

# Programm Drei-Länder-Kongress Gesundheits- und Medizinsoziologie 2019: «Krankheit und Gesundheit im Lebensverlauf»

**Dienstag, 27. August 2019**

08:15 – 09:00	Registrierung, Kaffee								TN Foyer	
09:00 – 09:30	Eröffnung								TN E0.58	
09:30 – 10:15	<b>Plenarvortrag</b> «Gesundheit, Krankheit und gesundheitliche Ungleichheit im Lebenslauf» ( <a href="#">Abstract</a> ) <i>Prof. Dr. Nico Dragano, Universität Düsseldorf</i>								TN E0.58	
10:30 – 12:00	<u>Session 1a:</u> «Gesundheitliche Bedeutung kritischer Übergänge und sensibler Lebensphasen in der Jugend und im jungen Erwachsenenalter» <i>Nico Vonneilich, Hamburg</i>	TS 02.09	<u>Session 1b:</u> «Gesundheitsungleichheiten im höheren Alter: Unterschiede in Krankheitsprävalenzen und in individuellen Folgen von Erkrankungen» <i>Marc Höglinger, Winterthur</i> <i>Peter Kriwy, Chemnitz</i>	TS 02.16	<u>Session 1c:</u> «Gesund durch Arbeit?» <i>Heike Ohlbrecht, Magdeburg</i> <i>Stefan Dreßke, Magdeburg</i>	TS 03.12	<u>Session 1d:</u> «Soziale Konstruktionen und subjektive Definitionen von Gesundheit» <i>Andreas Bänziger, Zürich</i>	TS 03.16		
12:00 – 13:00	Lunch								TN Foyer	
13:00 – 14:30	<u>Session 2a:</u> «Medizinische Performanz im Kontext des Lebensendes» <i>Thorsten Benkel, Passau</i> <i>Matthias Meitzler, Passau</i>	TS 02.09	<u>Session 2b:</u> «Gesundheitsförderung im Alter» <i>Simone Grandy, Wien</i>	TS 02.16	<u>Session 2c:</u> «Arbeit und Gesundheit von Gesundheitsfachpersonen» <i>Michael Gemperle, Winterthur</i> <i>René Schaffert, Winterthur</i>	TS 03.12	<u>Session 2d:</u> «Soziale Konstruktion abweichenden Verhaltens bei psychiatrischen Diagnosen» <i>Dominik Robin, Winterthur</i>	TS 03.16	<u>Session 2e:</u> «Studentische Session: Aktuelle gesundheits- und medizinsoziologische Fragen» <i>Ursula Meidert, Winterthur</i>	TS 03.46
14:45 – 16:15	<u>Session 3a:</u> «Sterbeprozesse: Ideale, Begleitungspraktiken, Demenz» <i>Ursula Streckeisen, Bern</i>	TS 02.09	<u>Session 3b:</u> «(Erzwungene) Veränderungen? Betriebliche Praxen und deren Folgen für Arbeit und Gesundheit im Lebensverlauf» <i>Thomas Geisen, Olten</i>	TS 02.16	<u>Session 3c:</u> «Versorgungsangebote und -strukturen im Gesundheitswesen» <i>Isabel Baumann, Winterthur</i>	TS 03.12	<u>Session 3d:</u> «Psychiatrische Krankheitskategorien zwischen Lebensproblemen und Pathologisierung» <i>Dominik Robin, Winterthur</i>	TS 03.16	<u>Session 3e:</u> «Biografische Übergangsprozesse im frühen Erwachsenenalter» <i>Julie Page, Winterthur</i>	TS 03.46
16:15 – 17:00	Kaffeepause								TN Foyer	
17:00 – 18:00	<b>Podiumsdiskussion</b> «Chronische Krankheit: Verläufe, Bewältigung, Versorgung» <b>Teilnehmende:</b> <i>Dr. Jörg Haslbeck, Basel; Jörg Kündig, Gossau ZH; Prof. Dr. Karl Krajcic, Wien; Erika Ziltener, Zürich</i> <b>Moderation:</b> <i>Prof. Dr. Ursula Streckeisen, Bern</i>								TN E0.58	
18:15	<b>Apéro</b> (Erklärung Raumangabe: schönes Wetter / schlechtes Wetter )								TN 04.92 / TN Foyer	
19:00	Abendessen								TN Foyer	

## Programm Drei-Länder-Kongress Gesundheits- und Medizinsoziologie 2019: «Krankheit und Gesundheit im Lebensverlauf»

**Mittwoch, 28. August 2019**

<b>8:45 – 10:15</b>	<p><b>Session 4a:</b></p> <p>«Rund um den Tod: Zwischen hospizlicher Deutungskunst und Hinterbliebenenbiographie» <i>Ursula Streckeisen, Bern</i></p>	<b>TS 02.09</b>	<p><b>Session 4b:</b></p> <p>«Psychosoziale Ressourcen im Lebensabschnitt Alter: Versorgung und Gesundheitskompetenz» <i>Julie Page, Winterthur</i></p>	<b>TS 02.16</b>	<p><b>Session 4c:</b></p> <p>«Wann, wie lang und in welchem Kontext? Längsschnittliche Betrachtung gesundheitlicher Ungleichheit über den Lebensverlauf» <i>Anja Knöchelmann, Halle (Saale)</i> <i>Katharina Loter, Halle (Saale)</i></p>	<b>TS 03.12</b>	<p><b>Session 4d:</b></p> <p>«Gesundheit im technologischen Wandel: Digitalisierung und Medizintechnologien» <i>Andreas Bänziger, Zürich</i></p>	<b>TS 03.16</b>
<b>10:30 – 11:45</b>	<p><b>Plenarvorträge</b> (Veranstaltung beider Kongresse; Liveübertragung in den Hörsaal, inkl. Synchronübersetzung von Dt./Frz. auf Engl.)</p> <p>«Introduction to the life course approach» <i>Prof. Dr. med. Julia Dratva, ZHAW Gesundheit</i></p> <p>«Parcours de vie et santé: effets des conditions de vie dans l'enfance et l'adolescence sur les trajectoires de santé» <i>Prof. Dr. Claudine Burton-Jeangros, Département de Sociologie, Université de Genève</i></p> <p>«How do lifestyle and environment of previous generations impact on the health of our children today?» <i>Prof. Dr. med. Cecilie Svanes, University of Bergen</i></p>							<b>TN E0.58</b>
<b>11:45 – 12:15</b>	<b>Pause</b>							<b>TN Foyer</b>
<b>12:15 – 13:15</b>	<p><b>Schlussrunde und Rückblick</b> (Dreiländer-Kongress Soziologie) <b>Teilnehmende:</b> <i>Mag. Dr. Simone Grandy (ÖGS), Prof. Dr. Karl Krajic (ÖGS), Prof. Dr. Peter Kriwy (DGS), Prof. Dr. Julie Page (SGS), Dr. phil. Nico Vonneilich (DGMS)</i> <b>Moderation:</b> <i>Dr. phil. Andreas Bänziger, Zürich</i></p>							<b>TS 03.20</b>
	<b>Parallelsessionen</b> (Swiss Public Health Conference)							<b>Diverse Räume</b>
<b>13:15</b>	<b>Lunch</b>							<b>TN Foyer</b>

<b>Sessions Di 10:30 – 12:00</b> <a href="#">(zurück zur Übersicht)</a>	
<p><b><a href="#">Session 1a:</a></b> «Gesundheitliche Bedeutung kritischer Übergänge und sensibler Lebensphasen in der Jugend und im jungen Erwachsenenalter»  <i>Nico Vonneilich, Hamburg</i> <span style="float: right;"><b>TS 02.09</b></span></p>	<p><b><a href="#">Session 1b:</a></b> «Gesundheitsungleichheiten im höheren Alter: Unterschiede in Krankheitsprävalenzen und in individuellen Folgen von Erkrankungen»  <i>Marc Höglinger, Winterthur; Peter Kriwy, Chemnitz</i> <span style="float: right;"><b>TS 02.16</b></span></p>
<p>«Emerging Adulthood» – auf der Suche nach dem «inneren Kompass» <a href="#">(Abstract)</a>  <i>Birgit Keller (ZHAW Winterthur)</i></p> <p><b>Die Bedeutung intergenerationaler Bildungsmobilität für die subjektive Gesundheit und das Rauchverhalten beim Übergang vom Jugend- ins junge Erwachsenenalter: Ergebnisse der KiGGS-Kohorte</b> <a href="#">(Abstract)</a>  <i>Benjamin Kuntz, Julia Waldhauer, Johannes Zeiher, Elvira Mauz, Thomas Lampert (Robert Koch-Institut)</i></p> <p><b>Healthcare needs among unaccompanied minor refugees: A realist review</b> <a href="#">(Abstract)</a>  <i>Hanna-Sophie Ulrich, Martin Mlinaric, Emma Kohler (Martin-Luther Universität Halle-Wittenberg)</i></p>	<p><b>Soziales Netzwerk und inzidente Demenz</b> <a href="#">(Abstract)</a>  <i>Francisca Rodriguez (Universität Leipzig &amp; Universität Kaiserslautern); Alexander Pabst, Steffi Riedel-Heller (Universität Leipzig)</i></p> <p>«Es ist a so» – Im Spannungsverhältnis zwischen Einkommensarmut und gesundheitlichen Einschränkungen im Alter <a href="#">(Abstract)</a>  <i>Lukas Richter (Wirtschaftsuniversität Wien)</i></p> <p><b>Sozioökonomische Deprivation und soziale Exklusion als Risikofaktoren für Suizid bei Männern im Nacherwerbsalter in Europa</b> <a href="#">(Abstract)</a>  <i>Carlos Watzka (Universität Graz &amp; Sigmund Freud Privatuniversität Wien)</i></p>
<p><b><a href="#">Session 1c:</a></b> «Gesund durch Arbeit?»  <i>Heike Ohlbrecht, Magdeburg</i>  <i>Stefan Dreßke, Magdeburg</i> <span style="float: right;"><b>TS 03.12</b></span></p>	<p><b><a href="#">Session 1d:</a></b> «Soziale Konstruktionen und subjektive Definitionen von Gesundheit»  <i>Andreas Bänziger, Zürich</i> <span style="float: right;"><b>TS 03.16</b></span></p>
<p><b>Der gesunde Schutzmann - Salutogene Einflüsse auf Polizist*innen im Streifen- und Einsatzdienst in Deutschland</b> <a href="#">(Abstract)</a>  <i>Josephine Jellen (Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg)</i></p> <p>«Gesund durch Arbeit» als sozialpsychiatrischer Ansatz <a href="#">(Abstract)</a>  <i>Annemaria Köhler (FernUniversität in Hagen)</i></p> <p><b>Nachhaltig gesund durch Arbeit(nehmer)</b> <a href="#">(Abstract)</a>  <i>Marco Blank, Amelie Tihlarik (Friedrich-Alexander-Universität Nürnberg-Erlangen)</i></p> <p><b>Anerkennung als ambivalente Gesundheitsressource: Zu den analytischen Potenzialen von Judith Butlers Anerkennungstheorie für die Lehrkräftegesundheitsforschung</b> <a href="#">(Abstract)</a>  <i>Sebastian Meißner (Friedrich-Schiller-Universität Jena)</i></p>	<p><b>Lebensgeschichte der Übergänge – Resonanzerfahrungen von Diabetiker*innen und der von ihnen verwendeten Medizintechnologie</b> <a href="#">(Abstract)</a>  <i>Julia Sellig (Careum Hochschule Gesundheit, Zürich)</i></p> <p><b>Die soziale Konstruktion von Palliativpatient*innen im Krankenhaus - Über Rollenverhandlungen und Entscheidungsprozesse am Lebensende</b> <a href="#">(Abstract)</a>  <i>Sven Schwabe, Kirsten Bradtmöller, Birgit Jaspers, Catherine Letcher Lazo, Lukas Radbruch (Universitätsklinikum Bonn)</i></p> <p>«Es muss keine schlechte Zeit sein» - Gesundheit in subjektiven Definitionen des guten Alterns <a href="#">(Abstract)</a>  <i>Selma Kadi (Universität Tübingen)</i></p>

Sessionen Di 13:00 – 14:30 <a href="#">(zurück zur Übersicht)</a>		
<p><b>Session 2a:</b> «Medizinische Performanz im Kontext des Lebensendes»  Thorsten Benkel, Passau  Matthias Meitzler, Passau  TS O2.09</p>	<p><b>Session 2b:</b> «Gesundheitsförderung im Alter»  Simone Grandy, Wien  TS O2.16</p>	<p><b>Session 2c:</b> «Arbeit und Gesundheit von Gesundheitsfachpersonen»  Michael Gemperle, Winterthur  René Schaffert, Winterthur  TS O3.12</p>
<p><b>Vom sterbenden zum toten Körper. Mitwirkungen der Medizin</b> (<a href="#">Abstract</a>)  Thorsten Benkel (Universität Passau)</p> <p><b>Commitment und Wertepreferenz bei der Betrachtung von vulnerablen Gruppen im individualisierten Palliative-Care-Versorgungskontext</b> (<a href="#">Abstract</a>)  Gülay Ateş (Universitätsklinikum Bonn); Sarah Peuten (Universität Augsburg)</p> <p><b>(Un-)klinisches Sterben: Zur Gestaltung des Lebensendes in der stationären Hospizarbeit</b> (<a href="#">Abstract</a>)  Lilian Coates (Johannes Gutenberg-Universität Mainz)</p> <p><b>«Kein Zweifel.» Ethnografische Erkundungen einer spezifischen Wissenskultur</b> (<a href="#">Abstract</a>)  Matthias Meitzler (Universität Passau)</p>	<p><b>Bereitschaft älterer Menschen, selbst erhobene mobile Gesundheitsdaten mit Forschenden zu teilen</b> (<a href="#">Abstract</a>)  Alexander Seifert (Universität Zürich)</p> <p><b>Bedürfnisorientierter Umgang mit Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus</b> (<a href="#">Abstract</a>)  Gerlinde Rebitzer, Oliver Radinger (FH-Studienstandort für Gesundheits- und Krankenpflege SZO, Wien)</p> <p><b>Ist Gesundheitsförderung relevant für die stationäre Altenbetreuung und Pflege? Ergebnisse und Erfahrungen aus 10 Jahren systematischer Forschung</b> (<a href="#">Abstract</a>)  Karl Krajcic (FORBA Forschungs- und Beratungsstelle Arbeitswelt Wien &amp; Universität Wien)</p> <p><b>Beziehungsarbeit als Schlüssel zum Erfolg - Erfahrungen aus der Evaluation eines Gesundheitsförderungsprojekts für Menschen ab 60</b> (<a href="#">Abstract</a>)  Simone Grandy (FH Campus Wien)</p>	<p><b>Zusammenhang zwischen muskuloskelettalen Beschwerden, Gratifikationskrisen, sozialen Ressourcen und der subjektiven Gesundheit von Studierenden</b> (<a href="#">Abstract</a>)  Olga Kulikova (Hochschule für Gesundheit, Bochum); Thomas Hering (Hochschule Magdeburg-Stendal)</p> <p><b>«Double-Duty Caregiving» – Schwierigkeiten und Chancen der Doppelrolle Gesundheitsfachperson-pflegende Angehörige</b> (<a href="#">Abstract</a>)  Anke Jähnke, Iren Bischofberger (Careum Hochschule Gesundheit, Zürich)</p> <p><b>Sorgearbeit aus geografischer Distanz – Impulse für das Diversitätsmanagement in Gesundheitsbetrieben</b> (<a href="#">Abstract</a>)  Amélie Zentgraf, Karin van Holten, Anke Jähnke, (Careum Hochschule Gesundheit)</p>
<p><b>Session 2d:</b> «Soziale Konstruktion abweichenden Verhaltens bei psychiatrischen Diagnosen»  Dominik Robin, Winterthur  TS O3.16</p>	<p><b>Session 2e:</b> «Studentische Session: Aktuelle gesundheits- und medizinsoziologische Fragen»  Ursula Meidert, Winterthur  TS O3.46</p>	
<p><b>ADHS als soziale Konstruktion abweichenden kindlichen Verhaltens</b> (<a href="#">Abstract</a>)  Dominik Robin, Michael Gemperle (ZHAW Winterthur)</p> <p><b>ADHS als soziales Problem</b> (<a href="#">Abstract</a>)  Fabian Karsch (Technische Universität München)</p> <p><b>Trans im Spannungsfeld psychiatrischer und medizinischer Diagnostizierung und Intervention</b> (<a href="#">Abstract</a>)  Hanna-Sophie Ulrich (Martin-Luther Universität Halle-Wittenberg)</p>	<p><b>Digitale Gesundheitsklassifikationen in Apps – Praktiken und Probleme ihrer Entwicklung und situativen Anwendung</b> (<a href="#">Abstract</a>)  Valeska Cappel (Universität Luzern)</p> <p><b>«Ohne Smartphone? Dann fehlt ein Teil von mir!» Die Bedeutung des Smartphones für weibliche Jugendliche</b> (<a href="#">Abstract</a>)  Esther Helfenstein (ZHAW Winterthur)</p> <p><b>Kommunikative Konstruktionen in der Behandlung geflüchteter Tuberkulosepatient*innen und die Rolle von Empathie</b> (<a href="#">Abstract</a>)  Tamara Schwertel (Institut für Allgemeinmedizin Frankfurt a. M.)</p>	

Sessionen Di 14:45 – 16:15 <a href="#">(zurück zur Übersicht)</a>		
<p><b>Session 3a:</b> «Sterbeprozesse: Ideale, Begleitungspraktiken, Demenz»  <i>Ursula Streckeisen, Bern</i> <b>TS O2.09</b></p>	<p><b>Session 3b:</b> «(Erzwungene) Veränderungen? Betriebliche Praxen und deren Folgen für Arbeit und Gesundheit im Lebensverlauf»  <i>Thomas Geisen, Olten</i> <b>TS O2.16</b></p>	
<p><b>Sterbeideale in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung – Ansprüche und Erwartungen an Sterbeprozesse bei der Begleitung Sterbender zu Hause</b> (<a href="#">Abstract</a>)  <i>Anna Bauer (Universität Augsburg)</i></p> <p><b>Selbstbestimmung in der «totalen sozialen Institution»: Sterbearbeit in Schweizer Altersheimen</b> (<a href="#">Abstract</a>)  <i>Eva Soom Ammann (Universität Bern &amp; Berner Fachhochschule Gesundheit); Corina Salis Gross, Gabriela Rauber (Universität Bern)</i></p> <p><b>Sterben ohne Verstand. Demenz und die Planung des Lebendendes</b> (<a href="#">Abstract</a>)  <i>Nina Streeck (Universität Zürich)</i></p>	<p><b>Unternehmenskulturen und deren (Aus-)Wirkungen auf die Gesundheit von Mitarbeitenden am Beispiel von Betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM)</b> (<a href="#">Abstract</a>)  <i>Bianca Lange, Carsten Detka, Susanne Kuczyk, Heike Ohlbrecht (Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg)</i></p> <p><b>Präventive Gestaltung von Erwerbsverläufen – Anforderungen an die Politik, Unternehmen und Beschäftigte</b> (<a href="#">Abstract</a>)  <i>Michael Niehaus (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin BAuA)</i></p> <p><b>Veränderte Erwerbsarbeitskonstellationen – atypische Beschäftigung als Herausforderung für Akteur*innen arbeitsweltbezogener Gesundheitspolitik?!</b> (<a href="#">Abstract</a>)  <i>Jana York (Technische Universität Dortmund)</i></p> <p><b>Fragmentierte Erwerbsbiografien als Herausforderung für betriebliches Handeln in der erwerbsorientierten Eingliederung</b> (<a href="#">Abstract</a>)  <i>Thomas Geisen (Hochschule für Soziale Arbeit, Fachhochschule Nordwestschweiz)</i></p>	
<p><b>Session 3c:</b> «Versorgungsangebote und -strukturen im Gesundheitswesen»  <i>Isabel Baumann, Winterthur</i> <b>TS O3.12</b></p>	<p><b>Session 3d:</b> «Psychiatrische Krankheitskategorien zwischen Lebensproblemen und Pathologisierung»  <i>Dominik Robin, Winterthur</i> <b>TS O3.16</b></p>	<p><b>Session 3e:</b> «Biografische Übergangsprozesse im frühen Erwachsenenalter»  <i>Julie Page, Winterthur</i> <b>TS O3.46</b></p>
<p><b>Chancengerechte Ausgestaltung von präventiven Angeboten für Migrantinnen und Migranten mit glücksspielbedingten Problemen</b> (<a href="#">Abstract</a>)  <i>Suzanne Lischer (Hochschule Luzern)</i></p> <p><b>Innovative Modelle der ambulanten Versorgung: Perspektiven verschiedener Akteure</b> (<a href="#">Abstract</a>)  <i>Thomas Ballmer, Ursula Meidert (ZHAW Winterthur)</i></p> <p><b>Suchend im Labyrinth am Beispiel von Amyotropher Lateralsklerose</b> (<a href="#">Abstract</a>)  <i>Gülay Ateş, Birgit Jaspers, Lukas Radbruch (Universitätsklinikum Bonn); Andreas Gasper (Malteser Krankenhaus Bonn/Rhein-Sieg)</i></p> <p><b>Fluktuationsabsichten und selbsteingeschätzte Gesundheit bei diplomierten Pflegefachleuten sechs Jahre nach Berufseinstieg</b> (<a href="#">Abstract</a>)  <i>René Schaffert (ZHAW Winterthur)</i></p>	<p><b>Psychiatrische Krankheitskategorien als traveling objects</b> (<a href="#">Abstract</a>)  <i>Martin Harbusch (Universität Kassel)</i></p> <p><b>Der Kampf um Diagnosen. Auf der Suche nach der Lösung von Lebensproblemen in der Psychosomatik</b> (<a href="#">Abstract</a>)  <i>Stefan Dreßke (Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg)</i></p> <p><b>Zwischen psychischer Krankheitsdiagnose und Lebensproblemen – Ergebnisse aus einer qualitativen Studie zum Return to Work nach psychosomatischer Reha</b> (<a href="#">Abstract</a>)  <i>Ernst von Kardorff (Humboldt-Universität zu Berlin)</i></p>	<p><b>Vom Mythos der informierten Einwilligung in der Pränataldiagnostik – Eine Analyse mit den Werkzeugen Bourdieus</b> (<a href="#">Abstract</a>)  <i>Victoria Fischer (Universität Erfurt)</i></p> <p><b>Alkoholkonsum während der Schwangerschaft und Stillzeit: zwischen Abstinenznorm, Eigenwahrnehmung und sozialem Umfeld</b> (<a href="#">Abstract</a>)  <i>Irina Radu, Jessica Pehlke-Milde (ZHAW Winterthur); Solène Gouilhers, Raphaël Hammer, Yvonne Meyer (HESAV Haute Ecole de Santé Vaud)</i></p> <p><b>Verletzungsoffenheit gebärender Frauen</b> (<a href="#">Abstract</a>)  <i>Sarah Eckardt (Universität Erfurt)</i></p> <p><b>«Mutti kocht nicht mehr für mich»: Die Transition von Schule auf Hochschule und ihre Auswirkungen auf Ernährung und Sportaktivität</b> (<a href="#">Abstract</a>)  <i>Katharina Diehl (Universität Heidelberg &amp; MIPH Mannheim)</i></p>

Sessionen Mi 08:45 – 10:15 <a href="#">(zurück zur Übersicht)</a>	
<p><b><a href="#">Session 4a</a></b>: «Rund um den Tod: Zwischen hospizlicher Deutungskunst und Hinterbliebenenbiographie»  <i>Ursula Streckeisen, Bern</i> <span style="float: right;">TS 02.09</span></p>	<p><b><a href="#">Session 4b</a></b>: «Psychosoziale Ressourcen im Lebensabschnitt Alter: Versorgung und Gesundheitskompetenz»  <i>Julie Page, Winterthur</i> <span style="float: right;">TS 02.16</span></p>
<p><b>Die Kunst des Sterbens und seiner Begleitung - Einblicke in einen Hospizkurs</b> (<a href="#">Abstract</a>)  <i>Melanie Pierburg (Stiftung Universität Hildesheim)</i></p> <p><b>Wissensfragen am Lebensende – zur Relevanz von (Nicht-)Wissen-Können, (Nicht-)Wissen-Wollen und Wissen-Sollen</b> (<a href="#">Abstract</a>)  <i>Sarah Peuten (Universität Augsburg); Gülay Ateş (Universitätsklinikum Bonn)</i></p> <p><b>Die biographische Bedeutung institutioneller Hilfen für Angehörige von Sterbenden</b> (<a href="#">Abstract</a>)  <i>Caroline Grosser (FHNW Soziale Arbeit)</i></p>	<p><b>Theoriebasierte Überlegungen zur Erfassung pflegebezogener Erwartungen am Übergang ins pflegenaher Alter</b> (<a href="#">Abstract</a>)  <i>Florian Fischer, Claudia Boscher, Maik Winter (Hochschule Ravensburg-Weingarten)</i></p> <p><b>Altersbedingte Zunahme der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen in Abhängigkeit der Gesundheitskompetenz: Ein mehrdimensionaler Ansatz</b> (<a href="#">Abstract</a>)  <i>Joachim Gerich, Robert Moosbrugger (Johannes Kepler Universität Linz), Christoph Heigl (Oberösterreichische Gebietskrankenkasse)</i></p> <p><b>Gesundheitskompetenz im Alter: Alle gleich kompetent oder doch nicht?</b> (<a href="#">Abstract</a>)  <i>Katrin Gehring (Gesundheitsdirektion Kanton Zürich); Dominique Vogt (Careum Stiftung); Ulrich Otto (Careum Hochschule Gesundheit, Zürich)</i></p> <p><b>Einsatz von Robotern bei älteren Personen – welche Einstellungen und Bedenken werden genannt? Erste Schweizer Ergebnisse</b> (<a href="#">Abstract</a>)  <i>Stephanie Lehmann, Esther Ruf, Sabina Misoch (FHS St.Gallen)</i></p>
<p><b><a href="#">Session 4c</a></b>: «Wann, wie lang und in welchem Kontext? Längsschnittliche Betrachtung gesundheitlicher Ungleichheit über den Lebensverlauf»  <i>Anja Knöchelmann, Halle (Saale); Katharina Loter, Halle (Saale)</i> <span style="float: right;">TS 03.12</span></p>	<p><b><a href="#">Session 4d</a></b>: «Gesundheit im technologischen Wandel: Digitalisierung und Medizintechnologien»  <i>Andreas Bänziger, Zürich</i> <span style="float: right;">TS 03.16</span></p>
<p><b>Differences in Adult Health of East and West Germans: A Longitudinal Cohort Perspective</b> (<a href="#">Abstract</a>)  <i>Katharina Loter (Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg)</i></p> <p><b>Subjektive Einschätzung der materiellen Situation und subjektive Gesundheit. Fixed-Effects-Analysen von Altersunterschieden mit Daten des Sozio-oekonomischen Panels.</b> (<a href="#">Abstract</a>)  <i>Anja Knöchelmann, Nico Seifert, Sebastian Günther, Irene Moor, Matthias Richter (Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg)</i></p> <p><b>Leben mit chronischen Krankheiten im Alter: Differentielle Effekte auf Lebensqualität und Alltagsautonomie nach sozialen Gruppen</b> (<a href="#">Abstract</a>)  <i>Marc Höglinger (ZHAW Winterthur)</i></p>	<p><b>Angehende Gesundheitsfachpersonen und ihre Gesundheitskonzepte im Lichte des digitalen Wandels</b> (<a href="#">Abstract</a>)  <i>Michael Gemperle, Mandy Scheermesser (ZHAW Winterthur)</i></p> <p><b>Quantified Self Technologien im Einsatz für die Gesundheit: Die Kluft zwischen Beratungsnachfrage und -angebot</b> (<a href="#">Abstract</a>)  <i>Ursula Meidert, Mandy Scheermesser (ZHAW Winterthur)</i></p> <p><b>mHealth – Die situative Pluralität von Datenqualität als potenzielle Konfliktlinie</b> (<a href="#">Abstract</a>)  <i>Valeska Cappel (Universität Luzern)</i></p>



## Session 1a:

# Gesundheitliche Bedeutung kritischer Übergänge und sensibler Lebensphasen in der Jugend und im jungen Erwachsenenalter

Nico Vonneilich, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Titel	Abstract
<p><b>«Emerging Adulthood» - auf der Suche nach dem «inneren Kompass»</b> <i>Birgit Keller, ZHAW Winterthur</i></p> <p><a href="#">(zurück zur Sessions-Übersicht)</a> <a href="#">(zurück zum Gesamtprogramm)</a></p>	<p>Aus sozial- und gesundheitswissenschaftlicher Perspektive gibt es zahlreiche Indizien dafür, dass junge Erwachsene in der Postmoderne vor ganz anderen, neuen und besonders herausfordernden Entwicklungsaufgaben stehen und stehen werden. Erwachsenwerden kann als „Balanceakt“ umschrieben werden, welcher zwischen dem Erfüllen ambivalenter Erwartungen, dem Umgang mit Zuschreibungen und den eigenen Interessen und Sehnsüchten besteht. Gerade auch im Zuge fortschreitender Individualisierungstrends ist von einer Verschärfung anomischer Empfindungen die Rede, welche sich vor allem in einer chronischen Stressexposition z.B. durch Zukunftsängste und Existenzsorgen zeigen. Unter Einbindung neurobiologischer Stresstheorien lässt sich die elementare Relevanz von Stress im gesundheitlichen Ungleichheitsgeschehen deswegen explizit auch für die frühe Erwachsenenphase aufzeigen. Mittels Clusteranalysen und Multivariaten Logistischen Regressionsanalysen lassen sich auf Sekundärdatenbasis (SOEP 2012) potentiell stressreiche Lebenslagen für junge Erwachsene identifiziert, welche von einer erhöhten Vulnerabilität für die psychosoziale Gesundheit gekennzeichnet sind. Das junge Erwachsenenalter stellt eine im gegenwärtigen gesundheitswissenschaftlichen Diskurs bislang bedenklich unbeachtete Lebensphase dar. Theoriegeleitet und auf Basis eigener empirischer Analysen werden in diesem Beitrag Erklärungsansätze abgeleitet, warum gerade in der Gegenwart die Lebensphase „Emerging Adulthood“ eine sehr vulnerable ist. Die umfangreichen Kenntnisse der sozialen Bedingtheiten chronischer Stressoren und der multifaktoriellen Ätiologie von psychischen Störungen legen den Schluss nahe, dass Konzepte der Gesundheitsförderung und Prävention psychischer Störungen vielfältig ausgerichtet sein und die Heterogenität von Lebenslagen und Bedarfen der jungen Erwachsenen in höchstem Maße berücksichtigen müssen. Die Botschaft an Fachvertreter der Prävention und Gesundheitsförderung steht dabei im Einklang mit den WHO Empfehlungen aus der Ottawa Charta: es muss primär an den Lebensumständen angesetzt werden. Gemeint sind damit vor allem verhältnisorientierte Gesundheitsförderungs- und Präventionsstrategien in den Settings des frühen Erwachsenenalters (u.a. Ausbildungsinstitutionen), welche Symptomen von Dauerbelastung entgegenwirken und chronische Anspannungszustände reduzieren können.</p>
<p><b>Die Bedeutung intergenerationaler Bildungsmobilität für die subjektive Gesundheit und das Rauchverhalten beim Übergang vom Jugend- ins junge Erwachsenenalter: Ergebnisse der KiGGS-Kohorte</b> <i>Benjamin Kuntz, Robert Koch-Institut</i> <i>Julia Waldhauer, Robert Koch-Institut</i> <i>Johannes Zeiher, Robert Koch-Institut</i> <i>Elvira Mauz, Robert Koch-Institut</i> <i>Thomas Lampert, Robert Koch-Institut</i></p> <p><a href="#">(zurück zur Sessions-Übersicht)</a></p>	<p>Zahlreiche körperliche, psychische und soziale Entwicklungsaufgaben kennzeichnen den Übergang vom Jugend- ins junge Erwachsenenalter. Das Thema „Bildung“ ist in dieser Lebensphase von besonderer Relevanz – schließlich verbringen Heranwachsende einen Großteil ihrer Zeit in Bildungsinstitutionen. Dabei beeinflussen Bildungsabschlüsse sowohl die Berufs- und Studienwahl als auch die späteren Beschäftigungschancen und Verdienstmöglichkeiten und prägen somit den Lebensverlauf in erheblichem Maße. Hinzu kommt: Auch wenn sich durch die Bildungsexpansion das durchschnittliche, formale Bildungsniveau in den letzten Jahrzehnten deutlich erhöht hat, hängen Schulerfolg und Bildungswege gerade in Deutschland noch immer stark von der elterlichen Bildung ab. Der geplante Beitrag untersucht, welche Bedeutung die Bildung der Eltern und der eigene Bildungsweg für die subjektive Gesundheit und das Rauchverhalten von Jugendlichen und jungen Erwachsenen haben. Hierfür werden Kohortendaten der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) analysiert. Es werden Selbstangaben aus KiGGS Welle 1 (2009-2012) von 2.175 jungen Erwachsenen im Alter von 19-24 Jahren betrachtet, die bereits sechs Jahre zuvor als Jugendliche im Alter von 14-17 Jahren an der Basiserhebung (2003-2006) teilgenommen haben. Sowohl die elterliche Bildung als auch das eigene Bildungsniveau werden dabei am höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss festgemacht. Die KiGGS-Ergebnisse belegen einen engen Zusammenhang zwischen der elterlichen Bildung und dem höchsten Schulabschluss ihrer Kinder. Zudem treten sowohl im allgemeinen Gesundheitszustand als auch im Rauchverhalten deutliche Bildungsunterschiede zutage. Junge Erwachsene, die über eine hohe Bildung verfügen, geben einen besseren allgemeinen Gesundheitszustand an und rauchen seltener als Gleichaltrige mit geringerer Bildung. Während Bildungsaufsteiger (jene, die eine höhere Bildung als ihre Eltern haben) einen besseren allgemeinen Gesundheitszustand und geringere Rauchquoten aufweisen als jene mit konstant niedriger Bildung, fallen Bildungsabsteiger gegenüber konstant höher Gebildeten durch einen</p>

<p><a href="#">(zurück zum Gesamtprogramm)</a></p>	<p>schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand und höhere Rauchquoten auf. Die Ergebnisse lassen den Schluss zu, dass unterschiedliche Bildungsverläufe beim Übergang vom Jugend- ins junge Erwachsenenalter zur Entstehung und Verfestigung gesundheitlicher Ungleichheiten beitragen. Implikationen für Politik und Präventionspraxis werden diskutiert.</p>
<p><b>Healthcare needs among unaccompanied minor refugees: A realist review</b></p> <p><i>Hanna-Sophie Ulrich, Martin-Luther Universität Halle-Wittenberg</i></p> <p><i>Martin Mlinaric, Martin-Luther Universität Halle-Wittenberg</i></p> <p><i>Emma Kohler, Martin-Luther Universität Halle-Wittenberg</i></p> <p><a href="#">(zurück zur Sessions-Übersicht)</a></p> <p><a href="#">(zurück zum Gesamtprogramm)</a></p>	<p><i>Background and aim(s):</i> This project aims at studying access, utilization and barriers to psychosocial health care for unaccompanied minor refugees (UMRs) in Germany from an expert and lay perspective. Due to their phase of transition as a sensitive life phase, the mental health care of UMRs is of special importance and determining their personality and psychological development. Existing research on this topic focuses mainly epidemiological data or perceptions of experts. Explanatory and qualitative study designs enable in-depth understanding of contemporary public health challenges among affected lay person and their ethical implications for migration research and policy implementation.</p> <p><i>Methods/Approach:</i> We applied six methodological steps of a realist review for realist syntheses of the existing scientific evidence and grey literature to unravel inner workings of health care directed at UMRs. The aim of this realist synthesis is to explain outcomes in access, utilization and barriers to psychosocial health care by realist context-mechanism-outcome configurations (CMOs), applying the key question: “What works for whom under what circumstances, how and why?”. We used PubMed and Web of Science as electronic databases and screened literature (n=974) published between 2005 and 2018.</p> <p><i>Results:</i> Based on inclusion criteria pertaining to psychosocial healthcare for UMRs, a first screening of evidence points out to relevant documents with mostly psychological or psychiatric study designs. Studies on interventions and therapies are mostly quantitative. UMRs are a particularly vulnerable high-risk group in relation to the development of mental illness, including posttraumatic stress disorder. A large body of evidence is dominated by stakeholder perspectives and expert perceptions focusing on a multitude of institutional, cultural, ethical, legal and linguistic barriers in healthcare for UMRs.</p> <p><i>Discussion:</i> This review shows that that there is a need in providing qualitative evidence on access and utilization of psychosocial healthcare services among minor refugees across place and gender. Lay perspectives would provide knowledge to enhance existing health care and to give realistic policy recommendations in order to provide equity-oriented healthcare service. An intersectional approach would support the aimed adjustment of professionalized and UMR perspectives.</p>



## Session 1b:

### Gesundheitsungleichheiten im höheren Alter: Unterschiede in Krankheitsprävalenzen und in individuellen Folgen von Erkrankungen

Marc Höglinger, Winterthur; Peter Kriwy, Chemnitz

Titel	Abstract
<p><b>Soziales Netzwerk und inzidente Demenz</b></p> <p>Francisca Rodriguez, Universität Leipzig &amp; Universität Kaiserslautern</p> <p>Alexander Pabst, Universität Leipzig</p> <p>Steffi Riedel-Heller, Universität Leipzig</p> <p><a href="#">(zurück zur Sessions-Übersicht)</a></p> <p><a href="#">(zurück zum Gesamtprogramm)</a></p>	<p><i>Background:</i> Lack of social support and social isolation have shown to be a major risk factor for poor health, mortality, and dementia.</p> <p><i>Objectives:</i> Our study investigated what factors in old age drive the likelihood to be living in restricted social networks and to what extent those factors then influence the risk of developing dementia.</p> <p><i>Methods:</i> Data analyses were based on the study sample from the Leipzig Longitudinal Study of the Aged (LEILA75+), a population-based cohort study examining individuals aged 75 years and older, and comprised a total of 1,015 individuals who did not have dementia at baseline. Social networks were assessed using the practitioner assessment of network type instrument (PANT). The risk having a restricted social network was estimated by using a random-effects and mixed-effects logistic regression model. The Fine-Gray model was employed for calculating conditional probabilities of competing risk of mortality.</p> <p><i>Results:</i> Older age (OR 1.04) and living with a partner or spouse (OR 2.12) were associated with a greater likelihood to have a restricted social network at baseline. A better cognitive status (score in the mini-mental status exam (OR 0.86) was associated with a smaller likelihood of restricted social networks. After adjusting for cognitive status at baseline, age, gender, marital status, residency, education, comorbidities, and mortality, individuals living in restricted social networks had a significantly higher risk for developing dementia over the study period (HR 2.11) than individuals living in integrated social networks.</p> <p><i>Conclusion:</i> Our findings suggest that integrating elderly individuals in the wider community is a crucial indicator for dementia risk. As more than half of the study participants were living in restricted social networks, interventions to strengthen social ties and social engagement among elderly ought to be an urgent matter to reduce the burden of dementia on the society.</p>
<p><b>„Es ist a so“ - Im Spannungsverhältnis zwischen Einkommensarmut und gesundheitlichen Einschränkungen im Alter</b></p> <p>Lukas Richter, Wirtschaftsuniversität Wien</p> <p><a href="#">(zurück zur Sessions-Übersicht)</a></p> <p><a href="#">(zurück zum Gesamtprogramm)</a></p>	<p>In der geplanten Präsentation werden Ergebnisse meiner Dissertation „Lebenslagen unter Altersarmut“, welche die Lebenslagen von als arm und alt adressierten Menschen in Wien behandelt und analysiert, vor dem Hintergrund von Gesundheit herausgegriffen. Hiermit sollen drei Aspekte aufgezeigt werden: Erstens führt das österreichische Pflegesystem (konkret das Pflegegeld) in Kombination mit der gängigen Armutsmessung nicht nur zu einer Unterschätzung von Altersarmut, sondern auch zu einem zweiten unentdeckten Typ der Altersarmut, welcher aufgrund von Kosten im Bereich der Pflege und Betreuung markante Einschnitte im Lebensstandard hinnehmen muss; Zweitens ist der gesundheitliche Zustand respektiv sind die funktionalen Einschränkungen als eine zentrale Bedingung in der Genese von Altersarmut zu sehen; Drittens werden aufgrund der monetären Lage Handlungsmöglichkeiten entlang multipler Dimensionen der Lebenslage eingeengt und emergieren zu Risikofaktoren im weiteren Gesundheitserhalt. Entlang interpretativer Analysen von Interviews mit Betroffenen werden die Lebenssituationen von als altersarm adressierten Menschen und die Wirkungsmechanismen von Armut im Alter in der geplanten Präsentation nachvollzogen und auf den Aspekt der Gesundheit fokussiert. Um die verschiedenen Ausprägungen der Dimensionen und Interdependenzen adäquat zu erfassen, ist ein Forschungsdesign innerhalb des interpretativen Paradigmas gewählt. In der Arbeit werden hierzu Elemente des narrativen Interviews nach Schütze und Elemente des problemzentrierten Interviews nach Witzel kombiniert, um der Lebenslage als einer historisch entstandenen und sich entwickelnden Strukturbeziehung Rechnung tragen zu können und zur Analyse die biographische Fallrekonstruktion nach Rosenthal und die Grounded Theory nach Strauss und Corbin angewandt bzw. kombiniert. Ergebnisse sind unter anderem, dass sich aufgrund der verfestigten Armutssituation bei älteren Menschen die monetären Ressourcen sowie der Lebensstandard annähern – zeitversetzte Dynamiken zwischen Einkommen und Deprivation werden aufgelöst – und es kommt zu einer Gleichschaltung, wodurch kumulative Benachteiligungen die Folge sind und die Möglichkeiten den Gesundheitszustand zu erhalten oder zu rehabilitieren eingeengt, wenn nicht sogar verunmöglicht werden.</p>

**Sozioökonomische Deprivation und soziale Exklusion als Risikofaktoren für Suizid bei Männern im Nacherwerbsalter in Europa**

*Carlos Watzka, Universität Graz & Sigmund Freud Privatuniversität Wien*

[\(zurück zur Sessions-Übersicht\)](#)

[\(zurück zum Gesamtprogramm\)](#)

Der basale empirische Befund ist, für die europäischen Gesellschaften der letzte Jahrzehnte, ziemlich homogen und eindeutig: Seniorinnen und Senioren, vor allem aber die letzteren – also Männer im höheren Lebensalter (etwa ab 65) – zählen zu den Hochrisikogruppen für letale Suizidalität, d.h. für Suizidhandlungen, die auch tatsächlich den Tod der Betroffenen zur Folge haben. Zugleich ist aus einer sozialwissenschaftlich- kulturvergleichenden Perspektive klar, dass es sich hierbei keinesfalls um eine ‚Universalie‘ handelt – es lassen sich außerhalb Europas auch gesellschaftliche Strukturen finden, innerhalb welcher Selbsttötungen von Menschen höheren Alters nicht oder nur wenig häufiger auftreten, als solche von Personen jüngerer Altersklassen. Zugleich ist letale Suizidalität, in allen Altersklassen, besonders aber im mittleren und höheren Lebensalter, ein Phänomen, dessen Auftreten stark von soziokulturellen Faktoren mitbedingt ist: Diese sind, als Habitus, eng mit psychologischen Merkmalen und sozialen Handlungsdispositionen assoziiert. Im hier vorgeschlagenen Vortrag sollen zentrale Ergebnisse mehrerer Studien vorgestellt und im Hinblick auf die eben angeführten theoretischen Zusammenhänge hin diskutiert werden, welche der Einreicher im Auftrag des Landes Steiermark – als einer der Hochrisikoregionen für Suizid innerhalb Österreichs – seit 2005 durchführen konnte. Der ‚soziale Gradient‘ von letaler Suizidalität von Menschen im Nacherwerbsalter erweist sich als sehr deutlich negativ mit dem sozialen Status, insbesondere ehemaliger Berufsposition und Bildungsgrad, korreliert. Nähere Informationen zur psychosozialen Lage der Suizidenten in ihrer letzten Lebensphase, gewonnen aus Daten der Sozialversicherungsanstalten sowie der Sicherheitsbehörden, zeigen sodann den Zusammenhang sozioökonomischer Deprivation mit weiteren Risikofaktoren, die ihrerseits auf verschiedene Formen sozialer Exklusion und Isolation hinweisen. Hierzu zählen etwa das Auseinanderbrechen familiärer Strukturen ebenso wie Situationen der Hospitalisierung.

## Session 1c:

### Gesund durch Arbeit?

Heike Ohlbrecht, Magdeburg; Stefan Dreßke, Magdeburg

Titel	Abstract
<p><b>Der gesunde Schutzmann - Salutogene Einflüsse auf Polizist*innen im Streifen- und Einsatzdienst in Deutschland</b></p> <p><i>Josephine Jellen, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg</i></p> <p><a href="#">(zurück zur Sessions-Übersicht)</a></p> <p><a href="#">(zurück zum Gesamtprogramm)</a></p>	<p>Erhöhte Arbeitsbelastungen von Polizist*innen finden insbesondere seit der Flucht*Migrationsbewegung erneut Beachtung. In erster Linie werden pathogene Faktoren des Polizeiberufs, wie Überstunden, Schichtdienste, ein hoher Krankenstand und mangelnde gesellschaftliche Anerkennung der Polizei thematisiert. Aktuell zeigen sich sukzessive Aufwertungstendenzen der Polizei als staatliches Gewaltmonopol, werden in vielen Bundesländern vermehrt Polizeianwärter*innen eingestellt und durch Gesetzesänderungen polizeiliche Befugnisse erweitert (Polizeiaufgabengesetz). Ob diese Aufwertungstendenzen jedoch die tiefgreifenden, gesundheitsgefährdenden Aspekte der spätmodernen Polizeiarbeit ausgleichen können, ist zu bezweifeln. Die neuen Tätigkeitsfelder der Polizei, wie Migration, Cyberkriminalität, predictive policing und Terror fordern ein neues Verständnis der Polizist*innen im Einsatz- und Streifendienst für die eigene Tätigkeit, die die Spanne polizeilicher Arbeit, wie Großeinsätze, z.B. bei Terrorlagen, mit der täglichen Arbeit im Streifen- und Einsatzdienstes im Revier integrierbar macht. Es zeigt sich, dass die Polizei aus den Kinderschuhen der Moderne herausgewachsen ist. Eine Polizeiarbeit, die jedoch den sich vollziehenden gesellschaftlichen Wandel antizipiert und trotzdem Handlungsfähigkeit gewährleistet, scheint institutionell noch nicht entwickelt bzw. verankert zu sein. Dies stellt die Organisation vor erhebliche Herausforderungen. Das arbeits- und gesundheitssoziologische Dissertationsprojekt geht den Herausforderungen polizeilicher Arbeit im flucht*migrationspezifischen Zusammenhang nach und fragt nach den Sinnquellen polizeilicher Arbeit in der Spätmoderne. Entlang einer ethnografischen Feldforschung in einer zentralen Erstaufnahmeeinrichtung für Geflüchtete und dem dazugehörigen Polizeirevier kann aufgezeigt werden, dass die Heterogenität sowie die Unschärfe in den polizeilichen Einsätzen die üblichen Deutungsangebote der Beamt*innen brüchig werden lassen. Fehlende Sinnschließungsprozesse führen schlussendlich zu Krankheit bzw. Krankschreibungen. Diesem eindeutig empirisch identifizierten Muster steht jedoch der polizeiliche Typus des Schutzmanns (Behr 2008) entgegen, der unaufhebliche Widersprüche im Dienstalltag nicht zu seinen eigenen macht. Anhand eines empirischen Beispiels soll im Beitrag aufgezeigt werden, wie der Schutzmann im Sinne des Community Policing ohne ein übertriebenes autoritäres Auftreten in seinem Quartier agiert. Entgegen dem von Behr ebenfalls identifizierten Kriegertypus erwehrt sich der Schutzmann größtenteils den subkulturellen Abgrenzungsmechanismen („das da draußen ist der Zoo und wir sind die Dompteure“, Schweer et al. 2008) der Polizei, fördert die gemeindebezogene Polizeiarbeit und damit seine eigene psychische Gesundheit in der gesundheitsgefährdenden Polizeibehörde.</p>
<p><b>„Gesund durch Arbeit“ als sozialpsychiatrischer Ansatz</b></p> <p><i>Annemaria Köhler, FernUniversität in Hagen</i></p> <p><a href="#">(zurück zur Sessions-Übersicht)</a></p> <p><a href="#">(zurück zum Gesamtprogramm)</a></p>	<p>Erwerbsarbeit ist bedeutsam für gesellschaftliche Integration und birgt identitätsstiftende Potentiale. Diese positiven Aspekte von (Erwerbs-) Arbeit greifen sozialpsychiatrische Einrichtungen in ihrem therapeutischen Ansatz auf. Als sozialpsychiatrisch können solche psychiatrischen Einrichtungen verstanden werden, die ein besonders umfassendes Krankheitsverständnis vertreten. Dabei kommen dem Krankenhausmilieu, aber auch der Interaktion mit signifikanten Anderen besondere Bedeutung in der Behandlung zu. Dementsprechend ist es ein Bestandteil der Therapie, dass die Patient*innen in berufsförmigen Interaktionssettings agieren. Im Arbeitskontext kann eine spezielle Interaktionsstruktur beobachtet werden: Weder weist berufliche Interaktion in dem hohen Maße Nähe auf, wie dies in diffusen Sozialbeziehungen in familialen oder freundschaftlichen Kontexten der Fall ist, noch sind die Interaktionen derart anonym wie in anderen rollenförmigen Sozialbeziehungen. Kurzum: Interaktion im beruflichen Setting kann zwischen diffusen und rollenspezifischen Anteilen changieren. Anhand eines Interviewausschnittes werde ich in meinem Vortrag herausarbeiten, wie das berufliche Setting innerhalb einer konkreten sozialpsychiatrischen Einrichtung aus ärztlicher Perspektive gestaltet ist und um welche Form von Arbeit es sich dabei handelt. Denn besonders unter dem Gesichtspunkt, dass eine Vielzahl an Arbeitssettings existiert, die psychische Krankheiten fördern, muss in sozialpsychiatrischen Einrichtungen ein Rahmen geschaffen werden, welcher die positiven Potentiale von Arbeit ermöglicht und damit die Gesundung der Patient*innen unterstützt. Zudem wird in der besagten Interviewpassage deutlich werden,</p>

	<p>welche konkreten therapeutischen Möglichkeiten der Arbeit zugeschrieben werden. So kann beispielsweise im Anschluss an das Konzept „Alltag als Therapie“ (Hildenbrand 1991) das Praktizieren und Einüben der komplexen beruflichen Interaktionen als eine therapeutische Möglichkeit verstanden werden, die Patient*innen dabei unterstützt, die Autonomie ihrer Lebenspraxis zurückzuerlangen. Das Agieren in der beruflichen Interaktion ist demnach mehr als die bloße (Re-) Integration in den Arbeitsmarkt. Hildenbrand, B. (1991): Alltag als Therapie. Ablöseprozesse Schizophrener in der psychiatrischen Übergangseinrichtung. Bern, Stuttgart, Toronto: Huber.</p>
<p><b>Nachhaltig gesund durch Arbeit(nehmer)</b></p> <p><i>Marco Blank, Friedrich-Alexander-Universität Nürnberg-Erlangen</i></p> <p><i>Amelie Tihlarik, Friedrich-Alexander-Universität Nürnberg-Erlangen</i></p> <p><a href="#">(zurück zur Sessions-Übersicht)</a></p> <p><a href="#">(zurück zum Gesamtprogramm)</a></p>	<p>Das Konzept nachhaltiger Lebensweisen ist im privaten Kontext bereits angekommen. Bewusster Konsum, z.B. durch Veganismus bzw. Vegetarismus, das Vermeiden von Massentierhaltung oder Plastikmüll, aber auch ein energieeffizienter Umgang mit Strom oder ein gesteigertes Bewusstsein für erneuerbare Energien zeigen, dass Nachhaltigkeit beim Individuum bereits die Ebene des Doing vollzogen hat – die MitarbeiterInnen wissen oft sehr genau, welche Maßnahmen Potentiale bergen und wo diese zu verorten sind. Am Arbeitsplatz hingegen fehlt oft der Raum, Nachhaltigkeit zu adressieren. Nachhaltige Konzepte sind lediglich im kollektiven Diskurs und teilweise auf struktureller Ebene vorhanden, es mangelt jedoch an der proaktiven Umsetzung der MitarbeiterInnen am Arbeitsplatz– wie passt das zusammen? Die Nutzung des privaten Nachhaltigkeitsbewusstseins als Arbeitsvermögen im beruflichen Kontext könnte Arbeit nachhaltiger und für Beschäftigte gesünder gestalten. Nachhaltigkeit umfasst also die soziale, ökologische, wirtschaftliche aber auch medizinische Ebene am Arbeitsplatz. Es wurde bereits hinreichend eruiert, dass Menschen nicht in der Lage sind, ihre Werte zusammen mit der Jacke am Eingang des Arbeitsplatzes abzulegen. Daraus ergibt sich eine Schizophrenie zwischen dem Nachhaltigen-Ich im privaten und dem Beschäftigten-Ich im beruflichen Kontext. Dieses Dilemma lässt sich durch diverse Strategien und Hebel auflösen. Beispielsweise zeigt unsere bisherige Empirie, dass ein hohes Maß an Selbstorganisation, mitunter durch das entgegengebrachte Vertrauen, das Risiko für psychische Belastung von Arbeitnehmern mindert und so erst der Raum entstehen kann, Nachhaltigkeitspotentiale zu fördern. Unser Beitrag fokussiert sich daher auf die individuelle Fähigkeit bzw. Befähigung einer/eines jeden Angestellten, ganzheitliche Nachhaltigkeit am Arbeitsplatz wirkmächtig umzusetzen – und dafür sind keine Schulungen notwendig, sondern genug Freiraum, die im Privaten bereits erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten in den Betrieb einzubringen. Auf diese Weise kann Gesundheit durch Arbeit(nehmer) gestaltet werden.</p>
<p><b>Anerkennung als ambivalente Gesundheitsressource: Zu den analytischen Potenzialen von Judith Butlers Anerkennungstheorie für die Lehrkräftegesundheitsforschung</b></p> <p><i>Sebastian Meißner, Friedrich-Schiller-Universität Jena</i></p> <p><a href="#">(zurück zur Sessions-Übersicht)</a></p> <p><a href="#">(zurück zum Gesamtprogramm)</a></p>	<p>Die rezenten Reformen des Schulsystems, die unter dem Leitbegriff „Neue Steuerung“ firmieren, haben die Arbeitsorganisation von Schule und die professionellen Anforderungen an Lehrkräfte verändert. Diese Transformationen verlaufen keinesfalls reibungslos, sondern konfliktvoll und lassen sich als Kämpfe um Anerkennung verstehen (Berkemeyer, 2017), die gesundheitlich nicht folgenlos bleiben. Dass mangelnde Anerkennung mit manifesten gesundheitlichen Risiken, wie z.B. depressiven Störungen oder emotionaler Erschöpfung einhergeht, belegen inzwischen mehrere Forschungsarbeiten (Lehr et al., 2009; Seibt et al., 2007). Um diesen negativen Folgen entgegenzuwirken, wird häufig die Etablierung einer Kultur der Anerkennung in Schule gefordert. Um aber der Frage nachzugehen, wie soziale Anerkennung das Stress- und Belastungserleben von Lehrkräften beeinflussen, moderieren oder kompensieren kann, bedarf es einer anerkennungstheoretischen Forschungsperspektive. Der Beitrag lotet theoretisch wie empirisch die analytischen Potenziale der Anerkennungstheorie Judith Butlers für Fragen der Lehrkräftegesundheit aus. Anerkennung wird hierbei verstehbar als „Struktur und Medium der Subjektkonstitution“ (Balzer, 2014, S.581), welche mit Hilfe der Adressierungsanalyse empirisch operationalisierbar wird (Ricken et al., 2017). Grundlage der empirischen Exploration ist Material aus sieben Gruppendiskussionen mit 28 Lehrkräften unterschiedlicher Schularten, die im BMBF-geförderten VorteilJena-Teilprojekt „Gesunde Lehrkräfte durch Gemeinschaft“ erhoben und sequenzanalytisch rekonstruiert wurden. Die Explorationen verdeutlichen den ambivalenten und machtförmigen Charakter schulischer Anerkennungsprozesse. Einzelschulen wie Kollegien stellen zentrale Subjektivierungsinstanzen mit je eigenen Anerkennungsordnungen dar, die präfigurieren, für welche Gruppe von Lehrkräften welche Formen von Anerkennung identitätsstabilisierende und integrierende Wirkung haben, aber auch, für wen die „Raster der Anerkennung“ (Butler, 2010) hierarchisierend und exkludierend wirken. Zugleich bedingen sie, welche professionellen Herausforderungen und Belastungen legitim, d.h. anerkenn- und artikulierbar sind, und wie mit ihnen umgegangen werden soll. Abschließend zeichnet der Beitrag die Konturen einer anerkennungstheoretisch fundierten Lehrkräftegesundheitsforschung nach, die es gestattet, die Gesundheit von Lehrkräften als Mehrebenenphänomen mit seinen vielfältigen Chancen und Risiken in den Blick zu nehmen.</p>

## Session 1d:

### Soziale Konstruktionen und subjektive Definitionen von Gesundheit

Andreas Bänziger, Zürich

Titel	Abstract
<p><b>Lebensgeschichte der Übergänge – Resonanzerfahrungen von Diabetiker*innen und der von ihnen verwendeten Medizintechnologie</b></p> <p><i>Julia Sellig, Careum Hochschule Gesundheit, Zürich</i></p> <p><a href="#">(zurück zur Sessions-Übersicht)</a> <a href="#">(zurück zum Gesamtprogramm)</a></p>	<p>Gestützt auf 13 qualitative Interviews mit Diabetiker*innen aus der Schweiz, Deutschland und Frankreich, transformiert dieser Beitrag den Begriff von Krankheit und Gesundheit in eine Erfahrung von Lebendigkeit. Unter Lebendigkeit verstehen wir verschiedene ergebnisoffene Resonanzerfahrungen von Diabetiker*innen durch die Verwendung von medizinischer Technologie – Insulinpen, Insulinpumpe, Blutzuckersensor (vgl. Rosa 2019). Die individuell gewählte Technologieverwendung und die dabei entstehende Technologieabwechslung im Zeitverlauf fungieren als Auslöser für eine Lebensgeschichte mit situativ kleinteiligen Phasen und Übergängen: Die starren Begriffe von Krankheit und Gesundheit werden fluid durch Kontextabhängigkeit, Technologieverwendung, soziokulturelle Bedingungen und schliesslich durch die individuelle Resonanzerfahrungen der Diabetiker*innen in Bezug zu ihrer (nicht-)verwendeten Medizintechnologie. Hieraus zeichnen sich einerseits reizvolle Herausforderungen für erkrankte Person ab: Eine Freiheit zur individuellen Auswahl von Medizintechnologie für die jeweils spezifisch passende Lebenssituation. Andererseits kommt es zur Überforderung mit der durch die verwendete Technologie entstandenen Eigenverantwortung der Diabetiker*innen: Nicht nur die erkrankte Person als handelndes Subjekt formt ihren Körper, sondern die genutzte und mit dem Körper verbundene Technologie kriecht gleichwohl das Subjekt (vgl. Frank 2013). Aus dieser reziproken Wechselwirkung resultieren fortlaufend (nicht)akzeptierte, (un)erwünschte Körperbilder (vgl. Frank 2013); Übergänge zwischen Scham und Stolz sind fließend. Diese intrapersonale Erfahrung möchten wir anhand zweier Lebensgeschichten von Diabetiker*innen in einer Präsentation darlegen: Die verschiedenen Resonanzerfahrungen, die die cyborgartige Diabetiker-Technologie-Verbindung betreffen, eröffnen den Blick auf Facetten von Lebensphasen und Lebensübergängen bei Diabetiker*innen. Zu beleuchten sind diese Ergebnisse, da die uns allbekannte Zielsetzung einer Steigerung oder Optimierung aller Lebensbereiche von den chronisch Kranken eine neue Ausrichtung erfährt: Eine Optimierung wird von den Diabetiker*innen nicht nur in Relation zu anderen betrieben, sondern auch in Bezug auf die eigene Person und ihre Erwartungen. Frank, A. W. (2013). <i>The Wounded Storyteller: Body, Illness, and Ethics</i>. Chicago, London: University of Chicago Press. Rosa, H. (2019). <i>Unverfügbarkeiten</i>. Wien: Residenz Verlag GmbH.</p>
<p><b>Die soziale Konstruktion von Palliativpatient*innen im Krankenhaus - Über Rollenverhandlungen und Entscheidungsprozesse am Lebensende</b></p> <p><i>Sven Schwabe, Universitätsklinikum Bonn</i></p> <p><i>Kirsten Bradtmöller, Universitätsklinikum Bonn</i></p>	<p>Die geriatrische Behandlung im Krankenhaus zielt auf den Erhalt, bzw. die Wiederherstellung von Autonomie, Mobilität und Selbstständigkeit bei älteren, multimorbiden Patient*innen. Am Lebensende kommt es dabei zu Situationen, in denen das rehabilitative Paradigma aufgegeben und eine Therapiezieländerung zugunsten eines palliativen Behandlungsregimes vorgenommen wird. Dieser Übergang erfordert dabei von allen Beteiligten eine Reinterpretation des kollektiven Handelns aber auch des eigenen Rollenverständnisses. Die ‚palliative Behandlung‘ und die ‚Palliativmedizin‘ bieten hierfür einen alternativen Deutungsrahmen an. Bevor dieser wirksam werden kann und eine palliativmedizinische Behandlung eingeleitet wird, müssen Palliativpatient*innen als solche identifiziert werden. Das BMBF-Forschungsprojekt CoPaPa („Construction of palliative patients“) untersucht die soziale Konstruktion von Palliativpatient*innen in verschiedenen Krankenhausabteilungen (Onkologie, Geriatrie) aus der Perspektive von Krankenhauspersonal, Patienten und Zugehörigen mithilfe qualitativer Forschungsmethoden (Diskursanalyse, Qualitative Interviews, Teilnehmende Beobachtung). Der Fokus der Studie liegt auf den sozialen Praktiken und Prozessen der Rollenverhandlungen. In Anlehnung an die Grounded-Theory-Methodology findet die Datenerhebung, Datenanalyse und Theorieentwicklung in einem iterativen Prozess statt, dem ein praxeologischer Forschungsansatz zugrunde liegt. In meinem Beitrag möchte ich die ersten Ergebnisse der Feldforschung aus der Geriatrie vorstellen. Darin werde ich der Frage nachgehen, wie in dem komplexen Zusammenwirken von medizinischem Wissen, institutionellen Vorgaben, diagnostischen Befunden und sozialen Praktiken Palliativpatient*innen sozial konstruiert werden. Wie kommt</p>

<p><i>Birgit Jaspers, Universitätsklinikum Bonn</i></p> <p><i>Catherine Letcher Lazo, Universitätsklinikum Bonn</i></p> <p><i>Lukas Radbruch, Universitätsklinikum Bonn</i></p> <p><a href="#">(zurück zur Sessions-Übersicht)</a></p> <p><a href="#">(zurück zum Gesamtprogramm)</a></p>	<p>es zur Aufgabe eines rehabilitativen Behandlungsziels zugunsten einer palliativen Zielsetzung? Wie vollzieht sich die Reinterpretation der sozialen Rolle von geriatrischen zu palliativen Patient*innen? Inwiefern fordert der Scheidepunkt zwischen Lebensverlängerung und Sterbenlassen die institutionellen Ablaufmuster („Dienst nach Vorschrift“) heraus und ist auf die Mitwirkung und den Eigensinn der beteiligten Akteure angewiesen?</p>
<p><b>“Es muss keine schlechte Zeit sein” Gesundheit in subjektiven Definitionen des guten Alterns</b></p> <p><i>Selma Kadi, Universität Tübingen</i></p> <p><a href="#">(zurück zur Sessions-Übersicht)</a></p> <p><a href="#">(zurück zum Gesamtprogramm)</a></p>	<p>Konzepte des guten Alter(n)s wie erfolgreiches, aktives oder gesundes Altern werden von unterschiedlichen politischen Akteuren zur Beschreibung von Zielen im Umgang mit dem demographischen Wandel herangezogen. Die Konzepte unterscheiden sich hinsichtlich der Definition und der Bedeutung von Gesundheit. Nach Kritik an jenen Ansätzen, die keine lebensweltliche Perspektive bei der Definition des guten Alterns berücksichtigen, existieren mittlerweile einige Studien zu subjektiven Definitionen des guten Alterns. Der Vortrag stellt Ergebnisse einer aktuellen Studie zu subjektiven Definitionen vor und fokussiert dabei auf Gesundheit als Teil des guten Alterns. Dazu wurden 45 leitfadengestützte Interviews mit der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet. Es wird gezeigt, welche Unterschiede hinsichtlich der Definition und Bedeutung von Gesundheit auch in den subjektiven Definitionen bestehen.</p>



## Session 2a:

### Medizinische Performanz im Kontext des Lebensendes

Thorsten Benkel, Passau; Matthias Meitzler, Passau

Titel	Abstract
<p><b>Vom sterbenden zum toten Körper. Mitwirkungen der Medizin</b></p> <p><i>Thorsten Benkel, Universität Passau</i></p> <p><a href="#">(zurück zur Sessions-Übersicht)</a> <a href="#">(zurück zum Gesamtprogramm)</a></p>	<p>Die ‚Entstehung‘ eines toten Körpers wird in der medizinischen Wissenskultur für gewöhnlich sehr anders beobachtet, als aus soziologischer Sicht. Bereits die Implikation eines Herstellungsvorgangs ist der Medizin weitgehend fremd, und selbst der Prozesscharakter des Sterbens oszilliert hier bisweilen zwischen Faktizität und Zuschreibung. Einzig der exitus letalis bringt eine ‚Gewissheit‘, weil Irreversibilität mit sich. Aus ethnografischer Perspektive lässt sich entgegenhalten, dass beispielsweise in Krankenhäusern Mechanismen der Etikettierung greifen, deren nicht-intendierte Folgen u.a. Sterbeverlängerungen sein können. In der Pathologie findet der tote Körper endgültig an epistemologischer Beweiskraft, insofern die legitimierte Auftrennung der körperlichen Substanz eine implizite Statusfestschreibung nahelegt. Zu überlegen ist daher, welche Art Umbruch der Übergang vom sterbenden zum toten Körper in medizinsoziologischer Hinsicht darstellt.</p>
<p><b>Commitment und Wertepräferenz bei der Betrachtung von vulnerablen Gruppen im individualisierten Palliative-Care-Versorgungskontext</b></p> <p><i>Gülay Ateş, Universitätsklinikum Bonn</i> <i>Sarah Peuten, Universität Augsburg</i></p> <p><a href="#">(zurück zur Sessions-Übersicht)</a> <a href="#">(zurück zum Gesamtprogramm)</a></p>	<p>Palliativmedizinische Versorgung verfolgt aus der Perspektive des organisationalen Handelns einen durch Offenheit geprägten patient*innenzentrierten Ansatz, der sich bewusst von einer rein ökonomisch orientierten rationalen Handlungsweise abgrenzen möchte. Unter Einbeziehung der sozialen Kontexte, Handlungslogiken und Präferenzordnungen von Patient*innen wird der Aufbau der bestmöglichen weiteren palliativen Gesundheitsversorgung angestrebt. Gelingende ambulante und stationäre Übergänge tragen zu Versorgungskontinuität, Handlungssicherheit und Deutungsgewissheit für alle Beteiligten im Versorgungsnetz bei. Dies ermöglicht Betroffenen (Patient*innen und Zugehörigen) eine unabhängige, autonome Gestaltung eigener Lebenswelten so lange wie möglich aufrechtzuerhalten. Krisensituationen können besser bewältigt und in Form ‚normalisierend wirkender Alltagsrahmungen‘ abgefedert werden. Das Projekt „Übergänge in der Palliativversorgung“ untersucht an zwei Standorten vergleichend schnittstellenübergreifende Versorgungsverläufe im Kontext von unterschiedlichen palliativen Versorgungsstrukturen. Zusätzlich zu einem systematischen Vergleich von quantitativen Daten der Versorgung von Patient*innen aus dem Jahr 2016 auf den Palliativstationen am Standort Augsburg und Bonn wurden auch vertiefende Expert*inneninterviews durchgeführt. Anhand der Analyse von Leitfadenterviews wird aufgezeigt, welche Patient*innengruppen in diesem Versorgungssetting unterrepräsentiert sind. Laut Definition soll die Inklusion von Patient*innen und deren Zugehöriger in palliative Versorgung grundsätzlich in Abhängigkeit von diesbezüglichem Bedarf geschehen, worauf in Deutschland auch ein Rechtsanspruch besteht, und zwar unabhängig von Krankheitsentitäten und personenbezogenen Kriterien. Die Daten des Projekts zeigen, dass bei vulnerablen Gruppen wie Alleinlebenden, Wohnungslosen, Menschen mit niedrigem Bildungs- und Sozialstatus sowie bei Personen mit Migrationshintergrund eine gelingende Anbindung und Überleitung als herausfordernd beschrieben werden.</p>
<p><b>(Un-)klinisches Sterben: Zur Gestaltung des Lebensendes in der stationären Hospizarbeit</b></p> <p><i>Lilian Coates, Johannes Gutenberg-Universität Mainz</i></p>	<p>Modernen Krankenhäusern ist auch durch die Hospizbewegung vorgeworfen worden, das Sterben in einer aktivistischen Orientierung auf Heilung zu verhindern und dabei individuelle Bedürfnisse von Sterbenden zu vernachlässigen. Das schaurige Sinnbild der "Apparatemedizin" ist das unwürdige "Dahinvegetieren an Schläuchen". Demgegenüber wünschen sich viele Menschen im eigenen Zuhause sterben zu dürfen. So scheint es, dass ein "humanes" Sterben heute gerade auch eines ist, das sich nicht als klinisch überformt darstellt. Auch stationäre Hospize nähren dieses Idealbild und verstehen sich als Gegenentwurf zur klinischen Praxis. So ist es in den meisten Hospizen nicht die Medizin, sondern die Pflege - als ganzheitlichere und fürsorglichere Schwester der Medizin -, die Regie führt. Das Sterben im Hospiz soll nicht verhindert werden, sondern explizit zugelassen werden. Und doch sind auch Hospize letztlich den organisatorischen und bürokratischen Ansprüchen des Gesundheitssystems unterworfen. So können sie durch ihre Hygienevorschriften, Klingelsysteme und medizinischen Apparaturen durchaus an Kliniken erinnern. Der Vortrag reflektiert die hospizliche Praxis in ihrer</p>

<p><a href="#">(zurück zur Sessions-Übersicht)</a> <a href="#">(zurück zum Gesamtprogramm)</a></p>	<p>medizinisch/nicht-medizinischen Ambivalenz. Er interessiert sich insbesondere für das "Sterbend-sein", das nicht nur als körperlicher Zustand, sondern in seiner praktischen und szenischen Hervorbringung durch das Hospiz in den Blick genommen wird. So kommen am unmittelbaren Lebensende etwa verschiedene Materialien und Techniken zum Einsatz, die eine besondere Atmosphäre der "Ruhe" erzeugen sollen. Das Hospiz scheint seine medizinisch-funktionalen Aspekte dabei sukzessive performativ zurückzufahren, um den Gästen und Besuchern ein von klinischen Eindrücken bereinigtes Sterben zu ermöglichen und darzustellen. Eine These des Vortrags lautet daher, dass sich die medizinische Performanz im Hospiz gerade dadurch auszeichnet, dass sie an bestimmten neuralgischen Punkten und insbesondere beim Versterben eines Gastes daran arbeitet, ihren medizinischen Charakter zu negieren.</p>
<p><b>"Kein Zweifel." Ethnografische Erkundungen einer spezifischen Wissenskultur</b> <i>Matthias Meitzler, Universität Passau</i></p> <p><a href="#">(zurück zur Sessions-Übersicht)</a> <a href="#">(zurück zum Gesamtprogramm)</a></p>	<p>Die Obduktion eines toten Körpers stellt ein besonderes Aktionsfeld dar, das fraglos hinter den Kulissen des gesellschaftlichen Lebens lokalisiert ist. Außerhalb des medialen Binnenraums ist die sichtbare Präsenz von Leichen, sofern sie nicht zur Routine der mit ihnen befassten Berufsakteure gehört, mittlerweile ein höchst seltenes und zumeist krisenhaftes und darum vermeidenswertes Ereignis. Ein geöffneter Leichnam gewinnt an eigenwilligen Visualitätsfacetten, die aus professionsspezifischer Sicht nichts Ungewöhnliches bedeuten, für den unbeteiligten Laien aber nicht so recht in den Kanon sozial vermittelter Ordnungsvorstellungen passen. Für die qualitative Sozialforschung bildet ein solches Aufeinandertreffen von lebenden und toten Körpern eine spannungreiche Konstellation – entsprechende Erkenntnispotenziale blieben bisher jedoch weitgehend ungenutzt. Das mag u.a. auch daran liegen, dass der empirische Zugang mit der Überwindung vergleichsweise hoher Barrieren verbunden und ‚teilnehmende Beobachtung‘ wenn überhaupt, dann nur unter bestimmten Einschränkungen möglich ist. Wie kommt man hinein in ein Feld, das sich seit jeher gegenüber neugierigen Blicken abschirmt? Was passiert, wenn soziologische und medizinische Wissensrelevanzen in diesem Kontext einander dennoch begegnen? Welche Rolle wird dem fachfremden Beobachter zugeschrieben und wie lässt sich mit dieser Zuschreibung umgehen? Vor dem Hintergrund eigener ethnografischer Erkundungen werden die Wege des Soziologen vom Schreibtisch an den Obduktionstisch nachgezeichnet sowie die damit verbundenen forschungspraktischen Fragestellungen, Methoden, Probleme und Einsichten diskutiert.</p>

## Session 2b:

### Gesundheitsförderung im Alter

Simone Grandy, Wien

Titel	Abstract
<p><b>Bereitschaft älterer Menschen, selbst erhobene mobile Gesundheitsdaten mit Forschenden zu teilen</b></p> <p>Alexander Seifert, Universität Zürich</p> <p><a href="#">(zurück zur Sessions-Übersicht)</a></p> <p><a href="#">(zurück zum Gesamtprogramm)</a></p>	<p>Tragbare Tracking-Technologien (wie z. B. Smartwatches, Fitness-Tracker und Apps auf dem Smartphone oder Tablet) haben den Prozess der Messung gesundheitsbezogener Daten digitalisiert. Aus der Forschungsperspektive werden Daten zur Gesundheitsaktivitäten zunehmend relevant, insbesondere im Hinblick auf individuelle Behandlungskontrollen und -empfehlungen. Die Verwendung persönlicher Gesundheitsdaten für die Forschung kann allerdings u. a. durch die mangelnde Bereitschaft von datenerfassenden Personen, ihre mobil erfassten Daten für die Forschung zur Verfügung zu stellen, eingeschränkt werden. Die vorliegende Studie untersuchte die Bereitschaft älterer Personen, ihre selbst erhobenen Gesundheitsdaten für die (gerontologische) Forschung bereitzustellen. Basis hierfür ist eine repräsentative Stichprobe (N = 1.013) der Schweizer Bevölkerung ab 50 Jahren (Ø-Alter: 65,3 Jahre). Die Beteiligten wurden in einem Telefoninterview zur Nutzung mobiler Tracking-Technologien und zur Bereitschaft der Datenfreigabe befragt. 43 % der befragten Personen nutzen ein Fitnessarmband, eine Smartwatch, ein Smartphone oder ein Tablet. 27 % nutzen diese Geräte auch, um damit gesundheitsbezogene Daten aufzuzeichnen. 57 % der befragten Personen ab 50 Jahren, die sich selbst vermessen, sind eher oder sehr bereit, ihre aufgezeichneten Daten für die Forschung freizugeben. Die Bereitschaft ist höher, wenn die Daten den behandelnden Ärzten bereitgestellt werden sollen. Dennoch ist im Vergleich die Bereitschaft der Datenfreigabe gegenüber den Krankenversicherungen geringer. In Regressionsanalysen zeigte sich, dass einzig das Einkommen signifikant zur Erklärung der Bereitschaft zur Datenfreigabe beiträgt, andere Faktoren (Alter, Geschlecht, Bildung, Region, Technikinteresse, Sport, subjektive Gesundheit) jedoch nicht. Die Studie zeigte eine relativ hohe bzw. positive allgemeine Bereitschaft, selbst erfasste mobile Gesundheitsdaten mit der Forschungsgemeinschaft zu teilen. Zukünftige Studien sollten diese Bereitschaft näher untersuchen und konkrete ethische, datenschutzrechtliche sowie technische Rahmenbedingungen eines solchen Datenaustausches formulieren.</p>
<p><b>Bedürfnisorientierter Umgang mit Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus.</b></p> <p>Gerlinde Rebitzer, FH-Studienstandort für Gesundheits- und Krankenpflege SZO, Wien</p> <p>Oliver Radinger, FH-Studienstandort für Gesundheits- und Krankenpflege SZO, Wien</p> <p><a href="#">(zurück zur Sessions-Übersicht)</a></p> <p><a href="#">(zurück zum Gesamtprogramm)</a></p>	<p><i>Einleitung:</i> Der Österreichische Demenzbericht (2014) geht davon aus, dass der Anteil der Menschen mit Demenz rasant steigen wird. Im Akutkrankenhaus ist derzeit ca. die Hälfte aller über 65 Jährigen von kognitiven Einschränkungen betroffen. Häufig wird Demenz von Verhaltenssymptomen begleitet, für die sich der Begriff "herausforderndes Verhalten" etabliert hat. Diese Verhaltensweisen stellen Personen in Akutkrankenhäusern vor großen Herausforderungen. Um diesen gerecht zu werden, bedarf es im Krankenbehandlungssystem entsprechende Veränderungen der institutionellen Strukturen.</p> <p><i>Methode:</i> Die Pilotstudie "EduDemAkut" untersuchte im Akutkrankenhaus mit einem Mixed-Methods-Design Belastungen von Pflegepersonen im Umgang mit Demenz. Dabei kamen Fragebögen auf einer Interventions- und einer Kontrollstation und leitfadenorientierte Gruppendiskussionen mit Pflegenden der Interventionsstation zum Einsatz. Letztere wurden gemeinsam im Forschungsteam mittels Codierverfahren analysiert.</p> <p><i>Ergebnisse:</i> Die Anerkennung des pflegerischen Auftrages in der Betreuung und Pflege von Menschen mit Demenz steht im Zusammenhang mit den institutionellen Strukturen im Krankenhaus. Akutkrankenhäuser scheinen nicht auf diese Patient*innengruppe ausgerichtet zu sein, da die Versorgung zu einer Irritation im Krankenhausalltag führt. Pflegepersonen sind mehr darauf fokussiert den Tagesablauf aufrechtzuerhalten. Dies zeigt sich an der Tagesstruktur, die auf technischen und Organisationsabläufen ausgerichtet ist. Dabei stellt sich die Frage, wer für die Betreuung von Menschen mit Demenz verantwortlich ist bzw. sich zuständig fühlt. Um diesen Zuständigkeitsbereich zu erfüllen, ist eine Veränderung der Strukturen und Organisationsbereiche notwendig.</p> <p><i>Diskussion:</i> Die Versorgungssituation von Patient*innen im Krankenhaus hat sich in den letzten Jahren einem Wandel unterzogen, die institutionellen Strukturen haben sich jedoch nicht verändert. Durch die Ökonomisierung der Pflege steht die Effizienz des Outcomes der Pflegearbeit im Vordergrund. Diese Ökonomisierungskonzepte bringen einen hohen Grad an strukturierten Interventionen und Tagesabläufen mit sich, wodurch die Perspektive der Pflegenden mit dem Fokus auf das medizinische Setting gerichtet ist.</p>

	<p>Patient*innen, die durch informelle Pflege zuhause betreut werden, kommen durch zusätzliche medizinische Diagnosen in ein formelles Pflegesetting im Akutkrankenhaus. Die Anerkennung des pflegerischen Auftrages von Menschen mit Demenz im akutstationären Bereich kann nicht auf unterschiedlichen Ebenen gewährleistet werden. Dadurch müssen Veränderungen im Sinne der Qualitätssicherung überdacht werden.</p>
<p><b>Ist Gesundheitsförderung relevant für die stationäre Altenbetreuung und Pflege? Ergebnisse und Erfahrungen aus 10 Jahren systematischer Forschung</b></p> <p><i>Karl Krajcic, FORBA Forschungs- und Beratungsstelle Arbeitswelt Wien &amp; Universität Wien</i></p> <p><a href="#">(zurück zur Sessions-Übersicht)</a>  <a href="#">(zurück zum Gesamtprogramm)</a></p>	<p>In der stationären Altenbetreuung/Pflege gibt es eine hohe Prävalenz chronischer Krankheiten und funktionaler Einschränkungen (kognitive Veränderungen, eingeschränkte Mobilität, chronische Schmerzen). Auch die soziale Gesundheit der BewohnerInnen gilt als beeinträchtigt (verdünnte soziale Netzwerke, Vereinsamung). Für die MitarbeiterInnen gelten diese Arbeitsplätze als – im Vergleich zur Akutversorgung - wenig attraktiv (öffentliches Ansehen, körperliche und psychische Belastung, knappere finanzielle Mittel. Wie passt Gesundheitsförderung, insbesondere das umfassende Konzept des „gesundheitsfördernden Settings“ zu dieser Lebenswelt? Kann das primär zur Schauseitenkosmetik dienen oder gibt es Potential für Qualitätsentwicklung? Gibt es spezifische, anschlussfähige und wirksame Interventionen, auch für schon stark eingeschränkten BewohnerInnen? Im Rahmen eines 10-jährigen Forschungsschwerpunktes hat der Autor am Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research und ab 2015 bei der FORBA in Wien eine Reihe von Projekten wissenschaftlich konzipiert und durchgeführt bzw. in unterschiedlichen Rollen begleitet. Insbesondere das Projekt „Gesundheit hat kein Alter“ (Pilotprojekt in 3 Einrichtungen in Wien, Follow-up in Wien, Transferprojekt in der Steiermark) hat ab 2011 eine Fülle von Erfahrungen und Ergebnisse erbracht. Der Vortrag wird einen knappen Überblick über die Projekte liefern und auf wesentliche Publikationen verweisen. Zentral wird aber eine Darstellung der wesentlichsten Ergebnisse und Erfahrungen sein. Die zentrale Schlussfolgerung vorweg: Insgesamt erscheint der Setting-Ansatz der Gesundheitsförderung eine relevante Option für Qualitätsentwicklung in der stationären Altenbetreuung zu sein, jedenfalls für die Zielgruppen BewohnerInnen und MitarbeiterInnen und wahrscheinlich auch für die mitbetroffenen/ beteiligten Angehörigen der BewohnerInnen. An diesem schwierigen Übergang von einem noch weitgehend selbständigen Leben im Alter in eine Phase mit mehr Einschränkungen erweist sich Gesundheitsförderung als relevante Ressource. Trägerorganisationen, aber auch viele verantwortlichen politischen Akteure scheinen aber eher zu zögern, über betriebliche Gesundheitsförderung hinaus einen breiteren und systematischeren Ansatz von Gesundheitsförderung zu nützen.</p>
<p><b>Beziehungsarbeit als Schlüssel zum Erfolg- Erfahrungen aus der Evaluation eines Gesundheitsförderungsprojekts für Menschen ab 60</b></p> <p><i>Simone Grandy, FH Campus Wien</i></p> <p><a href="#">(zurück zur Sessions-Übersicht)</a>  <a href="#">(zurück zum Gesamtprogramm)</a></p>	<p><i>Einleitung:</i> Im Rahmen des Gesundheitsförderungsprojekts „Gesund älter werden in Wien“ der Wiener Gesundheitsförderung werden Gesundheitsförderungsinterventionen mit Menschen ab 60 partizipativ umgesetzt. Die Finanzierung erfolgt aus dem Landesgesundheitsförderungsfonds, der von der Sozialversicherung und der Stadt Wien eingerichtet wurde. In sogenannten Grätzel-Cafés – 14-tägig stattfindende, niederschwellige, 1,5-stündige Treffen mit gratis Kaffee und Kuchen– soll die gewünschte Zielgruppe erreicht werden. Im Projekt liegt ein besonderes Augenmerk auf die Erreichung und Aktivierung folgender Gruppen: (1) einsame Menschen, (2) Menschen, die bisher von gesundheitsförderlichen Angeboten nicht erreicht wurden, (3) Menschen mit niedrigem Einkommen, (4) Menschen mit geringer Bildung, (5) Menschen mit Migrationshintergrund und (6) Menschen mit Behinderung.</p> <p><i>Methodik:</i> Die Evaluation des Projektes besteht aus einer Kombination unterschiedlicher qualitativer und quantitativer Forschungsmethoden. Mittels einer umfangreichen Dokumentenanalyse und den Ergebnissen aus 17 Gruppendiskussionen mit Multiplikator*innen sowie der Ergebnisse der quantitativen Feedbackbögen wird ein umfassendes Bild über Herausforderungen und Stärken des Projekts sowie Implikationen für Entwicklungspotentiale aufgezeigt.</p> <p><i>Ergebnisse:</i> Die gezielte schriftliche Kontaktierung von Senior*innen, die Mindestsicherung beziehen, war über eine Kooperation mit der MA 40 – Soziales, Gesundheit und Gesundheitsrecht- möglich und eignete sich besonders gut zur Erstaktivierung. Die Nutzung bereits bestehender Strukturen (Bsp. Nachbarschaftszentren) ist gut geeignet, um die Zielgruppe auf ein Projekt aufmerksam zu machen. Um jedoch die vulnerable Zielgruppe im Projekt halten zu können, ist die persönliche Beziehungsarbeit unumgänglich. Die Grätzel-Cafés werden bewusst thematisch offen gehalten, damit die Teilnehmer*innen die Möglichkeit haben, die Inhalte partizipativ mitzugestalten. Mit der Offenheit der Grätzel-Cafés geht aber auch eine Unverbindlichkeit mit einher, der man mit Beziehungsarbeit begegnen muss, um Teilnehmer*innen langfristig zu halten. Grätzel-Cafés zu speziellen Themen sind sehr beliebt und gut besucht.</p> <p><i>Diskussion</i> Eine besondere Herausforderung bei der Umsetzung von Gesundheitsförderungsprojekten mit vulnerablen älteren Menschen ist das Oszillieren zwischen niederschweligen Strukturen (ohne Anmeldung, ohne Kosten, ohne konkretes Programm, um Themen auch</p>

partizipativ zu gestalten) und das Schaffen einer gewissen Verbindlichkeit, die eine Nachhaltigkeit von Projekten jenseits der Projektlaufzeit ermöglichen. Diese Gratwanderung kann am ehesten über intensive Beziehungsarbeit bewerkstelligt werden.

## Session 2c:

### Arbeit und Gesundheit von Gesundheitsfachpersonen

Michael Gemperle, Winterthur; René Schaffert, Winterthur

Titel	Abstract
<p><b>Zusammenhang zwischen muskuloskelettalen Beschwerden, Gratifikationskrisen, sozialen Ressourcen und der subjektiven Gesundheit von Studierenden</b></p> <p><i>Olga Kulikova, Hochschule für Gesundheit, Bochum</i></p> <p><i>Thomas Hering, Hochschule Magdeburg-Stendal</i></p> <p><a href="#">(zurück zur Sessions-Übersicht)</a></p> <p><a href="#">(zurück zum Gesamtprogramm)</a></p>	<p><i>Hintergrund:</i> Die Selbsteinschätzung des eigenen Gesundheitszustandes wird international zur Erfassung der subjektiven Gesundheit in Bevölkerungsstudien verwendet [1]. Forschungsergebnisse deuten auch darauf hin, dass die subjektive Gesundheit meist mit dem objektiven Gesundheitsstatus übereinstimmt [2]. Mehrere Untersuchungen zeigen, dass Studierende der Therapieberufe und Medizin für Nacken und Rückenschmerzen prädisponiert sind [3-6] und unter Gratifikationskrisen leiden können [7]. Als eine Gratifikationskrise wird eine spezifische, durch hohe Verausgabung und niedrige Belohnung gekennzeichnete Belastungskonstellation bezeichnet [8]. Als intrinsische Komponente der Gratifikationskrise äußert sich die übersteigerte Verausgabungsneigung als übermäßiges Streben in Form von Einstellungen, Verhaltensweisen und Emotionen, welches mit dem starken Wunsch der Anerkennung verknüpft ist. Dauerhafte oder wiederkehrende Erfahrungen von Gratifikationskrisen bei Studierenden, haben ausgeprägte Stressreaktionen und die damit verbundenen Gesundheitsrisiken zur Folge [9].</p> <p><i>Ziel der Arbeit:</i> Deskriptive Darstellung und Analyse des Zusammenhangs von muskuloskelettalen Beschwerden, Gratifikationskrisen, sozialen Ressourcen und der subjektiven Gesundheit von Studierenden.</p> <p><i>Methodik:</i> Grundlage der vorliegenden Arbeit sind die Daten einer Studie bei Studierenden der Hochschule für Gesundheit (hsg) Bochum, die im Sommersemester 2018 eingeschrieben waren (N = 1.168). Die Gesundheitsbefragung erfolgte mittels Sosci-Survey unter dem Einsatz von standardisierten Instrumenten. Eine deskriptive und hierarchische Regressionsanalyse fand mit R [10] statt.</p> <p><i>Ergebnisse:</i> Datensätze von 302 Studierenden konnten für die Analyse genutzt werden (Rücklaufquote 26%). Die stärksten muskuloskelettalen Schmerzen bei Studierenden der hsg wurden im Hals/Nacken, in der Schulter, im oberen und unteren Rücken zurückgemeldet. Insgesamt hat die Gruppe „39 Jahre und älter“ die höchsten Schmerzwerte (außer Unterarm/Handgelenk und Unterschenkel/Fuß). Studenten, die mehr Schmerzen im Nacken und im unteren Rücken haben und zu der übersteigerten Verausgabungsneigung tendieren, schätzen ihre subjektive Gesundheit schlechter ein.</p> <p><i>Schlussfolgerung:</i> Diese Ergebnisse sind besonders beunruhigend für eine Gruppe, die ihre Karriere in den Gesundheitsberufen gerade beginnt. Die Nacken und Rückenschmerzen können die berufliche Langlebigkeit gefährden und den bereits prognostizierten Arbeitskräftemangel verstärken. Maßnahmen zur Reduzierung komplexer Gesundheitsprobleme sowie zur Meisterung der psychologischen Herausforderungen des Studiums sollten in die Lehrpläne aufgenommen werden, um die zukünftigen Mitarbeiter*innen im Gesundheitssektor zu schützen.</p>
<p><b>«Double-Duty Caregiving» - Schwierigkeiten und Chancen der Doppelrolle Gesundheitsfachperson-pflegende Angehörige</b></p> <p><i>Anke Jähnke, Careum Hochschule Gesundheit, Zürich</i></p> <p><i>Iren Bischofberger, Careum Hochschule Gesundheit, Zürich</i></p>	<p>Erwerbstätigkeit und Angehörigenpflege zu vereinbaren ist für Gesundheitsfachpersonen anspruchsvoll. Zwar sind einschlägige Fach- und Systemkenntnisse für die familiäre Sorgearbeit hilfreich, aber auch Ursache für Stresserleben und Konflikte. Die beruflich-private Doppelrolle – international als «Double-Duty Caregiving» bezeichnet – und das Befinden der Betroffenen wurden bislang im hiesigen Vereinbarkeitsdiskurs nicht thematisiert. Ziel des Forschungsprojekts (07/2015-12/2017) war, diese Doppelrolle in der Deutschschweiz qualitativ und quantitativ zu explorieren und die Erkenntnisse mit Gesundheitsbetrieben zu reflektieren. Mit einem sequenziellen Mixed Methods Design wurden zunächst 30 leitfadengestützte Interviews mit Gesundheitsfachpersonen aus verschiedenen Berufsgruppen (Schwerpunkt Pflegeberufe) geführt, gefolgt von Interviews mit elf der Teilnehmenden nach ca. 6 Monaten. Die Datenauswertung erfolgte nach der Grounded Theory Methodologie. Daran schloss eine standardisierte online Befragung mit Mitarbeitenden von fünf Gesundheitsbetrieben an (Spital, Spitex, Pflegezentren, Psychiatrische Klinik). Die Ergebnisse wurden in Workshops mit den Betrieben diskutiert. Die Ergebnisse zeigten eine grosse Bandbreite von herausfordernden Vereinbarkeitssituationen. Die Teilnehmenden leisteten einen Balanceakt mit konkurrierenden Erwartungen innerhalb des Familien- und Versorgungssystems, v.a. bei Mängeln in der Patientensicherheit. Dabei zeigten sich krisenhafte Ereignisse als Dilemmata, sich fachlich und als Angehörige zu positionieren, sowie</p>



<p><a href="#">(zurück zur Sessions-Übersicht)</a> <a href="#">(zurück zum Gesamtprogramm)</a></p>	<p>individuelle Handlungsstrategien, um Spannungsfelder und damit die Vereinbarkeit zu bewältigen. Double-Duty Caregiving ist häufig: von den Teilnehmenden der Betriebsbefragungen (n=1120) unterstützten zum Befragungszeitpunkt rund 30% mindestens eine nahestehende Person regelmässig. Diejenigen, die &gt;8h/Woche Sorge leisteten, schätzten ihren Gesundheitszustand schlechter ein als diejenigen ohne Doppelrolle oder mit geringerem Zeitaufwand. Double-Duty Caregivers sind für die Gesundheitsversorgung eine wichtige Ressource. Sie sensibilisieren am Arbeitsplatz für Angehörigenbelange, für Patientensicherheit und für Versorgungskontinuität. Nicht zuletzt wirken sie durch ihren Verbleib im Beruf gegen den Fachkräftemangel – aber nur bei gelingender Vereinbarkeit. Die Arbeitswelt scheint darauf noch nicht hinreichend vorbereitet.</p>
<p><b>Sorgearbeit aus geografischer Distanz – Impulse für das Diversitätsmanagement in Gesundheitsbetrieben</b></p> <p><i>Amélie Zentgraf, Careum Hochschule Gesundheit, Zürich</i></p> <p><i>Karin van Holten, Careum Hochschule Gesundheit, Zürich</i></p> <p><i>Anke Jähnke, Careum Hochschule Gesundheit, Zürich</i></p> <p><a href="#">(zurück zur Sessions-Übersicht)</a> <a href="#">(zurück zum Gesamtprogramm)</a></p>	<p>Gesundheitsfachpersonen übernehmen vielfach auch im privaten Umfeld Betreuungs- und Pflegeaufgaben für ihre Nächsten. Sie sind somit gefordert, ihre Erwerbstätigkeit mit ihrer privaten Sorgearbeit zu vereinbaren. Vor dem Hintergrund, dass mehr als ein Drittel der in der Schweiz beschäftigten Gesundheitsfachpersonen zugewandert ist, erfahren viele zusätzlich die Chancen und Herausforderungen der Sorgearbeit für ihre Angehörigen auf Distanz. Kurzum, viele Gesundheitsfachpersonen sind Distance Caregivers (DiCa). Das Forschungsprojekt «DiCa Santé» fokussiert auf genau diese Personengruppe. Dabei interessieren einerseits die subjektiven Erfahrungen von Gesundheitsfachpersonen als Distance Caregivers. Andererseits nimmt das Projekt auch die Perspektive der Arbeitgebenden sowie die strukturellen Bedingungen der Arbeit im Gesundheitssektor in den Blick. Es untersucht, ob im betrieblichen Personal- und Gesundheitsmanagement ein Bewusstsein für dieses Thema vorhanden ist und inwiefern dieses sich in konkreten Unterstützungsmaßnahmen abbildet bzw. welche Massnahmen hilfreich sein könnten. Folgende Fragen sind dabei leitend: Welche Chancen und Herausforderungen ergeben sich für Gesundheitsfachpersonen, die in der Schweiz erwerbstätig sind und über geographische Distanzen Sorgearbeit leisten? Wie positionieren sich Betriebe in der Gesundheitsversorgung als Arbeitgebende zu diesem Thema? Empirische Grundlage für die Bearbeitung der ersten Forschungsfrage bilden Interviews aus den Forschungsprojekten «Double Duty Caregiving» und «Distance Caregiving». 30 Interviews mit Gesundheitsfachpersonen, die auch Distance Caregivers sind, wurden im Rahmen einer Sekundäranalyse mit dieser spezifischen Fragestellung nochmals vertieft mittels theoretischer Codierung analysiert. Die Erkenntnisse aus der Sekundäranalyse liefern wichtige Impulse für die Bearbeitung der zweiten Forschungsfrage. Die betriebliche Sicht wird mit rund 20 Expert/innen-Interviews mit HR-Verantwortlichen und Vorgesetzten aus dem Schweizer Gesundheitssektor (stationäre, ambulante und psychiatrische sowie Langzeitpflege) exploriert. Das Referat beleuchtet kontextbedingte Faktoren sowie entsprechende Handlungsstrategien von Gesundheitsfachpersonen, die private Sorgearbeit über geografische Distanzen hinweg leisten. Zudem werden Empfehlungen für eine nachhaltige, diversitätssensible Unternehmenskultur im Gesundheitssektor diskutiert.</p>

## Session 2d:

### Soziale Konstruktion abweichenden Verhaltens bei psychiatrischen Diagnosen

Dominik Robin, Winterthur

Titel	Abstract
<p><b>ADHS als soziale Konstruktion abweichenden kindlichen Verhaltens</b></p> <p>Dominik Robin, ZHAW Winterthur Michael Gemperle, ZHAW Winterthur</p> <p><a href="#">(zurück zur Sessions-Übersicht)</a> <a href="#">(zurück zum Gesamtprogramm)</a></p>	<p><i>Hintergrund:</i> Als eine der am häufigsten diagnostizierten psychischen Störungen im Kindesalter steht ADHS und seine pharmakologische Behandlung seit längerem im Zentrum heftiger Debatten. Ein seit Beginn kontrovers diskutierter Punkt ist die Bedeutsamkeit ADHS zu Grunde liegender medizinischer, psychologischer und sozialer Bedingungen. Fachleute erklären ADHS heute zwar kaum ohne Einbezug gesellschaftlicher Faktoren, jedoch dominieren in den Foucaultschen «Deutungskämpfen und Wahrheitsspielen» (Karsch, 2011) neurologische Erklärungen. Dieser Beitrag untersucht die gesellschaftliche Konstruktion der ADHS-Diagnose durch Pädagogen und Mediziner.</p> <p><i>Methoden:</i> Die Daten wurden im Rahmen des Schweizweiten Projekts «Kindern fördern» erhoben. Konkret wurden Antwortnarrationen aus zwei Online-Surveys von Lehrpersonen/Heilpädagogen (n=125) und Kinderpädiatern (n=81) auf die Frage «wie würden Sie ADHS jemanden erklären, der das Wort noch nie gehört hat» qualitativ ausgewertet.</p> <p><i>Resultate:</i> Die Analyse zeigt, inwiefern sich die gesellschaftliche Konstruktion von ADHS-Diagnosen im Spannungsfeld zwischen der (medizinischen) Pathologisierung und alltäglichen, schulischen Problemen äussert. Während Pädiater die wissenschaftliche Autorität über das Wissen der Diagnose besitzen, äussert sich die Perspektive der Pädagogen über Prozesse der Identifizierung, Stigmatisierung und Weiterverweisung betroffener Kinder. Zwischen den Berufsgruppen entsteht ein Spannungsfeld: Während Erzieher auch kindliche Eigenschaften betonen, die ausserhalb der schulischen Anforderungen liegen (z. B. Kreativität), erwähnen die Mediziner primär Defizite im Verhalten. Beide Berufsgruppen konstruieren zudem männliche ADHS-Narrative (Träumer, Schüler etc) im Rahmen eines Diskurses, der auf die Disziplinierung von Unruhestiftern abzielt und den fehlenden Gehorsam der historischen Figur des «Zappelphillipp» aufgreift.</p> <p><i>Diskussion:</i> Im Unterschied zu den Pädiatern, für die ADHS einen objektiven Tatbestand zum Ausdruck bringt, bekunden Erzieher gegenüber der Diagnose eine ambivalentere Haltung: Zum einen halten sie der Diagnose Prinzipien des kulturellen Feldes (z. B. Kreativität) entgegen, zum anderen stellen sie die Verbindung zwischen Versagen im Schulsystem (Lernschwierigkeiten) und der medizinischen Diagnose (Entwicklungsstörung) kaum infrage. Das ärztliche Urteil scheint somit auch für Lehrpersonen ein legitimes Mittel darzustellen, um mit abweichendem Verhalten im Schulalltag umzugehen.</p>
<p><b>ADHS als soziales Problem</b></p> <p>Fabian Karsch, Technische Universität München</p> <p><a href="#">(zurück zur Sessions-Übersicht)</a> <a href="#">(zurück zum Gesamtprogramm)</a></p>	<p>Der im Folgenden skizzierte Beitrag thematisiert das Phänomen ADHS als ein soziales Problem. Dabei geht es nicht um die Frage, ob ADHS in pathogenetischer Hinsicht soziale Ursachen hat, sondern um die Prozesse der öffentlichen oder teil-öffentlichen (wissenschaftlichen) Problematisierung. Es ist festzustellen, dass ADHS über die Grenzen unterschiedlicher Handlungs- und Diskursebenen hinaus, auf vielfältige Art und Weise problematisiert wird: a) Zunächst sind es die Personen (Kinder und zunehmend auch Erwachsene), die hinsichtlich ihres (abweichenden) Verhaltens oder ihrer (abweichenden) kognitiven Leistungsfähigkeit derart als problematisch eingestuft werden, dass sie überhaupt einer medizinischen Diagnostik zugeführt werden. b) Das abweichende Verhalten wird als medizinisches Problem gerahmt und wird damit auch in epidemiologischer Hinsicht zu einem gesellschaftlichen Problem, das in erster Linie hinsichtlich der Morbiditätsraten (Prävalenz und Inzidenz) sowie der Versorgungssituation thematisiert wird. c) Der Krankheitswert der Diagnose und in der Folge auch die Legitimität einer medikamentösen Therapie sind umstritten, so dass ADHS quasi zu einem problematischen Problem wird. Hier gilt also die medizinische Problemlösung (b) des abweichenden Verhaltens (a) als ein Problem eigener Provenienz. Menschen mit ADHS-Diagnose werden mithin in mehrfacher Hinsicht etikettiert: Erstens tragen sie das Label einer hyperkinetischen Verhaltensstörung nach ICD-10 (2017), zweitens gelten sie als Risikogruppe für multiple deviante Karrieren, und drittens müssen unter Umständen sogar diese Etikettierungen verhandelt und verteidigt werden, da die ADHS-Diagnose in der Öffentlichkeit als umstritten gilt. Der Beitrag diskutiert auf der Basis einer im Forschungsprogramm der wissenssoziologischen</p>

	<p>Diskursanalyse durchgeführten Dokumentenanalyse, wie es in der Gemengelage öffentlicher Diskurse, medizinischer Diagnostik und der Aktivitäten von Betroffenen, zu Prozessen der Konstruktion von medizinischen Problemgruppen sowie zu gegenläufigen Entproblematisierungsprozessen kommt.</p>
<p><b>Trans im Spannungsfeld psychiatrischer und medizinischer Diagnostizierung und Intervention</b></p> <p><i>Hanna-Sophie Ulrich, Martin-Luther Universität Halle-Wittenberg</i></p> <p><a href="#">(zurück zur Sessions-Übersicht)</a></p> <p><a href="#">(zurück zum Gesamtprogramm)</a></p>	<p><i>Hintergrund:</i> Geschlechtlichkeitskonzepte und Subjektkonstitutionen verstanden werden und als Oberbegriff für diverse Selbstbezüge wie Transsexualität, Transidentität, Transgender und Transgeschlechtlichkeit zusammengefasst. Durch die fachwissenschaftliche Klassifikation von Trans* als „Anomalie“, befindet sie sich im Spannungsfeld zwischen psychiatrischer und medizinischer Intervention sowie Kategorisierung, Psychiatrische Diskurse sind trotz Leitlinienvorgabe, die bereits medizinethische Aspekte im Umgang mit Trans* beinhaltet, sozial konstruiert und wirkmächtig und bereiten die Verschränkung von Recht und Medizin ist für Trans* Personen vor.</p> <p><i>Methode:</i> Die Übersichtsarbeit widmet sich mit einem diskurssoziologischen Blick auf Trans*Geschlechtlichkeit und ihre Kontextualisierung innerhalb psychiatrischer sowie medizinischer Konzepte und Interventionen. Diese sind prägend und voraussetzungsfull für das Körper- und Gesundheitsverständnis von Trans* Personen und werden in ihrem Einfluss auf Trans* sensemaking und Transitionsprozesse untersucht.</p> <p><i>Ergebnisse:</i> Der Überblick über die Potentiale der Diskurssoziologie, Geschlecht als soziale Kategorie in ihren Wirkmechanismen zu erfassen, zeigt die Kulturspezifik sowie historische Bedingtheit von Geschlechterverständnissen und den Diagnoseklassifikationssystemen zu Geschlechtsidentitätsstörungen. Trans* befindet sich im Spannungsfeld der «psychiatrisch-medizinischen» Modelle und kann damit die soziale Bedingtheit psychischer Verhaltensauffälligkeiten aufzeigen. Die Verschränkung von Rechtlichem und Medizinischem zeigt sich an interdisziplinären Diagnoseverfahren und u.A. an der medizinischen und psychiatrischen Diagnostizierung als Voraussetzung für die Übernahme von Kosten zu Geschlechtsangleichung, bzw. Hormonpräparaten, welche wiederum als Versuch der Selbstnormalisierung und des Trans* sensemaking praktiziert werden.</p> <p><i>Diskussion:</i> Ein diskurssoziologischer Blick auf Geschlechtlichkeit kann im Rahmen von public health Debatten Potentiale bilden den kategorialen Reduktionismus auf sozial konstruierte Normalität, bzw. Abnormalität zu umgehen. Die soziale Konstruktion von psychiatrischen Kategorien und ICD-Normen kann so hinterfragt und machtanalytisch untersucht werden.</p>

## Session 2e:

### Studentische Session: Aktuelle gesundheits- und medizinsoziologische Fragen

Ursula Meidert, Winterthur

Titel	Abstract
<p><b>Digitale Gesundheitsklassifikationen in Apps – Praktiken und Probleme ihrer Entwicklung und situativen Anwendung</b></p> <p><i>Valeska Cappel, Universität Luzern</i></p> <p><a href="#">(zurück zur Sessions-Übersicht)</a> <a href="#">(zurück zum Gesamtprogramm)</a></p>	<p>Die mit der Digitalisierung verbundene „Datafizierung“ sorgt für tiefgreifende gesellschaftliche Veränderungen – auch im Gesundheitssystem. Mit digitalen Technologien, wie präventive Gesundheits-Apps, erzeugen Menschen über Selbstvermessungspraktiken zunehmend persönliche gesundheitsbezogene Daten und generieren eine neue Form von Gesundheitswissen. Es ist eine Problemstellung im Gesundheitssystem, zu verstehen, wie sich Akteure über legitime Konzepte von Gesundheit und Gesundheitswissen verständigen und sich praktisch drauf stützen. Damit die Institutionen des Gesundheitssystems und die individuellen Alltagspraktiken in akzeptabler und wirksamer Weise miteinander koordiniert werden können, müssen sich verschiedene Akteure kollektiv auf Regelungen und Normen einigen. Im Fall der individuellen Selbstvermessung von Gesundheit ist nicht ganz klar, wer entscheidet, welche Parameter zur Messung von Gesundheit herangezogen werden sollen, warum und wie. Die daraus resultierenden Gesundheitsdaten werden aber jetzt schon für das Gesundheitssystem relevant. In dem Dissertationsvorhaben sollen folgende drei Forschungsfragen untersucht werden: (1) Wie werden Gesundheitskonzepte für eine präventive Gesundheits-App entwickelt? (2) Wie gehen NutzerInnen der Apps mit diesen eingeführten Gesundheitskonzepten um? (3) In welchen Situationen kommt es zwischen der Einführung und Anwendung der Gesundheitskonzepte bei den Akteuren im Gesundheitsfeld zu Spannungen und Konflikten mit welchen Konsequenzen? Ausgangspunkt ist die pragmatische Soziologie, insbesondere die Economie des Conventions (EC). Gesellschaftstheoretisch wird eine Erweiterung mit institutionellen und individuellen Datafizierungsprozessen hergestellt und dabei an die Individualisierungstheorie und Governmentality Studies angeknüpft. Es wurde ein multi-methodisches Untersuchungsdesign entworfen, bei dem verschiedene Erhebungs- und Auswertungsmethoden kombiniert werden. Im Bereich der Soziologie der Quantifizierung/Digitalisierung werden Erkenntnisse im Feld der Theorien der Klassifikationen erwartet, insbesondere Grundlagenforschung zur Innovation und Funktionsweise digitaler Klassifikationen. Es werden auch Erkenntnisse zu den Konsequenzen erwartet, die mit den öffentlichen und privaten Aushandlungsprozessen bei der digitalen Vermessung von Gesundheit verbunden sind (wie Forcierung sozialer Ungleichheit, Partizipationsprobleme und Akzeptanzprobleme sowie einseitige Gesundheitsdaten und Präventionsmaßnahmen).</p>
<p><b>«Ohne Smartphone? Dann fehlt ein Teil von mir!» Die Bedeutung des Smartphones für weibliche Jugendliche</b></p> <p><i>Esther Helfenstein, ZHAW Winterthur</i></p> <p><a href="#">(zurück zur Sessions-Übersicht)</a> <a href="#">(zurück zum Gesamtprogramm)</a></p>	<p>Die Entwicklung der digitalen Medien und deren Einfluss auf die Lebenswelten über die gesamte Lebensspanne hinweg sind markant. Die vorliegende empirische Arbeit befasst sich mit der Bedeutung des Smartphones für das persönliche Wohlbefinden von weiblichen Jugendlichen im Alter von 13 bis 15 Jahren sowie deren Vorstellungen von einer Zeit des Verzichts auf das Smartphone. Das Forschungsinteresse liegt dabei in der subjektiven Sichtweise der Jugendlichen selbst, weshalb vier Jugendliche einerseits durch ein Tagebuch und andererseits mittels einem halbstandardisierten Leitfadeninterview befragt wurden. Die anschliessende Datenauswertung erfolgte durch eine qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring. Die Ergebnisse der Studie deuten darauf hin, dass vor allem die sozialen Kontakte, die Zeitressourcen sowie das Festhalten von Erinnerungen in engem Zusammenhang mit der Smartphonenuutzung stehen. Weiter wird deutlich, dass die Jugendlichen sich der Bedeutsamkeit eines verantwortungsvollen Umgangs mit ihren Smartphones durchaus bewusst sind. Unabhängig dieses Bewusstseins kann auf Basis der Ergebnisse ein Zusammenhang zwischen Smartphonenuutzung und Stresserleben wie auch Anzeichen von Abhängigkeit postuliert werden. Diskutiert wird ob und in welcher Weise das Smartphone für weibliche Jugendliche zur Vermittlungsgrösse von Zugehörigkeitsgefühl und sozialer Identifikation wird, denn ein Leben ohne Smartphone ist für die befragten Jugendlichen nach eigener Aussage unvorstellbar. Zugleich empfinden die befragten Jugendlichen dem Smartphone gegenüber auch ambivalente Gefühle. Einerseits ermöglicht es die ständige Verbundenheit mit ihrem sozialen Umfeld, andererseits kann die dauernde Erreichbarkeit Stress auslösen.</p>

## **Kommunikative Konstruktionen in der Behandlung geflüchteter Tuberkulosepatient\*innen und die Rolle von Empathie**

*Tamara Schwertel, Institut für Allgemeinmedizin Frankfurt a. M.*

[\(zurück zur Sessions-Übersicht\)](#)

[\(zurück zum Gesamtprogramm\)](#)

Ausgangspunkt der Forschungsarbeit ist das vermehrte Aufkommen von Tuberkulosefällen in Deutschland. Dabei ist ein Anstieg seit dem Jahr 2014 von 4.526 an TBC erkrankten Personen bis zum Jahr 2016 auf 5.915 erkrankte Personen zu verzeichnen. Betroffene sind besonders Geflüchtete. Dies lässt sich zum einen damit erklären, dass viele Geflüchteten aus Hochprävalenzländern nach Deutschland fliehen und es häufig erst in Einrichtungen in Deutschland zu einem Ausbruch der aktiven Tuberkulose kommt, aufgrund der körperlichen und psychischen Belastung. Neben diesen Spezifika, kommen erschwerend andere Faktoren hinzu, wie unter anderem Ängste, der Fluchtstatus und Sprachbarrieren, die den Zugang zur ärztlichen Versorgung mindern (können) und sich negativ auf die eigene Gesundheit aufgrund fehlender struktureller sowie persönlicher Unterstützung auswirken. Die weiterführende Behandlung wird von sprachlichen, aber auch organisatorischen Faktoren stark beeinflusst. Erschwerend kommt hinzu, dass die gesellschaftliche Konnotation von TBC den Behandlungsprozess und den Umgang mit geflüchteten Patient\*innen beeinflussen. So glauben große Teile der deutschen Bevölkerung, dass TBC ausgerottet war und erst durch die Geflüchteten wieder nach Deutschland gekommen ist. Es ist jedoch so, dass diese tatsächlich niemals verschwunden war. Die wahrgenommene (imaginierte) Veränderung löst Ängste aus und bedroht die eigene und auch die gemeinschaftliche Identität. Im Rahmen meiner Dissertation beschäftige ich mich mit kommunikativen Konstruktionen von an TBC erkrankter Geflüchteter im Behandlungsprozess, welche durch die involvierten Akteure in der Behandlung vorgenommen werden. Diese werden als Versuch betrachtet, Ordnung und Struktur in die Behandlung geflüchteter TBC-Patient\*innen zu bringen. Die Arbeit basiert bisher auf acht problemzentrierten Interviews in zwei unterschiedlichen Behandlungsstrukturen in Deutschland. Als theoretische Grundlage dient der symbolische Interaktionismus nach Anselm Strauss. Die Interviews wurden im Weiteren mit der Grounded Theory in Ergänzung der Segmentanalyse nach Detka ausgewertet. Hierbei werde ich zeigen, dass sowohl die gesellschaftliche Konnotation der Krankheit als auch die Erwartungen, die an den Fluchtstatus geknüpft sind, in die Konstruktionsprozesse einfließen und diese wiederum die Behandlungsprozesse beeinflussen. Die kommunikativen Konstruktionen tragen schließlich nicht nur zu Vereinfachungen der Behandlungsprozesse bei, sondern führen gleichwohl zu Chaos, Kontrollverlust, Ängsten, Missverständnissen sowie ethischen Problemen. Durch unterschiedliche Fallvignetten soll schließlich die Rolle von Empathie in der Behandlung hervorgehoben werden.

## Session 3a:

### Sterbeprozesse: Ideale, Begleitungspraktiken, Demenz

Ursula Streckeisen, Bern

Titel	Abstract
<p><b>Sterbeideale in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung – Ansprüche und Erwartungen an Sterbeprozesse bei der Begleitung Sterbender zu Hause</b></p> <p><i>Anna Bauer, Universität Augsburg</i></p> <p><a href="#">(zurück zur Sessions-Übersicht)</a></p> <p><a href="#">(zurück zum Gesamtprogramm)</a></p>	<p>Spezialisierte Einrichtungen, in denen Sterbebegleitungen regelmäßig stattfinden, zeichnen sich im Unterschied zu anderen Kontexten dadurch aus, dass in ihnen die Beobachtung eines „guten“ Sterbens vor dem Hintergrund eines „schlechten“ Sterbens möglich ist und dieses Beobachtungsschema sogar reflexiv gehandhabt werden kann. Dort haben sich spezifische Erwartungsstrukturen herausgebildet, anhand deren Erfüllung oder Enttäuschung ein gutes oder schlechtes Sterben gedeutet werden kann. Der Sterbeprozess kann dann dahingehend optimiert werden, dass er sich immer mehr den Erwartungen, die an ihn gestellt werden, fügt. In diesem Vortrag soll der Frage nachgegangen werden, welche Reflexionsformen auf einen Sterbeprozess außerhalb stationärer Formen der organisierten Sterbebegleitung, nämlich in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV), möglich werden. Anhand der Fallverlaufsschilderungen von Palliativmediziner/innen und Palliativfachpflegekräften soll mittels eines systemtheoretisch-hermeneutischen Verfahrens die Eigendynamik der beschriebenen Sterbeprozesse nachgezeichnet werden. Über den Luhmannschen Erwartungsbegriff werden am Material normative und kognitive Erwartungsstrukturen sichtbar, auf die im Enttäuschungsfall unterschiedlich reagiert werden kann: entweder durch Anpassung oder durch Aushalten. Ansprüche und Erwartungen an einen Sterbeprozess werden primär dann sichtbar, wenn sie enttäuscht werden. Insbesondere Patienten, die sich nicht als sterbend wahrnehmen, regen bei denjenigen, die das Sterben beruflich begleiten, zu verstärkter „Gefühlsbildung“ (Niklas Luhmann) und zum sukzessiven Fallenlassen von Ansprüchen an den Sterbeprozess an. Die Begleitung des Sterbens wird zum „Geschehenlassen“, bei dem die professionelle Herausforderung darin besteht, „das Elend auszuhalten“. Gelungene Fallverläufe zeichnen sich umgekehrt dadurch aus, dass eine Einsicht in das Sterben bei den Angehörigen bereits besteht oder durch ein „Stück für Stück vorarbeiten“ hergestellt wird und so der Sterbeprozess „gemeistert“ werden kann. Der Vortrag soll zeigen, dass – insbesondere im Gegensatz zu Hospizen – die SAPV flexible Sterbeideale ausbildet, da Ansprüche und Erwartungen an den Sterbeprozess soweit angepasst werden können, dass am Ende womöglich nur noch der Sterbeort „Zuhause“ als Indikator für ein „gutes“ Sterben übrigbleibt. Es kann so in der Privatwelt der Patienten eine sehr anpassungsfähige Form der organisierten „Sterbekunst“ beobachtet werden.</p>
<p><b>Selbstbestimmung in der “totalen sozialen Institution”: Sterbearbeit in Schweizer Altersheimen</b></p> <p><i>Eva Soom Ammann, Universität Bern &amp; Berner Fachhochschule Gesundheit</i></p> <p><i>Corina Salis Gross, Universität Bern</i></p> <p><i>Gabriela Rauber, Universität Bern</i></p> <p><a href="#">(zurück zur Sessions-Übersicht)</a></p> <p><a href="#">(zurück zum Gesamtprogramm)</a></p>	<p><i>Ausgangslage:</i> Das Palliative-Care-Ideal des selbstbestimmten Sterbens diffundiert in der Schweiz zunehmend von spezialisierten Angeboten in Organisationen wie Alters- und Pflegeheime. Aus soziologischer Perspektive weisen letztere ähnliche Charakteristiken auf, wie Goffman sie für totale Institutionen herausgearbeitet hat: Die Pflegenden sind dort in Kontexte, Normen und routinierte Praktiken eingebunden, welche das Ideal der selbst bestimmenden Bewohner*innen permanent in Frage stellen. Dem konkreten Aushandeln dieses strukturellen Widerspruchs in Heimen wurde mittels ethnographischer Forschung explorativ nachgegangen.</p> <p><i>Ziele:</i> Identifizierung emergierender Praktiken in Altersheimen ("Doing Death") in Aushandlungsprozessen zwischen Anforderungen der totalen sozialen Institution und dem wissensbasierten normativen Referenzrahmen der Selbstbestimmung, wie er in der Palliative Care als Element des "guten Sterbens" ("Good Death") vorherrscht.</p> <p><i>Vorgehen:</i> Explorative ethnographische Feldforschung (Teilnehmende Beobachtung, Interviews, Dokumentenanalyse) in zwei unterschiedlich strukturierten Altersheimen. Datenerhebung und Analyse erfolgten gemäss den Prinzipien der Grounded Theory.</p> <p><i>Ergebnisse:</i> Während wissensbasierte Elemente aus der Palliative Care als diskursive Referenzrahmen insbesondere durch diplomierte Pflegenden zur Sprache kommen und in Dokumentationen Eingang finden, werden pragmatisierte Formen davon im Pflegealltag aller Beteiligten sichtbar. Letztere fokussieren insbesondere Praktiken, welche leicht in die tägliche Routine zu integrieren sind, d.h. wenig Störung oder erneute Legitimierung evozieren. Eingeschränkte institutionelle Ressourcen der Heime und die Charakteristiken des Sterbens von Pflegebedürftigen im sehr hohen Lebensalter (Multimorbidität, Demenz) erschweren das Erfüllen der diskursiv präsenten Norm. Sterbeverläufe bedürfen der Interpretationen der Pflegenden bezüglich der Wünsche von Sterbenden, sie interpretieren bspw.</p>



	<p>minimale körperliche und soziale Zeichen als Ausdruck des mutmasslichen Willens. Entsprechend labil und sprunghaft können die Sequenzierungen von Sterbeverläufen aussehen.</p> <p><i>Diskussion:</i> Pragmatische Entscheidungen in Sterbesituationen, in welchen die Betroffenen nicht mehr in der Lage sind, ihren Willen explizit auszudrücken, sind charakteristisch für die Arbeit mit Sterbenden ("death work") im Heim. Die diskursive Konstruktion der Bewohnenden als autonome Subjekte sowie als aktive, selbstbestimmte Sterbende kann als Strategie interpretiert werden, um sich in der täglichen Praxis mit widersprüchlichen Elementen des Wissens und der Kontexte noch routiniert zu bewegen. Rahmenunsicherheiten und Interpretationsdruck während Sterbeverläufen lassen sich soziologisch als professionelle Konstanten im Pflegealltag der reflexiven Moderne verorten.</p>
<p><b>Sterben ohne Verstand. Demenz und die Planung des Lebensendes</b></p> <p><i>Nina Streeck, Universität Zürich</i></p> <p><a href="#">(zurück zur Sessions-Übersicht)</a></p> <p><a href="#">(zurück zum Gesamtprogramm)</a></p>	<p>Das wohl wirkmächtigste Sterbeideal unserer Zeit zeichnet sich durch die Vorstellung aus, ein guter Tod verwirkliche sich, wenn der Einzelne sein Sterben im Sinne eines letzten Lebensprojekts individuell gestalten könne (Schneider 2014). Nun sterben Menschen zunehmend an einer Demenz, was dem Wunsch nach einem solchen „eigenen Tod“ offenbar zuwiderläuft: Wer zur Selbstbestimmung nicht mehr fähig ist, vermag nicht zu entscheiden, wie er sich seine letzte Lebensphase wünscht. Allerdings bieten sich zwei Auswege aus diesem Dilemma: Mittels Patientenverfügung (PV) oder Advance Care Planning (ACP) lässt sich frühzeitig festlegen, wie verschiedene denkbare Szenarien am Lebensende verlaufen sollen. Alternativ verhindert ein rechtzeitiger assistierter Suizid, überhaupt in die Situation mangelnder Entscheidungsfähigkeit zu kommen. Beide Möglichkeiten begegnen der Angst vor Selbstverlust, die gegenwärtige Bilder von Demenz prägt. Wer erkrankt, so eine populäre Vorstellung, wird früher oder später wieder zum Kind oder aber ihn erwartet der Tod bei lebendigem Leib (Schweda &amp; Jongsma 2018). In jedem Fall bleibt er nicht die Person, die er bisher war. Die Vorausplanung wie die Selbsttötung versprechen, das frühere Selbst, wie es sich vor der Krankheit darstellte, zu bewahren. Indem sich PV und ACP unweigerlich daran orientieren, was einer Person zu gesunden Zeiten etwas bedeutete, versuchen sie das als „wahr“ angesehene Selbst gleichsam zu konservieren. Im Falle einer Selbsttötung hingegen erfolgt die Auslöschung des Selbst, bevor es verlustig zu gehen droht. Beide Formen der Sterbepflege erfreuen sich wachsender Beliebtheit. In dem Vortrag wird diese Entwicklung analysiert und auf die Aporien des Sterbegestaltungsideals eingegangen, wie sie sich mit Blick auf Demenzerkrankungen zeigen.</p> <p><i>Bibliographie:</i> Schneider W. (2014). Sterbewelten: Ethnographische (und dispositivanalytische) Forschung zum Lebensende. In: Schnell, M. W., Schneider, W., Kolbe H. J. (Hrsg.), Sterbewelten. Eine Ethnographie. Wiesbaden, 51-138. Schweda M., Jongsma K. (2018) ‚Rückkehr in die Kindheit‘ oder ‚Tod bei lebendigem Leib‘? Ethische Aspekte der Altersdemenz in der Perspektive des Lebensverlaufs. Zeitschrift für Praktische Philosophie 5 (1), 181-206.</p>

## Session 3b:

### (Erzwungene) Veränderungen? Betriebliche Praxen und deren Folgen für Arbeit und Gesundheit im Lebensverlauf

Thomas Geisen, Olten

Titel	Abstract
<p><b>Unternehmenskulturen und deren (Aus-)Wirkungen auf die Gesundheit von Mitarbeitenden am Beispiel von Betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM)</b></p> <p><i>Bianca Lange, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg</i></p> <p><i>Carsten Detka, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg</i></p> <p><i>Susanne Kuczyk, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg</i></p> <p><i>Heike Ohlbrecht, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg</i></p> <p><a href="#">(zurück zur Sessions-Übersicht)</a></p> <p><a href="#">(zurück zum Gesamtprogramm)</a></p>	<p>Das Hauptaugenmerk des von der Hans-Böckler-Stiftung geförderten, qualitativen Forschungsprojekts „Präventive Gesundheitsstrategien- Aus BEM lernen“ (11/2016-05/2019) bestand darin an der Schnittstelle von Stay at Work und Return to Work anzuknüpfen und fokussierte darauf wie die bisherigen Erfahrungen mit dem Betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM) insbesondere in kleinen und mittleren Unternehmen (KMU) zur Entwicklung früher ansetzender präventiver Maßnahmen zur Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit von Arbeitnehmenden genutzt und wie die Ausgestaltung von BEM-Prozessen optimiert werden kann. Die Erhebung und Auswertung der Studie erfolgte in Form von zwei Projektphasen: Im Rahmen der ersten Projektphase standen retrospektive episodische Interviews (N=40) mit Arbeitnehmenden sowie die Erhebung und Analyse von Expert_inneninterviews (N=20) mit über-, betrieblichen Akteur_innen, die die Perspektive der Arbeitnehmenden flankierten im Fokus. Zusätzlich erfolgte die Auswertung von anonymisierten Falldokumentationen (N=50). Nachdem die Forschungsergebnisse der ersten Projektphase über Methoden- und Perspektiventriangulation zu empirisch gesättigten (Glaser/ Strauss 1967) Erkenntnissen geführt haben, erfolgte in der zweiten Phase die Spiegelung der Ergebnisse in die Handlungspraxis des Feldes in Form von 12 partizipative Workshops mit BEM-Akteur_innen. Im Rahmen der Analyse konnten dabei verschiedene in Wechselwirkung zueinanderstehende Einflussfaktoren auf die Gesundheit von Mitarbeitenden innerhalb von Unternehmen identifiziert werden, welche anschlussfähig an Baduras (2017) Überlegungen in Abhängigkeit zu der im Betrieb vorherrschenden Unternehmenskultur stehen. Eine vertrauensvolle Unternehmenskultur kann einerseits detachment verhindern und andererseits die emotionale Bindung, Loyalität, Motivation und Begeisterungsfähigkeit (commitment) der Mitarbeitenden für die Arbeit beeinflussen (ebd.,14ff., 46ff.). Dabei ist sie jedoch nicht nur als eine Bedingung der Krankheitsprävention zu betrachten, sondern gleichsam auch ihr rehabilitativer Charakter in den Mittelpunkt zu rücken. In diesem Sinne sollen nicht nur die pathogenen Aspekte der Berufsarbeit, sondern vielmehr ihr salutogener Charakter betont werden. Am deutlichsten wird diese Sichtweise, wenn eine Bedrohung der Beschäftigungsfähigkeit durch Krankheit nicht nur ausschließlich vor dem Hintergrund der Berufsarbeit betrachtet wird, sondern auch private und/oder soziale Kontextfaktoren einbezogen werden.</p>
<p><b>Präventive Gestaltung von Erwerbsverläufen – Anforderungen an die Politik, Unternehmen und Beschäftigte</b></p> <p><i>Michael Niehaus, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA)</i></p> <p><a href="#">(zurück zur Sessions-Übersicht)</a></p>	<p>Wie können Erwerbsverläufe in Berufen mit begrenzter Tätigkeitsdauer präventiv gestaltet werden, um die Beschäftigungsfähigkeit langfristig zu erhalten? Unter dieser Fragestellung hat das BMBF-geförderte Verbundprojekt TErrA einen innovativen Tätigkeitswechselprozess entwickelt, der bei Beschäftigten wie Unternehmen gleichermaßen ansetzt. Dabei steht die Vermeidung einseitiger Belastungen sowie die Förderung individueller Kompetenzen ebenso im Vordergrund, wie die Schaffung nachhaltiger Strukturen für Beschäftigungsalternativen inner- und außerhalb des Unternehmens. TErrA stellt auf diese Weise die Weichen für eine verbesserte zwischenbetriebliche Mobilität innerhalb von Unternehmensnetzwerken und setzt Impulse für die sozialpolitischen Rahmenbedingungen zur Umsetzung von überbetrieblichen Tätigkeitswechseln. Neben der Entwicklung und Erprobung dieses Beratungsprozesses wurden auch die sozialen und rechtlichen Rahmenbedingungen für einen gesunden Lebensverlauf untersucht. In „Zehn Thesen zur präventiven Gestaltung von Erwerbsverläufen – Herausforderungen für Politik, Sozialversicherungsträger, Unternehmen und Beschäftigte“ wurden im TErrA-Projekt Schlussfolgerungen formuliert und mit Vertretern aus Politik, Sozialversicherung, Wirtschaft und Forschung diskutiert. Dabei zeigte sich, dass die TErrA-Idee in vielen Aspekten ihrer Zeit voraus ist. So muss das Sozialversicherungssystem die Erwerbsverläufe in ihrer Gesamtheit in den Blick nehmen und frühzeitig ansetzen, bevor eine Leistungsminderung oder Einschränkung der Beschäftigungsfähigkeit vorliegen. Insbesondere dieser fehlende leistungsauslösende</p>

<p><a href="#">(zurück zum Gesamtprogramm)</a></p>	<p>präventive Anspruch in der Sozialversicherung als aber auch arbeitsrechtliche Fragen beim Wechsel von Unternehmen innerhalb eines Unternehmensnetzwerks sind Herausforderungen für die Gestaltung einer gesunden Erwerbsbiografie. Der Beitrag reflektiert die Erfahrungen in der Begleitung von Unternehmen und Beschäftigten im Rahmen des TErrA-Projektes (siehe <a href="https://taetigkeitswechsel.de">https://taetigkeitswechsel.de</a>) und leitet Handlungsempfehlungen für die Gestaltung von gesunden Lebensverläufen auf unterschiedlichen Ebenen ab.</p>
<p><b>Veränderte Erwerbsarbeitskonstellationen – atypische Beschäftigung als Herausforderung für Akteur*innen arbeitsweltbezogener Gesundheitspolitik?!</b></p> <p><i>Jana York, Technische Universität Dortmund</i></p> <p><a href="#">(zurück zur Sessions-Übersicht)</a></p> <p><a href="#">(zurück zum Gesamtprogramm)</a></p>	<p>Sozial-gesellschaftliche Transformations- und Entgrenzungsprozesse bergen eine Vielzahl emanzipatorischer, demokratischer wie gesundheitlicher Chancen, konfrontieren jedoch auch weite Teile der Erwerbsbevölkerung mit neuartigen Prekaritätsgefahren und gesundheitlichen Risikokonstellationen. Die Genese partizipativer, ökonomisch-materieller sowie sozial-gesellschaftlicher Verwirklichungschancen der Arbeitswelt erfolgt zum Nachteil atypisch und prekär Beschäftigter und befeuert neuartige Exklusionsmechanismen im System arbeitsweltbezogener Gesundheitspolitik mit un- oder mittelbaren Konsequenzen für die Gesundheit benachteiligter Beschäftigtengruppen. Im Zuge einer zunehmenden Pluralisierung von Erwerbsarbeitskonstruktionen stößt arbeitsweltbezogene Gesundheitspolitik mit ihren tradierten, vornehmlich am Normalarbeitsverhältnis orientierten Strategien des Arbeitsschutzes, des Betrieblichen Gesundheitsmanagements und der Betrieblichen Gesundheitsförderung bei der Gewährung von gesundheitsrelevanten Verwirklichungschancen für atypisch Beschäftigte an Grenzen. Dieser Tatbestand konsolidiert bereits bestehende gesundheitliche Ungleichheiten in der Arbeitswelt und drängt Fragen nach einer zukünftigen Gestaltbarkeit chancengerechter Zugänge zu Strategien arbeitsweltbezogener Gesundheitspolitik auf. Vor dem Hintergrund dieses Szenarios werden folgende Fragen diskutiert: Was ist kennzeichnend für gegenwärtige Arbeitsrealitäten? Wie bewerten gesundheitspolitische Akteur*innen den Status Quo arbeitsweltbezogener Gesundheitspolitik bei atypischer Erwerbsarbeit? Welche Visionen einer zukünftigen Gestaltbarkeit arbeitsweltbezogener Gesundheitspolitik zeichnen gesundheitspolitische Akteur*innen?</p>
<p><b>Fragmentierte Erwerbsbiografien als Herausforderung für betriebliches Handeln in der erwerbsorientierten Eingliederung</b></p> <p><i>Thomas Geisen, Hochschule für Soziale Arbeit, Fachhochschule Nordwestschweiz</i></p> <p><a href="#">(zurück zur Sessions-Übersicht)</a></p> <p><a href="#">(zurück zum Gesamtprogramm)</a></p>	<p>Interne und externe Akteure haben in den vergangenen Jahren vermehrt Konzepte und Strukturen entwickelt, um leistungsveränderte und leistungsgeminderte Beschäftigte in Betrieben zu unterstützen. Hierzu gehören insbesondere Massnahmen im Rahmen von Betrieblichem Gesundheitsmanagement, betriebliche Ansätze des Case Managements oder bereits länger etablierte Formen der Betrieblichen Sozialarbeit. Die Vielfalt der Massnahmen und Ansätze in Betrieben korrespondiert dabei mit unterschiedlichen, betriebs- und branchenspezifischen Herausforderungen und Herangehensweisen. Der Fokus professionellen Handelns in der erwerbsorientierten Eingliederungstätigkeit in Betrieben richtet sich dabei zunehmend auf die Bearbeitung von lebenslaufbezogenen Ereignissen. Diese werden zum Gegenstand professionellen Unterstützungshandeln, wenn sie sich (a) bereits unmittelbar als belastend auf die Beschäftigungsfähigkeit von Beschäftigten auswirken, oder, (b) wenn das Risiko besteht, dass sie im weiteren Verlauf zu Belastungen führen können. Konkret geht es dabei um (1) personenbezogene, individuelle Thematiken, z.B. um gesundheitliche Aspekte, (2) Herausforderungen im Zusammenhang mit der Arbeitstätigkeit und dem Arbeitsumfeld, z.B. im Zusammenhang mit arbeitsplatzbezogenen Konflikten und betriebliche Veränderungen, oder um (3) personenbezogene, soziale Aspekte, z.B. Vereinbarkeitsthematiken oder familiäre Krisen. In der Vergangenheit war der Umgang mit diesen Thematiken in Betrieben vor allem durch Fragmentierung gekennzeichnet, etwa indem von einer betrieblichen Verantwortung oder Zuständigkeit abgesehen wurde und Belastungen vor allem als private, individuelle Angelegenheiten von Beschäftigten angesehen wurden. Seit der Jahrtausendwende hat sich diese Auffassung jedoch grundlegend gewandelt. Vor diesem Hintergrund wird auf der Grundlage der Ergebnisse eines internationalen Forschungsprojektes (2013-2016) zu Eingliederungsmanagement/Disability Management in Betrieben, aufgezeigt, welche Veränderungen sich in Unternehmen in der Schweiz vollzogen haben. Dabei geht es vor allem darum aufzuzeigen, unter welchen betrieblichen und ausserbetrieblichen Bedingungen sich auf den Erhalt von Beschäftigungsfähigkeit ausgerichtete betriebliche Unterstützungsregime etablieren konnten. Es wird deutlich, dass in Betrieben vermehrt umfassende, lebenslaufbezogene Formen der Unterstützung etabliert werden. Diese sind sowohl auf die Unterstützung von Beschäftigten fokussiert, als auch auf die Arbeitstätigkeit selbst und auf die betriebliche Organisation. Damit wird eine in der Vergangenheit vielfach einseitig dominierende betriebliche Perspektive abgelöst von einem flexiblen, Bedürfnis und Akteurs orientierten Ansatz. Hierdurch wird eine Verbesserung von betrieblicher und überbetrieblicher Kooperation und Kommunikation angestrebt, die zum Erhalt und zur Verbesserung von</p>

Beschäftigungsfähigkeit führen soll. Dr. Thomas Geisen ist Professor für Arbeitsintegration und Eingliederungsmanagement/Disability Management an der Hochschule für Soziale Arbeit der Fachhochschule Nordwestschweiz in Olten. Seine Arbeitsschwerpunkte sind Arbeit und Migration. Kontakt: [thomas.geisen@fhnw.ch](mailto:thomas.geisen@fhnw.ch); Information: [www.fhnw.ch/de/personen/thomas-geisen](http://www.fhnw.ch/de/personen/thomas-geisen)

## Session 3c:

### Versorgungsangebote und -strukturen im Gesundheitswesen

Isabel Baumann, Winterthur

Titel	Abstract
<p><b>Chancengerechte Ausgestaltung von präventiven Angeboten für Migrantinnen und Migranten mit glücksspielbedingten Problemen</b></p> <p><i>Suzanne Lischer, Hochschule Luzern</i></p> <p><a href="#">(zurück zur Sessions-Übersicht)</a></p> <p><a href="#">(zurück zum Gesamtprogramm)</a></p>	<p>Aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung aus dem Jahr 2012 geht hervor, dass 1.1 Prozent der Schweizer Bevölkerung von glücksspielbedingten Problemen betroffen sind. In Bezug auf die Nutzung der Glücksspiele zeigen sich keine bedeutsamen Unterschiede zwischen Personen mit Schweizer Pass und Angehörigen anderer Nationalitäten. Bevölkerungsstudien weisen allerdings darauf hin, dass Personen mit Migrationshintergrund öfter von der problematischen Nutzung von Glücksspielen betroffen sind als Schweizerinnen und Schweizer. Inzwischen liegen verschiedene Studien vor, welche diese gesundheitlichen Unterschiede erklären. Es ist wahrscheinlich, dass die erhöhte Prävalenz von glücksspielbedingten Problemen innerhalb der Migrationsbevölkerung durch spezifische Stressoren begründet ist, z.B. mangelnde Sicherheit bezüglich Lebensbedingungen und Aufenthaltsstatus, unsichere Arbeitsperspektive, prekäre ökonomische Lage. Die Gründe für die reduzierte Inanspruchnahme von präventiven Angeboten sind vielfältig. Möglich ist, dass Migranten/-innen aus bestimmten Regionen mit präventiven Angeboten weniger vertraut sind und sich vorzugsweise an andere Stellen wenden. Der Grund für die "Schwere Erreichbarkeit der Zielgruppe" darf jedoch nicht einseitig bei den Betroffenen gesucht werden. Eine geringe Nutzung von Präventionsangeboten kann etwa mit einer mangelnden Zielgruppenorientierung zusammenhängen, so dass Menschen mit Migrationshintergrund gar nicht erreicht werden (können). Bereits Ende der 1990er-Jahre wurde deshalb die Forderung nach "migrationssensibler Prävention" laut. Im Rahmen des Referats sollen erfolgsversprechende Faktoren diskutiert werden, welche dazu beitragen, dass die Inanspruchnahme von präventiven Angeboten durch Personen mit Migrationshintergrund erhöht wird.</p>
<p><b>Innovative Modelle der ambulanten Versorgung: Perspektiven verschiedener Akteure</b></p> <p><i>Thomas Ballmer, ZHAW Winterthur</i> <i>Ursula Meidert, ZHAW Winterthur</i></p> <p><a href="#">(zurück zur Sessions-Übersicht)</a></p> <p><a href="#">(zurück zum Gesamtprogramm)</a></p>	<p><i>HINTERGRUND</i> Die Etablierung neuer Modelle der Zusammenarbeit in der ambulanten Versorgung älterer Menschen ist einer der Wege, den Herausforderungen einer alternden Gesellschaft und eines wachsenden Fachkräftemangels im Schweizer Gesundheitswesen zu begegnen. In solchen Modellen wird ein Potential zu grösserer Effizienz in der Gesundheitsversorgung, aber auch zu einem Empowerment nicht-ärztlicher Berufe gesehen. Beides könnte dem Fachkräftemangel und den drohenden Versorgungslücken entgegenwirken. Ziel dieses Projekts ist es, Perspektiven verschiedener Akteure zu Umsetzbarkeit und Akzeptanz neuer Modelle der ambulanten Versorgung älterer Menschen im Schweizer Kontext zu erfassen. Die Region Baden dient als Beispielsregion.</p> <p><i>METHODE</i> Vier Fokusgruppen und zwei Einzelinterviews mit insgesamt 22 Teilnehmenden (Seniorinnen/Senioren, Hausärzte, Vertretende von Spitex, Ergo- und Physiotherapie, Gemeinde und anderer in der ambulanten Versorgung älterer Menschen engagierter Organisationen) wurden durchgeführt. Die Interviews wurden aufgezeichnet, transkribiert, und mittels inhaltsanalytischer Methoden ausgewertet.</p> <p><i>ERGEBNISSE</i> Die ambulante Versorgung ist stark fragmentiert. Gesundheitsfachpersonen sind oft mit Anliegen konfrontiert, für welche sie nicht zuständig sind. In dem im Projekt erreichten Bevölkerungssegment informierter und engagierter älterer Menschen herrscht trotz eines Problembewusstseins bezüglich der Auswirkungen gesellschaftlicher Entwicklungen auf das Gesundheitswesen Skepsis gegenüber neuen Modellen. Die Beibehaltung des Status Quo steht für sie im Vordergrund. Gesundheitsfachpersonen (HPs) und Vertretende von Gemeinden/anderen Organisationen sind hingegen neuen Modellen gegenüber offen. Die Meinungen darüber, wie solche Modelle ausgestaltet sein sollten, unterscheiden sich jedoch zwischen den Akteuren und sind vor allem bei HPs stark von ihrer Position innerhalb des bestehenden Versorgungssystems geprägt.</p> <p><i>DISKUSSION</i> Die Ergebnisse zeigen, dass bei HPs und Vertretenden der Gemeinde/anderer Organisationen ein Bewusstsein für das Potential neuer Modelle und eine grundsätzliche Veränderungsbereitschaft besteht. Die vor allem bei HPs von ihrer Position im Versorgungssystem geprägte Perspektive auf und die in Teilen der älteren Bevölkerung verbreitete Skepsis gegenüber neuen Modellen sollten für den Entwicklungs- und Implementierungsprozess solcher Modelle berücksichtigt werden.</p>

<p><b>Suchend im Labyrinth am Beispiel von Amyotropher Lateralsklerose</b></p> <p><i>Gülay Ateş, Universitätsklinikum Bonn</i></p> <p><i>Birgit Jaspers, Universitätsklinikum Bonn</i></p> <p><i>Andreas Gasper, Malteser Krankenhaus Bonn/Rhein-Sieg</i></p> <p><i>Lukas Radbruch, Universitätsklinikum Bonn</i></p> <p><a href="#">(zurück zur Sessions-Übersicht)</a></p> <p><a href="#">(zurück zum Gesamtprogramm)</a></p>	<p>Amyotrophe Lateralsklerose (ALS) ist ein neurologisches Krankheitsbild mit einem meist rasch progredienten Verlauf. Innerhalb kurzer Zeit haben die Betroffenen mit ihren vielschichtigen Lebenssituationen einen hohen Bedarf an individuellen Problemlösungen und entsprechenden Strategien. Betroffene, Zugehörige und das eingebundene Gesundheitspersonal stoßen rasch an ihre Grenzen, weil ein funktional differenziertes Vorgehen aufgrund der begrenzten Ressourcen unterschiedlicher Akteure innerhalb der informellen, formellen sowie institutionellen Netzwerke kaum zu leisten ist. Mit Hilfe eines Mixed-Methods-Designs wurden 13 Expert*inneninterviews, eine NRW-weite Telefonumfrage (Response Rate = 50%) mit 164 palliativen Versorgungseinrichtungen und 17 neurologischen Zentren sowie eine Befragung unter 41 ALS-Patient*innen durchgeführt, um die Bedarfe und Versorgungslücken von Betroffenen im Versorgungsnetz aufdecken zu können. Es zeigte sich, dass Patient*innen und ihre Zugehörigen bei einer im Krankheitsverlauf späten Diagnose mit der Auseinandersetzung mit der Erkrankung und der Versorgungsplanung überfordert sind und dass häufig ohne Koordination versucht wird, ein interdisziplinäres, sektorenübergreifendes Versorgungsnetz aufzubauen (ca. 15 Organisationen mit mehr als 50 Personen). Die notwendigen Organisationsleistungen mit dem Ziel einer passgenauen Versorgung für Betroffene sind sehr komplex und zeitaufwendig. Die Gestaltung der individuellen Versorgungsbedarfe einer interdisziplinären, sektorenübergreifenden Zusammenarbeit, welche als herausfordernd und zunehmend störungsanfällig beschrieben werden. Bei der Behandlung und Versorgung von ALS-Patient*innen werden nicht nur die Reziprozitätserwartungen und -anforderungen an den Einzelnen sichtbar, sondern auch die Grundhaltungen des Gesundheitspersonals und Regelmäßigkeit der Organisations-, Kommunikations- und Arbeitsweisen explizit. Eine Anbindung an eine Palliativversorgung wird bei an ALS Erkrankten meist spät erkannt oder eingeleitet. Die Dramaturgie des Spannungsbogens gipfelt in dem Beginn einer Tracheotomie oder künstlichen Beatmung und damit einhergehend nicht kommunizierten Zuständigkeitsbereichen.</p>
<p><b>Fluktuationsabsichten und selbsteingeschätzte Gesundheit bei diplomierten Pflegefachleuten sechs Jahre nach Berufseinstieg</b></p> <p><i>René Schaffert, ZHAW Winterthur</i></p> <p><a href="#">(zurück zur Sessions-Übersicht)</a></p> <p><a href="#">(zurück zum Gesamtprogramm)</a></p>	<p><i>Hintergrund:</i> Die Arbeit in einem Pflegeberuf geht - wie verschiedene internationale Studien zeigen - mit verschiedenen gesundheitlichen Belastungen einher. Vor dem Hintergrund des in vielen europäischen Ländern manifesten Fachkräftemangels sind in diesem Zusammenhang auch der Gesundheitszustand und allfällige Auswirkungen auf den Berufsverbleib von Interesse.</p> <p><i>Fragestellung:</i> Diesbezüglich wird den Fragen nachgegangen, wie diplomierte Pflegefachleute in der Schweiz die Auswirkungen von Belastung auf verschiedene Aspekte ihres Lebens einschätzen und inwieweit Unterschiede im Gesundheitszustand mit unterschiedlichen Fluktuationsabsichten einhergehen.</p> <p><i>Methode:</i> Im Rahmen einer Längsschnittstudie zum Berufseinstieg von Pflegenden in der Schweiz wurde eine Kohorte von Absolventinnen und Absolventen sechs Jahre nach Ausbildungsabschluss befragt. Die interessierenden Aspekte werden auf der Grundlage deskriptiver Auswertungen zu Fragen nach Auswirkungen von Belastungen und anhand von nicht parametrischen statistischen Verfahren und Gruppenvergleichen diskutiert.</p> <p><i>Resultate:</i> Von 1030 Absolvierenden der untersuchten Abschlusskohorte in der Deutschschweiz haben sechs Jahre nach Berufsabschluss rund 43% an einer Nachbefragung teilgenommen. Von den Teilnehmenden der Nachbefragung üben rund 80% eine pflegerische Tätigkeit mit Patientenkontakt aus. Von diesen hat ein Viertel in den vergangenen Wochen nach einer neuen Stelle gesucht. Rund 85% der noch pflegerisch Tätigen schätzt ihren körperlichen Zustand als gut oder sehr gut ein. Mehr als die Hälfte stimmt aber der Aussage eher (43%) oder völlig (11%) zu, dass die Belastungen bei der Arbeit die Freizeitaktivitäten fühlbar einschränkt und ebenfalls mehr als die Hälfte geben an, sich wegen der Belastungen bei der Arbeit müde oder angespannt zu fühlen. Diejenigen, welche im letzten Monat vor der Befragung nach einer neuen Stelle gesucht haben, zeigen signifikant (<math>p &lt; 0.05</math>) tiefere Werte bei der Einschätzung des psychischen und physischen Gesundheitszustandes als diejenigen ohne Fluktuationsabsichten.</p> <p><i>Schlussfolgerungen:</i> Die Ergebnisse der vorliegenden Analysen zur gesundheitlichen Situation von diplomierten Pflegenden sechs Jahre nach Berufsabschluss legen nahe, im Zusammenhang der Entwicklung von Massnahmen zur Erhöhung des Verbleibs auch auf die gesundheitlichen Belastungen zu achten.</p>



## Session 3d:

### Psychiatrische Krankheitskategorien zwischen Lebensproblemen und Pathologisierung

Dominik Robin, Winterthur

Titel	Abstract
<p><b>Psychiatrische Krankheitskategorien als traveling objects</b></p> <p><i>Martin Harbusch, Universität Kassel</i></p> <p><a href="#">(zurück zur Sessions-Übersicht)</a></p> <p><a href="#">(zurück zum Gesamtprogramm)</a></p>	<p>Die seit den 70er Jahren im US-amerikanischen und im deutschen soziologischen Diskurs stattfindende Auseinandersetzung mit der Psychiatrie, die sich zumeist machttheoretisch orientiert mit Prozessen der Zuschreibung psychischer Störung (auch besonders durch die beständige Ausdifferenzierung der Diagnosekataloge DSM und ICD) beschäftigt, hat es bisher verfehlt anzusprechen, dass die Reproduktion psychiatrischer Kategorien weniger im akademischen, heute durchaus reflexiven Diskurs der Psychiatrie, sondern vielmehr durch deren Verwendung in weiteren institutionellen Kontexten stattfindet. Einrichtungen der (Sozial-)Pädagogik sind für die Verbreitung und Stärke des psychiatrischen Vokabulars heute wesentlich (Frances 2013), denn sie sind mit Formen institutionalisierter Deutungs- und Kontrollmacht (Groenemeyer/Rosenbauer 2010) ausgestattet, die weder in Experten- noch in Alltagsinteraktionen zu finden sind (Liebsch/Manz 2007). Sozial(pädagogisch)en Institutionen kommt bei der Produktion sozialer Probleme als „troubled persons industries“ (Gusfield 1989) eine wesentliche Bedeutung zu, indem sie aus abstrakten Kategorien konkrete Betroffenheit (Groenemeyer 2010) und aus akademischen Formeln lebensweltliche Narrative und sozialpädagogische Fälle (Bergmann et. al. 2013) machen. Das DFG-Projekt „Psychiatrische Krankheitskategorien als traveling objects: Die Morphologie von Krankheitskategorien in (sozial-)pädagogischen Verwendungszusammenhängen“ ist im März 2018 an der Universität Kassel gestartet. Es untersucht in einer qualitativen Interviewstudie mit Sozialpädagog*Innen ebenso wie in einer teilnehmenden Beobachtung die Aushandlung und Verfestigung psychiatrischer Krankheitsbilder in Verwendungslagen des sozialpädagogischen Alltags. Damit möchte es der lebensweltlichen Ausweitung von Störungsdiagnosen, die in soziologischer Perspektive als Medikalisierung sozialer Probleme auffallen, mit einer Studie begegnen, die den Weg von psychiatrischen Kategorien - deren Produktion in akademischen Kontexten, über ihre Anwendung in Beratungssettings bis hin zu lebensweltlichen Aushandlungen und individuellen Thematisierungskonsequenzen der von diesen Kategorien „Betroffenen“-nachvollzieht. Der Vortrag möchte nach einer Vorstellung der theoretischen und empirischen Projektanlage Ergebnisse aus der ersten Erhebungsphase (Experteninterviews in der ambulanten Einzel- und Familienbetreuung) vorstellen und diskutieren.</p>
<p><b>Der Kampf um Diagnosen. Auf der Suche nach der Lösungen von Lebensproblemen in der Psychosomatik</b></p> <p><i>Stefan Dreßke, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg</i></p> <p><a href="#">(zurück zur Sessions-Übersicht)</a></p> <p><a href="#">(zurück zum Gesamtprogramm)</a></p>	<p><i>Hintergrund:</i> Das medizinische System scheint das Problem des Anstiegs an Fehlzeiten und Frühverrentungen durch psychosomatische Symptome nicht lösen zu können. Vielmehr vermuten kritische Praktiker, dass der psychosomatische und psychiatrische Komplex selbst die Pathologisierung von Alltagsproblemen unterstützt.</p> <p><i>Ziele:</i> Aus der Perspektive des Zusammenspiels zwischen Krankenkarrerien und institutionellen Pfaden werden die Arrangements und Kontingenzen untersucht, die zum dauerhaft zugeschriebenen Status der psychosomatischen Erkrankungen führen sowie deren Konsequenzen für das Alltagsleben der Patienten.</p> <p><i>Methoden:</i> Es werden Ergebnisse aus einer soziologischen Interviewstudie in einer psychosomatischen Klinik berichtet. Insgesamt wurden mit 13 Patienten qualitativ-biographische Interviews durchgeführt. Die Studie zielt auf das Verstehen der Strukturen von Krankenkarrerien ab, in denen sich Identitäten von PatientInnen mit psychosomatisch etikettierten Erkrankungen formieren.</p> <p><i>Ergebnisse:</i> Im Zusammenspiel von gehäuften Problemen im Leben der PatientInnen mit körperlichen Symptomen suchen sie in der Medizin nach somatischen Diagnosen für ihre Erkrankungen. Mit dem Moratorium von den Alltagspflichten, die die Krankenrolle verspricht, erhoffen PatientInnen auch das Einfrieren bzw. die Lösung ihrer Problemsituation. Im Kampf mit den Ärzten um eine legitime somatische Diagnose drohen ihnen allerdings psychiatrische Diagnosen, die wiederum durch die Überweisung auf die psychosomatische Klinik abgewendet oder zumindest abgeschwächt werden. In der psychosomatischen Klinik werden die PatientInnen in die neuen Behandlungsideologien erfolgreich sozialisiert, mit denen sie soziale Beziehungen zu ihren Gunsten reformulieren.</p> <p><i>Diskussion:</i> Die Studie ist ein Beitrag zum Problem der Pathologisierung sozialer Probleme. In kontinuierlichen Umdefinitionen und Aushandlungen körperlicher Symptome als Symptome psychologisch definierten persönlichen Scheiterns lernen sich PatientInnen als</p>

	<p>Opfer ihrer Lebensumstände zu begreifen. Mit der psychosomatisch definierten Krankenrolle können sie ihren Opferstatus mit vielen Vorteilen in ihrer Lebenswelt ausspielen und ihre Lebenskrise normalisieren. Die korrekte Anwendung der Symptome im Sinne der neuen Behandlungsideologie und von kulturellen Krankheitsmodellen wird zu einem Austauschmedium, das durchaus Gewinne verspricht.</p>
<p><b>Zwischen psychischer Krankheitsdiagnose und Lebensproblemen – Ergebnisse aus einer qualitativen Studie zum Return to Work nach psychosomatischer Reha</b></p> <p><i>Ernst von Kardorff, Humboldt-Universität zu Berlin</i></p> <p><a href="#">(zurück zur Sessions-Übersicht)</a></p> <p><a href="#">(zurück zum Gesamtprogramm)</a></p>	<p>Wir greifen die Paradoxien einer „Verkrankung“ mittels psychiatrischer Diagnostik anhand von zwei Fallgeschichten aus der psychosomatischen Rehabilitation auf. Der Zugang zu Psychotherapie und psychosomatischer Rehabilitation ist an die Feststellung einer Diagnose nach ICD-10 gebunden; die von den Patienten vorgebrachten subjektiven Beeinträchtigungen im familiären und beruflichen Alltag müssen von den Ärzten auf „Signalwörter“ aus den Diagnosemanualen hin gescannt und einem Krankheitsbild zugeordnet werden. Nur so kann Hilfe generiert werden, obwohl es sich vielfach eher um Probleme der Lebensführung, ungelöste Lebensprobleme und existenzielle Krisen handelt, die gleichwohl einer fachlichen Hilfe bedürfen. In Interviews zur Rückkehr aus der psychosomatischen Rehabilitation in Arbeit mit F3- und F4-diagnostizierten Personen (N=32) zeigt sich, dass die psychischen Beschwerden ganz unterschiedlich gelagert sind, die Teilnehmer sich in verschiedenem Ausmaß psychisch belastet fühlen und die Entstehung der Beschwerden different (trotz häufig einheitlicher Diagnose) attribuiert werden. Situative Ereignisse in der Familie (z.B. Tod eines Elternteils) werden in gleichem Maße benannt wie fehlende Wertschätzung in der Arbeitswelt oder biografisch gewachsene Konflikt(-potential); häufig summieren sich mehrere Belastungsfaktoren zu Problemen in der alltäglichen Lebensführung. In der damit entstandenen Unsicherheit über eigene Handlungs- und Deutungsmuster greifen die individuellen Strategien der Stabilisierung nicht mehr; die Betroffenen fühlen sich mit ihren Problemen allein gelassen und suchen mit der Hoffnung auf Hilfe den Kontakt zur Gesundheitsversorgung. Anhand von zwei kontrastierenden Fallstudien zeigen wir, wie unsere Teilnehmer über den Konstruktionsprozess der „Verkrankung“ Zugang zu medizinische-psychosomatischer Rehabilitation erhalten, der über die Diagnostik seitens der Ärzte limitiert wird, und auf welche Weise die individuellen und Gruppentherapien bei der Bewältigung von Lebensproblemen helfen, die im engeren Sinne kein klares Krankheitsbild abbilden, aber als Symptome für identifizierbare Diagnosen gelten. Mit der Psychiatrisierung gehen auch Risiken einher, wie Stigmatisierung, Individualisierung, unrealistische Erwartungen an eine „Heilung“ und die Delegation individueller wie struktureller Probleme an die medizinische Profession. Durch fehlende Kontextualisierung werden Handlungsperspektiven und -alternativen auf Verhaltenskontrolle, Lebensstiländerung, Beziehungsmanagement und Bewältigungsstrategien verengt. Am Schluss des Beitrags wird gefragt, ob und ggf. wie eine Entparadoxierung des Problems aussehen könnte.</p>

## Session 3e:

### Biografische Übergangsprozesse im frühen Erwachsenenalter

Julie Page, Winterthur

Titel	Abstract
<p><b>Vom Mythos der informierten Einwilligung in der Pränataldiagnostik – Eine Analyse mit den Werkzeugen Bourdieus</b></p> <p><i>Victoria Fischer, Universität Erfurt</i></p> <p><a href="#">(zurück zur Sessions-Übersicht)</a></p> <p><a href="#">(zurück zum Gesamtprogramm)</a></p>	<p>Schwangerschaft und Elternwerden sind unbestrittene biografische Übergangsprozesse (vgl. Statuspassagen bei Mozygemba 2013), die zumeist noch junge Erwachsene betreffen. Als leiblicher Prozess sind gesundheitliche Fragen – sowohl bzgl. der Eltern als (Über-)Träger genetischen Erbguts als auch des Ungeborenen – in dieser Phase von besonderer Bedeutung. Die Überwachung der Schwangeren und des Ungeborenen ist in den letzten Jahrzehnten zu einem eigendynamischen Feld geworden, welches mit jeder technischen Innovation neue individuelle aber auch soziale Fragen aufwirft. Die Pränataldiagnostik (PND) ist der zentrale Bereich, in dem Fragen zur Gesundheit des Ungeborenen ausgehandelt werden. So müssen die werdenden Eltern entscheiden, wie viele (genetische) Informationen über das Ungeborene eingeholt werden sollen. Dabei stoßen sie auf unterschiedliche Entscheidungs-Hürden wie strukturelle Zwänge, Entscheidungsmechanismen aber auch symbolische Gewalt. Die individuellen Handlungen während der Schwangerschaft haben weitreichende biografische Folgen. Sobald bspw. eine Behinderung diagnostiziert wird, verändert sich nicht nur der (rechtliche und moralische) Status des Ungeborenen, sondern auch die (Familien-)Biografien der Eltern. Im Sinne Bourdieus stehen sich im medizinischen Teilfeld PND folgende Positionen relational gegenüber und kämpfen um die Verteilung des dominierenden Kapitals (medizinische Deutungsmacht): GynäkologInnen, GeburtshelferInnen, GenetikerInnen, gentechnische Konzerne und werdende Eltern. In der Konstellation ist zu erkennen, dass die werdenden Eltern, obwohl leiblich involviert und normativ die letzte Entscheidungsinstanz, mit der dominierenden Kapitalart schlechter ausgestattet sind als alle anderen Positionen. Weil sie weniger Fachwissen um die biologischen Vorgänge während der Schwangerschaft besitzen, haben sie auch weniger Deutungsmacht, denn Deutungsmacht wird im gesamten sozialen Feld anhand von Titeln (kulturellem Kapital) verliehen. Zusätzlich sind die werdenden Eltern durch die Statuspassage verunsichert und überfordert, z.T. sogar vulnerabel. Mit dieser Erkenntnis wird aus der vermeintlich aktiven inhaltlichen Entscheidung (Kind mit Behinderung allgemein annehmen oder nicht), eine Grundsatzentscheidung, Teil des Spiels zu bleiben oder nicht. Entscheidet sich der Spieler gegen die defizitorientierte Fahndung, würde er wegen Nicht-Einhaltung der Spielregeln vom Spiel ausgeschlossen – würde sich also gegen die sozialisatorisch als vernünftig bewertete und v.a. routinisiert medizinisch betreute Schwangerschaft entscheiden. Damit muss davon ausgegangen werden, dass die (bewusste, autonome) informierte Einwilligung der Eltern in der PND letztlich nur ein Mythos ist.</p>
<p><b>Alkoholkonsum während der Schwangerschaft und Stillzeit: zwischen Abstinenznorm, Eigenwahrnehmung und sozialem Umfeld</b></p> <p><i>Irina Radu, ZHAW Winterthur</i></p> <p><i>Jessica Pehlke-Milde, ZHAW Winterthur</i></p> <p><i>Solène Gouilhers, HESAV Haute Ecole de Santé Vaud</i></p> <p><i>Raphaël Hammer, HESAV Haute Ecole de Santé Vaud</i></p> <p><i>Yvonne Meyer, HESAV Haute Ecole de Santé Vaud</i></p>	<p>Seit der Entdeckung des Fötalen Alkohol Syndroms (FAS) in den 70er Jahren, rückte der Alkoholkonsum schwangerer Frauen zunehmend in den Fokus der nationalen und internationalen Public Health Policies. Während FAS mit hohem Alkoholkonsum oder Rauschtrinken während der Schwangerschaft assoziiert ist, sind die Konsequenzen eines geringen bis moderaten Alkoholkonsums während der Schwangerschaft weniger eindeutig. Da mögliche Schäden jedoch nicht ausgeschlossen werden können, wird der Alkoholkonsum während der Schwangerschaft als Risiko betrachtet. In der Schweiz, wie in einer Mehrheit europäischer Länder, ist deshalb die offizielle Empfehlung für schwangere Frauen diejenige der Abstinenz. Untersuchungen zeigen jedoch, dass auf europäischer Ebene ca. 15% der Frauen weiterhin Alkohol während der Schwangerschaft konsumieren, eine Zahl die in der Schweiz auf ca. 20% geschätzt wird. Basierend auf einer soziokulturellen Perspektive des Risikobegriffs, untersuchen wir die Risikowahrnehmung werdender Eltern in Bezug auf den Alkoholkonsum während Schwangerschaft und Stillzeit. Dazu haben wir 46 Paare in der französisch- und deutschsprachigen Schweiz interviewt. Erste Ergebnisse zeigen, dass schwangere Frauen ihren Alkoholkonsum weitgehend reduzieren, dabei jedoch auf zwei unterschiedliche Strategien setzen: situatives Entscheiden, oder die Bestimmung einer Obergrenze des Alkoholkonsums. Letztere kann bei 0 (Abstinenz) oder mehr als 0 liegen (regelmässiger limitierter Konsum). Unabhängig von der gewählten Strategie wurde der Umgang mit Alkohol während der Schwangerschaft von den Frauen ambivalent erlebt. So wurde Abstinenz einerseits mit der Zufriedenheit, die Abstinenznorm eingehalten zu haben, in Verbindung gebracht und andererseits mit einem Gefühl sozialer Isolation. Die situative Entscheidung, oder der regelmässige und limitierte Konsum, wurden hingegen mit Schuldgefühlen assoziiert, die mit der Verletzung der Abstinenznorm zusammenhingen. Unsere Resultate zeigen somit, dass Alkoholkonsum während der Schwangerschaft nicht einfach der individuellen Entscheidung der schwangeren Frau obliegt, sondern sich in einem normativen Kontext abspielt, in dem die schwangere Frau ihre Risikowahrnehmungen mit denjenigen des Partners und des sozialen Umfelds immer wieder erneut verhandeln muss.</p>

<p><a href="#">(zurück zur Sessions-Übersicht)</a></p> <p><a href="#">(zurück zum Gesamtprogramm)</a></p>	
<p><b>Verletzungsoffenheit gebärender Frauen</b></p> <p><i>Sarah Eckardt, Universität Erfurt</i></p> <p><a href="#">(zurück zur Sessions-Übersicht)</a></p> <p><a href="#">(zurück zum Gesamtprogramm)</a></p>	<p>In der Geburt kulminieren zentrale Transformationsprozesse im Lebenslauf junger Erwachsener: Frauen werden zu Müttern, Männer zu Vätern, Familien entstehen oder verändern sich und ein neues Leben kommt zur Welt. Sie ist daher als zentrale Statuspassage zu betrachten. In qualitativen Interviews mit gebärenden Frauen kurz vor und nach der Geburt konnte die Kategorie der ‚unbekannten Geburt‘ herausgearbeitet werden. Darin bündelt sich die Unsicherheit der Frauen angesichts eines, scheinbar unberechenbaren und unvorhersehbaren Prozesses, der als potentiell riskantes Lebensereignis konstituiert ist. Im Anschluss konnten verschiedene Handlungsstrategien herausgearbeitet werden, mit denen sich die Frauen der Geburt annähern. Viele dieser Praktiken sind stark institutionalisiert und werden durch die medizinische Versorgung in Deutschland angeboten: Vorsorgeuntersuchungen, Geburtsvorbereitungskurse oder Geburts- und Aufnahmegespräche im Krankenhaus. Darüber hinaus nutzen Frauen weitere Quellen, um Informationen über das bevorstehende Ereignis zu erwerben: Ratgeber, Internetbeiträge oder Gespräche mit nahestehenden Frauen. So bereiten sie sich durch die Wahl des Geburtsortes, die dezidierte Auseinandersetzung mit geburtshilflichen Praktiken, Instrumenten und Medikamenten auf das nahende Ereignis vor und versuchen es zu gestalten. Im medizinischen Kontext werden Schwangere und Gebärende als Entscheider-Subjekte konstituiert, die eigenverantwortlich Risiken für sich selbst und ihr Kind verwalten sowie die Geburt aktiv gestalten. Diese Adressierung setzt voraus, dass sich Frauen Wissen um Geburtsmedizin und -hilfe aneignen müssen, um Entscheidungen treffen zu können. Im zweiten Interview nach der Geburt zeigte sich jedoch neben dieser Annäherungsstrategie an die ‚unbekannte Geburt‘ ein Aspekt, der eine Grenze selbstbestimmter Entscheidungen in der Geburtshilfe deutlich hervorhebt: die Verletzungsoffenheit von Frauen während der Geburt. Am Interviewmaterial wird in diesem Beitrag das Konzept der Verletzungsoffenheit entfaltet und näher darauf eingegangen, welche Strategien Frauen entwickeln, um mit diesem besonderen Zustand umzugehen.</p>
<p><b>„Mutti kocht nicht mehr für mich“: Die Transition von Schule auf Hochschule und ihre Auswirkungen auf Ernährung und Sportaktivität</b></p> <p><i>Katharina Diehl, Universität Heidelberg &amp; MIPH Mannheim</i></p> <p><a href="#">(zurück zur Sessions-Übersicht)</a></p> <p><a href="#">(zurück zum Gesamtprogramm)</a></p>	<p><i>Hintergrund:</i> Die Transition von der Schule auf die Hochschule stellt ein kritisches Lebensereignis dar und geht mit zahlreichen soziostrukturellen Veränderungen wie etwa dem Auszug aus dem Elternhaus einher. An der Hochschule müssen sich Erstsemesterstudierende neu orientieren, ein neues Netzwerk aufbauen und den neuen Alltag organisieren. Inwieweit es dadurch zu Veränderungen in der Ernährung und der Sportaktivität kommt, wurde in einer bundesweiten Studierendenbefragung untersucht.</p> <p><i>Methodik:</i> Im Rahmen der Mixed-Methods-Studie NuPhA (Nutrition and Physical Activity in Adolescence) wurden im quantitativen Studienteil bundesweit 689 Studierende (69,5% weiblich; 16-29 Jahre) unter anderem zu Veränderungen in der Ernährung und der Sportaktivität durch die Transition von der Schule auf die Hochschule befragt.</p> <p><i>Ergebnisse:</i> Unter den befragten Studierenden gaben 65,3% an, im Zuge der Transition ihre Ernährung verändert zu haben. Insbesondere solche mit Wohnortwechsel, nannten das Mensaangebot (20,6% vs. 11,8% ohne Wechsel, <math>p=0,022</math>) und hohe Preise (12,0% vs. 7,3% ohne Wechsel, <math>p=0,018</math>) als sehr wichtige Hindernisse für eine ausgewogene Ernährung. Etwa acht von zehn Studierenden (82,0%) haben das Maß an physischer Aktivität im Vergleich zur Oberstufe verändert. Etwas weniger als die Hälfte (45,4%) gab an, aktuell weniger Sport zu treiben als in der Oberstufe. Dies traf insbesondere auf Studierende zu, die sich noch am Beginn des Studiums befinden, die für das Studium den Wohnort gewechselt haben, die mindestens jedes zweite Wochenende in die Heimat fahren und die die Semesterferien im Heimatort verbringen.</p> <p><i>Diskussion:</i> Die Transition von der Schule auf die Hochschule scheint tatsächlich mit Veränderungen im Gesundheitsverhalten einherzugehen. Vor allem der Wohnortwechsel scheint eine wichtige Determinante zu sein. Gerade diejenigen, die eine starke Verbindung zum Heimatort haben (häufiges Besuchen des Heimatorts und das Verbringen der Semesterferien im Heimatort), scheinen Schwierigkeiten zu haben, am Studienort Fuß zu fassen. Des Weiteren zeigten insbesondere Studierende in den ersten drei Semestern negative Veränderungen im Gesundheitsverhalten. Grund dafür kann eine noch fehlende Vernetzung sein, welcher durch Orientierungswochen, Mentoring-Programmen und curricularen Veränderungen begegnet werden kann. Auf diese Weise kann auch negativen Auswirkungen auf die Psyche (u.a. das Gefühl von Einsamkeit) vorgebeugt werden.</p>

## Session 4a:

### Rund um den Tod: Zwischen hospizlicher Deutungskunst und Hinterbliebenenbiographie

Ursula Streckeisen, Bern

Titel	Abstract
<p><b>Die Kunst des Sterbens und seiner Begleitung - Einblicke in einen Hospizkurs</b></p> <p><i>Melanie Pierburg, Stiftung Universität Hildesheim</i></p> <p><a href="#">(zurück zur Sessions-Übersicht)</a></p> <p><a href="#">(zurück zum Gesamtprogramm)</a></p>	<p>Die modernen westlichen Industrieländer zeichnen sich u. a. durch die hohe Wahrscheinlichkeit eines langen Lebens aus – und eines extensiven Sterbens. In den sozialwissenschaftlichen Disziplinen werden Sterbeverläufe als historisch und kulturell variabel diskutiert. Das zeitgenössische Sterben erscheint als idiosynkratisches Phänomen, das sich anhand moderner Lebensbedingungen herausgebildet hat (Kellehear 2007; Streckeisen 2018; Thieme 2019). Ein Merkmal wird in seiner Dauer gesehen, die sich durch die Todesursachen, zumeist chronische Erkrankungen, erklären lässt. Diese Ausgangslage voraussetzend, kann eine ausgedehnte Konfrontation der Betroffenen mit ihrem Dahinscheiden postuliert werden. Damit geht die spätmoderne Herausforderung einher, aus unterschiedlichen Sinnangeboten eine Bedeutungsrahmung zu wählen, die das Sterben sinnhaft kontextualisiert. Wissenssoziologisch gewendet, hat eine Institutionalisierung des Sterbens stattgefunden (Knoblauch und Zingerle 2005). Ausdruck und Bestandteil dieses Prozesses ist die Hospizbewegung, die das Sterben zu einer karitativen Bewältigungsaufgabe erklärt und dem mythischen Bild des einsam in einer Organisation Dahinscheidenden (Kellehear 2017) die Sterbebegleitung entgegensetzt. Im Rahmen der Hospizbewegung werden Deutungen rund um das Sterben produziert und in semi-professionelles Handeln übersetzt. In meinem Dissertationsprojekt beschäftige ich mich ethnographisch mit einem Hospizkurs, den potenzielle Sterbebegleitende durchlaufen, bevor sie ihrer ehrenamtlichen Tätigkeit nachgehen. In Übungen und Diskussionen wird u. a. der Frage nachgegangen, was Sterben ist und woran man es erkennt. Dabei konterkarieren die Kursleitenden medizinische Merkmale des Sterbens mit nicht-klassischen Anzeichen. Das Erkennen des Sterbens wird geradezu als Kunst hervorgebracht, wenn die Kursteilnehmenden in einer Übung Sterbeprozesse anhand ihrer Wahrnehmung von Bildern von Gemälden identifizieren sollen. Sterben wird hier nicht an der Oberfläche des Körpers festgemacht, sondern bedarf eines reflexiven Prozesses, der auf interpretativer Virtuosität basiert. Außerdem wird Sterbeprozessen eine eigene Sozialität zugesprochen, in deren Rahmen Sterbende als Träger verschlüsselter Beziehungsbedürfnisse erscheinen, die vom Sterbebegleitenden dechiffriert und befriedigt werden sollen. Die soziale Kunst des Sterbens muss gemeistert werden. Diesen Sterbe- und Sterbebegleitungsstrukturen, die als Ausdruck einer spezifischen Form des Umgangs mit der Endlichkeit gelesen werden können, möchte ich im Rahmen meines Vortrags nachgehen.</p>
<p><b>Wissensfragen am Lebensende – zur Relevanz von (Nicht-)Wissen-Können, (Nicht-)Wissen-Wollen und Wissen-Sollen</b></p> <p><i>Sarah Peuten, Universität Augsburg</i> <i>Gülay Ateş, Universitätsklinikum Bonn</i></p> <p><a href="#">(zurück zur Sessions-Übersicht)</a></p> <p><a href="#">(zurück zum Gesamtprogramm)</a></p>	<p>Trotz der großen Heterogenität, den vielen Uneindeutigkeiten und Grauzonen, die das Sterben als letzte Lebensphase vor dem Tod umgeben, ist mit der in den letzten Jahrzehnten institutionell organisatorisch entstandenen Praxis des „Sterben-Machens“ das Sterben hierzulande nicht nur zu einem breiten gesellschaftlichen Thema geworden, sondern es hat sich auch ein zunehmend klares Bild davon verfestigt, was gutes Sterben meint. Palliativ-hospizlichen Wissensakteuren kommt hierbei zentrale Bedeutung zu. Schmerzfreiheit bzw. umfassende Symptomkontrolle bzw. -linderung. Ganzheitlichkeit, Individualität und Selbstbestimmung stellen wesentliche Kategorien des vorherrschenden und wirkmächtigen Deutungsrahmens dar, der zum einen orientierende, strukturierende und sinnkonstituierende Funktionen übernimmt, darüber hinaus aber auch – sich teils ganz konkret ausformulierende – Handlungsanweisungen impliziert. Unterschiedliche institutionelle Sterbesettings bedingen dabei je spezifische Logiken und Rationalitäten, Selbstzuschreibungen, (Wissens-)Anforderungen und Erwartungshaltungen. Was muss von Patienten/Sterbenden in diesem Zusammenhang wann gewusst werden (Krankheitseinsicht; Einnahme einer bestimmten Kranken-/Sterbendenrolle; Annahme dessen, was die Hospiz- und Palliativarbeit anzubieten hat etc.) – oder auch nicht –, damit Hospiz und Palliativ settingspezifisch ‚funktionieren‘ und somit das Sterben als gutes Sterben gemeistert werden kann? Welche Kommunikation ist in diesem Zusammenhang für wen wann relevant? Inwiefern ergeben sich hieraus Prozessselektivitäten, die ungleichheitsrelevant werden können? Diesen Fragen möchte der Beitrag entlang des Spannungsfeldes von (Nicht-)Wissen-Können, (Nicht-)Wissen-Wollen und Wissen-Sollen nachgehen und anhand von Interviews, die im</p>

	Rahmen eines vom BMBF-geförderten Projektes zu Übergängen in der Palliativversorgung geführt wurden, exemplarisch veranschaulichen.
<p><b>Die biographische Bedeutung institutioneller Hilfen für Angehörige von Sterbenden</b></p> <p><i>Caroline Grosser, FHNW Soziale Arbeit</i></p> <p><a href="#">(zurück zur Sessions-Übersicht)</a></p> <p><a href="#">(zurück zum Gesamtprogramm)</a></p>	<p>Unser Forschungsprojekt, das wir im Rahmen eines Nationalen Forschungsprogramms zum Lebensende in der Schweiz durchführten, stand im Kontext der aktuellen interdisziplinären Bemühungen um eine Verbesserung der institutionalisierten Begleitung von Sterbeprozessen in Einrichtungen und Diensten, die Palliativmedizin und-pflege anbieten (beispielsweise Hospize oder Allgemeinkrankenhäuser). Es fokussierte in diesem Zusammenhang nicht auf die Sterbenden, sondern auf die Angehörigen. Die Erfahrung, nächste Verwandte zu verlieren, ist ein soziales Phänomen, bei dem Interaktionen zwischen Sterbenden, Angehörigen und Professionellen eine wichtige Rolle spielen. Pflegewissenschaftliche Untersuchungen weisen beispielsweise auf die Bedeutsamkeit eines familienzentrierten Ansatzes in der Palliativpflege hin. Die Konzentration auf die Angehörigen wurde im Projekt über die Frage geleistet, wie Jugendliche sich Unterstützungsangebote habituell aneignen, die sie beim Verlust eines Elternteils und danach in Anspruch genommen haben. Unter diesem biographischen Blickwinkel war es möglich, nach der Bedeutung institutioneller Hilfen für den weiteren Lebensverlauf von Jugendlichen zu fragen. Die Projektgruppe nahm an, dass die Verschränkung der Adoleszenzkrise mit der Krise des Verlustes von Mutter oder Vater besonders Anlass für die jungen Erwachsenen bietet, professionelle Hilfen wie psychosoziale Beratung, therapeutische Hilfen oder Seelsorge zu beanspruchen. Über fokussiert-narrative Interviews von Menschen, die als Adoleszente einen Elternteil durch eine zum Tode führende Krankheit verloren hatten, wurden mit fallrekonstruktivem Zugang die Prozesse einer lebensgeschichtlichen Aneignung institutioneller Hilfen untersucht. Den begrifflichen Rahmen bildeten eine krisenorientierte Sozialisationstheorie und der Habitusbegriff. Unsere Studienergebnisse zeigen, dass die biographische Bedeutung institutioneller Hilfen eher gering und fallspezifisch unterschiedlich ausgeprägt ist. Anhand von 1 bis 2 Fällen möchten wir dies exemplarisch auf dem Kongress veranschaulichen. Ausgehend von diesen Fallbeispielen werden im Resümee Überlegungen angestellt über die Chancen und Grenzen professioneller Intervention bei krisenhaften Lebensereignissen.</p>



## Session 4b:

### Psychosoziale Ressourcen im Lebensabschnitt Alter: Versorgung und Gesundheitskompetenz

Julie Page, Winterthur

Titel	Abstract
<p><b>Theoriebasierte Überlegungen zur Erfassung pflegebezogener Erwartungen am Übergang ins pflegenahes Alter</b></p> <p><i>Florian Fischer, Hochschule Ravensburg-Weingarten</i></p> <p><i>Claudia Boscher, Hochschule Ravensburg-Weingarten</i></p> <p><i>Maik Winter, Hochschule Ravensburg-Weingarten</i></p> <p><a href="#">(zurück zur Sessions-Übersicht)</a></p> <p><a href="#">(zurück zum Gesamtprogramm)</a></p>	<p>Erwartungen an Pflege sind heterogen und komplex, wurden jedoch bislang in der Forschung nicht systematisch und zumeist wenig bis gar nicht theoriebasiert erhoben. Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels und der Vielschichtigkeit an Unterstützungs- und Versorgungsformen in der Pflege ist jedoch ein Verständnis über die Entstehung und Auswirkungen pflegebezogener Erwartungen erforderlich. Der Beitrag nimmt eine theoriebasierte Perspektive auf pflegebezogene Erwartungen von Personen in der pflegenahen Altersphase ein, da diese eine Grundlage in der Entscheidungsfindung darstellen. Beschrieben werden die Interdependenzen von soziodemographischen Faktoren, Persönlichkeitscharakteristika, dem sozialen Umfeld, Ressourcen sowie Restriktionen und den Erwartungen, die durch eigene Erfahrungen (adaptive Erwartungen) aber auch Informationen (rationale Erwartungen) entstehen können. Die Darstellung der Zusammenhänge erfolgt unter der Prämisse verschiedener theoretischer Vorannahmen. Dazu zählen zum einen die in der Wert-Erwartungs-Theorie formulierten Postulate. Diese besagen, dass Entscheidungen davon abhängen, wie die Realisierbarkeit und der Wert der eigenen Zielsetzungen eingeschätzt werden. Zum anderen ist in der Theorie der rationalen Entscheidung beschrieben, dass Ziele, Mittel und Folgen gegeneinander abgewogen werden, um eine bewusste Entscheidung zu treffen. Im Kontext der Erwartungen an eine potentielle Pflegesituation im späteren Lebensverlauf ist somit zu berücksichtigen, welche Nutzenmaximierung für verschiedene Formen der pflegerischen Versorgung angenommen wird. Eine besondere Herausforderung besteht jedoch darin, dass Werturteile nur bedingt möglich sind, sofern eigene Erfahrungs- und Lernprozesse (z.B. durch eigene Pflegebedürftigkeit oder Pflege einer nahestehenden Person) fehlen. Erwartungen hinsichtlich einer zukünftigen Situation mit lediglich einer potentiellen Eintrittswahrscheinlichkeit und ohne vorausgegangene Erfahrungen sind zumeist nur wenig spezifisch und mit vielen Unsicherheiten behaftet. Diese Problematik verstärkt sich bei der Betrachtung der Auswirkungen pflegebezogener Erwartungen. So besagt das Confirmation/Disconfirmation-Paradigma, dass Zufriedenheit aus der Gegenüberstellung von Soll- und Ist-Leistung resultiert. Der Vergleichsstandard ergibt sich aus den Erwartungen. Die Herausforderung für die empirische Forschung ist an dieser Stelle jedoch, dass Erwartungen vielfach einer gesicherten (Erfahrungs-)Grundlage entbehren.</p>
<p><b>Altersbedingte Zunahme der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen in Abhängigkeit der Gesundheitskompetenz: Ein mehrdimensionaler Ansatz</b></p> <p><i>Joachim Gerich, Johannes Kepler Universität Linz</i></p> <p><i>Robert Moosbrugger, Johannes Kepler Universität Linz</i></p> <p><i>Christoph Heigl, Oberösterreichische Gebietskrankenkasse</i></p> <p><a href="#">(zurück zur Sessions-Übersicht)</a></p>	<p>Das HLS-EU Instrument (Sorensen et al. 2015) zur Erfassung subjektiver Gesundheitskompetenz operationalisiert Health Literacy im Sinne eines Empowerment Ansatzes basierend auf dem subjektiv eingeschätzten Ausmaß unterschiedlicher Kompetenzen, welche nötig sind, um relevante Gesundheitsinformationen finden, verstehen und anwenden zu können. Gerich und Moosbrugger (2018) leiteten jedoch auf Basis qualitativer und quantitativer Erhebungen ab, dass die Messwerte subjektiver Health Literacy nicht nur durch das Ausmaß gesundheitsrelevanter Kompetenzen sondern auch durch weitere Faktoren (wie beispielsweise externale Kontrollüberzeugungen, gering ausgeprägter Reflexionsgrad, paternalistische Rollenerwartungen und hohes Vertrauen in das medizinische Versorgungssystem) geprägt sind, welche nur bedingt mit gesundheitsbezogenem Empowerment im Einklang stehen. Zur Abbildung dieser Heterogenität wurde in dieser Studie eine Health Literacy Typologie als Kombination subjektiver Kompetenz und gesundheitsbezogenem Wissen vorgeschlagen. In einer Folgestudie sollte nun untersucht werden, inwiefern diese Health Literacy Typologie mit dem Ausmaß der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen und Behandlungskosten steht. Dazu wurden Befragungsdaten einer Zufallsstichprobe von 660 Respondent/innen mit registerbasierten Versorgungsdaten verknüpft. Die Ergebnisse zeigen einerseits erwartungsgemäß, dass die Anzahl der Arztbesuche und die Höhe der Medikationskosten mit dem Lebensalter zunehmen. Die Resultate zeigen auch eine signifikant höhere Inanspruchnahme durch Personen mit einer Kombination aus hoher subjektiver Health Literacy und geringem Gesundheitswissen (Health Literacy Typ 3). Weiterhin wurden Interaktionseffekte zwischen Lebensalter und der Health Literacy Typologie bestätigt, denen zufolge die altersbedingte Zunahme der Arztbesuche und der Medikationskosten insbesondere bei Personen, welche Health Literacy Typ 3 zugeordnet wurden, signifikant verstärkt wird. Die Ergebnisse zeigen weitere Unterstützung für die Annahme, dass subjektive Health Literacy ein mehrdimensionales Konstrukt darstellt. Hohe subjektive Health Literacy verbunden mit geringem gesundheitsbezogenem Wissen (Typ 3) ist insbesondere in höherem Lebensalter mit einer erhöhten Inanspruchnahme des Gesundheitssystems und höheren Medikamentenkosten verknüpft. Die geringste altersbedingte Zunahme in der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems zeigt sich dagegen bei Personen des Health Literacy Typs 4, welcher einer Kombination hoher subjektiver Gesundheitskompetenz mit hohem Gesundheitswissen entspricht. Literatur: Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., . . . Brand, H. (2015). Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey</p>

<p><a href="#">(zurück zum Gesamtprogramm)</a></p>	<p>(HLS-EU). European Journal of Public Health, 25, 1053–1058. doi:10.1093/eurpub/ckv043 Gerich, J., Moosbrugger, R. (2018) Subjective estimation of health literacy - What is measured by the HLS-EU scale and how is it linked to empowerment? Health Communication 33(3): 254-263, doi:10.1080/10410236.2016.1255846 .</p>
<p><b>Gesundheitskompetenz im Alter: Alle gleich kompetent oder doch nicht?</b>  <i>Katrin Gehring, Gesundheitsdirektion Kanton Zürich</i>  <i>Dominique Vogt, Careum Stiftung</i>  <i>Ulrich Otto, Careum Hochschule Gesundheit, Zürich</i></p> <p><a href="#">(zurück zur Sessions-Übersicht)</a>  <a href="#">(zurück zum Gesamtprogramm)</a></p>	<p><i>Hintergrund und Frage:</i> Studien zur Messung der Gesundheitskompetenz aus Deutschland, Österreich und der Schweiz zeigen: Es gibt bestimmte Bevölkerungsgruppen, in denen der Anteil von Personen mit niedriger Gesundheitskompetenz besonders hoch ist. Eine dieser Gruppen sind Menschen im höheren Lebensalter. Sie berichten häufiger von Schwierigkeiten, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu bewerten und bei Entscheidungen anzuwenden. Dies hat häufig negative Konsequenzen für ihre Gesundheit. In bisherigen Studien wurde die Gruppe der Menschen im höheren Lebensalter jedoch wenig differenziert betrachtet. Ziel des Beitrags ist es daher, die Gesundheitskompetenz der ab 65-Jährigen vertiefend zu analysieren, um daraus Konsequenzen für die Gesundheitsförderung in der Lebensphase Alter abzuleiten.  <i>Methode:</i> Mit der Zürcher Gesundheitskompetenz-Befragung liegt erstmals eine kantonale Studie vor. Ende 2018 wurden 1'000 Personen der Wohnbevölkerung ab 18 im Kanton Zürich befragt. Die Gesundheitskompetenz wurde mit Hilfe des in den D-A-CH Ländern und Europa etablierten Instruments HLS-EU-Q47 erhoben und in äquivalenter Weise ausgewertet. Wir analysieren bei den Befragten ab 65 mittels deskriptiver Statistik, welche Unterschiede und Besonderheiten sich innerhalb der Gruppe der Älteren in Bezug auf die Gesundheitskompetenz zeigen. Zentrale Analyse-Dimensionen sind verschiedene Altersgruppen ab 65 Jahren sowie Unterschiede zwischen Männern und Frauen.  <i>Ergebnisse:</i> Insgesamt liegt bei den ab 65-Jährigen der Anteil der Personen mit niedriger Gesundheitskompetenz bei 77%. Differenziert nach unterschiedlichen Altersgruppen zeigt sich ein deutlicher Anstieg von Personen mit besonders niedriger Gesundheitskompetenz bei den ab 71-Jährigen (bis 70 Jahre: Anteil von 13% mit sog. inadäquater Gesundheitskompetenz; ab 71 Jahren Anteil von 31%). Der Vergleich von Männern und Frauen ab 65 Jahren zeigt, dass der Anteil an Personen mit besonders niedriger Gesundheitskompetenz bei den Männern doppelt so hoch ist (30%) wie bei den Frauen (15%).  <i>Diskussion:</i> Die Ergebnisse legen nahe, dass eine differenzierte Betrachtung und Analyse der Gesundheitskompetenz innerhalb der heterogenen und langen Lebensphase Alter erforderlich ist und wir kaum von der Gruppe der Älteren sprechen können. Dies hat zugleich wichtige Implikationen für die Konzeption von Präventions-/Gesundheitsförderungsprojekten und Interventionen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz für Menschen im höheren Alter.</p>
<p><b>Einsatz von Robotern bei älteren Personen – welche Einstellungen und Bedenken werden genannt? Erste Schweizer Ergebnisse</b>  <i>Stephanie Lehmann, FHS St.Gallen Hochschule für Angewandte Wissenschaften</i>  <i>Esther Ruf, FHS St.Gallen Hochschule für Angewandte Wissenschaften</i>  <i>Sabina Misoch, FHS St.Gallen Hochschule für Angewandte Wissenschaften</i></p> <p><a href="#">(zurück zur Sessions-Übersicht)</a>  <a href="#">(zurück zum Gesamtprogramm)</a></p>	<p><i>Hintergrund:</i> Durch den demographischen Wandel wird der Anteil an älteren Personen mit Unterstützungsbedarf auch in der Schweiz stark ansteigen, gleichzeitig fehlen zunehmend Betreuungspersonen und Pflegefachkräfte. Vor diesem Hintergrund wird der Einsatz technischer Assistenzsysteme, unter anderem auch von Robotern, als Unterstützung für ältere Menschen diskutiert. Für die Akzeptanz solcher Systeme oder Roboter ist jedoch eine bedarfsgerechte und sozialverträgliche Entwicklung essentiell. Stichprobe: Im Rahmen einer fortlaufenden Erhebung in der Schweizer Bevölkerung zur Einstellung und Meinung bezüglich des Robotereinsatzes bei älteren Personen wurden vom IKOA-FHS bislang 44 Personen befragt. Die Befragten waren im Durchschnitt 71 Jahre alt, überwiegend Frauen (74.4%), und kamen aus sechs unterschiedlichen Kantonen.  <i>Methode:</i> Anhand eines schriftlichen Fragebogens wurden Einstellungen, Meinungen, Befürchtungen, ethische Bedenken, gewünschte Funktionen, bevorzugtes Aussehen und soziodemographische Variablen erhoben. Die Auswertung erfolgte bisher deskriptiv.  <i>Ergebnisse:</i> Die bisherigen Ergebnisse zeigen, dass sich die meisten Befragten die Unterstützung älterer Personen durch einen Roboter vor allem in der Privatwohnung (81%) oder auch in einem Alters- oder Pflegeheim (69%) durchaus vorstellen können. Akzeptierte Funktionen des Roboters sind: Hilferuf (81%), Unterstützung in Alltagsaktivitäten (76.2%), Erinnerungsfunktionen (78.6%), Überwachung der Vitalparameter (59.5%) und Unterstützung bei Bewegungsübungen (69%). Eher abgelehnt werden: Pflegerische Tätigkeiten (71.4%), Sprechen respektive Unterhaltung (73.8%), und Kommunikationshilfe (76.2%). Ethische Bedenken betreffen vor allem den fehlenden zwischenmenschlichen Kontakt (72.5%) und die Sorge, dass Arbeitskräfte ihren Job verlieren (51.3%). Im Hinblick auf das Aussehen, wird ein Roboter bevorzugt, der aussieht wie ein Mensch (43.6%). Es werden laufend weitere Daten erhoben und die Ergebnisse entsprechend angepasst.</p>

## Session 4c:

### Wann, wie lang und in welchem Kontext? Längsschnittliche Betrachtung gesundheitlicher Ungleichheit über den Lebensverlauf

Anja Knöchelmann, Halle (Saale); Katharina Loter, Halle (Saale)

Titel	Abstract
<p><b>Differences in Adult Health of East and West Germans: A Longitudinal Cohort Perspective</b></p> <p><i>Katharina Loter, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg</i></p> <p><a href="#">(zurück zur Sessions-Übersicht)</a></p> <p><a href="#">(zurück zum Gesamtprogramm)</a></p>	<p>Several studies indicate that low socioeconomic status during childhood and adolescence and low level of educational attainment in adulthood might have an adverse long-term impact on health. A great majority of individuals born and raised in the former GDR experienced “equal” educational, nutritional and daily life conditions during subsequent life course stages, irrespective of their families’ socioeconomic situation. Within few years after the German unification health care and living standards in Eastern Germany came up to the level of Western Germany, nonetheless, for the “former children of the GDR” previous experiences (e.g., socialisation, political system) might continue to affect their adult health in a specific way. Taking advantage of the unique context of reunified Germany, the aim of this study is to investigate the impact of (socialisation) context on adult health by contrasting two divergent pre-unification work-family regimes: a dual-breadwinner/state carer regime in the German Democratic Republic (GDR) and a male breadwinner/female part-time carer (respectively female childcare provider) regime in the Federal Republic of Germany (FRG). This will be shown from a cohort perspective, generating differential health trends over time for East and West Germans and using the highest educational level as a proxy for the socioeconomic status (and a potential leveler of health inequalities). I use longitudinal data from the German Socio-Economic Panel (SOEP), version v33. The analytical sample consists of individuals born in the (former) FRG and GDR between 1949 and 1998 who reached the age of 67 years at most in year 2016 (and were suited to be grouped into several birth cohorts). Various health indicators are used to construct dependent health variables (e.g. self-rated health, SF-12v2 Health Survey instrument). The method of analysis are latent growth curve models in the age-cohort-period specification (using age as process time) revealing health trajectories based on the highest educational level ever attained. The results show similar health trajectories for West and East Germans in mental health but not in physical health. Further, different cohort-specific patterns of health (in)equalities are observed for West and East Germans depending on their educational attainment, suggesting that work-family regimes may have a long-term impact on health-related inequalities throughout the life course.</p>
<p><b>Subjektive Einschätzung der materiellen Situation und subjektive Gesundheit. Fixed-Effects-Analysen von Altersunterschieden mit Daten des Sozio-oekonomischen Panels.</b></p> <p><i>Anja Knöchelmann, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg</i></p> <p><i>Nico Seifert, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg</i></p> <p><i>Sebastian Günther, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg</i></p> <p><i>Irene Moor, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg</i></p>	<p><i>Einleitung:</i> Sozioökonomische Ungleichheiten in der Gesundheit wurden bislang vorrangig über den der sozioökonomischen Status erfasst. An diesem Vorgehen wurde kritisiert, dass die materiellen Lebensbedingungen außer Blick geraten, wohingegen materielle Deprivation eine genauere Betrachtung zulassen würde. Dennoch bleibt auch bei diesem Indikator unberücksichtigt, wie Personen ihre materielle Situation subjektiv bewerten. So ist plausibel, dass die Bewertungsprozesse in verschiedenen Lebensphasen variieren, weil sich die Aspirationen und Bewertungsstandards im Laufe des Lebens verändern. Ziel des Beitrags ist es daher, zu untersuchen, ob sich die subjektive Zufriedenheit mit der materiellen Situation auf die subjektive Gesundheit auswirkt und inwiefern diese Beziehungen zwischen Lebensphasen variieren.</p> <p><i>Material &amp; Methoden:</i> Die Analysen basieren auf den Beobachtungen aller Personen zwischen 20 und 70 Jahren (NPersonen=55.137, NBeobachtungen=360.422) aus den Jahren 1994-2016 des Sozio-oekonomischen Panels. Die subjektive Gesundheit wurde mittels der selbstberichteten Gesundheit erfasst. Für die subjektive Bewertung der materiellen Situation hat vor sich allem die Zufriedenheit mit dem Einkommen und der Wohnung als gute Indikatoren herausgestellt. Für die Analysen wurden Fixed Effects-Modelle berechnet, wobei die Zufriedenheit durch Interaktionsterme nicht-linear mit dem Alter variieren durfte. Average Marginal Effects (AMEs) wurden berechnet, um den Gesundheitseffekt der Veränderungen in der Zufriedenheitsbewertung für die einzelnen Lebensjahre zu erhalten. Die Berechnungen wurden nach Geschlecht stratifiziert.</p> <p><i>Ergebnisse:</i> Ein Anstieg der Zufriedenheit mit der Wohnung und dem Einkommen war bei Männern und Frauen in allen Lebensphasen mit einer Verbesserung der Gesundheit assoziiert. Zwar fielen die Effekte eher schwach aus, variierten aber signifikant mit dem Alter. Über den Lebenslauf hinweg zeigte sich dabei ein umgekehrt u-förmiges Muster: Die Stärke der Zusammenhänge nahm graduell bis zu</p>

<p><i>Matthias Richter, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg</i></p> <p><a href="#">(zurück zur Sessions-Übersicht)</a></p> <p><a href="#">(zurück zum Gesamtprogramm)</a></p>	<p>einem Alter zwischen 55 und 60 zu, wo sich die stärksten Effekte zeigten. In den folgenden Lebensjahren wurden die Effekte wieder graduell schwächer. Insgesamt fiel der Zusammenhang für das Einkommen in allen Lebensphasen etwas stärker aus als für die Wohnung.</p> <p><i>Diskussion:</i> Mit dem Übergang zwischen mittlerem und höherem Alter scheint die subjektive Bewertung der materiellen Situation für die Gesundheit zunehmend wichtiger zu werden. Es ist zu vermuten, dass sie als Indikatoren für den bisherigen Erfolg im Leben angesehen werden und danach andere Faktoren wie Wohlstand an Bedeutung zunehmen.</p>
<p><b>Leben mit chronischen Krankheiten im Alter: Differentielle Effekte auf Lebensqualität und Alltagsautonomie nach sozialen Gruppen</b></p> <p><i>Marc Höglinger, ZHAW Winterthur</i></p> <p><a href="#">(zurück zur Sessions-Übersicht)</a></p> <p><a href="#">(zurück zum Gesamtprogramm)</a></p>	<p>Rund zwei Drittel der Bevölkerung der Schweiz ab 55 Jahren leiden an mindestens einer chronischen Krankheit wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, COPD, Diabetes, Krebs oder Depression. Diese Erkrankungen sind für etwa die Hälfte aller vorzeitigen Todesfälle verantwortlich und stellen eine erhebliche Belastung für Patienten, Angehörige und das Gesundheitssystem dar. Diverse Studien zeigen, dass soziale Faktoren wie der sozioökonomische Hintergrund, die Bildung oder die soziale Integration, das Risiko, eine chronische Erkrankung zu entwickeln, erheblich beeinflussen. Soziale Faktoren beeinflussen jedoch nicht nur das Risiko, eine chronische Erkrankung zu entwickeln, sondern auch, wie Patienten mit ihrem Leiden umgehen und wie viel formelle und informelle Unterstützung sie erhalten. Zudem beeinflussen sie die Zugangschancen zu einer adäquaten Gesundheitsversorgung. Folglich dürften sich diesbezüglich Unterschiede in den Auswirkungen einer chronischen Erkrankung auf die Lebensqualität und Alltagsautonomie zeigen. Beispielsweise dürften Diabetes-Patientinnen mit sozioökonomisch hohem Status ihre Krankheit tendenziell besser bewältigen als solche mit niedrigem Einkommen und tiefem Bildungsniveau. Oder Herzinfarkt-Patienten dürften sich schneller erholen und eine bessere Lebensqualität wiedererlangen, wenn sie über ein gutes soziales Netzwerk verfügen als wenn sie schlecht sozial integriert sind. In unserem Beitrag verwenden wir Daten des Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe (SHARE), um den Verlauf der Lebensqualität und der Alltagsautonomie von Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen in der Schweiz zu analysieren. Dank des Längsschnittdesigns sind wir in der Lage, individuelle Verläufe über einen Zeitraum von bis zu 10 Jahren zu beschreiben und mit Fixed-Effects-Modellen die Effekte von chronischen Erkrankungen zu identifizieren. Unser Hauptinteresse gilt dem Vergleich der Entwicklung von Lebensqualität und Autonomie zwischen verschiedenen sozioökonomischen Gruppen von chronisch Kranken. Unsere Ergebnisse zeigen, wie soziale Faktoren die Auswirkungen einer Erkrankung beeinflussen und welche Schlüsselfaktoren es chronisch Kranken Älteren ermöglichen, trotz Erkrankung ihre Lebensqualität so weit wie möglich zu erhalten. Darüber hinaus können wir Risikogruppen identifizieren, die von gezielten Interventionen, z.B. zur Verbesserung des Krankheitsmanagements, profitieren können.</p>

## Session 4d:

### Gesundheit im technologischen Wandel: Digitalisierung und Medizintechnologien

Andreas Bänziger, Zürich

Titel	Abstract
<p><b>Angehende Gesundheitsfachpersonen und ihre Gesundheitskonzepte im Lichte des digitalen Wandels</b></p> <p><i>Michael Gemperle, ZHAW Winterthur</i></p> <p><i>Mandy Scheermesser, ZHAW Winterthur</i></p> <p><a href="#">(zurück zur Sessions-Übersicht)</a></p> <p><a href="#">(zurück zum Gesamtprogramm)</a></p>	<p>Digitale Technologien transformieren zunehmend das Gesundheitswesen. Jedoch sind die Berufsleute im Gesundheitsbereich noch relativ wenig in diesen Wandel involviert. Eine wichtige Rolle spielen dabei die Erfahrungen und Kompetenzen der Gesundheitsfachpersonen: Häufig sind sie mit digitalen Technologien wenig vertraut und oft verfügen sie über relativ wenig umfassende digitale Kompetenzen. Welche Bedeutung den Konzepten von Gesundheit (und Krankheit) zukommt, an denen sich Gesundheitsfachpersonen in ihrer Berufspraxis orientieren, und welcher Platz darin digitalen Technologien zukommt, ist allerdings noch wenig bekannt. Dies ist erstaunlich, da Form und Umfang der Einführung von digitalen Technologien im Gesundheitsbereich zu einem nicht unwesentlichen Teil von den Erfahrungen und Kompetenzen von Gesundheitsfachpersonen abhängen und gestaltet werden. Der Beitrag untersucht die Rolle digitaler Technologien in den Gesundheitskonzepten von zukünftigen Gesundheitsfachpersonen und die Bedingungen zur Verständigung über verschiedene gesundheitsbezogene Klassifikationen hinweg. Dabei wird davon ausgegangen, dass die Gesundheitskonzepte von angehenden Gesundheitsfachpersonen Klassifikationen umfassen, die zum einen auf die eigene Gesundheit bezogen sind und zum anderen in der Ausbildung erworben wurden, wobei im Laufe einer Ausbildung Erstere von Letzteren überformt werden. Im Beitrag werden folgende drei Forschungsfragen diskutiert: Inwiefern bestehen zwischen den auf die eigene Gesundheit bezogenen und den in der Ausbildung erworbenen beruflichen Gesundheitsklassifikationen Übereinstimmungen hinsichtlich der Rolle digitaler Technologien? Inwiefern verändert sich mit der Überformung im Ausbildungsverlauf die Bedeutung digitaler Technologien in den Gesundheitskonzepten? Und: Welche digitalen Technologien (Apps, Websites) tragen zur Verständigung über legitime Gesundheitskonzepte bei? Die empirische Grundlage stellt eine Vollerhebung unter Studierenden einer Schweizerischen Fachhochschule dar, die im Herbst 2018 unter drei Studienjahrgängen durchgeführt wurde (N = 438). In der Umfrage erhoben wurden u.a. die Mediennutzung, der allgemeine Gesundheitszustand, die Gesundheitskompetenz, die digitale Gesundheitskompetenz sowie die Wahrnehmung von Vor- und Nachteilen digitaler Technologien in der späteren Berufsarbeit. Die Autoren sind Bestandteil einer Forschungsgruppe, die die Rolle von Gesundheitsfachpersonen im digitalen Wandel untersucht.</p>
<p><b>Quantified Self Technologien im Einsatz für die Gesundheit: Die Kluft zwischen Beratungsnachfrage und -angebot</b></p> <p><i>Ursula Meidert, ZHAW Winterthur</i></p> <p><i>Mandy Scheermesser, ZHAW Winterthur</i></p> <p><a href="#">(zurück zur Sessions-Übersicht)</a></p> <p><a href="#">(zurück zum Gesamtprogramm)</a></p>	<p><i>Hintergrund:</i> In der Schweiz leben etwa 2,2 Mio. Menschen mit chronischen Krankheiten (Bachmann, Burla &amp; Koheler, 2005). Diese verbringen oft viel Zeit mit Aktivitäten in Zusammenhang mit dem Krankheitsmanagement. Corbin und Strauss (1985) bezeichnen diese als «illness work», dazu gehören z.B. Medikamenteneinnahme, Einhalten von Diäten, Durchführen von Übungen oder Messen und Dokumentieren von Parametern. Quantified Self (QS) Technologien, wie Gesundheits-Apps und Wearables, haben das Potential, Menschen mit chronischen Krankheiten bei diesen Aktivitäten zu unterstützen und zu entlasten (Meidert et al. 2018), z.B. indem sie Parameter automatisch messen, dokumentieren oder Alarm schlagen. Zudem können sie auch einer verbesserten Adhärenz und somit zu besserem Krankheitsmanagement beitragen (DiFilippo et al., 2015). Dadurch können sich die Lebens- und Gesundheitsqualität wie auch die Partizipation in anderen Lebensbereichen verbessern. Der Beitrag zeigt auf, welche und wie QS-Technologien von Menschen mit chronischen Krankheiten, Gesunden und Gesundheitsfachpersonen eingesetzt werden, welche Bedürfnisse diese bedienen und welche Erfahrungen sie mit diesen gemacht haben.</p> <p><i>Methode:</i> Es wurden drei moderierte Fokusgruppen von ca. 90 Min. mit jeweils 6-8 Personen durchgeführt: eine Gruppe mit Gesunden, eine mit chronisch Kranken sowie eine mit Gesundheitsfachpersonen. Dabei wurden die Erfahrungen im Umgang mit QS-Technologien, deren Vor- und Nachteile diskutiert. Die Daten wurden aufgezeichnet, transkribiert und inhaltsanalytisch ausgewertet.</p> <p><i>Resultate:</i> Menschen mit chronischen Krankheiten setzen QS-Technologien zur Messung, Erinnerung und Dokumentation ein. Sie empfinden die Geräte als hilfreiche Unterstützung in ihrem Alltag. Gesunde als auch chronisch Kranke berichteten, dass sie selbst erhobene Gesundheitsdaten in die Sprechstunde mitnehmen und diese mit Gesundheitsfachpersonen besprechen möchten. Sie</p>



	<p>wünschen sich Beratung zu diesen aber auch dazu, welche Geräte und Apps gewinnbringend für ihr Krankheitsmanagement eingesetzt werden können. Die befragten Gesundheitsfachpersonen reagieren dagegen oft skeptisch bis ablehnend, wenn Patient/-innen selbsterhobene Daten in die Sprechstunde mitbringen. Auch verwenden sie kaum QS-Technologien in ihrer Praxis und empfehlen diese nur selten ihren Patient/-innen - aufgrund von mangelnden Kenntnissen über diese und deren zielführende Verwendung.</p> <p><i>Fazit:</i> Die Ergebnisse zeigen, dass eine Kluft besteht, zwischen dem Bedürfnis von Patient/-innen nach kompetenter Beratung in der Suche und Anwendung von QS-Technologien und der Bereitschaft der Gesundheitsfachpersonen diesem nachzukommen. Gesundheitsfachpersonen sollten in Bezug auf QS-Technologien geschult werden, damit das Potential, welche QS-Technologien bieten, für das Krankheitsmanagement ausgeschöpft werden kann.</p> <p><i>Literatur:</i> Bachmann, N., Burla, L., &amp; Kohler, D. (2015). Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. DiFilippo, K. N., Huang, W. H., Andrade, J. E. &amp; Chapman-Novakofski, K. M. (2015). The use of mobile apps to improve nutrition outcomes: A systematic literature review. Journal of telemedicine and telecare, 1357633X15572203. Meidert, U.; Scheermesser, M.; Prieur, Y.; Hegyi, S.; Stockinger, K.; Eyyi, G.; Evers-Wölk, M.; Jacobs, M.; Oertel, B.; Becker, H. (2018). Quantified Self: Schnittstelle zwischen Lifestyle und Medizin. Zürich: vdf Hochschulverlag. Verfügbar unter: <a href="https://doi.org/10.21256/zhaw-1941">https://doi.org/10.21256/zhaw-1941</a></p>
<p><b>mHealth – Die situative Pluralität von Datenqualität als potenzielle Konfliktlinie</b></p> <p><i>Valeska Cappel, Universität Luzern</i></p> <p><a href="#">(zurück zur Sessions-Übersicht)</a></p> <p><a href="#">(zurück zum Gesamtprogramm)</a></p>	<p>Durch Digitalisierungsprozesse entstehen einerseits über Gesundheits-Apps immer mehr individualisierte Gesundheitsdaten (mHealth). Andererseits werden über die gesetzliche Einführung elektronischer Patientendossiers institutionelle Strukturen geschaffen, um diese Daten verschiedenen Akteuren im Gesundheitssystem zugänglich zu machen. Aus Sicht der Economie des Conventions (kurz EC) wird argumentiert, dass bei der Institutionalisierung individualisierter Gesundheitsdaten die statistische Kette der Gesundheitsdaten stärker beachtet werden muss, um Konfliktlinien im Feld der digitalen Gesundheit sichtbar zu machen. Gemeint sind damit (1) die Herstellungsebene von Gesundheitsdaten (Einführung von Mess- und Bewertungskonzepten), (2) die Anwendungsebene (Datenerhebung- und -interpretation) und (3) die Übersetzungsprozesse dazwischen. Bei der kommerziellen Entwicklung von Gesundheits-Apps wird profitablen Apps eine hohe Qualität zugesprochen, in medizinischen Anwendungskontexten von Gesundheits-Apps werden hingegen medizinische Qualitätsstandards als Beurteilungsgrundlage herangezogen. Akteure beziehen sich so auf unterschiedliche Qualitäten bei der Messung und Beurteilung von Gesundheit. Die gesetzliche Einführung elektronischer Patientendossiers schafft eine standardisierte Infrastruktur für die Weiterverwendung von App-Daten und kann zur digitalen Fixierung spezifischer Qualitätsvorstellungen führen. Aufgrund der Pluralität von Gesundheitskonzepten im Gesundheitsfeld können daraus Konflikte resultieren, die aus Sicht der EC in typischen Situationen des Gesundheitsfeldes auftreten, in denen gegensätzliche Qualitätsvorstellungen aufeinandertreffen (z.B. kommerziell vs. medizinisch orientiert), oder wenn Menschengruppen aufgrund mehrfach selektiver Datenproduktionsprozesse ausgeschlossen werden. Mögliche Folgen sind Ablehnung der Technologien, Fehlinterpretationen der Daten und digitale Benachteiligung von Bevölkerungsgruppen. Der Vortrag gibt eine kurze Einführung in die EC und erläutert die Einführung des elektronischen Patientendossiers sowie das Phänomen der individuellen Selbstvermessung. Dann wird die statistische Kette und die damit verbundene Pluralität von Datenqualitäten aufgezeigt und die digitale Fixierung über Gesundheits-Apps problematisiert. Abschließend wird eine heuristische Übersicht harmonischer und konfliktträchtiger Situationen in Gesundheitsfeld aufgezeigt.</p> <p><i>Literatur:</i> Adrian, Staii (2018): »Connected Health. Between Common Aspirations and Specific Interests«, in: Céline Paganelli (Hg.), Confidence and legitimacy in health information and communication, Hoboken, NJ, London: John Wiley &amp; Sons Inc; ISTE Ltd, S. 195-221. Albrecht, Urs-Vito (2016): Chancen und Risiken von Gesundheits-Apps (CHARISMHA), Medizinische Hochschule Hannover. Boltanski, Luc/Thévenot, Laurent (2007): Über die Rechtfertigung. Eine Soziologie der kritischen Urteilskraft, Hamburg: Hamburger Edition. Desrosières, Alain/Thévenot, Laurent (1979): »Les mots et les chiffres. Les nomenclatures socio-professionnelles«, in: Economie et statistique 110, S. 49-65. Diaz-Bone, Rainer (2019): »Valuation an den Grenzen von Datenwelten. Konventionentheoretische Perspektiven auf Quantifizierung und Big Data«, in: Jonathan Kropf/Stefan Laser (Hg.), Digitale Bewertungspraktiken. Für eine Bewertungssoziologie des Digitalen, Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 69-97. Gawatz, Reinhard (Hg.) (1993): Soziale Konstruktionen von Gesundheit. Wissenschaftliche und alltagspraktische Gesundheitskonzepte, Ulm. Houben, Daniel/Prietl, Bianca (Hg.) (2018): Datengesellschaft. Einsichten in die Datafizierung des Sozialen (= Digitale Gesellschaft, Band 17), Bielefeld. Knöppler</p>



Karsten/Hesse, Sebastian/Ex Patricia (2018): Transfer von Digital-Health\_Anwendungen in den Versorgungsalltag. Teil 4: Wirksamkeitsnachweis und Nutzenbewertung - Kontext, Methode und integration in die agile Produktentwicklung, Gütersloh. Kohler, Christian/Egger, Oliver/Smock, Martin (2018): Mobile Health und das elektronische Patientendossier. Empfehlungen zur Nutzung von technischen Standards und Normen, Bern. Nicolae, Stefan (2019): (Be)Werten. Beiträge zur sozialen Konstruktion von Wertigkeit (= Soziologie des Wertens und Bewertens), Wiesbaden, Germany: Springer VS. Salais, Robert (2016): »Quantification and Objectivity. From Statistical Conventions to Social Conventions«, in: Historical Social Research 41, S. 118-134. Sharon, Tamar (2018): »When digital health meets digital capitalism, how many common goods are at stake?«, in: Big Data & Society 5, 1-12.