekte INGER, DIVERGesTOOL, AdvanceGender, vgl. IPPInfo 20/2023). Die Sachverständigenkommission empfiehlt u.a. die Anwendung des multidimensionalen Geschlechtermodells aus dem Projekt INGER und die Nutzung der Toolbox des Projekts DIVERGesTOOL ([www.uni-bremen.de/divergestool-projekt/divergestool-toolbox](http://www.uni-bremen.de/divergestool-projekt/divergestool-toolbox)) in der Gesundheitsforschung.

—  
**Prof. Dr. Gabriele Bolte<sup>1</sup>, Prof. Dr.-Ing. Sabine Baumgart<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup>Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung

Abt. Sozialepidemiologie

<sup>2</sup>BPW Stadtplanung, Bremen

[gabriele.bolte@uni-bremen.de](mailto:gabriele.bolte@uni-bremen.de)

[www.uni-bremen.de/institut-fuer-public-health-und-pflegeforschung/abteilungen-arbeitsgruppen/public-health-forschung/sozialepidemiologie](http://www.uni-bremen.de/institut-fuer-public-health-und-pflegeforschung/abteilungen-arbeitsgruppen/public-health-forschung/sozialepidemiologie)

### Neuer ARL-Arbeitskreis „Räumliche Planung und Management für pandemie-resiliente Städte“

Seit Februar 2025 wird von der ARL – Akademie für Raumentwicklung in der Leibniz-Gemeinschaft für zwei Jahre der transdisziplinäre Arbeitskreis „Räumliche Planung und Management für pandemie-resiliente Städte“ gefördert. Prof. Dr. Gabriele Bolte und Prof. Dr.-Ing. Sabine Baumgart von der Abteilung Sozialepidemiologie des Instituts für Public Health und Pflegeforschung sind Mitglieder dieses Arbeits-

kreises. Der Arbeitskreis setzt sich aus 14 Expert\*innen aus verschiedenen Disziplinen und aus Wissenschaft und Praxis zusammen, die über fundiertes Fachwissen zum raumbezogenen Umgang mit Pandemien verfügen.

Der Arbeitskreis ist im Kontext des Leibniz Lab Pandemic Preparededness entstanden. Hier wird exzellente inter- und

transdisziplinäre Forschung aus 41 Leibniz-Instituten miteinander verknüpft. Das übergeordnete Ziel besteht in der Bündelung der Forschungsarbeiten aus einem breiten Spektrum an Fachgebieten zur Vorbereitung, Prävention und Reaktion auf künftige Pandemien. Das erworbene Wissen soll in Form evidenzbasierter Handlungsempfehlungen politischen Verantwortlichen zur Verfügung gestellt werden.

Um zukünftigen Pandemien besser zu begegnen, führt der ARL-Arbeitskreis „Räumliche Planung und Management für pandemie-resiliente Städte“ raumbezogenes Wissen zusammen, reflektiert dieses mit Erkenntnissen des Leibniz Labs Pandemic Preparedness und operationalisiert das raumbezogene Wissen für die Planungspraxis, um es anwendbar zu machen.

Ausgangspunkt des Arbeitskreises ist, dass die Krisenfestigkeit in pandemischen und anderen Notlagen sowie der vorsorgende Gesundheitsschutz bedeutsame Themen für eine nachhaltige und transformative Raumentwicklung sind. Dabei ist es wichtig, aus den umfangreichen internationalen Erfahrungen der Covid-19-Pandemie Schlussfolgerungen für zukünftige Planungen zu ziehen und diese zu kommunizieren. Räumliche Ungleichheiten spielen eine wichtige Rolle für eine gesundheitsbezogene und sozialgerechte Raumentwicklung, da die Effekte von Pandemien für einzelne gesellschaftliche Gruppen in Teilräumen verschieden ausgeprägt sind. Zudem waren Zugänglichkeit und Nutzbarkeit von wohnortnahen grünen Freiräumen bedeutsam für den Alltag von Stadtbewohner:innen während der Covid-19-Pandemie. Pandemie-Resilienz urbaner Räume und nationaler Gesundheitssysteme bedingen sich wechselseitig.

## Qualifikationsarbeiten

### Dissertation: „Da musst du dann irgendwo Prioritäten setzen“. Theorie pflegerischer Verteilungsentscheidungen in der stationären Langzeitpflege

Ausgangspunkt der Dissertation ist die Frage, wie beruflich Pflegende in der stationären Langzeitpflege Entscheidungen über die Verteilung knapper Ressourcen – insbesondere Zeit und Aufmerksamkeit – treffen. Verteilungssituationen sind ein alltägliches Phänomen, aber bislang in der Pflegeforschung wenig beleuchtet. Ziel der Arbeit ist es, die subjektiven Deutungs- und Handlungsmuster zu rekonstruieren, die Pflegende in Verteilungssituationen anwenden, und diese in einen theoretischen Rahmen einzuordnen. Mittels leitfadengestützter, episodischer Interviews mit 16 beruflich Pflegenden in der stationären Langzeitpflege lassen sich auf Grundlage der Grounded Theory Methodologie (Strauss/Corbin 1996; Mey/Mruck 2011) ursächliche Bedingungen pflegerischer Verteilungsentscheidungen, ihre intervenierenden Faktoren, sowie Entscheidungsstrategien und deren Konsequenzen identifizieren. Die Analyse zeigt, dass Verteilungsentscheidungen von Pflegenden im institutionellen Kontext der stationären



Die Ergebnisse des Arbeitskreises aus der Wissenssynthese und der Ableitung von Handlungswissen werden in einen Praxisleitfaden einfließen, der über die ARL in die Raumentwicklungspraxis kommuniziert und verbreitet werden wird.

Prof. Dr. Gabriele Bolte<sup>1</sup>, Prof. Dr.-Ing. Sabine Baumgart<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung  
Abt. Sozialepidemiologie

<sup>2</sup>BPW Stadtplanung, Bremen  
gabriele.bolte@uni-bremen.de

[www.uni-bremen.de/institut-fuer-public-health-und-pflegeforschung/abteilungen-arbeitsgruppen/public-health-forschung/sozialepidemiologie](http://www.uni-bremen.de/institut-fuer-public-health-und-pflegeforschung/abteilungen-arbeitsgruppen/public-health-forschung/sozialepidemiologie)

Langzeitpflege im Spannungsfeld von wahrgenommener Entscheidungsfreiheit und emotionalem Engagement getroffen werden. Aus der Einordnung von 56 in den Interviews beschriebenen Verteilungssituationen ergeben sich fünf Idealtypen der Deutungs- und Handlungsmuster von Pflegenden in Verteilungsentscheidungen (Kluge 1999; Kelle/Kluge 2010):

#### – Konformistisches (Nicht-)Entscheiden

Im konformistischen Entscheidungshandeln unterwerfen sich Pflegende unkritisch und freiwillig den bewährten Routinen und vorgegebenen Stationsabläufen. Zeitdruck und Arbeitsverdichtung werden dabei durchaus als belastend und frustrierend erlebt, es wird aber nicht problematisiert, dass dadurch eventuell die Bedürfnisse der Bewohner:innen missachtet werden. Die Pflegenden arbeiten die ihnen gestellten Aufgaben verrichtungsorientiert ab, und dies auch in krisenhaften Situationen, wenn die Routinen eigentlich nicht mehr anwendbar sind.

– **Autokratisches Entscheiden**

Autokratische Entscheidungen werden eigenständig und mit hohem Selbstbewusstsein getroffen. Ziel ist Sicherstellung der qualitativ angemessenen Versorgung aller Bewohner:innen, oft in emotionaler Abgrenzung zu individuellen Wünschen und Bedürfnissen der Bewohner:innen. Solange dieses Ziel erreicht wird, besteht in diesem Entscheidungstyp wenig Anlass zum kritischen Hinterfragen pflegerischen Handelns.

– **Ermächtigtes Entscheiden**

In diesem Typ nutzen Pflegende ihren Entscheidungsspielraum bewusst, um die von ihnen wahrgenommenen, individuellen Bewohnerinteressen zu fördern – gegebenenfalls auch gegen institutionelle Vorgaben oder sogar entgegen den Wünschen dieser Bewohner:innen. Mit hohem persönlichem Engagement tun sie dabei das, von dem sie meinen, dass die Bewohner:innen es gerade benötigen.

– **Überwältigtes (Nicht-)Entscheiden**

Überwältigt von dem erlebten Leid der Bewohner:innen, deren umfassende Bedürfnisse unter den gegebenen, als defizitär empfundenen Rahmenbedingungen unerfüllbar erscheinen, fühlen sich Pflegende im überwältigten Entscheiden vollständig fremdgesteuert und leiden sehr darunter. Häufig wird durch das wiederholte Zurückstellen der eigenen Bedürfnisse und das Abarbeiten der einzelnen vorgegebenen Tätigkeiten versucht, sicherzustellen, dass alle Bewohner:innen „trotzdem irgendwie versorgt“ werden können.

– **Flexibel-reflexives Entscheiden**

Dieser Typ steht für eine situativ angepasste, fachlich fundierte und reflektierte Entscheidungsfindung. Pflegende nutzen ihr Wissen, ihre Erfahrung und die Kenntnis der Bewohner:innen, um in jeder Situation eine angemessene Priorisierung vorzunehmen. Sie beziehen die Perspektive der Betroffenen ein, vermeiden Pauschallösungen und finden eine Balance zwischen Fürsorgeorientierung und

emotionaler Abgrenzung. Allgemeine, rationale Handlungsregeln, bewährte Routinen und die Fachexpertise der Pflegenden werden dabei danach beurteilt, inwieweit sie im jeweiligen Einzelfall sinnvoll für die Wahrung der größtmöglichen Autonomie der Bewohner:innen sind.

Flexibel-reflexives Entscheiden kann als Modell für gute pflegerische Verteilungsentscheidungen verstanden werden. Begünstigt wird dieser Entscheidungstyp unter anderem durch flexibel einsetzbare Personalkapazitäten zur Kompensation plötzlicher Personalausfälle sowie übersichtliche, räumlich kompakte Versorgungseinheiten.

Sinnvolle Unterstützung in kritischen Verteilungssituationen könnten auch „Rationierungspläne“ bieten, die institutionell legitimiert und laufend diskursiv weiterentwickelt werden müssten. Sie müssten konkret genug sein, um vor allem unerfahrenen Pflegenden in herausfordernden Verteilungssituationen als Handlungsleitlinie Sicherheit zu geben. Sie müssten aber auch Entscheidungsspielräume offenlassen, um konformistischem Entscheidungshandeln vorzubeugen und Pflegende in ihrer beruflichen Rolle zu stärken.

Die Ergebnisse bieten nicht nur einen Beitrag zur Theoriebildung in der Pflegewissenschaft, sondern liefern auch praxisrelevante Ansatzpunkte insbesondere zur Förderung reflexiver Entscheidungskompetenz in der pflegerischen Aus-, Fort- und Weiterbildung.

---

**Dr. Agnes-Dorothee Greiner,**  
**Diplom Berufspädagogik Pflegewissenschaft**  
 agreiner@uni-bremen.de

Literatur unter: [www.uni-bremen.de/institut-fuer-public-health-und-pflegeforschung/ippinfo](http://www.uni-bremen.de/institut-fuer-public-health-und-pflegeforschung/ippinfo)

## Personalia

### Prof. Dr. Gabriele Bolte in den Fachausschuss „Krebs-Prävention und -Früherkennung“ der Deutschen Krebshilfe berufen



Die Deutsche Krebshilfe hat als gemeinnützige Organisation das Ziel, Krebskrankheiten zu bekämpfen durch Verbesserung von Prävention, Früherkennung, Diagnose, Therapie, medizinischer Nachsorge und psychosozialer Versorgung. Sie ist ein wichtiger Förderer von Krebsforschung in Deutschland.

Ende 2024 wurde Prof. Dr. Gabriele Bolte aufgrund ihrer Expertise in Sozial- und Umweltepidemiologie in den Fachausschuss „Krebs-Prävention und -Früherkennung“ der Deutschen Krebshilfe berufen. Hauptaufgaben des Fachausschusses sind die Beratung der Deutschen Krebshilfe zu Fragen der Prävention und Früherkennung sowie die Begutachtung von Förderungsanträgen und die Konzeption von Förderungsschwerpunktprogrammen.

---

**Prof. Dr. Gabriele Bolte**  
 Universität Bremen, Direktorin Institut für Public Health und Pflegeforschung | Leiterin Abt. Sozialepidemiologie  
[www.uni-bremen.de/institut-fuer-public-health-und-pflegeforschung](http://www.uni-bremen.de/institut-fuer-public-health-und-pflegeforschung)

## Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck in die Fachkommission nach § 53 PflBG berufen



Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck wurde 2024 vom damaligen Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach und von der Bundesfamilienministerin Lisa Paus für die zweite Legislaturperiode in die Fachkommission, deren Amtszeit fünf Jahre beträgt, berufen. Im November 2024 fand die konstituierende Sitzung der neu zusammengesetzten

Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz (PflBG) beim Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) in Bonn statt.

Nachdem Ingrid Darmann-Finck in der ersten Legislaturperiode den stellvertretenden Vorsitz innehatte, wurde sie jetzt zur Vorsitzenden der Fachkommission gewählt. Zentrale Aufgaben der neu zusammengesetzten Fachkommission bestehen in den nächsten Jahren in der Aktualisierung der Rahmenlehrpläne für die generalistische Pflegeausbildung und der Entwicklung der Rahmenlehr- und ausbildungspläne für die neu geschaffene bundeseinheitliche Pflegefachassistenzbildung.

Die aus elf Mitgliedern bestehende Fachkommission ist ein im Pflegeberufegesetz geschaffenes Gremium auf Bundesebene, bestehend aus Pflegebildungswissenschaftler\*innen, Pflegewissenschaftler\*innen, Leitungen von Pflegegeschulen und Vertreter\*innen der Pflegeeinrichtungen.

Sie hat die Aufgabe, Empfehlungen für die Erarbeitung von Rahmenlehr- und -ausbildungsplänen auf Grundlage der in den jeweiligen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen beschriebenen Kompetenzen zu entwickeln und diese alle fünf Jahre zu aktualisieren.

Die Rahmenpläne der Fachkommission haben zu einer größeren Vereinheitlichung, einer stärkeren pflegewissenschaftlichen Fundierung und einer mehr am Situationsprinzip ausgerichteten didaktischen Strukturierung der Pflegeausbildung auf Länderebene geführt. Neben den Rahmenplänen hat die Fachkommission auch Module für den Erwerb erweiterter heilkundlicher Kompetenzen nach § 14 PflBG entwickelt. Weitere Informationen sind auf der Homepage der Geschäftsstelle der Fachkommission erhältlich: [www.bibb.de/de/162405.php](http://www.bibb.de/de/162405.php).

Durch die Mitarbeit in der Fachkommission eröffnet sich für Ingrid Darmann-Finck die Gelegenheit, die Erkenntnisse aus ihrer langjährigen Forschung zur Curriculumentwicklung in der Pflege unmittelbar in die Empfehlungen auf Bundesebene einzubringen.

---

### Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck

Universität Bremen, Dekanin Fachbereich 11 Human- und Gesundheitswissenschaften, Institut für Public Health und Pflegeforschung | Leiterin Abt. Qualifikations- und Curriculumforschung  
[www.uni-bremen.de/institut-fuer-public-health-und-pflegeforschung/abteilungen-arbeitsgruppen/pflegeforschung/qualifikations-und-curriculumforschung](http://www.uni-bremen.de/institut-fuer-public-health-und-pflegeforschung/abteilungen-arbeitsgruppen/pflegeforschung/qualifikations-und-curriculumforschung)

## Lehre & Weiterbildung

### Fünf Jahre Ethik-Lehre in den gesundheitswissenschaftlichen Studiengängen der Universität Bremen

Public Health ist an der Schnittstelle von Wissenschaft, Politik und Praxis mit komplexen, oft kontroversen Entscheidungen konfrontiert. Fragen wie „Was sollen wir tun?“, „Wem nützt eine Intervention – und wem nicht?“ oder „Welche Verantwortung trägt die Wissenschaft gegenüber der Gesellschaft?“ verlangen nach ethischer Reflexion.

Ethik beantwortet solche Fragen, indem sie Handlungsoptionen systematisch bestimmt, bewertet und priorisiert. Sie bietet Werkzeuge zur Abwägung und Entscheidungsfindung – stets unter Berücksichtigung gesellschaftlicher Pluralität. Im Gesundheitskontext geht es nicht um abstrakte Prinzipien, sondern um den Einbezug von Überzeugungen unterschiedlicher Interessens- und Dialoggruppen. Entsprechend arbeiten Public-Health-Ethiker:innen häufig interdisziplinär und finden als Vertreter:innen eines Querschnittsfachs Anschluss an verschiedene Forschungsparadigmen.

In Deutschland ist Public Health Ethik ein sehr junges Fach, das sich aktuell in der Entwicklung und Profilbildung befindet. Im internationalen Vergleich existieren bislang nur wenige institutionalisierte Strukturen, um ethische Reflexion systematisch zu verankern.

#### Die Chance kompetenzorientierter Lehre

Lehre kann ethische Reflexion frühzeitig verankern und so angehende Public-Health-Professionals auf ihre gesellschaftliche Verantwortung vorbereiten. Gute Ethik-Lehre ist dabei nicht auf das Vermitteln von Fachwissen beschränkt. Sie fördert moralische Urteilskompetenz, diskursive Fähigkeiten, kritische Recherchekompetenz und die Fähigkeit zur Entscheidungsfindung. Studierende lernen, normative und epistemische Grundlagen – etwa von Gesundheitsinterventionen, Forschungsvorhaben oder politischen Maßnahmen – kritisch zu hinterfragen. Ziel ist es,

die eigene Haltung begründen zu können, andere Positionen zu verstehen und im gemeinsamen Dialog tragfähige Lösungen zu erarbeiten. Auch die Gestaltung konstruktiver Diskursräume, der Umgang mit Unsicherheit und der interprofessionelle Austausch sind zentrale Bestandteile dieser Kompetenzbildung.

### **Verankerung der Ethik in den Bremer Gesundheitswissenschaften**

Am Fachbereich Human- und Gesundheitswissenschaften der Universität Bremen gibt es seit 2020 eine Vollzeitstelle für Public Health Ethik (Universitätslektorat), die seit 2023 mit einer Arbeitsgruppe am Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) angesiedelt ist. Seit 2020 wurde Ethik-Lehre im Bachelor *Public Health/Gesundheitswissenschaften* und in den Master-Studiengängen *Public Health – Gesundheitsförderung und Prävention*, *Public Health – Gesundheitsversorgung, Ökonomie und Management* sowie *Epidemiologie* verankert. Entsprechend dem Charakter eines Querschnittsfachs gibt es kein explizites Ethik-Modul, sondern eine Integration ethischer Themen in verschiedene Module. Die Module und Lehrveranstaltungen sind sowohl im Pflicht- als auch im Wahlbereich verankert.<sup>1</sup> In den am Fachbereich öffentlich annoncierten Master-Lehrveranstaltungen sind regelmäßig Gäste eingeladen, um Studierenden einen Einblick in die ethische Fachcommunity zu geben und von der praktischen Expertise z.B. im Bereich der Ethikberatung zu profitieren.

Neben klassischen Seminaren bietet Bremen Räume für innovative Lehr-Lern-Formate, beispielsweise über das Modul *Open General Studies*. Prüfungen (z.B. Portfolio, Hausarbeit, Referat) orientieren sich häufig an Themen der eigenen Wahl. Sie bieten im Sinne des forschenden Studierens eine Möglichkeit, eigenen Interessen nachzugehen oder die Berufspraxis mit Ethik zu verknüpfen. Eine Besonderheit ist dabei die Verbindung ethischer Fragen mit Filmanalysen im konsekutiven Schwerpunkt *Health Humanities* (B.A. *Public Health/Gesundheitswissenschaften*).

### **Lehr-Lern-Beziehungen als ethische Praxis**

Ein zentraler Gedanke des Bremer Curriculums ist die Gestaltung von fürsorglichen und partizipativen Lehr-Lern-Beziehungen. Denn Lehren ist immer auch eine ethische Tätigkeit. Lehrende beeinflussen mit ihrem Handeln – sei es durch Bewertungen, Kommunikation oder Ressourcenzuteilung – das Wohlergehen und die Entwicklung der Studierenden. Lehrende sollen nicht nur Fachwissen weitergeben, sondern reflektiert und verantwortungsvoll agieren. Dies zeigt sich in einem Verständnis von Fürsorge, Anerkennung und Diversität als zentrale Elemente gelingender Bildung. Transparente Kommunikation oder das gemeinsame Aushandeln von Seminarinhalten schaffen ein Klima der Wertschätzung – und fördern Beteiligung sowie Vertrauen. So bleiben Begriffe wie Gerechtigkeit und Partizipation nicht nur theoretische Konzepte, sondern werden als handlungsleitende Prinzipien erfahrbar, z.B. durch Dialog, Transparenz und das Vorleben professioneller Standards.

### **Zukünftige Aufgaben**

Trotz vieler Impulse bleibt noch viel zu tun. In den kommenden Jahren sollen paradigmatische Fallbeispiele systematisch gesammelt werden, um die ethische Reflexion an konkreten, praxisnahen Fällen zu stärken. Parallel dazu bedarf es einer kreativen Weiterentwicklung der didaktischen Formate, um ethische Inhalte zugänglich, differenziert und interaktiv zu vermitteln. Ebenso wichtig ist ein Überblick über die Integration von Ethik in gesundheitswissenschaftliche Curricula auf bundesweiter Ebene, um vorhandene Strukturen sichtbar zu machen und Synergien zu fördern. Die flächendeckende Verankerung forschungsethischer Standards in der Lehre ist ebenfalls eine zukunftsweisende Aufgabe. Nicht zuletzt soll die Bedeutung von Lehr-Lern-Beziehungen als ethische Praxis weiter gestärkt und wissenschaftlich reflektiert werden.

---

#### **PD Dr. Solveig Lena Hansen**

Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung  
AG Public Health Ethik und Health Humanities  
sohansen@uni-bremen.de  
www.solveiglenahansen.de | www.public-health-ethik.de

1. Die einzelnen Lehrveranstaltungen sind einzusehen auf der Website der AG: [www.uni-bremen.de/institut-fuer-public-health-und-pflege-forschung/abteilungen-arbeitsgruppen/public-health-forschung/public-health-ethik-und-health-humanities](http://www.uni-bremen.de/institut-fuer-public-health-und-pflege-forschung/abteilungen-arbeitsgruppen/public-health-forschung/public-health-ethik-und-health-humanities). Details werden auf Nachfrage gerne mitgeteilt.

## **Wahlschwerpunkt Environmental Public Health im BA Public Health/Gesundheitswissenschaften ist Teil des neuen Zertifikatsprogramms Nachhaltigkeit „BRENA“**

Seit Wintersemester 2023/2024 bieten Prof. Dr. Gabriele Bolte und Dr. Stefanie Dreger den Wahlschwerpunkt *Environmental Public Health* im Bachelorstudiengang *Public Health/Gesundheitswissenschaften* an der Universität Bremen an.

Im Mittelpunkt dieses Wahlschwerpunkts steht die Relevanz von Umwelteinflüssen auf die menschliche Gesundheit aus

einer Public-Health-Perspektive im Kontext von Planetary Health, der globalen Nachhaltigkeitsziele (Sustainable Development Goals, SDG) sowie Umwelt- und Klimagerechtigkeit.

Der einjährige Wahlschwerpunkt umfasst zwei Module: Während das erste Modul gekennzeichnet wird durch die Frage „Was ist das Problem?“, steht im darauf aufbauenden zweiten

Modul die Frage „Was sind Lösungen?“ im Vordergrund. Die Problemidentifikation bezieht sich auf ein vielfältiges Spektrum von gesundheitsrelevanten Umweltbelastungen und -ressourcen auf regionaler bis globaler Ebene. Lösungsstrategien umfassen klassische Ansätze des umweltbezogenen Gesundheitsschutzes bis hin zu integrativen Ansätzen einer gesundheitsfördernden und nachhaltigen Stadtentwicklung sowie Health-in-All-Policies.

Die Studierenden erarbeiten zu einem selbstgewählten Thema aus dem Themenspektrum des Wahlschwerpunkts in Forschungsteams von 3-5 Studierenden zwei innovative und praxisorientierte Formate der Gesundheitsberichterstattung und Politikberatung: Ein Factsheet zur Darstellung der Problemlage in einer ausgewählten Stadt oder Region und deren spezifische Gesundheitsrelevanz am Ende des ersten Moduls und ein Podcast zum Aufzeigen und zur Diskussion von Lösungsansätzen und konkreten Interventionen am Ende des zweiten Moduls.

Die Themen der studentischen Forschungsteams umfassen bisher Luftqualität, Lärmbelastung, Starkregenereignisse, Trinkwasserqualität und Lichtverschmutzung in ausgewählten Städten oder Regionen sowie Grünflächen als gesundheitsfördernde Ressource im urbanen Raum.

Seit Wintersemester 2025/2026 sind die beiden Environmental Public Health-Module Teil des neuen Bremer Nachhaltigkeitszertifikatsprogramms BRENA im Modul 3 „Nachhaltige Entwicklung gestalten“. BRENA steht allen Studierenden im Land Bremen zur Verfügung und bietet fächerübergreifend thematisches Basiswissen und anwendungsbezogene Kompetenzen zu Nachhaltigkeitsthemen und Prozessen der sozial-ökologischen Transformation.

Prof. Dr. Gabriele Bolte, Dr. Stefanie Dreger

Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung  
Abt. Sozialepidemiologie  
gabriele.bolte@uni-bremen.de

## Public Health buten un binnen

### Strukturiertes Promotionsprogramm Gesundheitswissenschaften im Oktober gestartet



Seit dem 1. Oktober 2025 können alle Promovierenden im Wissenschaftsschwerpunkt (WSP) Gesundheitswissenschaften der Universität Bremen im neuen strukturierten Promotionsprogramm Gesundheitswissenschaften promovieren und ein zusätzliches Zertifikat erhalten. Das Begleitprogramm soll sie in ihren Promotionsvorhaben umfassend unterstützen und verfolgt dabei unter anderem die Ziele, die Qualität der Promotion zu sichern, Promovierende gezielt bei ihrer Promotion zu unterstützen sowie die Vernetzung der beteiligten Promovierenden und Betreuenden zu fördern. Das Programm wurde im März 2025 als eins von nur drei strukturierten Promotionsprogrammen der Universität Bremen durch die universitäre Forschungskommission anerkannt.

Kernstück des Programms ist ein Qualifizierungsprogramm, das auf drei Säulen aufbaut: einer strukturierten Betreuung, einem Fort- und Weiterbildungsprogramm sowie selbstständigen Aktivitäten und Vernetzung der Promovierenden. Das Betreuungskonzept (Säule 1) sieht vor, dass sich die Promovierenden in halbjährlichen Fortschritts-treffen mit ihren Betreuenden (mindestens zwei) austauschen und darüber hinaus regelmäßig an fachbezogenen Kolloquien teilnehmen. Das Fort- und Weiterbildungsprogramm (Säule 2) differenziert sich in ein verpflichtendes Basismodul und einen frei wählbaren Bereich. Im Basismodul werden in einer zweitägigen Einführungsveranstaltung Themen wie Verantwortung von Betreuenden und Betreuten, Zeitmanagement oder die Förderung der eigenen Gesundheit aufgegriffen. In weiteren Workshops, die den zweiten Baustein des Basismoduls bilden, geht es unter anderem um Inhalte wie die Einhaltung der guten wissenschaftlichen Praxis,

#### Überblick Qualifizierungsprogramm

	Betreuung	Fort- und Weiterbildung	Aktivitäten, Mitgestaltung und Vernetzung
1 Jahr	Exposé (2 QP)	Basismodul (3QP)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lehre</li> <li>- (Beteiligung an) Forschungsantrag</li> <li>- Kongresspräsentationen</li> <li>- Organisation Veranstaltungen (z. B. Kolloquien)</li> <li>- Akademische Selbstverwaltung</li> <li>- Sprecher:innen der Promovierenden</li> <li>- Bildung von Kleingruppen</li> <li>- Teilnahme Schreiblabor</li> <li>- Interne Präsentationen</li> <li>- ...</li> </ul>
	2 Fortschritts-treffen (1 QP)		
	Teilnahme Kolloquium (1 QP)		
2 Jahr	2 Fortschritts-treffen (1 QP)	frei wählbare Angebote (5-9 QP)	
	Teilnahme Kolloquium (1 QP)		
3 Jahr	2 Fortschritts-treffen (1 QP)		
	Teilnahme Kolloquium (1 QP)		
	8 QP	Bis zu 12 QP	Bis zu 14 QP

Umgang mit Daten und Quellen, den Veröffentlichungsprozess, Wissenschaftskommunikation oder Recherchegrundlagen. Im frei wählbaren Bereich des Fort- und Weiterbildungsprogramms können Promovierende die für sie relevanten Kurse entsprechend ihres persönlichen Bedarfs auswählen. Sie können hier interne Angebote der Betreuenden, der Universität Bremen (z.B. BYRD, YUFE, Data Science Center) und außeruniversitäre Angebote (z.B. Summer Schools) nutzen. In der dritten Säule, den selbstständigen Aktivitäten und Vernetzung können die Promovierenden sich beispielsweise ihre Lehrtätigkeit, Beteiligung an Forschungsanträgen, ihr Engagement in der akademischen Selbstverwaltung oder Kongresspräsentationen anrechnen lassen.

Insgesamt zeichnet sich das Programm durch eine hohe Flexibilität aus, um die individuellen Bedürfnisse der Promovierenden zu berücksichtigen, sie bestmöglich in ihrem Promotionsvorhaben zu unterstützen und auf ihre weitere Karriere vorzubereiten – egal ob diese innerhalb oder außerhalb der Wissenschaft liegt.

Das Programm wird durch die stetige Beteiligung der Betreuenden sowie der Promovierenden mitgestaltet. Betreuende bieten Workshops an und wählen neben den Sprecher:innen auch Vertreter:innen für den Lenkungskreis,

dessen Aufgabe vor allem die Weiterentwicklung des Programms ist. Die Promovierenden wählen ebenfalls Sprecher:innen der Promovierenden, die im Lenkungskreis vertreten und Anlaufstelle für die Promovierenden sind.

Das Sprecher:innenteam, bestehend aus Prof. Dr. Birte Berger-Höger und Prof. Dr. Ansgar Gerhardus, ist zusammen mit der Koordinatorin Fabienne Schnepf für das Programm verantwortlich. Bei Fragen zu Programm und Teilnahme kann Fabienne Schnepf jederzeit gerne kontaktiert werden. Teilnehmen können alle Promovierenden, deren Betreuende Mitglied des Promotionsprogramms sind. Eine Aufnahme ist fortlaufend möglich und erfolgt nach Rücksprache mit den Betreuenden auf Antrag durch das Sprecher:innenteam.

Mehr Informationen zu dem Promotionsprogramm und der Aufnahme finden Sie unter [www.healthsciences.uni-bremen.de/promotion.html](http://www.healthsciences.uni-bremen.de/promotion.html).

—  
**Fabienne Schnepf, Prof. Dr. Birte Berger-Höger, Dr. Maren Emde,  
Prof. Dr. Ansgar Gerhardus**

Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung  
Wissenschaftsschwerpunkt Gesundheitswissenschaften  
[ppgesund@uni-bremen.de](mailto:ppgesund@uni-bremen.de)

## Veranstaltungen

### 20 Jahre Bremer Pflegekongress

Der Bremer Pflegekongress feierte in diesem Jahr sein 20-jähriges Bestehen. Von Beginn an ist Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck Mitglied im wissenschaftlichen Beirat des Kongresses. Der Beirat legt das Schwerpunktthema fest, rekrutiert Referent\*innen, bewertet die eingegangenen Abstracts und übernimmt die Moderation von Sitzungen.

Der von einem engagierten Team der Messe Bremen ausgerichtete Kongress findet jährlich gemeinsam mit dem DEWU Deutscher Wundkongress in mehreren Messehallen und dem Congress Centrum Bremen statt. Jährlich nehmen 4000-5000 Personen an den beiden Kongressen teil, 2025 waren es 4.887 Pflegende, Ärztinnen und Ärzte, Wundexpert:innen, Mitarbeitende der Gesundheitsbran-

che und Fachleute aus der Forschung. Außerdem gibt es eine begleitende Industrieausstellung. Der Pflegekongress steht jedes Jahr unter einem Leitthema, in den letzten Jahren z.B. die Themen Vielfalt, Nachhaltigkeit und Digitalisierung. „Der Bremer Pflegekongress ist deswegen so außergewöhnlich, weil Wissenschaftler\*innen ihre Forschungsergebnisse praxisorientiert für die teilnehmenden Pflegekräfte aufbereiten und Pflegekräfte dadurch unmittelbar von Forschung profitieren können. Umgekehrt schätzen die Referent\*innen den Dialog mit und das Feedback aus der Praxis“, stellt Ingrid Darmann-Finck heraus. Der Bremer Pflegekongress bietet damit hervorragende Potenziale für den forschungsbasierten Austausch zwischen Wissenschaft und Praxis.



## Jährliche Tagungen des Forschungsclusters Gesunde Stadt Bremen

Die jährliche Tagung „Gesunde Stadt“ 2024 fand am 29. November im Kwadrat in Bremen statt. Rund 100 Teilnehmer\*innen aus Wissenschaft, Praxis und Behörden diskutierten das Thema „Gesunde Stadt“ aus verschiedenen Perspektiven. In Impulsvorträgen stellten die Doktorand\*innen und die Postdoktorandin des Forschungsclusters ihren aktuellen Forschungsstand in den sechs Teilprojekten vor. Daran schloss sich ein PosterWalk Gesunde Stadt an, bei dem Projekte aus Praxis und Wissenschaft vorgestellt wurden.

Ein Highlight der Veranstaltung waren die vier Workshops, die als neues Format angeboten wurden. In diesen Workshops tauschten sich die Teilnehmenden intensiv zu Themen wie Einsamkeit in Bremen, digitale Stärkung von sozialer Teilhabe im Alter, Umweltgerechtigkeitsatlas und integriertes kleinräumiges Monitoring sowie Klimaneutralität im Gesundheitswesen aus. Diese interaktiven Sitzungen ermöglichten einen tiefgehenden Austausch zwischen den Teilnehmer\*innen und boten eine gelungene Vernetzung von Praxis und Wissenschaft.

In 2025 fand die vierte und letzte Tagung des Forschungsclusters am 28.11.2025 mit dem Thema „Interdisziplinäre Gesundheitsforschung im Land Bremen – Potenziale für eine Gesunde Stadt“ statt. Nach einem Grußwort der Senatorin für Bau, Mobilität und Stadtentwicklung stellten Doktorand\*innen ihre Forschungsergebnisse in einzelnen Sessions zur Diskussion. Die Ergebnisse des Postdoc-Projekts zum integrierten kleinräumigen Monitoring wurden gemeinsam mit Dr. Jutta Grohmann, Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung, Referat Stadt-, Umwelt- und Raumbewertung, und Dr. Arne Sünemann, Die Senatorin für Bau, Mobilität und Stadtentwicklung der Freien Hansestadt Bremen, diskutiert.

Für ein Keynote-Gespräch bzw. einen Dialog zu Potenzialen, Gelingensbedingungen und Hemmnissen bei Health-in-All-Policies für eine gesundheitsfördernde Stadt waren Dr. Miriam Weber, Senior Policy Advisor für gesunde Städte, gesundes urbanes Leben und Resilienz der Stadt Utrecht, NL, und Julian Bollmann, Programmkoordination „Gesund in Berlin – Stadtteile im Blick“ der Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung in Berlin und Brandenburg, Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V., eingeladen.



Zum Abschluss dieser Tagung und des Forschungsclusters bestand bei dem Get together die Möglichkeit, die Haupterkenntnisse und Kernbotschaften an den Postern der Teilprojekte weiter zu diskutieren.

Das „Forschungscluster Gesunde Stadt Bremen: interprofessionell, digital, nachhaltig“ war als hochschulübergreifender Forschungs- und Transferschwerpunkt angelegt und wurde von der Senatorin für Umwelt, Klima und Wissenschaft 2022 – 2025 gefördert. Sprecher:innen waren Prof. Dr. Gabriele Bolte, Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen, Prof. Dr. Christian von Wissel, Hochschule Bremen, und Prof. Dr. Johanne Pundt, APOLLON Hochschule für Gesundheitswirtschaft.

Aktuelle Informationen unter: <https://gesundheitscampus-bremen.de/forschungscluster/forschungscluster-aktuelles>

—  
**Dr.-Ing. Julita Skodra, Prof. Dr. Gabriele Bolte**

Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung  
Abt. Sozialepidemiologie  
[jskodra@uni-bremen.de](mailto:jskodra@uni-bremen.de)

## Lebenswelten gesund und nachhaltig gestalten: Forschungsverbünde FIGENA stellen sich auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention vor

Seit 2025 adressiert das Bundesministerium für Forschung, Technologie und Raumfahrt (BMFTR) aktuelle Herausforderungen der Evidenzbasierung mit der „Förderung von Interventionsstudien für gesunde und nachhaltige Lebensbedingungen und Lebensweisen“ (FIGENA) mit rund 8,4 Mio. EUR. Im Rahmen der Fördermaßnahme FIGENA untersuchen sechs interdisziplinäre Forschungsverbünde Wirksamkeit

und Gelingensbedingungen der Stadtentwicklung und organisationsbezogene Handlungsansätze für gesunde, ökologisch nachhaltige und sozial gerechte Lebensbedingungen und Lebensweisen.

Auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSP) im September 2025 war ein Tag FIGENA gewidmet: In drei Symposien und einer



Posterbegehung stellten die sechs Forschungsverbände im Detail ihre Konzepte und ersten Ergebnisse vor. Eingeleitet wurde dieser FIGENA-Tag mit der Vorstellung der BMFTR-Förderlinie und mit zwei Keynote-Vorträgen von Dr. Dr. Peter Höpfe, LMU München, zu Klimarisiken, Klimagerechtigkeit und Lösungsansätzen, und Dr. Miriam Weber, Stadt Utrecht, NL, zu „Healthy Urban Living for Everyone: science-police-people“.

Drei Forschungsverbände fokussieren auf das Setting Kommune und die Stadtentwicklung. Eines dieser Verbundprojekte ist das Projekt „SalusTransform – Evaluierung von Maßnahmen zur gerechten gesundheitsfördernden Stadtentwicklung und großen Transformation“, das von der Ab-

teilung Sozialepidemiologie des Instituts für Public Health und Pflegeforschung (IPP) geleitet wird. Die weiteren drei Forschungsverbände adressieren organisationsbezogene Handlungsansätze in den Lebenswelten KiTa, Schule, Betrieb und Pflegeheim.

Prof. Dr. Gabriele Bolte, Abteilung Sozialepidemiologie des IPP, wirkte bei der Konzeption des FIGENA-Tages auf der DGSM-Jahrestagung mit und ist Coautorin der ersten Übersicht zu den sechs Forschungsverbänden (Walter et al., 2025). Dr. Justus Tönnies und Prof. Dr. Gabriele Bolte präsentierten in einem Vortrag Konzept, Ziele und Studiendesign von SalusTransform sowie die drei für die Evaluation ausgewählten Integrierten Stadtentwicklungskonzepte in Bremen, Bochum und Wuppertal. Ellen Senck vertiefte in einem Poster das Studiendesign der Evaluation von ISEK als quasi-experimentelle nicht-randomisierte Interventionsstudie mit einem Vergleichsgebiet pro Stadt auf Basis der Programmtheorie von ISEKs. Aktuell zu dem FIGENA-Tag veröffentlichte das SalusTransform-Team eine Studienbeschreibung (Bolte et al., 2025).

Die sechs Forschungsverbände planen weitere Austauschformate zu Konzepten und Methoden der Implementation und Evaluation von Interventionen.

—  
**Prof. Dr. Gabriele Bolte, Dr. Justus Tönnies, Ellen Senck MA**  
 Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung  
 Abt. Sozialepidemiologie  
 gabriele.bolte@uni-bremen.de

Literatur unter: [www.uni-bremen.de/institut-fuer-public-health-und-pflegeforschung/ippinfo](http://www.uni-bremen.de/institut-fuer-public-health-und-pflegeforschung/ippinfo)

## Neue Veranstaltungsreihe: „Gesunde Zukunft: Nachhaltig und Klimagerecht in Bremen“

Wie wirkt sich der Klimawandel auf unsere Gesundheit aus? Wie kann das Gesundheitssystem nachhaltiger werden? Und wie kann die Klimatransformation so gestaltet werden, dass nicht nur die Umwelt und unsere Gesundheit davon profitieren, sondern sie auch sozial gerecht ist? Diese und weitere Fragen stehen im Fokus der Veranstaltungsreihe „Gesunde Zukunft: Nachhaltig und Klimagerecht in Bremen“, die seit dem Sommersemester 2025 gemeinsam von der Initiative „Nachhaltigkeit, Klimagerechtigkeit, Klimaneutralität“ (NKK) des Fachbereichs 11 der Universität Bremen und den Bremer Gesundheitswissenschaften (Health Sciences Bremen) organisiert wird.

In ihren Vorträgen setzen Expert:innen aus Wissenschaft und Praxis Impulse, die anschließend in der gemeinsamen Diskussion mit dem Publikum aufgegriffen werden. Drei Veranstaltungen machten den Auftakt im Sommersemester 2025: Diskutiert wurde über Umweltwirkungen von Medikamenten, nachhaltiges Schulessen und Hitzeschutz. Im Wintersemester 2025/26 werden in drei Vorträgen die Fragen thematisiert,

wie ein sozial-ökologisches Pflegesystem gestaltet werden kann, ob und wie eine Brücke zwischen den scheinbaren Gegensätzen „Suffizienz“ und „Green Growth“ möglich ist und wie Kommunen Bewegung fördern können.

Über die Motivation, diese neue Veranstaltungsreihe zu organisieren sagt Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck, Dekanin des Fachbereichs 11 der Universität Bremen: „Viele Wissenschaftler:innen am Fachbereich 11 und im Wissenschaftsschwerpunkt Gesundheitswissenschaften beschäftigen sich damit, welche Folgen der Klimawandel für unsere Gesundheit hat und wie wir das Gesundheitssystem nachhaltiger gestalten können. Um dieses Wissen mit Bremer Bürger:innen zu teilen und zu diskutieren, haben wir diese neue Veranstaltungsreihe ins Leben gerufen.“

Alle Informationen zu der Veranstaltungsreihe und dem Programm sind unter <https://tinyurl.com/gesunde-zukunft> verfügbar. Ab dem Wintersemester 25/26 finden alle Veranstaltungen im Haus der Wissenschaft Bremen statt.

## Workshop „Gesunde Stadt für alle: Klimaanpassung gerecht gestalten“ auf der Bremer Transformationskonferenz 2025

Am 19. September 2025 fand in der Bremischen Bürgerschaft die Bremer Transformationskonferenz „Den Wandel gerecht gestalten“ statt, veranstaltet vom Deutschen Gewerkschaftsbund und der Arbeitnehmerkammer in Kooperation mit Bremer Umwelt-, Sozial- und Wohlfahrtsverbänden. Im Zentrum der Diskussionen stand die Frage, wie die Transformation ökologisch ambitioniert und sozial gerecht gestaltet werden kann.

Gemeinsam mit Kolleginnen des Deutschen Roten Kreuzes, Kreisverband Bremen, konzipierten Ellen Senck und Prof. Dr. Gabriele Bolte der Abteilung Sozialepidemiologie des IPP den Workshop „Gesunde Stadt für alle: Klimaanpassung gerecht gestalten“.

Klimawandelfolgen, wie Hitze oder Starkregenereignisse, wirken sich unterschiedlich auf Menschen aus. Dabei spielt die soziale Lage der Menschen eine entscheidende Rolle. Der sehr gut besuchte Workshop startete mit einem kurzen Überblick zu Klimagerechtigkeit und gesundheitlicher Chancengerechtigkeit von Prof. Dr. Gabriele Bolte. Es folgte ein kurzer Input von Karina Busch, Leitung Soziale Dienste beim DRK-Kreisverband Bremen mit Einblicken zur Betroffenheit der DRK-Einrichtungen. Im Anschluss wurde in vier Kleingruppen der Frage nachgegangen, wie soziale Ungleichheiten in den gesundheitlichen Folgen des Klimawandels verringert werden können, um der gesunden Stadt für alle näher zu kommen. Es wurden bestehende Herausforderungen und Hürden identifiziert und mögliche Strategien zu ihrer Überwindung diskutiert.

Um eine gesunde Stadt für alle zu erreichen und Klimaanpassungsmaßnahmen gerecht zu gestalten, erscheinen ressortübergreifende Ansätze besonders erfolgversprechend. Eine bessere Wissensvermittlung mit Fokus auf soziale Ungleichheiten ist eine der entscheidenden Voraussetzungen. Dies sollte möglichst umfassend in dem Gesundheitssektor, der Sozialwirtschaft und verschiedenen politischen Gremien von Ortsämtern über Beiräte und Fachausschüsse bis hin zu bundesweiten Gremien erfolgen. Denkbare und sinnvolle Maßnahmen reichen von der Entwicklung von Notfallplänen, die Ausweitung von Beratungs- und Unterstützungsangeboten bis hin zu baulichen Veränderungen wie z.B. der Begrünung des Stadtraums. Als zentrales Element für die Stadtplanung der Zukunft wurde außerdem das Schwammstadtprinzip angeführt.

Eine Dokumentation der Bremer Transformationskonferenz wird Ende 2025 erscheinen.

—

**Ellen Senck MA, Prof. Dr. Gabriele Bolte**

Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung  
Abt. Sozialepidemiologie  
gabriele.bolte@uni-bremen.de

## Publikationen



**Nicole Duveneck, Marianne Rahmer, Ingrid Darmann-Finck**

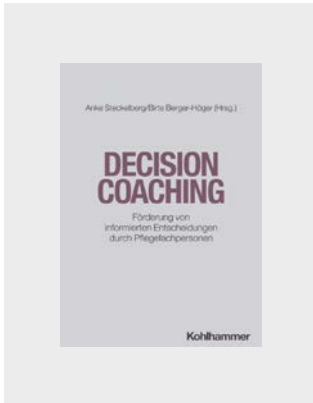
### Modulcurriculum für die Praxisanleitungsqualifikation

*Ein hochschulisches Bildungsangebot*

*Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) (2025)*

Das Modulcurriculum für die Zusatzqualifikation zur hochschulischen Praxisanleitung wurde im Rahmen eines vom Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) beauftragten Forschungsprojekts als curriculare Grundlage für hochschulische Weiterbildungseinrichtungen entwickelt. Es ist zugeschnitten auf Pflegefachpersonen mit abgeschlossener hochschulischer Pflegeausbildung oder mit einem pflegespezifischen Bachelorstudium. Das Curriculum für die 300-stündige Zusatzqualifikation besteht aus fünf Modulen mit einem Umfang von jeweils 30 bis 120 Stunden. Zu den Modulen werden konkrete Lernsituationen und -einheiten empfohlen, für deren Erarbeitung ausgewählte didaktisch-methodische Verläufe vorgeschlagen werden. Mit den Verläufen verknüpft sind ausgearbeitete Lehr-Lern-Materialien.

**Kostenfreier Download unter: [www.bibb.de/dienst/publikationen/de/20129](http://www.bibb.de/dienst/publikationen/de/20129)**



**Anke Steckelberg, Birte Berger-Höger (Hrsg.)**

*Decision Coaching – Förderung von informierten Entscheidungen durch Pflegefachpersonen*

*Kohlhammer, 2025*

Bei vielen medizinischen und pflegerischen Entscheidungen stehen mehrere Optionen mit unterschiedlichen Vor- und Nachteilen zur Wahl. Patient:innen sind dabei häufig unsicher, welche Option ihren persönlichen Werten und Lebensumständen am besten entspricht. *Decision Coaching* unterstützt diese Entscheidungsprozesse: Pflegefachpersonen und andere Gesundheitsprofessionen begleiten Menschen dabei, informierte und individuell passende Entscheidungen zu treffen.

Das interdisziplinäre Herausgeberwerk führt fundiert in das Konzept des Decision Coachings ein. Es beleuchtet aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse, praktische Anwendungsfelder sowie unterschiedliche Perspektiven auf Umsetzung und Professionalisierung.

**ISBN 978-3-17-043669-5**



**Gabriele Bolte**

*Umweltgerechtigkeit. Eine Public-Health-Perspektive auf Chancengerechtigkeit bei Umwelt und Gesundheit.*

*In: Wichmann HE, Fromme H, Zeeb H (Hrsg.). Handbuch der Umweltmedizin.*

*Toxikologie – Epidemiologie – Hygiene – Belastungen – Wirkungen – Diagnostik – Prophylaxe. ecomed Medizin, Landsberg am Lech 2025. 82. Erg.-Lfg. 8/25, Beitrag II-5, S. 1-17*

Das „*Handbuch der Umweltmedizin. Toxikologie – Epidemiologie – Hygiene – Belastungen – Wirkungen – Diagnostik – Prophylaxe*“ ist das Standardwerk für Umweltmedizin im deutschsprachigen Raum und wird als Loseblattwerk fortlaufend mit neuen Themen aus dem Bereich Umwelt und Gesundheit aktualisiert.

Im August 2025 wurde erstmals mit dem Beitrag von Prof. Dr. Gabriele Bolte die Thematik Umweltgerechtigkeit in das Handbuch aufgenommen.

Umweltgerechtigkeit ist ein normatives, handlungsorientiertes Leitbild. Es zielt darauf ab, die Mechanismen der Entstehung sozialer Ungleichheiten in Umweltexpositionen und ihrer gesundheitlichen Wirkungen zu verstehen, diese Ungleichheiten zu verringern bzw. bestenfalls von vorne herein zu verhindern und so gesunde Lebensumwelten für alle Menschen zu gestalten. Dabei stehen Fragen einer sozial unterschiedlichen und ungerechten Verteilung von Umweltbelastungen bzw. Zugang zu Umweltressourcen, einer sozial unterschiedlichen Vulnerabilität hinsichtlich negativer Gesundheitswirkungen von Umweltexpositionen und ungerechte Teilhabe- und Verwirklichungschancen im Mittelpunkt. Umweltgerechtigkeit impliziert Chancengerechtigkeit bei Umwelt und Gesundheit und bezeichnet ein

inter- und transdisziplinäres Forschungs- und Handlungsfeld. In diesem Beitrag wird ein Überblick zu Umweltgerechtigkeit mit einem Fokus auf einer Public-Health-Perspektive gegeben. Es werden die wesentlichen Gerechtigkeitsdimensionen und ethische Prinzipien sowie konzeptionellen Überlegungen zum Zusammenhang von sozialer Lage, Umwelt (einschließlich Klimawandelfolgen) und Gesundheit dargestellt. Die Ursprünge der Auseinandersetzung mit Umweltgerechtigkeit in Deutschland und der aktuelle Kenntnisstand werden zusammengefasst und anhand von Beispielen illustriert. Aktuelle methodische Herausforderungen und offene Fragen im Forschungsfeld Umweltgerechtigkeit werden diskutiert. Umweltgerechtigkeit als ein integrativer Handlungsansatz umfasst verschiedene Themenfelder, Sektoren und Akteure. In dem Beitrag werden Beispiele für ein kleinräumiges Monitoring auf kommunaler Ebene und für ein Monitoring auf internationaler Ebene vorgestellt, die die informierte Entscheidungsfindung seitens Gesellschaft und Politik unterstützen sollen. Strategien der sozialökologischen Transformation und der gesundheitsfördernden Stadtentwicklung bieten viele Ansatzpunkte und Chancen, mehr Umweltgerechtigkeit zu erreichen.

## Aktuelle Publikationen in Journals mit Peer-Review

### Die nachfolgende Liste zeigt eine Auswahl aktueller Publikationen der Mitarbeiter:innen des IPP in Journals im Zeitraum Januar bis November 2025

- Altinok K, Güney S, Yüceer B, Razum O, Roes M. Intersectional research on dementia care for people from culturally and linguistically diverse backgrounds: a protocol for a scoping review. *BMJ Open*. 2025;15(8):e091289.
- Altona J, Wiegelmann H, Mena E, Schüz B, Wolf-Ostermann K. Neighborhood-built environment and cognitive or social health in older adults with mild cognitive impairment or dementia: an umbrella review. *BMC Geriatrics*. in press;
- Behrmann L, Epp A, Gras J, Thane K. Qualitative Methodenlehre jenseits von Forschungswerkstätten und seminaristischen Lehrforschungsprojekten: der Mythos Vorlesung? *Forum Qual Sozialforsch*. 2025;26(2):Art. 19.
- Bender H, Jobski K, Schmiemann G, Hamprecht A, Hoffmann F. Urinary tract infection in outpatients in Germany: a cross-sectional study of diagnostics and susceptibility testing in medical laboratories. *BJGP Open*. 2025;9:bjgpopen25X0004. doi:10.3399/BJGPO.2025.0004.
- Bolte G, Tönnies J, Krumreihm A, Stelzer F, Senck E, Gröne K, et al. Entwicklung einer gesunden Stadt für alle: Verbundprojekt SalusTransform. *Public Health Forum*. 2025;33(3):262-5.
- Brand T, Singh H, Steiner C, Hübner W, Lakeberg M, Kolschen J, et al. Addressing health literacy among long-term unemployed persons. The FORESIGHT intervention study. *BMC Public Health*. in press;
- Czakó A, Potenza MN, Hodgins DC, Yu SM, Wu AMS, Jiménez-Murcia S, et al. Research priorities in gambling: Findings of a large-scale expert study. *J Behav Addict*. 2025. In press.
- Czwikla G, Telkmann K, Dreger S, Bolte G. Umweltgerechtigkeit – Herausforderungen für räumliche Analysen und Monitoring. *Bundesgesundheitsblatt* 2025. <https://doi.org/10.1007/s00103-025-04118-1>
- Czwikla J, Schmiemann G, Schleef T, Stiel S, Hoffmann F. Who changes indwelling urinary catheters in male nursing home residents and where? Results from a nationwide cross-sectional survey in Germany. *Urol Int*. 2025;109(3):229-35.
- Darmann-Finck I, Hülsmann L. Hintergründe für die curriculare Gestaltung von primärqualifizierenden Studiengängen. *Pflege Gesellschaft*. 2025;30(1):79-84.
- Duveneck N, Baumeister A, Darmann-Finck I. Förderung arbeitsgebundener Lernprozesse in der Pflege: Eine qualitative Metaanalyse. *Eingereicht in: ZEFQ*. 2025.
- Evers S, Kloppe T, Gerhardus A. Perspektiven von Pädierinnen und Hausärztinnen auf die Vermittlung von Patient\*innen mit sozialen Problemen an nichtmedizinische Angebote: eine Querschnittserhebung. *Thieme*. 2025. doi:10.1055/a/2518 8609.
- Fastenau A, Abd El Aziz MS, Schlumberger F, Stützel SCW, Asböck A, Gunasekara L, Köhler C, Hoerauf A, Schneitler S. Vernachlässigte Tropenkrankheiten- Gemeinsam handeln für eine Welt ohne NTDs. *Robert Koch Institut. Epidemiologisches Bulletin*. 2025;5:3-9. doi.org/10.25646/12984
- Fastenau A, Beresford MO, Willis M, Stuetzel SC, Schlumberger F, Duighuisen HNW. Understanding reasons for delay in diagnosis of leprosy in Pakistan: A qualitative study. *PLoS Negl Trop Dis*. 2025;19(1):e0012764. doi.org/10.1371/journal.pntd.0012764
- Fastenau A, Schwermann F, Mora AB, Maman I, Hambridge T, Willis M, Vedithi SC, Ortuño-Gutiérrez N. Challenges and opportunities in the development and implementation of zero leprosy roadmaps in low-endemic settings: Experiences from Bolivia, Pakistan, and Togo. *PLoS Negl Trop Dis*. 2025 Apr 28;19(4):e0013009. doi: 10.1371/journal.pntd.0013009
- Fleckinger S, Schmidt-Semisch H. „Sterben braucht ganz viele Ausnahmen“. Eine qualitative Studie zur hospizlich-palliativen Versorgung im Strahlvolzug. *Präv Gesundheitsf*. 2025;20:32-9.
- Gassen T, Bethke H, Gross A, Goltz S, Purnhagen J, Schmidt-Semisch H, et al. „Auf der Arbeit schmeckt es immer“ – Gründe für das Rauchen von Pflegefachkräften im Krankenhaus: Ergebnisse einer qualitativen Studie. *Präv Gesundheitsf* [Internet]. 2025 June 6 [cited 2025 Aug 26]; Available from: <https://doi.org/10.1007/s11553-025-01240-5>
- Gebhardt K, Schmiemann G. Todesursachen bei Patientinnen einer Bremer Hausarztpraxis. *Z Allg Med*. 2025. doi:10.1007/s44266-025-00450-6.\*
- Göbel A, Neubüser L, Stahlke I, Bindt C. Zwischen Ideal und Realität: intensivierte Mutterschaft, emotionales Erleben und psychische Belastungen von Müttern. *Psychotherapie*. 2025. Online first.
- Hauß MW, van Eickels D, Stephan I, Tönnies J, Hartmann M, Wensing M, Szecsenyi J, Icks A, Friederich HC. Development of Telepresence Among Patients and Psychotherapists in the Actor-Partner Interdependence Model: Longitudinal Observational Study of 20 Dyads From a Randomized Trial on Video Consultations in Primary Care. *JMIR Ment Health* 2025; 12:e70415. doi: 10.2196/70415
- Hayer T, Butz S, Brosowski T. Online-Glücksspielverhalten vor Einführung des Glücksspielstaatsvertrages 2021: Analysen von Paneldaten im Querschnitt. *Sucht*. 2025;71:141-56.
- Helmer SM, Buck C, Matos Fialho PM, Pischke CR, Stock C, Heumann E, et al. Factors Associated with Substance Use and Physical Activity Among German University Students 20 Months into the COVID-19 Pandemic. *Journal of Prevention*. 2025.
- Jaehn P, Rach S, Bolte G et al. What can we learn from an intersectionality-informed description of study participants? Results from the German National Cohort. *Int J Equity Health* 2025; 24(1):151. doi:10.1186/s12939-025-02521-3.
- Jilani H, Intemann T, Eiben G, Lauria F, Lissner L, Michels N, Molnár D, Moreno L A, Pala V, Tornaritis M, Veidebaum T, Ahrens W, Hebestreit A; the I.Family consortium. Association of ability to rank sweet and fat taste intensities with sweet and fat food propensity ratios of children, adolescents and adults: the I.Family study. *Eur J Nutr*. 2025;64(1):42. doi:10.1007/s00394-024-03538-0.
- Jilani H, Schilling I, Gerhardus A, Klink U. Active involvement of children aged 11-12 years in the development of a healthy nutrition intervention: a qualitative evaluation from researchers' and children's perspectives. *BMC Public Health*. 2025;25:2767. doi:10.1186/s12889-025-19256-8.
- Jones CM, Conner M, Schüz B. From mere "stability" to "durability": Revisiting intention dynamics from a self-regulatory perspective with intensive longitudinal methods. *Appl Psychol Health Well Being*. 2025 Feb;17(1):e12633.
- Kaden J, Berger-Höger B. Theories, models and frameworks of school nursing – a scoping review. *BMC Nurs*. 2025;24(1):1164. doi:10.1186/s12912-025-03730-5.
- Kaden J, Peper J, Rahn AC, Berger-Höger B. Informed decision-making about COVID-19 vaccination: development and feasibility of a decision support intervention: a mixed-methods study. *J Health Commun*. 2025;1-15. doi:10.1080/10810730.2025.2515533.
- Kautz-Freimuth S, Shukri A, Stracke C, Isselhard A, Berger-Höger B, Steckelberg A, et al. Factors influencing role preferences in decision-making of healthy women with BRCA1/2 pathogenic variants: subanalysis from a randomized controlled decision coaching trial. *BMC Cancer*. 2025;25(1). doi:10.1186/s12885-025-13541-1.
- Keil M. Reporting units in life-cycle assessments of hospitals: a systematized review of the literature. *Environmental Research: Health* 2025.
- Khanal S, Baral SC, Boeckmann M. Exploring barriers and facilitators to integrating health equity into health and climate change policies in Nepal – a qualitative study among federal level stakeholders. *BMC Health Serv Res*.2025;25:687. <https://doi.org/10.1186/s12913-025-12862-y>
- Klink U, Intemann T, Bogl LH, Lissner L, Gwozdz W, De Henauw S, et al. Consumer attitudes towards dietary behaviors: a mediator between socioeconomic status and diet quality in European adults. *Eur J Nutr*. 2025 Mar 19;64(3):127. doi:10.1007/s00394-025-03645-6.
- Kolschen J, Schüz B. Soziale Benachteiligung und Gesundheitskompetenz in Deutschland. *Präv Gesundheitsf* [Internet]. 2025 Mar 26 [cited 2025 Mar 28]; Available from: <https://doi.org/10.1007/s11553-025-01221-8>
- Kraus U, Horstmann S, Dandolo L, Bolte G, Peters A, Schneider A on behalf of the INGER study group. Sex/gender in the association of ambient air pollution and cardiovascular mortality: systematic review and meta-analysis. *Ecotox Environ Safe* 2025; 300: 118443; doi: 10.1016/j.ecoenv.2025.118443.
- Kurotschka PK, Koch MJ, Bucher E, Figueiras A, Gensichen J, Hapfelmeier A, Hay AD, Kretzschmann C, Kurzai O, Lám TT, Lasher K, Massidda O, Sanftenberg L, Schmiemann G, Schneider A, Simmenroth A, Stark S, Warkentin L, Ebell MH, Gágyor I; Bavarian Practice-Based Research Network (BayFoNet). Dipsticks and point-of-care microscopy in urinary tract infections in primary care: results of the MicUTI pilot cluster randomised controlled trial. *PLoS One*. 2025;20(10):e0332390. doi:10.1371/journal.pone.0332390.
- Lehnchen J, Helmer SM, Heinrichs K, Burian J, Deptolla Z, Heumann E, et al. Assessment of study conditions, needs for action and students' mental health in Germany – results from the cross-sectional StudIBiFra study. *J Public Health (Berl)*. 2025.
- Liao M, Zhang S, Wolf K, Bolte G, Laxy M, Schwettmann L, Peters A, Schneider A, Kraus U. Long-term associations between ambient air pollution and self-perceived health status: Results from the population-based KORA-Fit study. *Int J Hyg Environ Health* 2025; 264: 114513. doi: 10.1016/j.ijheh.2024.114513 (Epub 23.12.2024).
- Lienesch P, Rothgang H, Gerhardus A, Wolf Ostermann K, Hoffmann F, Czwikla J. Hospitalizations, emergency medical care utilization, and contacts with the regional on call medical services among nursing home residents in Germany: a cross sectional study in 44 nursing homes. *BMC Health Serv Res*. 2025;25:194. doi:10.1186/s12913 025 12342 3.
- Maetzler C, Graeber J, Schmidtman D, Prodan A, Avedano L, Bale C, et al. Empowering patients: A multimodal digital health technology survey of patients with neurodegenerative disorders and immune-mediated inflammatory diseases. *DIGITAL HEALTH*. 2025 May;11:20552076251380054.
- Marionneau V, Luoma E, Turowski T, Hayer T. Limit-setting in online gambling: A comparative policy review of European approaches. *Harm Reduct J*. 2025;22:15.
- Marquard S, Schmeer-Oetjen R, Skowronski M, Steffen Y, Hülsken-Giesler M. Strukturmodell zur digitalen Unterstützung An- und Zugehöriger von Menschen mit fortgeschrittenem Brustkrebs: Eine empirisch begründete Konzeptentwicklung. *Pflege Gesellschaft*. 2025.
- Mayoral-García C, Fastenau A, Ghergu C. Exploring the experiences of leprosy stigma among patients and healthcare workers in Norte de Santander, Colombia. *PLOS Glob Public Health*. 2025;5(3):e0003939. doi.org/10.1371/journal.pgph.0003939.
- Misonow J, Wolf-Ostermann K, Altona J, Stiefler S, et al. A complex intervention to reduce hospital admissions for people living with dementia in shared housing arrangements in Germany: results of the multicenter, clusterrandomized controlled DemWGstudy. *BMC Med*. 2025;23:262.
- Neal D, Wolf-Ostermann K, et al. Effective for Whom? A Review of Psychological and Social Intervention Recommendations in European Dementia Care Guidelines Through the Lenses of Social Health and Intersectionality. *Behav Sci*. 2025;15(4):457.
- Oldenburg J, Keil M, Maaß L, Lange O, Rogowski W. Study Protocol for a Delphi Process to Develop a Climate Impact Extension to the Consolidated Health Economic Evaluation Reporting Standard (CHEERS) 2022—the CHEERS Climate Checklist. *BMJ Open* 2025. 15:e094617 10.1136/bmjopen-2024-094617.
- Oldenburg J, Lange O, Keil M, Huserau D, Rogowski W. Points to consider for incorporating climate impacts into health economic evaluation. *The European Journal of Health Economics*

2024 [im Druck].

Paul RE, Seibert K, Liu H, Schultz T. Longitudinal Data Acquisition for AI Services in Long-Term Care Facilities for Older Adults. In: 18th International Joint Conference on Biomedical Engineering Systems and Technologies (BIOSTEC 2025); 2025; Porto, PT. SciTePress.

Pedros Barnils N, Gustafsson PE. Intersectional inequities in colorectal cancer screening attendance in Sweden: Using decision trees for intersectional matrix reduction. *Social Science & Medicine*. 2025 Jan 1;365:117583.

Pedros Barnils N, Alazza NN, Emmer C, Callies CM, Mata J, Schüz B. Soziale Unterschiede im Gesundheitsverhalten verstehen und verändern: Ernährung als Schnittstelle zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit. *Bundesgesundheitsbl [Internet]*. 2025 July 23 [cited 2025 Aug 13]; Available from: <https://doi.org/10.1007/s00103-025-04099-1>

Ramadani L, Boeckmann M, Klüsener C, Sioen GB. Gaps in climate health literacy: An analysis of Kosovo's pre-university curricula and textbooks. *Front Clim*. 2025;7:1531555. doi.org/10.3389/fclim.2025.1531555

Ramadani L, Lumbi SL, Veselaj Z, Boeckmann M. Pre-service teachers' insights on climate change and health in Kosovo: Exploring knowledge, attitudes, and practices. *J Clim Chang Health*. 2025;22:100434. doi.org/10.1016/j.joclim.2025.100434

Ramadani L, Rahimitabar P, Caka F, Boeckmann M. Pre-service teachers as partners in climate change and health education. *Front Educ*. 2025 Sep;10:1613246. doi: 10.3389/feduc.2025.1613246.

Rogowski W, Pfaffenbach M, Kronenberg T. Promoting the Promises of 'Sufficiency' Without Stumbling Into Its Pitfalls – an Ethically Reflected Economic Perspective. *Zeitschrift für Wirtschafts- und Unternehmensethik* 2025. 26 (2): 181–212.

Rumpf HJ, John U, Seitz H, Rehbein F, Scherbaum N, Havemann-Reinecke U, Hayer T. Bewertung von Empfehlungen zum risikoarmen Umgang mit Alkohol, Cannabis, Glücksspielen und Computerspielen – Stand des Wissens. *Nervenarzt*. 2025. Im Druck.

Schilling L, Kaden J, Bán I, Berger-Höger B. Development of a generic decision guide for patients in oncology: a qualitative interview study. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2025;25(1):1–12. doi:10.1186/s12911-025-02960-6.

Schmiemann G, Dörks M, Grah C; Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM); Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP). S2k-Leitlinie: Klimabewusste Verordnung von Inhalativa. *Pneumologie*. 2025;79(5):a2561-9329.

Schuster A, Tigges P, Grune J, Kraft J, Greser A, Gágyor I, Böhme M, Klingenberg A, Eckmanns T, Maun A, Mentzel A, Schmiemann G, Heintze C, Bleidorn J. Self-reported acceptability and feasibility of a multimodal intervention to reduce antibiotic prescriptions for urinary tract infections in primary care: a process evaluation of the RedAres trial among general practitioners and medical practice assistants. *BMC Health Serv Res*. 2025 Aug 30;25(1):1160. doi:10.1186/s12913-025-13218-2.

Schüz B, Wenzel M, Jones CM. Momentary health behaviour cues are moderated by educational attainment: Findings from two ecological momentary assessment studies. *Social Science & Medicine*. 2025 June 1;374:118057.

Seibert K, Domhoff D, Fricke J, Wolf-Ostermann K. German version of the engagement of a person with dementia scale: translation and initial application experiences. *Z Gerontol Geriatr*. 2025;58(2):109-14.

Seibert K, Wolf-Ostermann K. ProKIP: Rationale and Development of the AI-Nursing-Care-Readiness-Assessment (AINCRA). In: Yurish S, editor. *Proceedings of the 1st International Conference on AI in Medicine and Healthcare*. 2025. p. 56-50. Available from: [https://sensorsportal.com/AIMH\\_2025/AIMH\\_2025\\_Proceedings.pdf](https://sensorsportal.com/AIMH_2025/AIMH_2025_Proceedings.pdf)

Singh H, Härtling V, Samkange-Zeeb F, Kolschen J, Brand T, Zeeb H, et al. Wie verständlich ist das Messinstrument HLS-EU-Q16 zur Bestimmung der Gesundheitskompetenz für Personen in Langzeitarbeitslosigkeit: Eine qualitative Untersuchung anhand der Think-Aloud Methode. *Das Gesundheitswesen [Internet]*. 2025 June 10 [ci-

ted 2025 June 17]; Available from: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/a-2570-0424>

Spiekermeier Gimenes S, Stephanow V. „Herr Eppendorf hat aber auch abgebaut!“ – Ermittlung sprachlicher Anforderungen im Pflegeunterricht mithilfe funktionaler Analysen für eine scaffolding basierte Unterrichtsplanung. *Eingereicht in: Sprache im Beruf. Kommunikation in der Aus- und Weiterbildung – Forschung und Praxis*.

Stuetzle SCW, Willis M, Barnowska EJ, Bonkass AK, Fastenau A. Factors influencing vaccine hesitancy toward non-covid vaccines in South Asia: a systematic review. *BMC Public Health*. 2025 Apr 2;25(1):1246. doi: 10.1186/s12889-025-22462-4

Telkmann K, Gudi-Mindermann H, Bogers R, Ahrens J, Tönnies J, van Kamp I, Vrijkotte T, Bolte G. Identification of exposome clusters based on societal, social, built and natural environment – Results of the ABCD cohort study. *Environ Int* 2025; 197: 109335. <https://doi.org/10.1016/j.envint.2025.109335>

Tönnies J, Ahrens J, Hasselder P, van Houten P, van Eerten JJ, White M, Weber M, Bolte G. Tackling transport poverty with offers for shared mobility – a qualitative analysis on mobility needs and barriers in the context of a new mobility hub in a deprived neighbourhood. *Cities & Health* 2025. <https://doi.org/10.1080/23748834.2025.2539608>

Turowski T, Hayer T, Girndt L, Frisone F. Scoping review about gambling and gambling problems in older adults. *J Gambli Issues*. 2025. In press.

Turowski T, von Meduna M, Brosowski T, Hayer T. Spielerschutz im Internet: Evaluation der Maßnahmen des Glücksspielstaatsvertrages 2021. *Sucht*. 2025. Im Druck.

Verbeek T, Knöll M, Köckler H, Bolte G, Costa C, Maierhofer M, Shrestha R, Grant M. The role of visual images in urban planning for health equity. *Cities & Health* 2025. <https://doi.org/10.1080/23748834.2025.2508661>

Walter U, Bolte G, Eichinger M, Geene R, Hoffmann B, Pischke CR. Lebenswelten gesund, ökologisch nachhaltig und sozial gerecht gestalten – Forschungsverbünde FIGENA. *Public Health Forum* 2025; 33(3): 232-236

Wellmann A, Müller R, Hansen SL. One app fits all? Ethische Reflexion digitaler Gesundheitsanwendungen in der Adipositas-Versorgung. *Ethik in der Medizin*; 2025; 37, 49–68.

Willis M, Wetering JV, Brown H, Barnowska EJ, Stuetzle SC, Nadiruzzaman M, Fastenau A. Barriers and facilitators to pediatric tuberculosis management in India: a systematic review. *BMC Infect Dis*. 2025 Apr 10;25(1):495. doi: 10.1186/s12879-025-10863-0

Wolf K, Dallavalle M, Niedermayer F, Bolte G, Lokes T, Schikowski T, Greiser KH, Schwettmann L, Westerman R, Nikolaou N, Staab J, Wolff R, Stübs G, Rach S, Schneider A, Peters A, Hoffmann B. Environmental exposure assessment in the German National Cohort (NAKO). *Environ Res* 2025; 273: 121259. doi: <https://doi.org/10.1016/j.envres.2025.121259>

Yüceer B, Beke M, Ercivan S. The mediating role of psychological well-being in the relationship between mindfulness and patient education implementation among oncology nurses: A cross-sectional study. *Eur J Oncol Nurs*. 2025;76:102892.

Yüceer B, Cinar FI. Multidimensional Factors Associated with Treatment Adherence in Type II Diabetes: The Roles of Spiritual Well-Being and Mindfulness. *Complement Ther Med*. 2025;103251.

Zahid M, Rahman F, Chowdhury A, Rana SH, Ansaari S, Lim AK, Danaee M, Boeckmann M, et al. mHealth intervention (mTB-Tobacco) for smoking cessation in people with drug-sensitive pulmonary tuberculosis in Bangladesh and Pakistan: protocol for an adaptive design, cluster randomised controlled trial (Quit4TB). *BMJ Open*. 2025 Feb;15(2):e089007. doi.org/10.1136/bmjopen-2024-089007

Zeeb H, Loss J, Starke D, Altgeld T, Moebus S, Geffert K, Gerhardus A. Public health in Germany: structures, dynamics, and ways forward. *Lancet Public Health*. 2025;10(-):[Epub ahead of print]. doi:10.1016/S2468-2667(25)00033-7

## Impressum

IPPinfo, Ausgabe 22, 19. Jahrgang

ISSN 1864-4074 (Printausgabe)  
ISSN 1864-452X (Internetausgabe)

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

**Kontakt:** Heike Mertesacker MPH, Universität Bremen, Geschäftsstelle des Instituts für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Fachbereich 11, Universitätsallee 1c, 28359 Bremen, **Tel.** (+49) 0421 218 – 68980, **Mail:** [hmertes@uni-bremen.de](mailto:hmertes@uni-bremen.de), [www.uni-bremen.de/institut-fuer-public-health-und-pflegeforschung](http://www.uni-bremen.de/institut-fuer-public-health-und-pflegeforschung)

**Redaktion:** Prof. Dr. Gabriele Bolte, Dr. Maren Emde, Heike Mertesacker MPH.

**Kontakt Redaktion:** [ippgs@uni-bremen.de](mailto:ippgs@uni-bremen.de)

**Beiträge:** Nourat Noemi Alazza M.Sc., Prof. Dr.-Ing. Sabine Baumgart, Prof. Dr. Birte Berger-Höger, Prof. Dr. Gabriele Bolte, Prof. Dr. Melanie Böckmann, Rasmus Cloes M.Sc., Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck, Dominik Domhoff M.A., Dr. Stefanie Dreger, Dr. Maren Emde, Larissa Fenker, Katharina Förster, Rosa Freiheit, B.A., Prof. Dr. Ansgar Gerhardus, Dr. Agnes-Dorothee Greiner, PD Dr. Solveig Lena Hansen, Christina Hartig-Magulsky Dr. Tobias Hayer, Dr. Stefanie M. Helmer, Sophie Horstmann MSc., Jana Kaden, Margrit E. Kaufmann, Kai Knapp, Jonathan Kolschen M.Sc., Anika Küchenhoff BSc., Dr. Joseph Kuhn, Julia Lauberg, Juliana Lenz, Julia Lünnen, Heike Mertesacker MPH, Lena Oeltjen, Dr. Sebastian Partsch, Klara Pechtel, Dr. Fabienne Pradella, Lira Ramadani, Nicole Schemmel, PD Dr. Guido , Schmiemann MPH, Fabienne Schnepf, Prof. Dr. Benjamin Schüz, Dr. Kathrin Seibert, Ellen Senck MA, Dr.-Ing. Julita Skodra, Anke Steckelberg, Dr. Franziska Stelzer, Valeska Stephanow, Lara Anabell Thiesen, B.A., Dr. Justus Tönnies, Tobias Turowski M. Sc., Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann.

**Redaktionsschluss der vorliegenden Ausgabe:** 15.10.2025

**Auflage:** 200

**Gestaltung:** Katharina Mahler, Uni-Druckerei

**Druck:** Druckerei der Universität Bremen

**Webdesign und technische Umsetzung des Onlinemagazins:** Erik Petri

**Bildnachweis:** Titel: © Ольга Ловвиненко, © AlyxArt, © Marina – stock.adobe.com

**Erscheinungsweise:** 1x jährlich

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

**Onlinemagazin unter:** [www.uni-bremen.de/institut-fuer-public-health-und-pflegeforschung/ippinfo/ausgabe-22](http://www.uni-bremen.de/institut-fuer-public-health-und-pflegeforschung/ippinfo/ausgabe-22)

**Ausgabe zum Download unter:** [www.uni-bremen.de/institut-fuer-public-health-und-pflegeforschung/ippinfo](http://www.uni-bremen.de/institut-fuer-public-health-und-pflegeforschung/ippinfo)

**Mailingliste zum Abonnieren oder Abbestellen der Online-Ausgaben unter:** <https://mailman.zfn.uni-bremen.de/cgi-bin/mailman/listinfo/ipp-info>



Das IPP ist Teil des Wissenschaftsschwerpunktes Gesundheitswissenschaften der Universität Bremen [www.healthsciences.uni-bremen.de](http://www.healthsciences.uni-bremen.de)