

# Gesundheitsökonomie vs. Sozialmedizin

48. Jahrestagung der  
Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention  
in Zusammenarbeit  
mit dem MDS und dem MDK Nordrhein

in Essen

12.-14. September 2012

UNIVERSITÄT  
DUISBURG  
ESSEN

*Offen im Denken*



# Inhaltsverzeichnis

## Grußworte

Grußwort des Organisationsteams (Linda Kerkemeyer, Kristina Krause, Angela Maas-Burster, Jürgen Wasem) .....	S. 3
Grußwort der Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen, Barbara Steffens.....	S. 5
Grußwort des Rektors der Universität Duisburg-Essen, Prof. Dr. Ulrich Radtke .....	S. 7
Grußwort des Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention, DGSM, Dr. Gert von Mittelstaedt.....	S. 9
Grußwort des Medizinischen Dienstes des GKV-Spitzenverbandes (MDS) und Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) Nordrhein, Dr. Peter Pick (Geschäftsführer des MDS), Dr. Ulrich Sommer (Leitender Arzt des MDK Nordrhein).....	S. 10

## Tagungsinformationen

Lokales Organisationsteam .....	S. 11
Internetzugang .....	S. 11
Zertifizierung .....	S. 11
Teilnahmebestätigung .....	S. 11
Programmkomitee .....	S. 12
Veranstaltungsort und Anfahrt .....	S. 13
Essen und Trinken .....	S. 16
Rahmenprogramm .....	S. 17
Sessions .....	S. 19

## **Vorprogramm**

Dienstag, den 11.09.2012 ..... S. 21

## **Programm**

Mittwoch, 12.09.2012 ..... S. 25

Donnerstag, 13.09.2012 ..... S. 54

Freitag, 14.09.2012 ..... S. 113

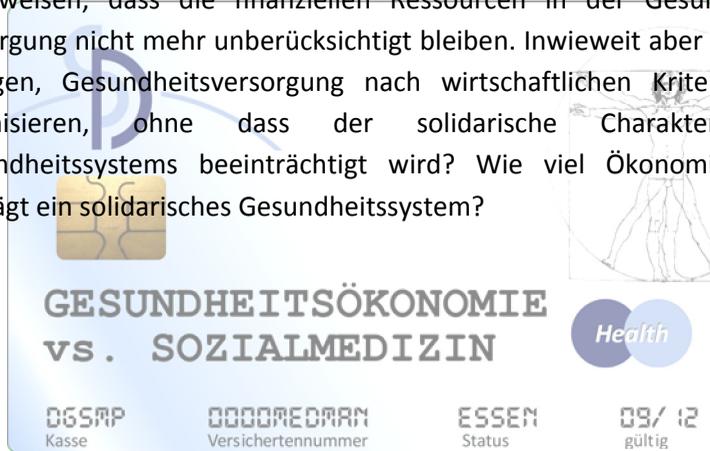
**Zusätzliche Termine** ..... S. 127

## Grußwort des Organisationsteams

Liebe Kolleginnen und Kollegen,  
liebe Gäste,  
liebe Studierende,

wir möchten Sie alle ganz herzlich zur diesjährigen Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) unter Mitwirkung des Medizinischen Diensts des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) und des Medizinischer Diensts der Krankenversicherung Nordrhein (MDK Nordrhein) willkommen heißen.

Das Logo der Tagung zeigt eine Versicherungskarte als Zeichen eines solidarisch organisierten Gesundheitssystems. Einzelne Elemente auf dem Logo deuten jedoch auch eine Bankkarte an, um darauf hinzuweisen, dass die finanziellen Ressourcen in der Gesundheitsversorgung nicht mehr unberücksichtigt bleiben. Inwieweit aber kann es gelingen, Gesundheitsversorgung nach wirtschaftlichen Kriterien zu organisieren, ohne dass der solidarische Charakter des Gesundheitssystems beeinträchtigt wird? Wie viel Ökonomisierung verträgt ein solidarisches Gesundheitssystem?



In der ersten Plenarsitzung widmen sich die Referenten aus Politik, Wirtschaftswissenschaften und Sozialmedizin diesem Spannungsfeld.

Die zweite Plenarsitzung entstand in Kooperation mit dem MDS und dem MDK Nordrhein und greift mit der Pflegereform ein aktuelles gesundheitspolitisches Thema auf.

Die dritte Plenarsitzung wurde von Medecon Ruhr, einem Netzwerk der Gesundheitswirtschaft an der Ruhr, und LZG vorbereitet und beschäftigt sich mit der Nutzung von Daten zur Optimierung der Kindergesundheit unter regionalen Gesichtspunkten.

Darüber hinaus war es uns möglich aus den vielen interessanten Beiträgen ein breit gefächertes Programm aus Vortrags- und Postersessions zusammen zu stellen. Durch das Engagement der Fachbereiche beinhaltet das Programm zudem zahlreiche interessante Workshops.

Wir wünschen allen einen wunderschönen Aufenthalt in der Ruhrmetropole Essen.

**Linda Kerkemeyer, Kristina Krause, Angela Maas-Burster und  
Jürgen Wasem**

Organisationsteam

## Grußwort der Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen

Wirtschaftlichkeit und eine am Menschen orientierte, solidarische medizinische Versorgung sind kein Gegensatz. Im Gegenteil - eine ganzheitliche, alle Aspekte von Gesundheit einbeziehende Sichtweise wird für das Gesamtsystem Vorteile erbringen, durch weniger Krankheitsfälle, positivere Krankheitsverläufe, eine höhere Lebensqualität und Compliance.

Bislang allerdings arbeiten die einzelnen Trägerinnen und Träger im Gesundheitssystem separiert und auf ihren individuellen betriebswirtschaftlichen Nutzen hin orientiert. Wenn wir die Gesundheitskosten hingegen volkswirtschaftlich betrachten, stellen wir schnell fest, dass die Rationalisierungsbemühungen der letzten Jahre eben nicht zu einem wirtschaftlich erfolgreichen System geführt haben. Die zahlreichen Einsparungen auf der einen Seite haben in vielen Fällen zu drastischen Mehrausgaben auf der anderen Seite geführt. Die Anreize sind falsch gesetzt. Sie führen dazu, dass sich das gegliederte und sektorierte Gesundheitssystem weiter an Partikularinteressen ausrichtet - zu Lasten der Menschen.

Wir müssen zurückkommen zu dem eigentlichen Auftrag, den eine moderne Gesundheitspolitik im Zeichen der demografischen Veränderungen erfüllen sollte: Wie bleiben Menschen möglichst lange gesund und welche Behandlung und Versorgung benötigen sie im Krankheitsfall? Nur wenn wir von der Frage ausgehen: was braucht der Mensch, nur dann können wir uns lösen von der derzeit vorherrschenden selektiven Sichtweise.

Gleichzeitig benötigen wir aufgeklärte Patientinnen und Patienten, die bei Fragen zu ihrer Gesundheit Entscheidungsoptionen und ein echtes Wahlrecht haben. Erst wenn diese beiden Faktoren erfüllt sind, setzt sich Qualität in der Behandlung und in der Versorgung durch und dann

haben wir - davon bin ich überzeugt - ein echtes wirtschaftlich funktionierendes Gesundheitssystem.

**Barbara Steffens**

Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen

## Grußwort des Rektors der Universität Duisburg-Essen

Sehr geehrte Damen und Herren,

es ist für die Universität Duisburg-Essen eine große Freude, dass die Tagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) in Kooperation mit dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. mit hiesigem Sitz und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Nordrhein in Essen stattfindet.

An der Universität Duisburg-Essen wird die Forschung rund um das Gesundheitswesen zu einem Wissenschaftsschwerpunkt. Dies zeigt sich vor allem in der Fakultät für Wirtschaftswissenschaften durch die Etablierung der Lehrstühle für Medizinmanagement und Gesundheitsökonomik sowie den Aufbau eines Gesundheitsökonomischen Zentrums (CINCH). Damit fügt sich die Universität Duisburg-Essen mit ihrem Angebot in die Metropole Ruhr als größten Marktplatz – insbesondere im Bereich Gesundheitswirtschaft – ein.

Die Forschungsschwerpunkte an der Universität Duisburg-Essen finden sich bei dem Tagungsthema „Gesundheitsökonomie vs. Sozialmedizin – Wie viel Ökonomisierung verträgt ein solidarisches Gesundheitssystem?“ offensichtlich auf der einen Seite der beiden Fachdisziplinen wieder. Die Wissenschaft lebt jedoch davon, über den eigenen Tellerrand hinaus zu blicken. Demnach ist ein intensiver Austausch mit sehr bedeutend. Die diesjährige Tagung der DGSMP stellt eine Plattform für weitergehende Diskussionen dar.

Ich wünsche Ihnen eine erfolgreiche Tagung mit interessanten Gesprächen und neuen Einsichten in die umfangreiche Thematik. Mein besonderer Dank gilt den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Universität, die durch ihren Einsatz und ihr Engagement diese Veranstaltung in Essen ermöglichen.

Unseren Gästen wünsche ich eine schöne Zeit in Essen und hoffe, dass Sie auch abseits der Tagung die Möglichkeit haben das Ruhrgebiet kennenzulernen.

**Prof. Dr. Ulrich Radtke**

Rektor der Universität Duisburg-Essen

## Grußwort des Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention, DGSM

Liebe Kolleginnen und Kollegen,  
sehr geehrte Damen und Herren,

zur 48. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSM), die vom 12.09. bis 14.09.2012 in Essen stattfindet, lade ich Sie ganz herzlich ein. Das Tagungsthema "Gesundheitsökonomie vs. Sozialmedizin" ist Aussage und Frage zugleich. Ökonomie laut Duden bedeutet "Wirtschaftlichkeit" bzw. "sparsame Lebensführung". Ein Widerspruch zwischen beiden Begriffen ist damit aufgehoben. Die Sozialmedizin kann nämlich nur das bei "sparsamer Lebensführung" Machbare fordern. Dafür spricht auch der §70 SGB V mit der Überschrift "Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit". Die Realität unserer Gesundheitswirtschaft aber folgt zunehmend Prinzipien des Marktes mit Gewinnerorientierung. Gesundheitsökonomie im Sinne der Sozialmedizin soll Gesundheitsbildung durch Solidarität und Eigenverantwortung ermöglichen.

Die außergewöhnliche Kooperation von Gesundheitsmanagement und Sozialmedizin, dargestellt vom Lehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen und der DGSM garantiert ein attraktives Programm und eine wissenschaftlich hochwertige Jahrestagung unserer Gesellschaft. Herrn Prof. Dr. J. Wasem und seinem Team gilt schon jetzt unser Dank für die Übernahme von Organisation und Ausrichtung der Jahrestagung 2012.

**Dr. Gert v. Mittelstaedt**

Präsident der DGSM

## Grußwort des Medizinischen Dienstes des GKV-Spitzenverbandes (MDS) und Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) Nordrhein

Sehr geehrte Damen und Herren,

die 48. Jahrestagung der DGSMMP steht unter dem Titel "Gesundheitsökonomie versus Sozialmedizin". Damit greift die Jahrestagung wieder ein aktuelles Thema auf, da an vielen Stellen des Gesundheitswesens Zielkonflikte zwischen wettbewerblichen Anforderungen und versorgungspolitischen Notwendigkeiten zu Tage treten. Hier eine ausgewogene Balance herzustellen, ist eine große Herausforderung für ein solidarisches Gesundheitssystem.

Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) und der Medizinische Dienst des GKV-Spitzenverbandes (MDS) sind in vielfältiger Weise in die Gestaltung des Gesundheitswesens eingebunden. Die Erfahrungen der Medizinischen Dienste aus der Einzelfallbegutachtung und -beratung bringen wir gerne in den Diskussionszusammenhang der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention ein. Andererseits nehmen wir auch gerne wissenschaftliche Erkenntnisse aus der Gesellschaft in unsere Arbeit auf.

Aktuell sind insbesondere die anstehende Reform der Pflegeversicherung, aber auch die Diskussion um ein Patientenrechtegesetz von großem sozialmedizinischem Interesse. Von der Tagung erwarten wir uns wertvolle Impulse für die aktuelle gesundheits- und sozialpolitische Diskussion und wünschen ihr einen guten Verlauf.

**Dr. Peter Pick**

**Dr. Ulrich Sommer**

Geschäftsführer des MDS

Leitender Arzt des MDK Nordrhein

# Tagungsinformationen

## **Lokales Organisationsteam**

Linda Kerkemeyer M.A., wissenschaftliche Mitarbeiterin

Kristina Krause B.Sc., weitere Mitarbeiterin

Angela Maas-Burster B.Sc. , studentische Hilfskraft

Prof. Dr. Jürgen Wasem, Lehrstuhlinhaber

## **Lehrstuhl für Medizinmanagement**

Prof. Dr. Jürgen Wasem

Universität Duisburg-Essen, Campus Essen

Fachbereich Wirtschaftswissenschaften

Schützenbahn 70, 45127 Essen

Tagungstelefonnummer: ++49 (0)201 183 3030

E-Mail: [dgsmp2012@medman.uni-due.de](mailto:dgsmp2012@medman.uni-due.de)

## **Internetzugang während der Tagung**

Es besteht für die Tagungsteilnehmer die Möglichkeit, über das WLAN der Universität Duisburg-Essen Zugang zum Internet zu erhalten. Die Zugangsdaten erhalten Sie an der Information im Hörsaalzentrum.

## **Zertifizierung**

Die Veranstaltung ist durch die Ärztekammer Nordrhein mit 15 Punkten und durch die Apothekerkammer Nordrhein mit 18 Punkten auf das Fortbildungszertifikat anerkannt.

## **Teilnahmebestätigung**

Die Teilnahmebestätigung erhalten Sie im Nachgang zur Tagung per E-Mail.

## Programmkomitee

Christian Alex, Gabriele Beckmann, Gabriele Bolte, Hans-J. Boschek, Heinz P. Buszello, Marie-Luise Dierks, Jodok Erb, Thomas Gerlinger, Johannes Gostomyk, Sabine Grotkamp, Ingeborg Jahn, Rebecca Jahn, Ulrich John, Karl-Heinz Jöckel, Linda Kerkemeyer, David Klemperer, Kristina Krause, Julika Loss, Dagmar Lühmann, Anja Sophia Middendorf, Gert von Mittelstedt, Susanne Moebus, Anja Neumann, Bettina am Orde, Irmgard Peters, Peter Pick, Bernt-Peter Robra, Elisabeth Simoes, Enno Swart, Claudia Terschüren, Ulla Walter, Jürgen Wasem, Manfred Wildner

# Veranstaltungsort und Anfahrt

## Tagungsort

Universität Duisburg-Essen, Campus Essen  
Universitätsstraße 2  
45141 Essen

Hörsäle  
S03 V00 E33  
S03 V00 E59  
S03 V00 E71

Hörsaalzentrum  
S05 T00 B08  
S05 T00 B32  
S05 T00 B42  
S05 T00 B59  
S05 T00 B71  
S05 T00 B83

Hörsaal  
S07 S00 D07

## **Anfahrt**

### **Anreise mit dem Auto:**

Campus Essen, Universitätsstraße 2, 45141 Essen

- ➔ **Achtung die Autobahn A 40 ist vom 7.7. – 30.09.12 in beide Richtungen gesperrt! Informationen unter:**  
**[http://www.essen.de/de/Rathaus/Aemter/Ordner\\_66/a40\\_sperrung/A40Sperrung.jsp](http://www.essen.de/de/Rathaus/Aemter/Ordner_66/a40_sperrung/A40Sperrung.jsp)**

## **Parken**

Am Campus Essen gibt es genügend Parkplätze. Alle Parkplätze sind kostenfrei. Sie haben die Möglichkeit den Parkplatz am Reckhammerweg oder das Parkhaus Universitätsstraße zu nutzen, sowie zahlreiche Parkplätze rund um das Gelände.

### **Anreise mit dem Zug:**

Vom Essener Hbf gelangen Sie mit den öffentlichen Verkehrsmitteln zur Universität.

### **Anreise mit dem Flugzeug:**

Der Flughafen Düsseldorf liegt 30 km entfernt. Sie können von dort bequem mit der Deutschen Bahn zum Essener Hbf fahren.

## ÖPNV

Fahrpläne und Informationen zum ÖPNV in Essen erhalten Sie hier:

[www.evag.de](http://www.evag.de) oder [www.vrr.de](http://www.vrr.de)

Ihre Zielhaltestellen sind:

- **Universität Essen**
- **Rheinischer Platz**

Aus beiden Richtungen erreichen Sie das Hörsaalzentrum auf dem Campus in ca. 5 Gehminuten.

Das Einzelticket kostet 2,40 €, das Tagesticket 5,70 € und das 4er-Ticket 8,70 €. Bitte entnehmen Sie dem Aushang an Ihrer Abfahrtshaltestelle, ob die Haltestellen „Universität Essen“ bzw. „Rheinischer Platz“ im Bereich der Kurzstrecken-Tarifs liegen. In diesem Fall kostet die einfache Fahrt 1,40 € und ein 4er-Ticket 5,30 €. Die Tickets erhalten Sie an den Automaten am Hbf oder an den Haltestellen. Bitte beachten Sie, dass ein Ticketkauf in den Straßenbahnen nicht möglich ist.

## Taxi

Taxistände befinden sich am Hbf. Wenn Sie von der Uni aus ein Taxi nehmen möchten, fragen Sie bitte an der Tagungs-Information – wir bestellen gerne ein Taxi für Sie!

## Essen und Trinken

### **Pausen am Vor- und Nachmittag**

Jeden Morgen möchten wir Sie mit einem Guten-Morgen-Kaffee im Hörsaalzentrum begrüßen. Während der Tagung erhalten Sie Kaltgetränke wie Mineralwasser und Apfelschorle sowie Heißgetränke wie Kaffee und Tee zusammen mit Snacks an den ausgewiesenen Ständen im Hörsaalzentrum (siehe Tagungsübersichten).

### **Mittagspausen**

Am Mittwoch und Donnerstag gibt es jeweils eine einstündige Pause von 12:30-13:30 Uhr. Der Preis für das Mittagessen ist bereits in den Tagungsgebühren enthalten. In der Mensa können Sie ein Menü aus den aktuellen Tagesangeboten wählen. Mit den in der Tagungstasche ausgegebenen Coins zahlen Sie Ihr Gericht an der Kasse.

Am Freitag können Sie sich ab 12:30 Uhr im Hörsaalzentrum am Brötchenbuffet „to go“ bedienen.

Auf dem Campusgelände befinden sich zudem zwei Cafeterien, das Café Giallo im gelben Gebäude und das Café Rosso im roten Gebäude, die Mo-Do von 07:30-18:00 Uhr und Fr von 07:30-16 Uhr für Gäste geöffnet sind.

## Rahmenprogramm

### **Rathaus-Empfang**

Am Mittwoch, den 12.09.2012, findet von 19:00-22:00 Uhr der Empfang im Essener Rathaus statt. Es begrüßen Sie Bürgermeister Rudolf Jelinek und der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention, Dr. med. Gert von Mittelstaedt.

Anlass für diesen Empfang ist die Verleihung der Salomon-Neumann-Medaille an Prof. Dr. Rolf Rosenbrock. Die Laudatio hält Frau Prof. Dr. Elisabeth Pott.

Im Anschluss mündet die die Veranstaltung in einen geselligen Abend mit Imbiss und Getränken.

Für diese Veranstaltung war vorab eine Anmeldung erforderlich, da die Teilnehmerzahl begrenzt ist. Ob noch Restplätze verfügbar sind, erfragen Sie bitte bei Interesse an der Information.

### **Gesellschaftsabend**

Am Donnerstag, den 13.09.2012, möchten wie Sie ab 19:30 Uhr herzlich im Steeler Stadtgarten begrüßen. Es erwartet Sie ein reichhaltiges Buffet und eine große Auswahl an Kalt- und Heißgetränken. Der hohe Kuppelsaal und die angrenzende Terrasse mit Blick auf die Ruhr laden zum Verweilen ein. Für musikalische Unterhaltung sorgt die Gruppe „sing bar sing“.

Zum Gesellschaftsabend gelangen Sie per Bustransfer ab der Sonderhaltestelle Universität nahe dem roten Gebäude (Universitätsstraße). Der Universitäts-Bus fährt ab 18 Uhr im 20-Minuten-Takt. Sie erreichen den Steeler Stadtgarten auch mit dem Auto (Am Stadtgarten 1, 45276 Essen) oder mit der Straßenbahnlinie 109, Richtung Steele, Haltestelle Stadtgarten.

Für die Teilnahme am Gesellschaftsabend war ebenfalls vorab eine Anmeldung erforderlich, da auch hier die Teilnehmerzahl begrenzt ist. Verfügbare Restplätze können an der Information gebucht werden.

### **Vortragssession**

Eine Vortragssession dauert 90 Minuten und umfasst in der Regel 4 Vorträge, so dass inkl. Diskussion pro Vortrag 20 Minuten zur Verfügung stehen. Ein Vortrag soll max. 15 Minuten dauern. Die Vorsitzenden achten auf die max. Dauer der Vorträge und die Möglichkeit zur Diskussion.

In den Tagungsräumen stehen Laptops und Beamer zur Verfügung. Ihre Präsentation (USB-Stick) geben Sie bitte spätestens 15 Minuten vor Beginn bei einer Mitarbeiterin oder einem Mitarbeiter des Tagungsteams im dem vorgesehenen Vortragsraum ab. Diese wird dann vor Ort gespeichert. Nach der Tagung werden alle Präsentationen gelöscht. Falls Sie der Veröffentlichung Ihres Beitrages auf der Tagungswebseite im Anschluss an die Tagung zustimmen, weisen Sie bitte die Mitarbeiterin oder den Mitarbeiter des Tagungsteams im Vortragsraum darauf hin.

Folgende Dateiformate sind zugelassen: ppt/pptx-Format für Office 2010 (bevorzugt pptx) Präsentationen, die mit einem anderen Office-Paket erstellt wurden, bitte auch als ppt/pptx-Datei abspeichern. Bitte keine Präsentationen im Open-Office-Format verwenden. Zusätzlich können Präsentationen als pdf-Dateien eingereicht werden.

Die Dateinamen sollen mit "Nachname\_Vorname" der Erstautorin/des Erstautors beginnen. Es werden ausschließlich USB-Sticks als Datenträger akzeptiert. Bitte entpacken Sie Ihre zip-Dateien, bevor diese aufgespielt werden sollen.

## Postersession

Eine Postersession dauert ebenfalls 90 Minuten und beinhaltet in der Regel 9 Poster. Folgender Ablauf ist vorgesehen:

- Alle Poster werden in der im Programm genannten Reihenfolge in einer Kurzpräsentation (PC-gestützt) von einer Autorin/einem Autor vorgestellt, maximal drei Folien, Dauer der mündlichen Präsentation: 5 Minuten
- Für die Präsentationen gelten die gleichen technischen Hinweise wie für die Vortragsessions (s.o.)
- Danach stehen die Autorinnen und Autoren der Poster für Nachfragen/Diskussionen an ihrem Poster bereit.

Die Größe der Poster ist maximal DIN A0 (Hochformat, 84,1 x 118,9 cm).

Ab Tagungsbeginn stehen im Voyer des Hörsaalzentrums für alle Poster Stellwände zur Verfügung. Bitte entnehmen Sie dem Programm, in welchem der Räume ihre Postersession stattfindet und hängen Sie Ihr Poster 15 Minuten vor der Session dort selbst auf. Magnete stehen zur Verfügung.

Die Poster sollen bis zum Ende der Tagung als Poster-Dauerausstellung zu sehen sein. Die Posterpreis-Jury soll Gelegenheit haben, die Poster im Original zu bewerten. Wir bitten Sie zudem, im Kongressbüro ein DIN A4-Handout Ihres Posters für die Posterpreis-Jury abzugeben.

Am Freitag im Anschluss an die dritte Plenarsitzung werden drei durch die Jury ausgewählte Posterpreise verliehen. Bitte beachten Sie, dass die Preise nur anwesenden Autoren bzw. deren Vertreter/n ausgehändigt werden.

---

# Programm DGSM 12.09.2012 -14.09.2012

---

## *Vor-Kongress-Veranstaltungen*

AG Kindergesundheit der DGSM

Denkwerkstatt mit Arbeitstitel:

**„Alle reden nur vom Euro – ein Rettungsschirm für unsere Kinder wäre deutlich billiger...!?“**

Termin: 11.9.2012

Uhrzeit: 17.30 - 22.00 Uhr inkl. Abendessen

Erwartete Teilnehmerzahl: 30 - 50 Teilnehmer

Veranstaltungsort:

BKK Bundesverband

Kronprinzenstr. 6

45128 Essen

Saal 1 – 3 im 1. OG

Themen:

- Beitrag von Präventionsmaßnahmen zur Vergrößerung von gesundheitlichen Ungleichheit (dadurch, dass die eigentliche Zielgruppe oft nicht ausreichend erreicht wird)

- Ansätze, die Kindern aus sozialen Randgruppen wirklich helfen

Ziel der Veranstaltung:

Formulierung einer Stellungnahme und evtl. von Handlungsanweisungen an die politischen Stellen, die sich mit Präventionsangeboten für Kinder beschäftigen. Die Veranstaltung soll auch als Beitrag zum Prozess der Entwicklung

von guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten verstanden werden.

### Ablauf

1) Rahmenbedingungen für die Verringerung von gesundheitlichen Ungleichheit von Kindern in Deutschland

**„Gesundheitliche Ungleichheit von Kindern in Deutschland – wichtigste Signale aus den KiGGs Ergebnissen“ (Susanne Jordan – RKI)**

**„Das Präventionsdilemma in der Gesundheitsförderung bei Kindern am Beispiel einer (erfolgreichen?) Ernährungsintervention“ (Freia de Bock, Mannheim Institute of Public Health)**

**Kosten und Effekte von Maßnahmen zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit - das Beispiel „Förderung des Bewegungsverhaltens bei Kindern und Jugendlichen“ (Andreas Mielck, Helmholtz Zentrum München)**

2) Vielversprechende Strategien zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit

**"Zur Effektivität und Effizienz früher Hilfen" ( PD Dr. Peter Lutz, Leibniz-Universität Hannover)**

**Strategische Zusammenarbeit in der Kommune für mehr gesundheitliche Chancengleichheit – Der Partnerprozess „Gesund Aufwachsen für alle“ (Holger Kilian/Stefan Bräunling, Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.)**

**„Förderung des frühen Kindergartenbesuches bei sozial benachteiligten Kindern – Eine Investition in mehr gesundheitlicher Gerechtigkeit?“ (Jeffrey Butler; Bezirksamt Mitte von Berlin)**

3) Ausblick

**„Schluss mit der Projektitis – Wir brauchen eine Regelfinanzierung für die Gesundheitsförderung!“ (Thomas Altgeld, Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Nieder)**

---

Raum Zeit	S03 V00 E33	S03 V00 E59	S03 V00 E71	S05 T00 B08	S05 T00 B32	S05 T00 B42	S05 T00 B59	S05 T00 B71	S05 T00 B83	S07 S00 D07
8:30-10:30	Kaffee & Registrierung im Hörsaalzentrum									
10:30-12:30		BSD Vorstand	Eröffnung & 1. Plenarsitzung (S05 T00 B08)							
12:30-13:30	Mittagspause (Mittagsimbiss wird in der Mensa serviert)									
13:30-15:00	Vortrag 1.1	BSD WS I	Vortrag 1.2		Vortrag 1.3	Vortrag 1.4	Poster 1	WS I FB 4 (AG 4)	WS III FB 3 (AG 1)	Nachwuchs- WS I
15:00-15:15	Kaffee & Gebäck im Hörsaalzentrum									
15:15-16:45	WS II FB 3	BSD WS II	Vortrag 2.1		Vortrag 2.2	Vortrag 2.3	Poster 2	MV FB 2	WS DGPH	Nachwuchs- WS II
16:45-17:00	Kaffee & Gebäck im Hörsaalzentrum									
17:00-18:30	Damper Preis	BSD MV	MV FB 4		Vortrag 3.1	Vortrag 3.2	Poster 3	MV FB 1	MV FB 6	Vortrag 3.3
Ab 19:00	Empfang im Rathaus Essen mit Verleihung der Salomon-Neumann-Medaille									

---

*Mittwoch, 12.09.2012*

---

**08:30 – 10:30 Uhr:**

- Registrierung zur Tagung am Servicepoint im Hörsaalzentrum
  - Kaffee, Getränke und Snacks im Hörsaalzentrum
- 

BSD VS

**09:00 – 10:15 Uhr**

**BSD Vorstandssitzung**

Raum: S03 V00 E59

Veranstalter: Berufsverband der Sozialversicherungsärztinnen  
und -ärzte Deutschlands e. V.

---

---

# Plenarsitzung I: Gesundheitsökonomie vs. Sozialmedizin – wie viel Ökonomisierung verträgt ein solidarisches Gesundheitssystem?

10:30 – 12:30 Eröffnung und 1. Plenarsitzung

Raum: S05 T00 B08

Vorsitz: Tagungspräsident Prof. Dr. Jürgen Wasem

- Eröffnung durch den Tagungspräsidenten  
Prof. Dr. Jürgen Wasem
- Grußwort durch den DGSMP-Präsidenten  
Herr Dr. Gert von Mittelstaedt
- Grußwort durch den Rektor der Universität  
Herr Prof. Dr. Ulrich Radtke
- Ökonomie versus Sozialmedizin – die Sicht des MGEPA  
Frau Staatssekretärin Marlies Bredehorst
- Mehr Markt als Voraussetzung für ein solidarisches Gesundheitswesen  
Herr Prof. Dr. Peter Oberender
- Ökonomie versus Sozialmedizin? Die Frage ist falsch gestellt  
Herr Prof. Dr. Rolf Rosenbrock
- Schlussworte  
Prof. Dr. Jürgen Wasem

---

**12:30 – 13:30 Uhr Mittagspause**

---

**Sessions I: 13:30 – 15:00 Uhr**

---

Vortrag 1.1

### **Stationärer Sektor**

Raum: S03 V00 E33

Vorsitzende: Prof. Dr. Thomas Elkeles/Dr. Natalie Pomorin

**127:** Dienstleistungsproduktivität in der Krankenhauspflege –  
Konzeptionelle Grundlagen einer Produktivitätsbetrachtung (D  
Thomas, N Trachte, J Wasem)

**26:** Discovering informal aspects of German Hospitals (M  
Crojethovic, C Krüger, T Stender, S Gütschow, T Elkeles)

**21:** Berufseinmündung akademisch ausgebildeter Pflegekräfte -  
Ergebnisse einer Befragung Personalverantwortlicher in  
stationären und ambulanten Pflegesettings (S Busch)

---

BSD WS I

### **BSD Workshop I**

Raum: S03 V00 E59

Veranstalter: Berufsverband der Sozialversicherungsärztinnen  
und -ärzte Deutschlands e. V.

Vorsitz: Dr. Wolfgang Trauth, Bundesagentur für Arbeit / Dr.  
Bärbel Rößner, MDK Berlin-Brandenburg

Thema: ICF-orientierte Sprache in der Begutachtung unter  
Berücksichtigung von Datenschutz und Schweigepflicht

- Allgemeine Einführung in die ICF (Dr. Harald Niederauer)
  - Aktuelle Relevanz für die Begutachtung bei der Bundesagentur für Arbeit (Dr. Wolfgang Trauth)
  - Aktuelle Relevanz für die Begutachtung beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (Dr. Bärbel Rößner)
  - Aktuelle Relevanz für die Begutachtung bei der Rentenversicherung (Dr. Rainer Schmale)
- 

Vortrag 1.2

## **Praktische Sozialmedizin und Rehabilitation/MDK I**

Raum: S03 V00 E71

Vorsitzende: Dr. Sabine Grotkamp / Dr. Christian Alex

**20:** Die Versorgung der genetisch bedingten Nichtanlage bleibender Zähne mit enossalen Implantaten – ein Fallbericht aus der sozialmedizinischen Begutachtung (L Buff, O Meny, C Baulig)

**28:** Sozialmedizinische Begutachtungsgrundlagen im Bereich Geriatrie: Kompendium „Begutachtungswissen Geriatrie“ der MDK-Gemeinschaft (F Ernst, N Lübke, M Meinck, JL Weyh)

**2:** Die Internationale Klassifikation von Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) in der Begutachtung: Was können wir von ihr erwarten? (J Anner)

**91:** Optimierung der Zusammenarbeit von Reha-Kostenträgern, Reha-Einrichtungen und ambulanten Versorgung an den Schnittstellen der medizinischen Rehabilitation (N Pohontsch, R Deck)

---

---

Vortrag 1.3

## **Prävention und Gesundheitsbildung**

Raum: S05 T00 B32

Vorsitzende: Prof. Dr. Julika Loss /Dipl. Päd. Jodok Erb MPH

**103:** Solariennutzung als aktuelles Präventionsfeld – Erste Ergebnisse der nationalen „SUN-Study 2012“ (S Schneider, K Diehl, M Schlüter, R Greinert, EW Breitbart, C Bock)

**113:** Nutzen von Gesundheitsbildung - Ergebnisse einer retrospektiven Befragung der Teilnehmer der Patientenuniversität (G Seidel, ML Dierks)

**46:** Primary prevention in the general practitioner office – a mixed-method study (C Holmberg, G Sarganas, N Mittring, V Braun, L Dini, C Heintze, J Mueller-Nordhorn)

**45:** Starke regionale Disparitäten im Rauchverhalten zwischen Ländern und Kommunen im Mikrozensus 2009 (A Holleder)

---

Vortrag 1.4

## **Ärztliche Versorgung**

Raum: S05 T00 B42

Vorsitzende: Dr. Dagmar Lühmann / Dr. Dr. Anja Neumann

**59:** Prognostische Analyse zur Sicherstellung der augenärztlichen Versorgung bis 2020 (C Krauth)

**12:** Wie kann eine solidarische Bedarfsplanung gelingen? – Vorausberechnung der Krankheitslast als Voraussetzung kleinräumiger Bedarfsplanungskonzepte (M Böckmann, S Sauer, H Rothgang)

**99:** Konservierende und chirurgische zahnärztliche Versorgung in Deutschland (T Schäfer, A Schneider, R Hussein, FW Schwartz)

**92:** Ergebnisse eines systematischen Reviews zu Möglichkeiten der Krankheitsprognose mittels einer Methode der personalisierten Medizin bei der Akuten Myeloischen Leukämie (L Pouryamout, A Neumann, N Trachte, J Wasem, A Ganser, M Port)

---

Poster 1

## **Gesundheit und Kosten**

Raum: S05 T00 B59

Vorsitzende: Dr. Sarah Mostardt / Gerald Lux

**94:** Sozialkapital und psychische Gesundheit heute - ein systematischer Überblick (C Riedel, M Luppä, HH König, SG Riedel-Heller)

**81:** Ein internetbasiertes Programm zur Prävention von Depression bei Diabetes mellitus Typ 2 Patienten - Konzept und Design einer randomisierten klinischen Studie - (S Nobis, D Lehr, DD Ebert, D Bürckner, H Riper, H Baumeister, A Becker, P Cuijpers, B Funk, F Snoek, M Berking)

**69:** The course of depression and anxiety in patients undergoing disc surgery (M Löbner, M Luppä, H Matschinger, A Konnopka, HH König, L Günther, J Meixensberger, HJ Meisel, SG Riedel-Heller)

**55:** Krankheitskosten von bipolaren Störungen – eine systematische Literaturübersicht (K Kleine-Budde, E Touil, J Moock, A Bramesfeld, W Rössler)

**114:** Obese children, adults and senior citizens in the eyes of the general public: Results of a representative study (C Sikorski, M Lupp, E Brähler, HH König, SG Riedel-Heller)

**42:** Macy – Miteinander gesund bleiben – Health Literacy für Mehrgenerationen. Universelle und selektive Präventionsstrategien als Beitrag zur Kostensenkung? (H Hassel, N Czyply, B Thumann, J Klein, S Thombansen, M Klein)

**85:** Hausarzt versus Krankenkasse – Effektivität und Kosteneffektivität von Zugangswegen am Beispiel des präventiven Hausbesuchs (C Patzelt, JT Stahmeyer, B Deitermann, S Heim, K Lupp, G Theile, E Hummers-Pradier, C Krauth, U Walter)

**83:** Ergebnisse eines systematischen Reviews zur Effektivität und Kosteneffektivität von innovativen Versorgungsmanagementansätzen bei der Indikation Multiple Sklerose (A Ochs, L Weegen, L Korff, A Walendzik, R Jahn, A Neumann, J Wasem, S Mostardt)

**10:** Economic burden of patients with various etiologies of chronic systolic heart failure analyzed by resource use and costs (J Biermann, T Neumann, CE Angermann, R Erbel, B Maisch, D Pittrow, V Regitz-Zagrosek, T Scheffold, R Wachter, G Gelbrich, J Wasem, A Neumann)

---

## **Gesundheitsökonomie versus Sozialmedizin? Was Johann Peter Frank von Standard & Poor's unterscheidet**

Raum: S05 T00 B71

Veranstalter: Fachbereich 4 / AG 4: Geschichte von Sozialmedizin, Sozialhygiene und Public Health

Vorsitz: Dr. Sigrid Stöckel, MPH / Dr. Joseph Kuhn / Dr. Gabriele Moser

Inhalt/Konzept: Im Februar 2012 hat die Rating-Agentur Standard & Poor's angekündigt, den Industrieländern keine Triple-A-Bewertung mehr zu geben, in denen die Gesundheitsausgaben weiter so anstiegen: Verlust der Kreditwürdigkeit im Falle sozialmedizinischer Verantwortung sozusagen. Dabei geht es Standard & Poor's um die öffentlichen Gesundheitsausgaben, also um das solidarisch finanzierte System. Diese Aussage steht in einem eklatanten Widerspruch bisheriger gesundheitsökonomischer wie auch sozialmedizinischer Konzepte, denen zufolge Schutz und Erhalt der Gesundheit nicht nur politisch, sondern auch ökonomisch sinnvoll ist. In der historischen Rückschau gab es immer Positionen, die die Fürsorge für die Schwachen als ökonomisch unzumutbar ansahen, und auch heute wird die GKV unter der Frage eines Missbrauchs des Sozialsystems diskutiert. Müsste man, in Wiederaufnahme der Anfänge der Sozialmedizin, nicht eher danach fragen, welchen Nutzen sozialmedizinisches Engagement mit sich bringt, welche Art von Ökonomie die volkswirtschaftlichen Effekte sozialmedizinischen Engagements angemessen bewertet und was das für die Anwendung ökonomischer Kalküle im Gesundheitswesen bedeutet? Diese Fragen wollen wir im diesjährigen Workshop der AG Geschichte der Sozialmedizin auf der Jahrestagung der DGSMP diskutieren.

Einführungsvortrag: **Prof. Dr. Eckart Reidegeld, Fachhochschule Dortmund: Formen und Umfang von Solidarität - Eine historische Betrachtung**

Gesundheitsökonomischer Kommentar: **Hartmut Reiners, Ökonom und Publizist: Ökonomie gegen Sozialmedizin? Nur für die, die einer falschen Ökonomie folgen**

---

WS I FB 3 (AG 1)

**International Public Health (In Kooperation mit „Association of Schools of Public Health“(ASPHER) und der „European Association of Public Health“ (EUPHA))**

Raum: S05 T00 B83

Veranstalter: Fachbereich 3 / AG 1: Sozialmedizin und Public Health an Fachhochschulen

Vorsitz: Prof. Dr. Jutta Lindert / Prof. Dr. David Klemperer

Public Health und Sozialmedizin in Deutschland sind zunehmend grenzüberschreitend. Grenzüberschreitend bedeutet derzeit interdisziplinär in Hinsicht auf die Fachdisziplin, Organisationsformen überschreitend in Hinsicht auf die Trennung von Hochschulen und Universitäten und international. Vor dem Hintergrund dieser Veränderungen ändert sich die Lehre von Public Health und Sozialmedizin an Hochschulen und Universitäten. Hochschulen und Universitäten versuchen daher zunehmend ein internationales Profil in der Lehre und Forschung auszubauen. Wesentliche Ziele sind dabei die Förderung des wissenschaftlichen und fachlichen Austausches in den Bereichen Studium & Lehre und Forschung mit dem Ziel die fachliche Entwicklung von Public Health und Sozialmedizin voranzutreiben sowie Erfahrungsaustausch und Vernetzung mit europäischen Hochschulen.

Auf diesem Workshop soll daher Perspektiven der Internationalisierung (1) der Fachgesellschaft DGSM; (2) der Lehre an Hoch-

schulen; (3) der Organisation von Internationalisierung von Public Health sowie (4) der internationalen Forschung gesundheitlichen Herausforderungen für Public Health in Europa in Vorträgen beschrieben und in der anschließenden Diskussion analysiert werden. Anschließend an die vier Vorträge werden die die Perspektiven von International Public Health gemeinsam mit den Teilnehmenden reflektiert und analysiert.

**Vortrag 1: Prof. Walter Ricciardi, Präsident der „European Association of Public Health“ (EUPHA) zum Thema Internationalisierung von Fachgesellschaften im Bereich Public Health in Europa**

**Vortrag 2: Prof. Helmut Brand, Präsident der „Association of Schools of Public Health“ (ASPHER) zum Thema der Lehre von Public Health an Hochschulen in Europa**

**Vortrag 3: Dr. Dineke Zeegers (Geschäftsführerin von EUPHA) zum Thema der Organisation von Internationalisierung im Bereich Public Health**

**Vortrag 4: Prof. Jutta Lindert (Vorsitzende der Sektion Lehre in der DGSM) zum Thema der internationalen Forschung gesundheitlichen Herausforderungen in Europa und der Lehrinhalte von International Public Health an Hochschulen in Deutschland.**

---

## **Workshop Nachwuchswissenschaftler (Teil I)**

Raum: S07 S00 D07

Vorsitz und Einführung: David Matusiewicz, Universität Duisburg-Essen

Die DGSMP steht in Ihren Grundsätze, Werten und Zielen für die "Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses". Dieses spiegelt sich auch in dem Programm des Jahreskongresses in Essen wider. Ziel des zweigliedrigen Workshops ist es, jungen Nachwuchswissenschaftlern, die noch im Studium sind oder am Anfang Ihrer wissenschaftlichen Karriere stehen, ein integriertes Forum „von Nachwuchswissenschaftlern für Nachwuchswissenschaftler" zu bieten. Im ersten Teil des Workshops wird das Thema des Jahreskongresses „Gesundheitsökonomie versus Sozialmedizin“ aufgegriffen. Das Thema wird von den jeweiligen Nachwuchsgruppen aus sozialmedizinischer, gesundheitsökonomischer und gesundheitspolitischer Perspektive beleuchtet und in einer Podiumsdiskussion diskutiert. Im zweiten Teil des Workshops werden von den jungen Referenten wissenschaftliche Methoden und Ergebnisse, das Spannungsfeld zwischen Wissenschaft und Praxis sowie Trends und aktuelle Entwicklungen im Gesundheitswesen vorgestellt und mit dem Plenum diskutiert.

*Hinweis: Zweiter Teil des Workshops in Sessions II:*

*15:15 -16:45 Uhr im selben Raum.*

**Referat 1: "Gesundheitsökonomie versus Sozialmedizin – Perspektive Sozialmedizin" (Dorothea Thomas, DGSMP Nachwuchsinitiative)**

**Referat 2: „Gesundheitsökonomie versus Sozialmedizin – Perspektive Gesundheitsökonomie“ (Stefan Scholz, Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie - Nachwuchsgruppe)**

**Referat 3: “Gesundheitsökonomie versus Sozialmedizin – Perspektive Gesundheitspolitik“ (Tina Hartmann, Young Lions Gesundheitsparlament)**

**Podiumsdiskussion: „Wie viel Ökonomisierung verträgt ein solidarisches Gesundheitssystem? – Ein Streitgespräch der jungen Generation (Alle Nachwuchsgruppen mit Einbezug des Plenums)**

---

**15:00 -15:15 Uhr Kaffee und Gebäck im Hörsaalzentrum**

---

WS II FB 3

### **Gesundheitsförderung & Prävention in der Langzeitversorgung**

Raum: S03 V00 E33

Vorsitz: Dr. Annett Horn, Universität Bielefeld

Obwohl das Thema Gesundheitsförderung und Prävention auch mit Blick auf hochaltrige und pflegebedürftige Menschen zunehmend an Bedeutung gewinnt, wurde es im deutschen Sprachraum bisher noch zu wenig beachtet und bearbeitet.

In dem Workshop sollen Voraussetzungen und Bedingungen für Gesundheitsförderung und Prävention im Setting der stationären Langzeitversorgung betrachtet und diskutiert werden. Grundlage hierfür bilden aktuelle Untersuchungsergebnisse aus Einrichtungen der stationären Altenhilfe in Österreich/Wien und Deutschland, die im Rahmen eines Kooperationsprojektes zwischen der Universität Bielefeld und dem LBIHPR Wien initiiert und durchgeführt wurden.

**Referat 1: „Gesundheitsförderung bei Mitarbeitern in der stationären Langzeitversorgung in Deutschland“ (Annett Horn/Thomas Kleina/Doris Schaeffer)**

**Referat 2: „Gesundheitliche Potenziale und Beeinträchtigungen bei den Nutzern stationärer Langzeitversorgung in Deutschland“ (Thomas Kleina/Annett Horn/Doris Schaeffer)**

**Referat 3: „Gesundheitsförderung bei Mitarbeitern in der stationären Langzeitversorgung in Österreich - Ergebnisse eines Wiener Pilotprojekts“ (Martin Cichocki/Tanja Wagreich/Karl Krajic)**

Referat 4: „**Gesundheitsförderung bei Nutzern in der stationären Langzeitversorgung in Österreich - Ergebnisse eines Wiener Pilotprojekts**“ (Tanja Wagreich/Martin Cichocki/Karl Krajcic)

---

BSD WS II

**BSD Workshop II**

Raum: S03 V00 E59

Veranstalter: Berufsverband der Sozialversicherungsärztinnen und -ärzte Deutschlands e. V.

Vorsitzende: Dr. Andreas Bahemann, Bundesagentur für Arbeit / Dr. Jörg van Essen, MDK Hessen

Thema: Gutachterliche Einschätzung zu Leistungsfähigkeit und Prognose unter Berücksichtigung tatsächlicher

Therapieangebote

- Einführung in das Thema und Praxis bei der Bundesagentur für Arbeit (Dr. Andreas Bahemann)
- Praxis bei der Deutschen Rentenversicherung (Dr. Rainer Schmale)
- Praxis beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (Dr. Jörg van Essen)
- Darstellung aus juristischer Sicht (N.N.)

---

Vortrag 2.1

**Praktische Sozialmedizin und Rehabilitation/MDK II**

Raum: S03 V00 E71

Vorsitzende: Dr. Wolfgang Cibis / Dr. Gert von Mittelstaedt

**68:** Rehabilitationspräferenz, Rehabilitationsteilnahme und Rehabilitationsergebnis in Abhängigkeit vom Rehabilitationssetting bei der mitteldeutschen Bandscheibenkohorte

(M Löbner, M Lupp, A Konnopka, HH König, L Günther, J Meixensberger, HJ Meisel, SG Riedel-Heller)

**15:** Entwicklung eines generischen Assessments zur Erfassung biopsychosozialer Beeinträchtigungen im Antragsverfahren auf medizinische Rehabilitation (M Brünger, C Schmidt, M Streibelt, U Egner, K Spyra)

**135:** Prognosefaktoren des Rehabilitationserfolges aus den Qualitätssicherungsdaten der Deutschen Rentenversicherung (M Zeisberger, M Stamer, I Brandes, T Meyer)

**118:** Was trägt zu einer erfolgreichen Rehabilitation bei? – Eine interdisziplinäre, qualitative Bestandsaufnahme (M Stamer, M Zeisberger, A Bayat-Graw, I Brandes, T Meyer)

**131:** Optimierung des einheitlichen Reha-Entlassungsberichts der Deutschen Rentenversicherung – Die Sichtweise der Autoren (H Vogel, J Ahnert, A Holderied, J Ladwig)

---

Vortrag 2.2

## **Gesundheitsökonomie I**

Raum: S05 T00 B32

Vorsitzende: PD Dr. Christian Krauth / Peter Ihle

**35:** Zur zeitlichen Stabilität der Verteilungswirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleiches - Ergebnisse für die Jahre 2009 und 2010 (D Göppfarth, J Wasem)

**129:** Do people have a preference for increasing or decreasing pain? An experimental comparison of psychological and economic measures in health related decision making (J Trarbach)

**53:** Finanzielle Auswirkungen des Einsatzes des Ruma Marker-Verfahrens bei der Urin-Drogenanalytik in der Substitutionstherapie auf die gesetzliche Krankenversicherung (L Kerkemeyer, J Wasem, G Lux, S Mostardt)

**54:** Depressionsspezifische Kosten und deren Einflussfaktoren auf Basis von GKV-Routinedaten (K Kleine-Budde, R Müller, J Moock, A Bramesfeld, W Rössler)

**95:** Reform options for the funding system in Germany's LTCl (H Rothgang, R Arnold, S Sauer, K Wendlandt, A Wolter)

---

Vortrag 2.3

### **Steuerung der Gesundheitsversorgung**

Raum: S05 T00 B42

Vorsitzende: Prof. Dr. Stefan Greß / Prof. Dr. Manfred Wildner

**102:** Die Steuerung der Krankenkassen im Kontext des nationalen und europäischen Wettbewerbsrechts (R Schmucker)

**105:** Gesundheitsreformen und Versichertenpräferenzen. Eine Clusteranalyse mit Daten der bevölkerungsrepräsentativen KBV-Befragung 2010 (S Schnitzer, U Grittner, K Balke, A Kuhlmeij)

**37:** Managed competition in the Netherlands - A qualitative study (S Greß, S Heinemann)

**132:** Effizienz des deutschen Gesundheitssystems: Data Envelopment Analysis auf Bundesländerebene unter Berücksichtigung des individuellen Gesundheitsverhaltens und von Gesundheitssystemstrukturen (S Wagenmann)

**89:** Ein kritischer Beitrag zur Mindestmengendebatte aus Sicht der evidenzbasierten Medizin (D Pieper, T Mathes, M Eikermann)

---

Poster 2

## **Kindergesundheit**

Raum: S05 T00 B59

Vorsitzende: Dipl.-Soz. Jeffrey Butler / Prof. Dr. Ulla Walter

**52:** Inkohärente Lebenswelten und Minderheitenzugehörigkeit als Determinanten gesundheitlichen Wohlbefindens im Jugendalter. Eine genderbezogene Teilauswertung der Kinder- und Jugendgesundheitsstudie (KIGGS 2008) (B Keller, B Szagun)

**29:** Einzelfallevaulation der Familienhebammenarbeit in Hamburg (R Fertmann)

**25:** Evaluation des Projekts „Schulcoaches – Seelische Fitness stärken und Selbsthilfe aktivieren“: Ergebnisse der ersten Projektphase (S Corrieri, D Heider, I Conrad, SG Riedel-Heller)

**112:** Das Sexualwissen von Jugendlichen mit Behinderungen- Eine systematische Literaturübersicht (A Seidel, S Wienholz, M Michel, SG Riedel-Heller)

**24:** Evaluation der Aufklärungsinitiative „Verrückt? Na und!“ (S Corrieri, I Conrad, D Heider, SG Riedel-Heller)

**120:** Entwicklung von Gesundheitsvorstellungen und -konzepten von sozial benachteiligten Kindern im Vorschulalter (E Sterdt, R Stöcker, S Liersch, M Urban, ML Dierks, R Werning, U Walter)

**36:** Evaluation eines Interventionsprogramms zur Prävention motorischer Entwicklungsgefährdungen bei 3- bis 6-Jährigen in Kindertageseinrichtungen in Mecklenburg- Vorpommern (M-V): Ergebnisse des Modellprojekts „Kinder in Kitas (KiK)“ (A Gottschling, M Franze, W Hoffmann)

**136:** Paare in Kinderwunschbehandlung (PinK) - Ergebnisse eines mündlichen und schriftlichen Pre-Tests für eine prospektive Kohortenstudie (U Zier, D Spahn, D Nitsche, H Rüger, J Passet, N Schneider, B Schuhrke, R Seufert, E Münster)

**86:** Prognostisch relevante Risiko- und Schutzfaktoren für schwere Entwicklungsgefährdungen bei Jugendlichen mit stationär behandelter Alkoholintoxikation (M Paul, H Pradel, N Schuler, H Kuttler, EM Bitzer)

---

MV FB 2

## **Mitgliederversammlung Fachbereich 2: Praktische Sozialmedizin und Rehabilitation**

Raum: S05 T00 B71

Veranstalter: Fachbereich 2: Praktische Sozialmedizin und Rehabilitation

Vorsitz: Dr. Sabine Grotkamp / Dr. Christian Alex

---

---

WS DGPH

## **Workshop der Deutschen Gesellschaft für Public Health: „Die Zukunft von Public Health in Deutschland“**

Raum: S05 T00 B83

Vorsitz: Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger

Public Health hat sich seit Beginn der 1990er Jahre in Forschung und Ausbildung erfolgreich in der deutschen Hochschullandschaft etabliert. Dennoch ist die gegenwärtige Situation unbefriedigend: Nicht an allen Standorten ist die Ausbildung nachhaltig gesichert; die Forschungsförderung erfolgt fragmentiert, kurzatmig und ohne Gesamtkonzept. Zugleich verändert sich die Public-Health-Landschaft: einzelne Standorte sind bedroht, vereinzelt wurden Einrichtungen sogar geschlossen (Forschungsgruppe Public Health am WZB), im Frühjahr kündigten die Regierungen Deutschlands und Frankreichs die Errichtung eines gemeinsamen Zentrums für Public Health an, voraussichtlich mit einem stark medizinischen Fokus. Vor diesem Hintergrund hat der Vorstand der DGPH ein Positionspapier zur Situation und Zukunft von Public Health in Deutschland erarbeitet. In diesem Workshop sollen dieses Positionspapier vorgestellt und diskutiert werden.

Vorträge:

**„Wie weiter mit Public Health in Deutschland? Positionen der DGPH“ (Thomas Gerlinger)**

Es folgen Stellungnahmen zum Positionspapier der DGPH.

---

---

WS Nachwuchs II

## **Workshop Nachwuchswissenschaftler (Teil II)**

Raum: S07 S00 D07

Vorsitz und Einführung: David Matusiewicz, Universität  
Duisburg-Essen

**Referat 1: „Die Medizin ist eine soziale Wissenschaft“ -  
Gesundheitszustand als Resultatgesellschaftlicher  
Begebenheiten wie Wohlstand und Bildung (Valeria Korolewa,  
Abbott)**

**Referat 2: Das deutsche Gesundheitswesen zwischen  
Regulation und Innovation – eine Aufgabe für die kommende  
Generation (Max-Erik Niehoff, SalusCon GmbH)**

**Referat 3: „Wissenschaftliche Methoden für  
Nachwuchswissenschaftler im Gesundheitswesen“– ein  
Überblick über die Werkzeuge der Wissenschaft (Arndt-Rüdiger  
Reichert, RWI)**

**Referat 4: „Spannungsfeld Wissenschaft und Praxis im  
Gesundheitswesen“- was kommt eigentlich in der Praxis an?  
(Stephanie Nobis, Leuphana Universität Lüneburg)**

**Referat 5: „Trends und Wachstumsbranchen im  
Gesundheitswesen – das Rehabilitationswesen als  
unterschätzter Jobmotor in der Gesundheitswirtschaft“  
(Alexander Schunicht, Knappschafts-Klinik Bad Driburg)**

---

**16:45 – 17:00 Uhr: Kaffee und Gebäck im Hörsaalzentrum**

---

Damper Preis

**Verleihung des Damper Preises für Präventions- und Rehabilitationsforschung**

Raum: S03 V00 E33

Vorsitz: Dr. Gert von Mittelstaedt / Prof. Dr. Matthias Köhler /  
Prof. Dr. Ulla Walter

Die HELIOS Rehaklinik Damp schreibt zum zweiten Mal den „Damper Preis für Präventions- und Rehabilitationsforschung“ aus.

Der Preis ist mit 7.500 Euro dotiert und wird im Rahmen der DGSMP-Tagung für eine herausragende wissenschaftliche Arbeit vergeben, in der Effekte präventiver bzw. rehabilitativer Maßnahmen auf medizinisch relevante Parameter untersucht wurden.

Über die Preisvergabe entscheidet ein wissenschaftliches Preiskomitee mit folgenden Vertretern: Prof. Dr. K.-M. Braumann (Universität Hamburg), Prof. Dr. U. Koch-Gromus (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf), Prof. Dr. M. Köhler (HELIOS Rehaklinik Damp / Universität zu Kiel), Prof. Dr. U. Walter (Med. Hochschule Hannover), Prof. Dr. B. Weisser (Universität zu Kiel).

---

---

BSD MV

## **BSD Mitgliederversammlung**

Raum: S03 V00 E59

Veranstalter: Berufsverband der Sozialversicherungsärztinnen  
und -ärzte Deutschlands e. V.

---

MV FB 4

## **Mitgliederversammlung Fachbereich 4: Öffentlicher Gesundheitsdienst / Public Health**

Raum: S03 V00 E71

Vorsitz: Med. Dir. Dr. med. Dipl.-Phys. Hans-Joachim Boschek /  
Dipl. Päd. Jodok Erb MPH

---

Vortrag 3.1

### **Fokus Kindertagesstätte**

Raum: S05 T00 B32

Vorsitzende: Prof. Dr. Marie-Luise Dierks / Janine Biermann

**57:** Entwicklung eines praxistauglichen Moduls zur Erhebung der Kosten von Gesundheitsförderungsmaßnahmen - Das Beispiel 'Maßnahmen zur Förderung des Bewegungsverhaltens bei Kindern und Jugendlichen' (K Korber, A Mielck)

**41:** Gi-Kitas – Gesund aufwachsen in Kindertagesstätten. Organisationsentwicklung im Setting Kindertagesstätte (H Hassel, M Axt-Gadermann, B Schmidt, B Thumann)

**119:** Determinanten des Bewegungs- und Sozialverhaltens von Kindern im Kontext von Kindergarten und Familie (E Sterdt, S Kramer, N Pape, S Liersch, M Urban, R Werning, U Walter)

**30:** Einführung eines Screeningverfahrens (DESK 3-6) in Kindertageseinrichtungen in Mecklenburg-Vorpommern (M-V) im Rahmen des novellierten Kindertagesförderungsgesetzes (KiföG M-V): Bewertung des DESK 3-6 durch Erzieherinnen in Abhängigkeit zu Merkmalen der Person (Selbstwirksamkeit) (M Franze, A Gottschling, W Hoffmann)

---

Vortrag 3.2

## **Prävention und Versorgung: Gastrointestinale Erkrankungen**

Raum: S05 T00 B42

Vorsitzende: Prof. Dr. Julika Loss /Dr. Romy Heymann

**98:** (Ausbaufähiges) Präventionspotenzial des deutschen Koloskopie-Screenings (M Schäfer, A Weber, L Altenhofen)

**48:** Aktivierung chronisch Kranker durch individualisierte Behandlungsempfehlungen – Beobachtungen aus einem Pilotprojekt zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (A Hüppe)

**60:** Wie beurteilen Bürger aus bildungsfernen Bevölkerungsschichten die Verständlichkeit von schriftlichen Informationen zur Darmkrebsfrüherkennung durch Koloskopie? (I Kreusel, G Seidel, B Borutta, M Dreier, J Töppich, U Walter, ML Dierks)

---

## **Ungleichheit**

Raum: S05 T00 B59

Vorsitzende: Prof. Dr. Claudia Terschüren / Dominik Thomas

**34:** Beitragsfreie Mitversicherung von Ehepartnern in der gesetzlichen Krankenversicherung: Reformbedürftig aber reformresistent? (R Gonser, M Thanner, K Nagels)

**7:** Der Wandel in der deutschen Tabakkontrollpolitik. Experteninterviews mit Interessenvertretern aus Politik, Wissenschaft, Industrie und Nichtraucherenschutzinitiativen (M Behmann)

**11:** Gender, health and climate change – what role does gender play in European climate change adaptation strategies? (M Böckmann)

**56:** Bedarf und Erwartungen an einen innovativen, technologiebasierten Gesundheitsassistenten für türkische Migrantinnen und Migranten (GeM-Projekt) (F Klein-Ellinghaus, H Zeeb, A Reeske)

**39:** Subjektiver vs. objektiver sozialer Status und gesundheitliche Ungleichheit (B Gusy)

**22:** Priorisierung aus Sicht der Bevölkerung – Ergebnisse eines Projektes mit einem quantitativen und qualitativen Design (S Busch, U Gaidys)

---

---

MV FB 1

**Workshop: Gesundheitliche Ungleichheit und Genetik, anschl.  
Sitzung: Fachbereich 1 Epidemiologie (ab ca. 18.15 Uhr)**

Raum: S05 T00 B71

Vorsitz: PD Dr. Susanne Moebus, MPH / Dr. Enno Swart

Medizinsoziologie und Sozialepidemiologie haben in den letzten Jahren verstärkt Determinanten und Mechanismen von sozialer Ungleichheit und Gesundheit, kurz „gesundheitliche Ungleichheit“, erforscht. In zahlreichen empirischen Untersuchungen wurden Krankheitsrisiken sozial benachteiligter Menschen identifiziert und Modelle zur Erklärung des Zusammenhangs postuliert.

Parallel dazu wurde in der Genetischen Epidemiologie eine Vielzahl von Genvarianten als Risikofaktoren für Krankheiten entdeckt. Da einer der mächtigsten Risikofaktoren für Krankheit die soziale Schicht ist, blieb es nicht aus, dass nun verstärkt (krankheitsassoziierte) Genvarianten als mögliche Risikofaktoren für gesundheitliche Ungleichheit untersucht werden. Die Detektion dieser krankheitsassoziierten Genvarianten erfolgt dabei meist hypothesenfrei durch letztlich relativ schlichte statistische Modelle. So gibt es bis auch keinerlei Verbindung zu den Erklärungsmodellen gesundheitlicher Ungleichheit der Medizinsoziologie. Mögliche Folgen eines solchen Forschungsansatzes werden weder mitgedacht noch überhaupt diskutiert. Ein fachlicher Austausch der Genetischen Epidemiologen und Medizinsoziologen fehlt. Eine frühzeitige und vor allem interdisziplinäre Diskussion halten wir aber im Hinblick auf die Public Health-Relevanz für interessant und wichtig.

Der Workshop hat zum Ziel, die Diskussion zu theoretischen und methodischen Grundlagen genetischer Aspekte bei der Erforschung gesundheitlicher Ungleichheit zusammenzufassen und fortzuführen. Dazu soll in einem ersten Beitrag ein Überblick zu Theorien und empirischen Befunden vermeintlicher genetischer Unterschiede als Ursache gesundheitlicher Ungleichheit gegeben werden. In einem zweiten Beitrag wird die Angemessenheit bisheriger Studiendesigns und Methoden zum Thema gesundheitliche Ungleichheit und Genetik beleuchtet. Abschließend soll aufgezeigt werden, wie sich mit Hilfe der allgemein akzeptierten Aussage, dass Gen-Umwelt-Interaktionen untersucht werden müssen, das Thema gesundheitliche Ungleichheit in das Thema individualisierte Medizin einbringen lässt. Anhand einiger konkreter Beispiele soll verdeutlicht werden, wie eng der Zusammenhang zwischen individualisierter Medizin einerseits und genetischer Public Health Forschung andererseits ist.

Referentinnen und Referenten:

Börge Schmidt (IMIBE, Essen):

**Gesundheitliche Ungleichheit vs. genetische Ungleichheit – Ein Überblick zu Erklärungsansätzen und empirischen Befunden**

Ronja Foraita, Frauke Günther (BIPS, Bremen):

**Biostatistische Ansätze zur Erforschung des Themas gesundheitliche Ungleichheit und Genetik**

Andreas Mielck (HMGU, München):

**Gen-Umwelt-Interaktion – Ansatzpunkt zur Integration des alten Themas gesundheitliche Ungleichheit in das neue Thema individualisierte Medizin**

---

MV FB 6

## **Mitgliederversammlung Fachbereich 6: Frauen- und geschlechtsspezifische Gesundheitsforschung**

Raum: S05 T00 B83

Vorsitz: Dr. Ingeborg Jahn / PD Dr. Gabriele Bolte, MPH

---

Vortrag 3.3

### **Gesundheitsökonomie II**

Raum: S07 S00 D07

Vorsitzende: Prof. Dr. Stefan Greß /Dr. Sarah Mostardt

**5:** Was darf Männergesundheit kosten? (D Bardehle)

**116:** Heilverfahren, Arbeitsunfähigkeit, MdE und Kosten bei distaler Radiusfraktur: Beschreibung und Prädiktion (W Slesina, S Guenther, S Bohley)

**73:** Komorbiditäten und Kosten für Versicherte mit familiärer Amyloidpolyneuropathie - Analyse von Routinedaten der Gesetzlichen Krankenversicherung (D Matusiewicz, G Lux, A Neumann, J Wasem)

**117:** Kosteneffektivität sekundärpräventiver Maßnahmen zur Vermeidung einer Anpassungsstörung bei akutem Tinnitus – medienbasierte Programme vs. Gruppenschulung (JT Stahmeyer, S Zastrutzki, N Nyenhuis, B Kröner-Herwig, B Jäger, C Krauth)

**77:** Screening auf Osteoporose bei Patienten mit einer depressiven Störung: eine Kosten-Effektivitäts-Analyse (D Müller, C Stracke, S Stock)

---

---

19:00 Uhr Empfang im Rathaus Essen mit Verleihung der Salomon-Neumann-Medaille an Prof. Dr. Rolf Rosenbrock

---

Raum Zeit	S03 V00 E33	S03 V00 E59	S03 V00 E71	S05 T00 B08	S05 T00 B32	S05 T00 B42	S05 T00 B59	S05 T00 B71	S05 T00 B83	S07 S00 D07	
8:30-9:15	Kaffee & Snacks im Hörsaalzentrum										
9:15-10:45	WS ICF I FB 2	WS ICF III FB 2	WS ICF V FB 2		Vortrag 4.1	Vortrag 4.2	WS FB 5	WS II FB 4	WS I FB 6	MDK WS I	
10:45-11:00	Kaffee & Gebäck im Hörsaalzentrum										
11:00-12:30	WS ICF II FB 2	WS ICF IV FB 2	WS ICF VI FB 2		WS III FB 3	Vortrag 5.1	MV FB 5	WS IV FB 3	WS II FB 6	MDK WS II	
12:30-13:30	Mittagspause (Mittagsimbiss wird in der Mensa serviert)										
13:30-15:00	WS ICF FB 2	2. Plenarsitzung (S05 T00 B08)									
15:00-15:15		Kaffee & Gebäck im Hörsaalzentrum									
15:15-16:45		WS III FB 4 (AG 6)	Vortrag 6.1		WS V FB 3	Vortrag 6.2	Poster 4	MV FB 3	WS III FB 6	MDK WS III	
16:45-17:00	Kaffee & Gebäck im Hörsaalzentrum										
17:00-18:30				MV DGSM			MV DGPH				
18:30-19:30	Bustransfer zum Stadtgarten Steele										
Ab 19:30	Gesellschaftsabend										

---

*Donnerstag, 13.09.2012*

---

**8:30 -9:15 Uhr: Kaffee und Snacks im Hörsaalzentrum**

**Sessions IV: 09:15 – 10:45 Uhr**

---

WS ICF I FB 2

**Bedeutung personbezogener Kontextfaktoren für die  
medizinische und berufliche Rehabilitation (SAR -Schweizerische  
Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation)**

Raum: S03 V00 E33

Veranstalter: Fachbereich 3 / AG 1: ICF

Vorsitz: Dr. Hans Peter Gmünder / Dr. Hans Peter Rentsch

Im Rahmen des Workshops soll die praktische Umsetzung der ICF-Konzeption in der medizinischen und beruflichen Rehabilitation dargestellt werden. Dabei wird in einem ersten Teil die strukturierte Integration von Teilhabezielen in den medizinischen Rehabilitationsprozess verdeutlicht. Diese Teilhabeziele wurden in der Schweiz im Rahmen sogenannter "Zielkategorien" durch den Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) festgelegt. Im zweiten Teil des Workshops liegt der Schwerpunkt in der Operationalisierung des ICF Core Sets Berufliche Rehabilitation. Die Bedeutung personbezogener Kontextfaktoren sowohl für die Berufliche Rehabilitation als auch für die korrekte Zuordnung und Umsetzung von Teilhabezielen in der medizinischen Rehabilitation wird während des Workshops verdeutlicht.

**Referat: „Bedeutung personbezogener Kontextfaktoren für die medizinische und berufliche Rehabilitation“ (HP Gmünder, HP Rentsch, K Schmitt, U Schwegler)**

Abstract: Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF, Originaltitel: International Classification of Functioning, Disability and Health) ist eine Klassifikation im Rahmen einer Familie von Klassifikationen für die Anwendung auf verschiedene Aspekte der Gesundheit. Dahinter steht ein Modell, welches eine umfassende Sichtweise verschiedener Dimensionen von gesundheitlicher Integrität und Behinderung liefert und diese systematisch und in einer einheitlichen Sprache erfassbar macht. Personbezogene Kontextfaktoren, welche in der ICF bisher nicht klassifiziert wurden, sind dem Individuum innewohnende Faktoren und stellen somit einen wesentlichen Teil des Lebenshintergrundes eines Menschen dar, welcher die Auswirkungen einer Gesundheitsstörung oder Krankheit modellieren kann. Behandlungsziele und -konzepte lassen sich in der Rehabilitation nur teilweise aus den medizinischen Diagnosen ableiten. Erst durch eine strukturierte Integration der ICF-Kategorien können präzise Behandlungspfade aufgebaut und die daraus resultierenden Behandlungsmaßnahmen umgesetzt werden. Durch eine Standardisierung von Teilhabezielen unter Berücksichtigung der weiteren Komponenten der ICF, insbesondere auch der personbezogenen Kontextfaktoren, wird die praktische Umsetzung von Diagnose- und ICF-orientierten Behandlungspfaden wesentlich erleichtert. Speziell in der beruflichen Rehabilitation und der sozialmedizinischen Begutachtung könnte ein ergänzendes ICF-basiertes Assessment die Evaluation der Funktionsfähigkeit transparenter und nachvollziehbarer gestalten und somit wesentlich verbessern. Eine Strukturierung und Standardisierung anhand ICF-basierter Assessments und Behandlungspfade ermöglicht eine auf das Individuum deutlich besser angepasste Vorgehensweise, als dies durch Abklärungs- und körperfunktionsorientierte Behandlungsprozesse erreicht werden kann, welche in erster Linie auf die medizinische Diagnose fokussieren.

## Literatur:

Grotkamp S et al: Personbezogene Faktoren der ICF - Entwurf der AG "ICF" des Fachbereichs der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMPP). Gesundheitswesen 2010; 72 72:908-916.

Geyh S et al: The Personal Factors of the International Classification of Functioning, Disability and Health in the literature - a systematic review and content analysis. Disability and Rehabilitation 2011; 33:1089-1102

## **Diskussion**

---

WS ICF III FB 2

## **Die Bedeutung der ICF für die Gerontologie und Geriatrie (Koperation eVAA e. V. & DGGG e.V.)**

Raum: S03 V00 E59

Veranstalter: Fachbereich 3 / AG 1: ICF

Vorsitz: Prof. Dr. Gorden Sudeck, DVGS e.V.

Referat 1: „**Die Bedeutung der ICF für die Gerontologie und Geriatrie**“ (**Andreas Simm (1), Manfred Gogol (2), Jörg Schulz (3), Dagmar Pöthig (4)**)

(1) Präsident elect der DGGG e.V., c/o Universitätsklinikum Halle, E.-Grube-Str. 40, D-06120 Halle

(2) Präsident der DGGG e. V., c/o Krankenhaus Lindenbrunn 1, D-31863 Coppenbrügge

(3) Europäische Vereinigung für Vitalität u. Aktives Altern eVAA e.V., R.-Rössle-Str. 10, D-13125 Berlin

(4) Europäische Vereinigung für Vitalität und Aktives Altern eVAA e.V., Dittrichring 4, D-04109 Leipzig

Abstract: Die Gerontologie versteht sich nach Bürger als Brückenwissenschaft und professionsübergreifende Lehre vom biofunktionalen Alter(n) des Menschen – und dies in allen Lebensphasen („Lebenswandlungskunde“, Reifungs-, Rückbildungsalter). Sie umfasst in diesem Kontext auch die Geriatrie (Altersheilkunde als Wissenschaft u. Lehre vom alten und kranken, meist multimorbiden Menschen). Das menschliche Altern in Krankheit wie in Gesundheit mit verlässlichen Parametern abzubilden, ist von jeher ein zentrales Anliegen der

Gerontologie. Dazu werden Klassifikationsgrundlagen für Diagnostikmodelle von Lebensphänomenen entwickelt und genutzt, die Biologie, Medizin und Gesundheitswissenschaften gleichermaßen befruchten und miteinander verbinden können. Dafür kann die Beurteilung des Biopsychosozialen bzw. Biofunktionalen Status (BFS) des Menschen und die Ableitung seines Biofunktionalen Alters (BFA) als Beispiel dienen. Es existiert hier eine schlüssige – weil systemtheoretisch klassifizierbar und operationalisierbar – Schnittstelle zur ICF der WHO, die es interdisziplinär auszuarbeiten gilt. Die Lebenszeit, das Lebensalter stellt in diesem Kontext eine der erkenntnistheoretisch bedeutsamen Grunddimensionen des menschlichen Phänotyps dar, die diesen aktuellen Entwicklungszustand beschreibt: Neben Chronobiologie, Geschlecht, Disposition (Veranlagung bzw. genomischer Anteil) und Exposition (Interventionen / Verhältnisse / Verhalten bzw. epigenomischer Anteil) prägt und beeinflusst das Alter(n) als personbezogener Kontextfaktor der Funktionalen Gesundheit nach ICF auf eigene, regelhafte Weise mess- und überprüfbar die Strukturen, Funktionen, Fähigkeiten, Aktivitäten und die Teilhabemöglichkeiten eines Menschen. Das alters-typische Indikatormuster des Biofunktionalen Status auf genomischer und epigenomischer Ebene (Transkriptom, Proteom, Metabolom) bis hin zum Regulatom und Vitalom lässt sich zeitlebens sowohl positiv im Sinne eines Risiko-, Ressourcen- und Schadensmanagement wie auch negativ (siehe Pathogenese von chronischen Zivilisations- und Alternsrankheiten) beeinflussen. Deshalb hat die Messung des BFS und BFA auf der Basis der ICF zukunftsweisende Bedeutung sowohl für den Einzelnen (z.B. Zielkriterien, Strategien und Konzepte für die Individualisierte und die Evidenzbasierte Medizin; Nutzenbewertung von gesundheitsförderlichen, präventiven, therapeutischen, rehabilitativen Interventionen) als auch für die Gesellschaft (Wirtschaft und Versicherungssysteme, Politik und Gesellschaft, Bildung und Wissenschaft). Ambitionierte Wünsche wie „Gesund aus der Schule“, „Fit4Work“, „Gesund in die Rente“, „Vital in der Rente“ und das demografisch- epidemiologische Ziel der Morbiditätskompression im hohen Alter bilden das weite Spannungsfeld von

forschungs- und bildungspolitisch relevanten Anwendungspotenzialen der ICF für die Gerontologie ab.

### Literatur:

Pöthig D und Simm A: Brücken zwischen Experten schlagen: Vitalität, Gesundheitsressourcen und Biofunktionales Alter(n). Bewegungstherapie und Gesundheitssport 2011; 27:57-63

Pöthig D et al.: Biofunktionale Alter(n)sdiagnostik des Menschen. Potenziale und Grenzen. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2011; 43: 198-204

## **Referat 2: „Biopsychosoziales und kalendarisches Alter(n) in der Anwendung der ICF“ (PD Dr. Petra Stute, eVAA e.V.)**

Abstract: Die 2001 von der WHO veröffentlichte Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) hat zum Ziel, nicht nur den biologisch-körperlichen und psychosozialen Dimensionen von Krankheit bzw. Behinderung sondern auch von Gesundheit gerecht zu werden. Die Klassifikation ergibt sich aus den vier Komponenten Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten und Partizipation, Umwelt- sowie personbezogene Kontextfaktoren. Die Kontextfaktoren stellen hierbei „den gesamten Lebenshintergrund eines Menschen dar“ (DIMDI 2004) (1). Zu den personbezogenen Faktoren (PKF) zählt u.a. auch das Alter bzw. Altern (Viol et al 2006) (2), sofern keine eindeutig pathologischen Abweichungen wie z.B. Progerie vorliegen. Alter und Altern sind zwei wesentliche Merkmale, deren Präzisierung für eine bedarfsorientierte individualisierte und personalisierte Gesundheitsversorgung in der Gerontologie/ Geriatrie unverzichtbar ist. Aber auch für viele andere medizinischen, biologischen und gesundheitswissenschaftlichen Bereiche wie Erkenntnistheorie, Sozialmedizin, Bewegungswissenschaften, Rehabilitation, Pharmakologie, Onkologie, Prävention, Befundung und Therapie von chronischen „Zivilisations- und Alters“krankheiten, Evaluation und Nutzenbewertung von (bio-)medizinischen und gesundheitswissenschaftlichen Interventionen etc. besitzt das Alter eine besondere

Bedeutung hinsichtlich einer möglichst exakten Beschreibung des Bedingungsgefüges von Gesundheit und Krankheit.

Das Alter bedarf auf der systemischen Ebene des Individuums der Differenzierung in ein „kalendarisches Alter“ und ein „biologisches Funktions- und Strukturalter“. Auf der Ebene der Person können „psychisches“ und „soziales Alter“ methodisch voneinander getrennt oder auch als „psychosoziales Alter“ gefasst werden.

Die professions- und fachübergreifende Bestimmung des Biofunktionalen Status (BFS) bzw. des Biofunktionalen Alter(n)s (BFA) nach Pöthig et al. (2011) (3) ermöglicht eine ICF-kompatible Erfassung und Darstellung der alters- (und geschlechts-)typischen gesamtorganismischen Funktionstüchtigkeit. Es handelt sich dabei um die Darstellung eines grundlegenden Aktivitäts- und Teilhabepotenzials des Menschen und seines Befindens. Das BFS-Profil inkl. sogenannter biopsychosozialer „Schlüsselmarker“ bildet altersvalide wichtige Indikatoren für Risiken und Ressourcen der Funktionalen Gesundheit nach ICF in den evolutionsbiologisch bzw. alltagsrelevanten Handlungsfeldern Bewegung, Ernährung und emotional-sozialer Stress ab.

Mit einem definierten Berechnungsalgorithmus kann daraus ferner ein summativer Altersindex, der sogenannte „(Bio)Functional Age Index“ ((B)FAI), berechnet werden. BFS und (B)FAI basieren auf dem Vergleich mit einem definierten Referenzkollektiv (statistisch repräsentative „Normal“population von 18 bis (derzeit) 75 Jahren, Mitteleuropa). Somit wird cross-sektional gleichermaßen das geforderte Merkmal Altern abgebildet, d.h., neben der Statusbeurteilung wird der dynamische Verlauf des Alterungsprozesses im Vergleich bzw. im Verlauf gekennzeichnet (Voralterung, Spätalterung).

Da diese operationalisierbare Betrachtungsweise von Alter bzw. Altern bisher nicht in der aktuellen Fassung der personbezogenen Kontextfaktoren detailliert und abschließend ausgearbeitet wurde (Grotkamp et al. 2010) (4), ist eine nutzer-

orientierte Erweiterung möglich und wünschenswert und wird hier als wesentlich betrachtet.

Die ICF bietet im Rahmen ihrer PKF die begrifflichen Voraussetzungen, um eine nutzerorientierte Auswahl relevanter Merkmale (core set) entweder z.B. des 'biologischen Alters' oder aber eines globalen „biopsychosozialen“ bzw. „biofunktionalen Alters“ entsprechend der jeweiligen Aufgabenstellung transparent zu machen und daraus die zielgerichteten Modelle, diagnostischen Methoden bzw. Interventionen abzuleiten. Gerontologisch orientierte Theoretiker und Praktiker spüren den Rückenwind, der ihnen durch die ICF Vortrieb gibt und sind dabei, ihre Assessments und Assignments entsprechend auszurichten.

### Literatur:

(1) Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2004) Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

(2) Viol M, Grotkamp S, van Treek B, Nüchtern E, Hagen T, Manegold B, Eckardt S, Penz M, Seger W (2006) Personbezogene Kontextfaktoren, Teil I. Ein erster Versuch zur systematischen, kommentierten Auflistung von geordneten Anhaltspunkten für die sozialmedizinische Begutachtung im deutschen Sprachraum. Gesundheitswesen 68: 747-59.

(3) Pöthig D, Gerdes W, Simm, A Viol, M, Wagner P (2011) Biofunktionale Alter(n)sdiagnostik des Menschen – Potenziale und Grenzen. Z Gerontol Geriat 44(3):198-204.

(4) Grotkamp S, Cibis W, Behrens J, Bucher PO, Deetjen W, Nyffeler ID, Gutenbrunner C, Hagen T, Hildebrandt M, Keller K, Nüchtern E, Rentsch HP, Schian H, Schwarze M, Sperling M, Seger W (2010) Personbezogene Faktoren der ICF – Entwurf der AG „ICF“ des Fachbereichs II der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP). Gesundheitswesen . 72: 908-916.

### **Diskussion**

---

## **ICF-Orientierung für die Reha-Praxis - aktuelle Entwicklungen in Deutschland (DVfR- Deutsche Vereinigung für Rehabilitation)**

Raum: S03 V00 E71

Veranstalter: Fachbereich 3 / AG 1: ICF

Vorsitz: Prof. Dr. Johann Behrens (Universität Halle/Wittenberg)

Referat 1: **„Einführung in das Workshop-Thema“ (Prof. Dr. Johann Behrens)**

Referat 2: **„Assessments für Partizipation auf ICF-Basis“ (Prof. Dr. Silvia Queri)**

Referat 3: **„ICF in der Beruflichen Rehabilitation“ (Dr. Frank Michael Sperling)**

Abstract: Seit 2001 ist gleichzeitig mit dem SGB IX die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO auch in die Diskussion zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – berufliche Rehabilitation – eingegangen. Nach Jahren des Kennenlernens der ICF, auch Ihrer Grenzen und Widersprüche, Ihrer Inhalte und Methodik der Anwendung ließen sich nutzbringende ICF-gestützte Systeme der Bedarfsermittlung und Prozesssteuerung in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation (nach § 35 SGB IX) entwickeln, die sich besonders in der interdisziplinären Zusammenarbeit bewähren. Die „gemeinsame Sprache“, die über die reine Begrifflichkeit der Klassifikation selbst hinausgeht, hilft, die in Jahrzehnten gewachsene Arbeitsweise (berufsgruppengeprägt und daher mit nachvollziehbar begrenzter interdisziplinärer Kompatibilität!) spürbar zu verbessern und gleichzeitig die stärkere Ausrichtung auf die Teilhabe gemäß dem Auftrag des SGB IX zu bewirken. Vorgestellt werden sollen zwei ICF-basierte Systeme aus Berufsbildungswerken. Hinzu kommen Hinweise auf erforderliche Adaptationen der Beurteilungsmethodik der ICF, die sich in der

originalen Form als in der Rehabilitation nicht ohne weiteres anwendbar erweist.

**Freie Diskussion unter Leitung von Frau Marion Rink  
(Vorstandsmitglied der BAG „Selbsthilfe“)**

---

Vortrag 4.1

**Studien**

Raum: S05 T00 B32

Vorsitzende: Dr. Susanne Moebus, MPH / Dipl.-Psych. Juliane Hardt

**63:** Endlich erwachsen – unendlich gesund?! Ergebnisse der GEDA-Studie 2009 zur gesundheitlichen Lage junger Erwachsener (18 bis 29 Jahre) in Deutschland (B Kuntz, T Lampert)

**87:** Entwicklung eines Prognose-scores für die Fingerbeweglichkeit bei Beugesehnenverletzung (C Peters, C Dereskewitz, M Harling, A Nienhaus)

**50:** Welche Faktoren beeinflussen eine Kostenübernahme der gesetzlichen Krankenkassen bei der Teilnahme an verhaltenspräventiven Maßnahmen? Eine Analyse mit Daten aus der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) 2009 (S Jordan, E von der Lippe)

**121:** Bewertung gesundheitsökonomischer Priorisierungskriterien in der deutschen Priorisierungsdiskussion (S Stumpf)

**110:** Auswirkung verschiedener nationaler und internationaler Grenzwerte zur Vitamin D-Unterversorgung in einer populationsbasierten Studie (S Schramm, H Lahner, KH Jöckel, S Moebus)

---

---

Vortrag 4.2

**Alte Menschen I**

Raum: S05 T00 B42

Vorsitzende: Prof. Dr. Ulla Walter / Prof. Dr. Ulrich Mueller

**90:** Wirksamkeit einer Intervention zum Kraftaufbau im Vergleich zu einer Kontrollgruppe in Bezug auf die Pflegestufe bei Hochbetagten – Ergebnisse der ‚Fit für 100‘-Studie (C Pischke, AL Dietrich, H Strube, S Eichholz, H Zeeb)

**78:** Sturzprävention im Krankenhaus – ein Beispiel zur Vereinbarkeit sozialmedizinischer und wirtschaftlicher Interessen (L Neumann, V Hoffmann, S Goltger, J Hasford, W von Renteln-Kruse)

**72:** Geriatricspezifische Fallanalyse auf der Basis von stationären Routinedaten einer Krankenkassen – Eine methodische Herangehensweise (S March, E Swart, BP Robra)

**18:** Sehbeeinträchtigungen als Risikofaktor für Stürze: Eine empirische Untersuchung (N Bucholtz)

---

WS FB 5

**“Relative Effectiveness Assessment“ in Deutschland**

Raum: S05 T00 B59

Veranstalter: Fachbereich 5 / AG 3: Bewertung von Technologien und Prozeduren in der Gesundheitsversorgung

Vorsitzende: Dr. Dagmar Lühmann / Dr. Dr. Anja Neumann

Das Arzneimittelneuordnungsgesetz (AMNOG) und der neu formulierte §137e SGB V stellen neue Anforderungen an die Bewertung innovativer Arzneimittel bzw. Möglichkeiten zur Erprobung nicht-medikamentösen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, insbesondere im Hinblick auf die Vergleiche mit etablierten Versorgungsformen und die Verwendung von patientenrelevanten Endpunkten dar. Dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) kommt in diesem Zusammenhang ein zentraler Stellenwert zu, da hier die Rahmenbedingungen für die Assessments festgelegt werden. Während die Methodik für die frühen, vergleichenden Nutzenbewertungen von Arzneimitteln bereits recht gut etabliert ist, befindet sich die Umsetzung der Neuerungen bei der Bewertung von nicht-medikamentösen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach 137e noch in der Umsetzungsphase. Das Thema REA wird auch auf europäischer Ebene behandelt. Unter anderem hat das europäische HTA-Netzwerk EUNetHTA ein Konzept für die frühe vergleichende Nutzenbewertung von Arzneimitteln erarbeitet und erprobt. Es wird zu diskutieren sein, inwieweit das Konzept auch im nationalen Kontext umsetzbar ist bzw. inwieweit es den Vorgaben des G-BA entspricht. Weiterhin ist auch zu reflektieren, welche Ansätze EUNetHTA für die vergleichende Nutzenbewertung von nicht-medikamentösen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden bietet.

**Referat 1: „Relative Effectiveness Assessment in Deutschland: Rahmenbedingungen für die Bewertung von Arzneimitteln und Medizinprodukten“ (Matthias Perleth, GBA)**

**Referat 2: „Relative Effectiveness Assessment in Deutschland: Wie hilfreich sind die EUNetHTA Konzepte?“ (Alric Rütter, IQWiG; Annette Zentner, TU Berlin)**

---

## **Gute Praxis Gesundheitsberichterstattung (GBE)**

Raum: S05 T00 B71

Veranstalter: Fachbereich 4 / AG 2: Kommunale Gesundheitsberichterstattung

Vorsitzende: Jeffrey Butler / Thomas Lampert

Im Gegensatz zur rein deskriptiven Medizinalstatistik früherer Jahre bietet die GBE eine interpretierende Beschreibung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung, analysiert Problemlagen und zeigt eventuelle Handlungsbedarfe auf. Als gesundheitspolitisches Steuerungsinstrument liefert Gesundheitsberichterstattung die empirische Grundlage für rational begründbare Entscheidungen in der Politik. Gesundheitsberichterstattung bildet somit auch die Basis für die Planung von Präventions- und Gesundheitsförderungsstrategien. Dabei werden unter Berücksichtigung der sozial und regional ungleichen Verteilung von Gesundheitsrisiken und Präventionspotenzialen die gesundheitliche Situation einer definierten Bevölkerung beschrieben und mögliche Handlungsfelder aufgezeigt.

Während es mittlerweile sowohl für die Epidemiologie als auch für die Arbeit mit Sekundärdaten Leitlinien für eine gute Praxis gibt, fehlt bislang der GBE ein solches Regelwerk. Ziel der Guten Praxis Gesundheitsberichterstattung ist es, die Bedeutung der Gesundheitsberichterstattung als Grundlage für fachpolitisches Handeln herauszustellen und Berichterstatter/innen eine Orientierung zu geben. Hierbei wird insbesondere auf die Interpretation der Ergebnisse eingegangen. Darüber hinaus ergänzt die Gute Praxis Gesundheitsberichterstattung die vorliegenden Leitlinien und Empfehlungen zur Sicherung Guter Epidemiologischer Praxis um zusätzliche, für die Gesundheitsberichterstattung zentrale Aspekte.

Trotz der vielfach betonten Wichtigkeit der GBE bei der Verteilung von (knappen) Ressourcen – insbesondere auf der kommunalen Ebene – ist der operative Alltag eher ernüchternd. Zwar wird an Gesundheitsberichterstattung als öffentlicher Aufgabe festgehalten, jedoch aufgrund der Sparzwänge der öffentlichen Haushalte ohne ausreichende personelle Ressourcen. Hieraus resultierende Qualitätsmängel oder geringe Praxisrelevanz der Berichte können wiederum dazu führen, dass Gesundheitsberichte als banal empfunden werden.

In diesem Workshop wird anhand eines Impulsreferats, in dem ein neuer Zwischenstand vorgestellt wird, die Diskussion vom letzten Jahr fortgeführt. Das Ziel wird die Entwicklung von praktikablen Leitlinien sein, die schließlich von der DGSMMP empfohlen werden können.

---

WS I FB 6

## **Public Health und Pflege**

Raum: S05 T00 B83

Veranstalter: Fachbereich 6: Frauen- und geschlechtsspezifische Gesundheitsforschung

Vorsitzende: Prof. Dr. phil. Marianne Brieskorn-Zinke

Pflegewissenschaft ist eine Gesundheitswissenschaft. Inwieweit dieser spezifisch pflegewissenschaftliche Zugriff auf Gesundheitsprobleme in Theorie und Praxis verankert ist, ist Thema dieses Workshops. In den Beiträgen werden pflegerische Projekte mit hoher Public Health Relevanz vorgestellt (z.B. Versorgungsgestaltung, Patientenedukation, Gesundheit pflegender Angehöriger, Kindergesundheit). Desweiteren soll die Frage diskutiert werden, in wieweit die Genderfrage in der Pflege präsent ist.

## Referat 1: „Pflege als Frauenberuf im Krankenhaus – die Verkörperung des Widerspruchs zwischen `Arbeit` und Zuwendung“ (Dr. Doris Arnold, Universität Oldenburg)

Abstract: Hintergrund: Die verschärfte Ökonomisierung im Krankenhaus in den letzten Jahren und die damit verbundene Ausdünnung der Personaldecke führen zu einer starken Arbeitsverdichtung im Pflegebereich. Die Pflege ist zugleich ein statusniedriger und vergleichsweise schlecht bezahlter, sogenannter Frauenberuf (Wetterer 2002). Inwiefern besteht ein Zusammenhang zwischen der geschlechtlichen Stereotypisierung des Pflegeberufs und dem Erleben von und dem Umgang mit Zeitdruck durch Pflegenden in ihrem beruflichen Alltag? Vorgestellt werden Ausschnitte aus den Ergebnissen eines Dissertationsprojekts (Arnold 2008). Methoden: Auf zwei Stationen (Neurologie und Innere Medizin) in einem Allgemeinkrankenhaus wurde eine ethnografische Studie (Hammersley & Atkinson 1995) mit teilnehmenden Beobachtungen über insgesamt sieben Monate und 34 Leitfadeninterviews mit 23 Pflegenden durchgeführt. Die Daten wurden orientiert an der Grounded Theory (Strauss & Corbin 1996) analysiert. Ergebnisse: Als für den Pflegealltag beherrschende Norm wurde die Kategorie "Seine Arbeit schaffen zu müssen" herausgearbeitet. Diese hat den Charakter eines ungeschriebenen Gesetzes, das Pflegenden nicht nur kognitiv präsent war, sondern auch auf der emotionalen Ebene Ängste auslöste. Der damit verbundene Zeitdruck betraf auch die Körper und leiblichen Empfindungen der Pflegenden. Pflegenden zeigten einerseits eine ausgeprägte Geschäftigkeit, andererseits kontrastierten damit Situationen, in denen sich Pflegenden zu PatientInnen setzten, um ihnen z.B. etwas zu erklären. Dieses Sich-Setzen signalisierte, dass die Pflegenden sich Zeit nahmen für die PatientIn. Und es stellte zugleich einen Akt der Zuwendung dar, der auch eine körperliche Komponente hatte. Im geschäftigstehenden Habitus der Pflegenden wurde der normative Zwang dessen verkörpert, was Pflegenden "Arbeit" nennen, im Sitzenden die Leistung von Zuwendung. Die Pflegenden stellten den Druck zum Tätig-Sein nicht nur nach außen dar, sondern dieser wirkte auch in die Körper der Pflegenden hinein. Sie hatten nicht nur im

Kopf, dass "ihre Arbeit", darauf wartete, getan zu werden, sondern dies wurde auch körperlich spürbar. PatientInnen z.B. ruhig und zugewandt beim Essen zu helfen, stellte deshalb eine Herausforderung dar. Diskussion: Wenn Pflegende unter einem erhöhten Zeitdruck arbeiten, verschärft sich zugleich der Widerspruch zwischen dem, was als berufliche „Arbeit“ gilt und der Leistung von Zuwendung. Eine Pflegende ist zwar beruflich tätig, aber ihre Tätigkeiten sind durch die Nähe zur privaten Hausarbeit gekennzeichnet. Diese geschlechtlich markierte Trennung zwischen Beruflichem und Privatem innerhalb des Frauenberufs Pflege wird als Produkt historischer Konstitutionsprozesse aufgefasst, in denen die Identität der Krankenschwester nach dem Vorbild der bürgerlichen Frau als Hausfrau, Ehefrau und Mutter diskursiv hergestellt wurde. Dieser Auffassung zugrunde liegen Foucaults Macht und Diskursbegriff sowie Maihofers Konzept von Geschlecht als "Existenzweise" (Maihofer 1995, 2004). Das Produkt dieser diskursiven Prozesse ist demnach nicht die bloße Zuschreibung von Geschlecht, sondern die "weibliche" Existenzweise der Pflegenden. In der empirischen Studie konnte gezeigt werden, wie der Konflikt zwischen „Arbeit“ und Zuwendung den Pflegenden insbesondere in Situationen des Zeitdrucks unter die Haut geht. Auf diese Weise wird deutlich, dass die Diskriminierung der Pflege als Frauenberuf über die schlechte Bezahlung und den niedrigen Status von Pflegearbeit hinausgeht. Einsparungen im Pflegebereich stellen also auch eine Missachtung von Zuwendungsarbeit dar und werden für Pflegende tagtäglich körperlich spürbar.

### Literatur:

Arnold, Doris (2008): "Aber ich muss ja meine Arbeit schaffen!" Ein ethnografischer Blick auf den Alltag im Frauenberuf Pflege. Frankfurt am Main: Mabuse.

Hammersley, Martyn Atkinson Paul (1995): Ethnography: Principles in Practice. 2nd. Ed. London: Routledge.

Maihofer, Andrea (1995): Geschlecht als Existenzweise. Frankfurt/M.: Ulrike Helmer.

Maihofer, Andrea (2004): Geschlecht als hegemonialer Diskurs und gesellschaftlich-kulturelle Existenzweise - neuere Überlegungen auf dem Weg zu einer kritischen Theorie von Geschlecht. In: Jutta Hartmann (Hrsg.), Grenzverwischungen. Vielfältige Lebensweisen im Gender-, Sexualitäts- und Generationendiskurs (S. 33-40) Innsbruck: Studie Verlag.

Strauss, Anselm & Corbin, Juliett (1996): Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Weinheim: Beltz/Psychologie Verlags Union.

Wetterer, Angelika (2002): Arbeitsteilung und Geschlechterkonstruktion. "Gender at Work" in theoretischer und historischer Perspektive. Konstanz: UVK-Verlagsgesellschaft.

**Referat 2: „Pflegerische Angehörige im Spannungsfeld zwischen gesellschaftlicher Notwendigkeit, Geschlechter(un)gerechtigkeit und beruflicher Tätigkeit“ (Dr. Elke Müller)**

**Referat 3: „Quartiersnahe Versorgung in der Pflege“ (Dr. Kerstin Hämel, Universität Bielefeld)**

Abstract: Hintergrund: Angesichts der Zunahme chronisch kranker und pflegebedürftiger Menschen steht die Pflege vor der Herausforderung, zukunftsfähige Versorgungskonzepte zu entwickeln, die dem Bedarf der Bevölkerung und auch seiner regionalen Verteilung gerecht werden. Denn auch die demografische Alterung und die Morbiditätslast verlaufen regional ungleichförmig und sind unterschiedlichen sozialräumlichen Bedingungen ausgesetzt. Gefordert wird daher, die Entwicklung regional differenzierter Versorgungsstrukturen voranzutreiben. Als Ansatzpunkt werden wohnort- bzw. quartiersnahe Versorgungsmodelle diskutiert, die sozialräumliche Aspekte stärker berücksichtigen. Entsprechende Praxisansätze haben jüngst vor allem in der Gesundheitsförderung an Aufmerksamkeit gewonnen und gelten zunehmend auch in der (pflegerischen) Versorgung als innovationsträchtig. Bislang fehlt es jedoch an einem

systematischen Zugriff und der Aufarbeitung der Chancen und Schwierigkeiten, vor die eine quartiersnahe Versorgung speziell in der Pflege gestellt ist. Methodik: Ausgehend von einer Analyse der nationalen und internationalen Literatur zur gemeinde-, wohnort- bzw. quartiersnahen Versorgung/community health und unter Einbezug einer Recherche nach Konzepten und Praxisprojekten, wird der Entwicklungsstand einer regional differenzierten, quartiersnahen Versorgungsgestaltung in der Pflege in Deutschland skizziert und Anforderungen ihrer Weiterentwicklung diskutiert. Ergebnisse: Es lassen sich zahlreiche Modelle identifizieren, die v.a. auf die Langzeitversorgung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen zielen. Typisches Element ist die Kooperation und Bündelung von Angeboten verschiedener Partner vor Ort, aus denen neuartige Angebote und Angebotsformen hervorgehen. Dabei findet besonders eine Öffnung der Pflege zu den Bereichen soziale Unterstützung und Begleitung, Wohnen und Leben in Nachbarschaft statt. Einige Projekte erheben zudem den Anspruch, Betroffene und BürgerInnen bei der örtlichen Versorgungsplanung und/oder -gestaltung stärker einzubeziehen und Möglichkeiten für bürgerschaftliches Engagement zu schaffen. Insgesamt zeigt sich jedoch, dass viele Ansätze und Projekte das Quartier nur indirekt, im Sinne eines sozialen Bezugsraums, einbeziehen, aber nur wenige direkt vom existierenden Bedarf und den Bedürfnissen der Menschen in einem Quartier ausgehen. Vor allem fehlt es (a) an für die Ausgestaltung der Langzeitversorgung aussagekräftigen community health assessments, die gesundheitliche Bedarfslagen und Ressourcen vor Ort aufzuzeigen vermögen, und (b) an einer Konzeptentwicklung für den ländlichen Raum und speziell schwer zu versorgende, strukturschwache Regionen. Schlussfolgerung: Die quartiersnahe Versorgungsgestaltung kann ein zentraler Ansatzpunkt für die geforderte Neuausrichtung der pflegerischen Versorgung sein. Sie stellt ein mögliches Leitkonzept zur Überwindung kleinräumig wirksamer Zugangsbarrieren und der Fragmentierung von Versorgungsangeboten im sozialen und gesundheitlichen Bereich dar. Zwar lässt sich auf eine Vielzahl von Modellelementen, aber kaum auf umfassende Ansätze blicken, denn es fehlt an – wie die Analyse zeigt – systemati-

schen, wissenschaftlich fundierten Konzepten. Schritte, die dazu erfolgen müssen, werden abschließend diskutiert.

**Referat 4: „Pflegeprävention: Der präventive Hausbesuch als Herausforderung für die Pflege“ (A. Gebert, DIP Köln)**

---

WS 1 MDK

## **MDK Workshop I: Neue Entwicklungen in der Krankenhausbegutachtung**

Raum: S07 S00 D07

Veranstalter: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS) und Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Nordrhein (MDK Nordrhein)

Vorsitzende : Dr. Peter Pick (Geschäftsführer des MDS) / Dr. Ulrich Sommer (Leitender Arzt des MDK Nordrhein)

**Referat 1: „Aktueller Stand des neuen Entgeltsystems in der Psychiatrie“ (Dr. Barbara Florange, Leiterin des Medizinischen Fachbereiches Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, MDK Nordrhein)**

**Referat 2: „Zusatzentgelte für hochaufwendige Pflege: Wie geht es weiter?“ (Stefan Wöhrmann, Leiter der Abteilung Stationäre Versorgung, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek))**

**Referat 3: „Abrechnungsprüfungen im Krankenhaus: Der Prüfbericht des Bundesrechnungshofes“ (Uwe Rosauer, Leiter des Prüfungsgebiets Gesetzliche Krankenversicherung, Bundesrechnungshof)**

**Referat 4: „Geriatrische Frührehabilitation im Spannungsfeld zwischen Krankenhaus und Rehabilitationseinrichtungen“ (Dr. Norbert Lübke, Leiter des Kompetenz-Centrums Geriatrie, MDK Nord)**

---

**10:45 – 11:00 Uhr: Kaffee und Gebäck im Hörsaalzentrum**

---

WS ICF II FB 2

### **Die Bedeutung der personbezogenen Faktoren in der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (Deutsche Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation - DGPMR)**

Raum: S03 V00 E33

Veranstalter: Fachbereich 3 / AG 1: ICF

Vorsitz: Prof. Dr. Christoph Gutenbrunner / Dr. P.H. Monika Schwarze

Impulsreferat: „**Einführung in die ICF-bezogenen Kontextfaktoren**“ (Prof. Dr. med. Christoph Gutenbrunner)

Referat 1: „**Die Bedeutung von Kontextfaktoren in der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation**“ (Dr. phil. Heiner Vogel, Dr. P.H. Monika Schwarze)

Referat 2: „**Durchführung und Evaluation von Patientenschulung in der medizinischen Rehabilitation**“ (Katja Spanier MA, Dr. phil. Heiner Vogel)

**Diskussion**

---

## **Die Bedeutung der ICF für das Qualitätsmanagement im Gesundheits- und Sozialwesen (Kooperation eVAA e. V. & DGGG e.V.)**

Raum: S03 V00 E59

Veranstalter: Fachbereich 3 / AG 1: ICF

Vorsitz: Prof. Dr. Gerhard Huber, DVGS e.V.

Referat 1: „**Die Bedeutung der ICF für das Qualitätsmanagement im Gesundheits- und Sozialwesen**“ (Baldus, A.<sup>1</sup> / Huber, G. / Pfeifer, K. / Pöthig, D.<sup>2</sup> / Sudeck, G.)

Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie DVGS e.V.

<sup>2</sup> Europäische Vereinigung für Vitalität und Aktives Alterns eVAA e.V.

Abstract: Einleitung / Hintergrund: Die Versorgung im Gesundheits- und Sozialwesen umfasst schwerpunktmäßig indikations-spezifische „Ist“-Behandlungen, die sich am aktuellen *Krankheitszustand* des Patienten orientieren (nosologische Zuschreibungen nach ICD-10 sowie die darauf basierenden und zur Leistungsabrechnung relevanten Klassifikationssysteme DRG, OPS/ICPM, EBM u.ä.). Kriterien einer zielorientierten, bedarfsgerechten und patientenzentrierten Versorgung, die sich an einem anzustrebenden „Soll“-Zustand ausrichten (Zuschreibungen von *Gesundheitszuständen*, -risiken und -ressourcen), fehlen häufig. Eine solche Erstellung von Standards von patienten- und rehabilitandenorientierten Behandlungspfaden (bedarfsorientierte Leitlinien) erfordert die Weiterführung der derzeit indikations- und impairmentspezifischen Systematisierungen und Standards. Zur Erstellung von evidenzbasierten Kenngrößen und Tracern für die Verifizierung und die dringlich notwendige Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung im Gesundheits- und Sozialsystem eignen sich die Kodierungen der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD 10 der WHO) *in zwingender Ergänzung um* die International Classification of Functioning, Disability and Health

(ICF der WHO) sowie die DIN EN ISO 9001:2008 (Verbesserung und Gewährleistung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, Optimierung von Qualitätsmanagementsystemen).

Die ICF-Klassifikationskriterien zur Erfassung defizitärer aber auch ressourcenorientierter biopsychosozialer Kenngrößen – besonders Aktivitäts- und Teilhabekriterien sowie person- und umweltbezogener Kontextfaktoren – eignen sich hervorragend zur Definition neuer, im besonderen bedarfsorientierter Versorgungspfade im Gesundheits- und Sozialwesen. Aus diesem Grunde fordern zunehmend auch die Leistungsträger ICF-orientierte Qualitätsmanagementsysteme, Leitlinien und Kenngrößen. Methodik: Im vorgestellten Referenz- und Praxismodell GerontoPoint/ GerontoNetz werden externe Qualitätssicherungskriterien insbesondere der *Leistungsträger* (Tracer/Kenngrößen) mit internen Qualitätsmanagementverfahren der stationären und ambulanten *Leistungserbringer* (Kriterien der Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität) verbunden. Eingesetzt werden klassische Methoden zur Erfassung der Strukturdaten, aber auch innovative Verfahren zur Erfassung des tatsächlichen Versorgungsbedarfs bzw. Zusatznutzens für den *Leistungsberechtigten*, wie Lebensqualität, Biofunktionaler Status bzw. biopsychosoziales Aktivitäts- und Teilhabepotenzial, Biofunktionales Alter, Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit, Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen, Interventionserfolg, Patienten- und Angehörigenzufriedenheit. Erwartete Ergebnisse und Diskussion: Die durchgängige Systematisierung, Dokumentation, Evaluation und Optimierung dient der Entwicklung und Bereitstellung neuer - auch gesundheitsökonomisch nutzbarer - Kenngrößen und der Ableitung eines externen Benchmarksystems für mehr und nachhaltige Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheits- und Sozialwesen. In Anwendung der vorgestellten Qualitätssystematik sind die Rahmenbedingungen zur standardisierten Einführung zu diskutieren:

- Aufwand und Umfang der zu entwickelnden ICF-Kenngrößen
- Pro und Contra einer Codierung von patientenorientierten ICF-Kriterien
- Anwenderorientierte Clusterung von Kenngrößengruppierungen

- Anpassung an die derzeitige Versorgungs- und Bildungslandschaft
- Rechtliche Vorgaben (Datenschutz)

## Referat 2: **Die Bedeutung der ICF für die Rehabilitations- und Bewegungswissenschaften**

**(Pfeifer, K.<sup>1</sup>, Sudeck, G.<sup>2</sup>, Brüggemann, S.<sup>3</sup>, Huber, G.<sup>4</sup>)**

(1) Institut für Sportwissenschaft und Sport, Universität Erlangen-Nürnberg

(2) Institut für Sportwissenschaft, Universität Tübingen

(3) Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

(4) Institut für Sport und Sportwissenschaft, Universität Heidelberg

**Abstract:** Einleitung/Hintergrund: Bewegungstherapeutische Interventionen machen für die heute in der Rehabilitation vorherrschenden Gesundheitsstörungen wie muskuloskeletale Erkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Stoffwechselerkrankungen, onkologische Erkrankungen und psychische Erkrankungen über 60% der erbrachten therapeutischen Leistungen aus (Brüggemann & Sewöster 2010). Unter Bewegungstherapie wird dabei die ärztlich indizierte und verordnete Bewegung verstanden, die vom Fachtherapeuten bzw. der Fachtherapeutin geplant und dosiert, gemeinsam mit dem/der Arzt/Ärztin kontrolliert und mit dem/der Patienten/in alleine oder in der Gruppe durchgeführt wird (Arbeitsgruppe Bewegungstherapie 2009). Mit Bezug zur KTL (Deutsche Rentenversicherung Bund 2007) zählen dazu insbesondere die Sport- und Bewegungstherapie und die Physiotherapie. Mit Blick auf die Kategorien der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF; DIMDI 2005) liegen in der Versorgungspraxis bisher allerdings kaum evidenzgesicherte Interventionskonzepte vor. Dies gilt im Sinne der formativen Evaluation (Zielsetzungen, Inhalte, Methoden) als auch in Bezug auf die Evaluation der Wirkungen der Bewegungstherapie. Methodik: In Anlehnung an das Theoriemodell der Rehabilitation von Gerdes und Weis (2000) und unter Berücksichtigung der ICF wurde eine Zielheuristik der Bewegungstherapie entwickelt (Pfeifer et al. 2010), um hinsichtlich der notwendigen Evidenzbasierung und einem wissensbasierten Qualitätsmanagement für bewegungsbezogene Versorgungsleistungen ein einheitliches

Zielverständnis zu ermöglichen. Darauf aufbauend wurde eine ICF-basierte Zielsetzungstaxonomie erarbeitet, die als Grundlage für die Konzeptualisierung, Realisation und Evaluation der Bewegungstherapie dienen kann. Ergebnisse: Für die Bewegungstherapie in der Rehabilitation lassen sich drei Zielbereiche formulieren:

proximal/interventionsnah

1. Wiederherstellung, Erhalt und Stärkung von Körperfunktionen einschließlich Ressourcen (= personale Kontextfaktoren im Sinne der ICF);

2. Hinführung zu und Bindung an regelmäßige körperlich-sportliche Aktivität;

distal bzw. durch die Erreichung der proximalen Ziele vermittelt

3. Minderung von Beeinträchtigungen sowie Erhalt und Ausbau von Möglichkeiten im Bereich von Aktivitäten und Partizipation.

Die entwickelte Zieltaxonomie ermöglicht eine theoriefundierte und ICF-orientierte Auswahl, Ansteuerung und Evaluation bewegungstherapeutischer Maßnahmen. Sie ermöglicht eine professionsübergreifende Qualitätssicherung der bewegungstherapeutischen Versorgung. Diskussion/Schlussfolgerung: Aus rehabilitationswissenschaftlicher sowie aus bewegungswissenschaftlicher Sicht ergibt sich die Aufgabe, entsprechende zielbezogene bewegungstherapeutische Konzepte in der Versorgungspraxis zu identifizieren bzw. zu implementieren und einer formativen und summativen Evaluation zu unterziehen. Darüber hinaus besteht für eine adäquate Zuweisung und Steuerung der Bewegungstherapie die Notwendigkeit zur Entwicklung bzw. Identifikation ICF-basierter Test- bzw. Assessmentverfahren. Vielfältige rehabilitationswissenschaftliche Fragestellungen lassen sich in diesem Kontext adressieren (Arbeitsgruppe Bewegungstherapie 2009).

#### Literatur:

Arbeitsgruppe Bewegungstherapie (2009). Ziele und Aufgaben der Arbeitsgruppe „Bewegungstherapie“ in der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW). Rehabilitation, 48, 252-255.

Brüggemann, S, Sewöster, D. (2010) Bewegungstherapeutische Versorgung in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung. Bewegungstherapie & Gesundheitssport. 26(6): 266-9

Deutsche Rentenversicherung Bund (2007). KTL. Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2005). ICF. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (Stand Oktober 2005). Köln: DIMDI.

Gerdes, N. & Weis, J. (2000). Zur Theorie der Rehabilitation. In J. Bengel & U. Koch (Hrsg.), Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften (S. 41-68). Berlin: Springer.

Pfeifer, K., Sudeck, G., Brüggemann, S., Huber, G. (2010). DGRW-Update: Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation – Wirkungen, Qualität, Perspektiven. Rehabilitation, 49, 224-236

## **Diskussion**

---

WS ICF VI FB 2

### **Die ICF - Bedeutung der Kontextfaktoren in der praktischen Arbeitsmedizin (Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e.V. – DGAUM & Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte - VDBW)**

Raum: S03 V00 E71

Veranstalter: Fachbereich 3 / AG 1: ICF

Vorsitz: Dr. Hans-Martin Schian

Referat 1: „ **ICF. Entwicklung und Bedeutung der Kontextfaktoren“ (Dr. Hans-Martin Schian)**

Abstract: Ein Überblick über die Entwicklung der ICF aus den Vorläufern der ICDH, über die Revision der ICDH (Steering Group beim Europarat, Resolution 1995), paralleler internationaler Entwicklung von Assessments und Profiling-

Systeme zeigt, dass Kontextfaktoren (KF) zwar anerkannt mitgedacht, aber keine systematische Aufnahme in die WHO-Klassifikation gefunden haben. Auf deren Bedeutung wird in Teil I der ersten gemeinschaftlichen, deutschsprachigen Ausgabe der ICDH klar verwiesen. In der Folge wurde dies in der Literatur zu psychischen Störungen aufgenommen. Friboes u.a. wiesen u.a. den Weg, wie die KF zu nutzen und in die ICF einzupassen wären. Motivation, Leistungsbereitschaft, Intelligenz, Einstellung, Ziele uvm. sind zur Situationsanalyse und daraus folgender Zielfindung und Anstrengungen zur Zielerreichung unverzichtbar im Gebrauch. Der FB II der DGSM hat Experten veranlasst im Konsens eine systematische Aufstellung der KF, bzw. zunächst der PKF vorzustellen. Die Praxis kann das nur begrüßen, die Wissenschaft muss nachziehen. Die damit endlich begonnene Diskussion muss versachlicht aufklären, was machbar ist. Schließlich war Ziel dieser internationalen Klassifikation einen weltweiten Überblick über die Lage der Menschen mit Behinderung zu bekommen. Wieweit Konsens zu erzielen ist wird untersucht und in den FB II WS diskutiert werden.

#### Literatur:

ICF; ICDH; R.-M.Friboes ua, Elsevier (Urban &Schwarzenberg), 2005, ISBN: 3-437-56790-X; Grotkamp s et al. Personbezogene Faktoren der ICF. Gesundheitswesen 2010;72;908-916,Schliehe in Rehabilitation -2006 und 2012 (Noch nicht veröffentlichtes Manuskript), Schian in Jubiläumsband 2011 der DVfR, Resolution(1995) Europarat (Ministerrat).

## **Referat 2: „JobReha - eine arbeitsplatzorientierte Rehabilitation“ (Dr. Ingra-A. Manecke)**

**Abstract:** Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels gewinnen präventive und rehabilitative Maßnahmen immer mehr an Bedeutung. Bei der JobReha handelt es sich um ein spezielles Rehabilitationsverfahren für Patienten mit Beschwerden am Muskel- Skelettsystem bei dem der Schwerpunkt auf eine enge Zusammenarbeit zwischen den Betriebsärzten, Rehabilitationseinrichtungen und den Leistungsträgern liegt. Mit der JobReha hat der Betriebsarzt die Möglichkeit für eine frühe und unbürokratische Einleitung einer arbeitsplatzbezogenen Rehabilitationsmaßnahme. Therapie- und Rehabilitationsziele werden nicht nur an den Erfordernissen des Arbeitsplatzes (umweltbezogener Kontext) sondern auch an den individuellen bzw. personbezogenen Faktoren ausgerichtet.

### Literatur:

Gutenbrunner C, Schwarze M. JobReha - bedarfsgerechte arbeitsplatzbezogene Rehabilitation: systematische Modellentwicklung. Physikalische Medizin Rehabilitationsmedizin Kurortmedizin 2011; 21: 234–241.

## **Referat 3: „Die Bedeutung der ICF-Kontextfaktoren für das Betriebliche Wiedereingliederungsmanagement (BEM)“ (Dr. Erich Knülle)**

**Abstract:** Das alleinige Betrachten des ICD zum Zwecke einer Wiedereingliederung und beim Versuch die Beschäftigungsfähigkeit zu erhalten, beinhaltet die Gefahr, dass die Rehabilitation durch die Diagnose paralytisch wird. Nur ein ganzheitlich orientiertes Verfahren, durchgeführt und abgestimmt in multidisziplinären Integrationsteams wird den individuellen Möglichkeiten ausreichend gerecht. Die Systematisierung der ICF-Kontextfaktoren erscheint nur auf den ersten Blick als eine akademisch-bürokratische Übung. Das Handeln eines erfahrenen Rehaklinikers wird immer durch sie bestimmt werden und der in der Integrationsarbeit erfolgreiche Arbeitsmediziner wendet sie als Mitglied von Integrationsteams regelmäßig an. Die Erfolgsstory des Disability Management bei

Ford ist ohne ein fähigkeitsorientiertes Profilvergleichssystem, dessen Grundlage nicht der ICD-Schlüssel sondern die ICF-Klassifikation ist (ImBA), nicht erklärbar.

#### **Referat 4: „Die Bedeutung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit für das betriebliche Eingliederungsmanagement bei psychosozialen Störungen“ (Dr. Detlef Glomm)**

Abstract: Eine wesentliche Grundlage betriebsärztlicher Tätigkeit ist die Gefährdungsbeurteilung, die auch die Erfassung und Beurteilung psychischer Belastungen einschließt sowie die Beratung und Untersuchung von Beschäftigten in Hinblick auf die Anforderungen des Arbeitsplatzes und die Auswirkungen dieser Anforderungen auf Funktionen und Strukturen. In diesem Rahmen gehört es seit jeher zum betriebsärztlichen Selbstverständnis, Kontextfaktoren zu berücksichtigen und die Beschäftigten in ihrem psycho-sozialen Umfeld ganzheitlich zu betrachten. Dazu gehören neben den betrieblichen Kontextfaktoren auch Faktoren aus der individuellen häuslichen Lebenswelt, dies insbesondere bei psychosozialen Störungen. Letztlich ist eine psychische oder psychosomatische Störung immer das Ergebnis einer komplexen Wechselwirkung zwischen inneren und äußeren Faktoren, insbesondere genetischen und konstitutionellen Faktoren, der persönlichen Lebensgeschichte mit ihren psychosozialen Entwicklungsbedingungen, andauernden und akuten Belastungen aus dem Arbeitsumfeld und dem sozialen Umfeld. Ob eine Erkrankung durch äußere Faktoren wie anhaltende Konflikte, zu hohe oder komplexe Arbeitsanforderungen, ständige Störungen im Arbeitsprozess oder Gratifikationskrisen ausgelöst wird, hängt von der persönlichen Bewertung, dem Bedrohungspotential und den individuellen Handlungsmöglichkeiten ab. Daneben spielen Bewältigungsstrategien, Kompetenzen oder Entscheidungsspielräume für die Entstehung einer psychischen Störung eine wesentliche Rolle. Letztlich ist es unerheblich, ob eine psychische Störung durch Überbeanspruchung im häuslichen Bereich – z.B. Pflege schwerstkranker Angehöriger oder drogenabhängige Kinder, durch eine familiär

angelegte Disposition oder durch Überlastung am Arbeitsplatz – z.B. ständige Störungen im Arbeitsprozess oder Führungskräfte mit mangelnder sozialer Kompetenz – ausgelöst werden, wobei letztere ggf. auf betrieblicher Ebene beeinflusst werden können. Entscheidend ist, ob die betrieblichen Akteure, insbesondere Führungskräfte Krankheitsanzeichen frühzeitig wahrnehmen und wie sie damit umgehen. Welche Initiativen Betriebsärzte entwickeln, um die Sensibilität der betrieblichen Akteure zu erhöhen und die (Wieder-)Eingliederung von Menschen mit psychosozialen Störungen erfolgreich zu gestalten, wird anhand verschiedener Fallbeispiele aus Klein- und Mittelbetrieben dargestellt.

## **Diskussion**

---

WS III FB 3

### **Evaluationen in der Präventionsforschung - Diskussion methodischer Fragen**

Raum: S05 T00 B32

Veranstalter: Fachbereich 3 / AG Methoden in Zusammenarbeit mit Kooperation für nachhaltige Präventionsforschung (KNP)

Vorsitz: Dr. Silke Pawils / Felix Lüken

Inhalt/Konzept: Im Bereich der Präventionsforschung werden in den Sozialwissenschaften und der Epidemiologie übliche statistische Verfahren und Methoden angewendet, allen Schwierigkeiten der Passung zum Trotz, aber eben in Ermangelung spezifischer Methodenentwicklungen.

Eine Diskussion methodischer Schwierigkeiten und auch der prinzipiellen Grenzen der Evaluation von Prävention ist notwendig, um an praktikablen Studiendesigns, aussagekräftigen Instrumentarien sowie an der Identifikation angemessener Zielgrößen auf der Prozess- und Ergebnisebene gemeinsam weiter zu arbeiten.

In 15-minütigen Impulsreferaten werden jeweils ein methodisches Problem und seine möglichen Lösungen zur Diskussion gestellt.

## **Präventionsforschung und der Bedarf der Neu- bzw. Weiterentwicklung**

1. Aktuell diskutierte Forschungsdesigns und ihre Chancen und Hürden in der Prävention

Impulsreferat: **„Mixed-Method-Design und Kombination qualitativer und quantitativer Evaluationsmethoden!“ (Uwe Berger, Uniklinikum Jena)**

Für die Frage des Wirksamkeitsnachweises therapeutischer Maßnahmen gibt es in der evidenzbasierten Medizin (EbM) klare methodische Maßstäbe von Evidenzgrad I (Vorliegen mehrerer randomisierter kontrollierter Studien, RCT) bis Evidenzgrad V (Expertenmeinung). Das Ideal eines RCT ist die placebo-kontrollierte Arzneimittelwirkungsstudie. Dieser sog. Goldstandard ist jedoch bereits bei Therapiestudien ohne Arzneimittel als Wirksubstanz häufig nicht realisierbar. Insbesondere bei komplexen Maßnahmen wie Psychotherapien, deren Wirkung sich auf mehreren Ebenen entfalten soll (Beziehungsebene, Person-Umwelt-Interaktion, Gesamt-Persönlichkeit, Syndrom-Ebene), sind sowohl Placebo-Bedingungen als auch eine randomisierte Zuweisung zu Interventions- und Kontrollgruppe im naturalistischen Setting häufig nicht machbar. Hinzu kommt eine im Vergleich zu somatischen Akuterkrankungen oft längere Dauer zwischen Ursache, Krankheit, Therapie und Heilwirkung. Dies gilt für präventive Maßnahmen in verstärktem Maß. Ziel der Wirkungsevaluation ist hier der Nachweis einer kausalen Beziehung zwischen einer bestimmten Maßnahme und der Verhinderung des Eintretens eines unerwünschten Zustandes, wie einer Krankheit oder eines Risikoverhaltens. Der unerwünschte Zustand, dem durch die Maßnahme vorgebeugt werden soll, kann hierbei um Jahre, teilweise sogar Jahrzehnte nach der Intervention liegen (z.B. bei der Prävention von Lungenkrebs durch Anti-Raucher-Programme). Aus diesem Grund werden bei der Evaluation primäre und sekundäre Ergebnisse (outcomes) unter-

schieden. Erstere sind solche, die unmittelbar nach Durchführung der Maßnahme erfasst werden können, wie Risikoverhalten als Mediator einer bestimmten Erkrankung. Sekundäre Ergebnisse stehen am Ende der Wirkkette und beinhalten in der Regel die Prävalenz der vorzubeugenden Erkrankung. Bei manchen Krankheiten ist die Ätiologie noch ungeklärt bzw. nicht auf einfaktorielle Kausalzusammenhänge reduzierbar, so dass die Maßnahme ein breites Spektrum möglicher Risikofaktoren und deren Interaktionen abdecken muss (dies gilt z. B. für Essstörungen oder Adipositas). Wird in einem solchen Fall die Komplexität reduziert um methodisch „sauber“ einen kausalen Wirkmechanismus zumindest zwischen Maßnahme und primärem Outcome nachweisen zu können, geht dies zu Lasten der externen Validität. Tatsächlich gibt es keine Pauschallösung für das skizzierte Dilemma zwischen Realitätstreue einer Präventionsstudie und methodischem Anspruch. Trotzdem kann die Aussagekraft von Präventionsforschung durch die Kombination verschiedener Methoden erhöht werden. Auf quantitativer Seite sollte immer zuerst gründlich geprüft werden, ob ein RCT tatsächlich nicht möglich ist oder „nur“ mehr Einsatz, Kreativität usw. erfordert. Auch wenn eine Randomisierung nicht durchführbar ist, senkt eine Parallelisierung von Interventions- und Kontrollgruppe das Risiko systematischer Verzerrungen (sample-bias). Der Einsatz einer vorbehandelten Kontrollgruppe zusätzlich zur unbehandelten Kontrollgruppe erhöht die Aussagekraft der Studie. Entscheidende Messungen sollten mit standardisierten Instrumenten erhoben werden. Auf qualitativer Seite sind die Beurteilung der Machbarkeit (feasibility), der Übertragbarkeit auf realistische Bedingungen („real world effectiveness“ anstelle von einfacher „efficacy“), der Nachhaltigkeit (sustainability) und der Effizienz (Kosten-Nutzen-Verhältnis) von besonderer Bedeutung und sollten in einer Prozessevaluation enthalten sein (unter Einbeziehung aller Akteure und Adressaten).

## 2. Datenerhebung im Praxisfeld: Prävention

Impulsreferat: **„Nutzung routinemäßiger Gesundheitsberichterstattung zur Evaluation kommunaler Gesundheitsförderung als Beispiel der Sekundärdatenanalyse“ (Brigitte Borrmann, Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen)**

Für Zielgruppen wie Kinder, bildungsferne Eltern, Suchterkrankte, Altersheimbewohner, Migranten etc. ist häufig weder die Nutzung einer "5-fach gestuften" Likert-Skala noch die Vorgabe einer großen Itemanzahl sinnvoll durchführbar. Die qualitativen Zugänge zu diesen spezifischen Zielgruppen bergen indes die Problematik der geringen inferenzstatistischen Auswertbarkeit aufgrund geringer Stichprobengröße. Denn oft lassen die settingbezogenen Ansätze der präventiven Intervention keine Vergrößerung der Bruttostichproben zu. Im Rahmen der Sekundärdatenanalyse lässt sich die kommunale Gesundheitsberichterstattung zur Ergänzung bzw. Erweiterung der Datengrundlage nutzen.

## 3. Wirkevaluation in der Prävention

Impulsreferat: **„Hürden und kreative Lösungen am Beispiel von Modellprojekten Frühe Hilfen“ (Ilona Renner, Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Köln)**

Eine sorgfältige Evaluation von Präventionsmaßnahmen ist ressourcenintensiv. In qualifizierter Weise gilt es zu prüfen, ob individuumsbezogene, schulische, gemeindeorientierte oder familienbezogene Maßnahmen zur Informationsvermittlung, Widerstandsbefähigung, Kompetenzförderung oder affektiven Erziehung dazu beitragen können, Wissen, Einstellungen oder Verhaltensweisen in Bezug auf gesunde Lebensweise zu verändern. Es erstaunt deshalb nicht, dass bisher nur wenige qualitativ hochwertige Studien existieren, deren sorgfältige Evaluation fundierte Schlussfolgerungen über Wirksamkeitsbedingungen und Wirksamkeitsmerkmale zulassen. Oft gilt es „kreative Lösungen“ für methodisch noch ungelöste Probleme

zu finden, um Politik und Gesellschaft notwendige Antworten geben zu können, wie hier am Beispiel der Modellprojekte Frühe Hilfen.

#### 4. Evaluation komplexer Interventionen

**Impulsreferat: "Evaluationsmöglichkeiten und -grenzen organisationsbezogener, komplexer Interventionen am Beispiel des BMBF-Projekts ReSuDi" (Christine Busch, Universität Hamburg)**

Das betriebliche Setting bietet für gesundheitsbezogene Interventionen viele Vorteile: Im betrieblichen Setting sind gute Zugangswege auch zu sonst schwierig zu erreichenden Zielgruppen gegeben, wie Geringqualifizierten. Verhaltens- und verhältnisbezogene Interventionen können kombiniert und nachhaltig angeboten werden. Verschiedene betriebliche Ebenen können einbezogen, Präventionsanbieter aufgrund gesetzlicher Vorgaben als Multiplikatoren genutzt werden. Die Evaluation komplexer organisationsbezogener Interventionen ist jedoch schwierig und ohne Prozessevaluation undenkbar. Wir haben es mit zahlreichen Problemen zu tun, die für eine valide Evaluation zu berücksichtigen sind, wie die Programmumsetzung, die je nach betrieblichen Rahmenbedingungen sehr unterschiedlich ausfallen kann, die Fluktuation von Beschäftigten, die eine Längsschnittstudie erschweren, die beständigen wirtschaftlichen und betrieblichen Veränderungen, wie Umstrukturierungen, die ein Kontrollgruppendesign schwierig machen. Der Einsatz verschiedener Evaluationsmethoden zu verschiedenen Zeitpunkten der Intervention ist im betrieblichen Setting zwar möglich, jedoch schwer zu organisieren und teuer für die Arbeitgeber, wie die Teilnahme an Interviews, Gruppendiskussionen, medizinischen Untersuchungen usw. Am Beispiel von ReSuDi werden verschiedene Evaluationsmöglichkeiten und -grenzen diskutiert, die für valide Evaluationsergebnisse von Interesse sind.

---

---

Vortrag 5.1

## **Alte Menschen II**

Raum: S05 T00 B42

Vorsitzende: Med. Dir. Dr. Hans-J. Boschek / Dr. Christian Alex

**32:** Beurteilungskriterien für die Auswahl einer Pflegeeinrichtung aus Sicht der Bevölkerung (M Geraedts, T Brechtel, R Zöll, P Hermeling)

**108:** Auswertungsergebnisse der Qualitätsberichte stationärer Pflegeeinrichtungen: Servicequalität statt Pflege? (T Schönfelder, T Schaal, J Oehme, J Kugler)

**62:** Gestaltungschancen im armen Alter. Die Perspektive der Grundbefähigungen nach Nussbaum (S Kümpers)

**96:** Effects of the Resident Assessment Instrument in Home Care Settings by Degree of Implementation – Results of a Cluster-Randomized Controlled Trial in Germany (H Rothgang, C Stolle, A Wolter, G Roth)

---

MV FB 5

## **Mitgliederversammlung Fachbereich 5: Gesundheitssystemforschung, Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung**

Raum: S05 T00 B59

Vorsitz: Dr. Dagmar Lühmann / Dr. Dr. Anja Neumann

### **Personalisierte Medizin in der Onkologie**

Die „Personalisierte Medizin (PM)“ in der Onkologie erhält derzeit erhebliche Aufmerksamkeit und weckt eine Vielzahl von Hoffnungen. Die aktuellen Erkenntnisse der PM bilden die

Grundlage für zielgerichtete diagnostische, therapeutische sowie präventive Maßnahmen. Damit ist der neue medizinische Forschungsschwerpunkt von hoher Relevanz für die klinische Praxis. Im medizinischen Fachgebiet der Hämatologie und Onkologie werden bereits heute viele Therapieentscheidungen auf der Grundlage von Erkenntnissen der PM getroffen. Zugleich birgt die PM erhebliche konzeptuelle, normative und empirische Herausforderungen. Zunächst muss der Begriff der Personalisierten Medizin und die Implikationen einer auf das Genom fokussierten Diagnostik und Behandlung kritisch hinterfragt werden. Der Umgang mit vertraulichen Daten sowie die Finanzierung der oftmals kostenintensiven Maßnahmen, sind Gegenstand ethischer, gesundheitsökonomischer und rechtlicher Untersuchungen. Schließlich muss geprüft werden, inwieweit etablierte empirisch-methodische Standards zur Evaluation neuer Substanzen auf die Interventionen der Personalisierten Medizin angewendet werden können. Im Rahmen der Veranstaltung soll der Blick aus Richtung der Ethik, der Medizin und der Gesundheitsökonomie auf das Themenfeld der personalisierten Medizin in der Onkologie geworfen und kontroverse Sichtweisen diskutiert werden.

**Referat 1: "Personalisierte Medizin in der Onkologie. Eine medizinethische Analyse." (Sebastian Wäscher, Jan Schildmann, Jochen Vollmann (Institut für Medizinische Ethik und Geschichte der Medizin, Ruhr-Universität Bochum))**

**Referat 2: "Kosten-Nutzen-Bewertung der personalisierten Medizin am Beispiel der Akuten Myeloischen Leukämie." (Matthias Port, Arnold Ganser (Klinik für Hämatologie, Hämostaseologie, Onkologie und Stammzelltransplantation, Medizinische Hochschule Hannover) Anja Neumann, Laura Pouryamout, Jürgen Wasem (Lehrstuhl für Medizin-Management Universität Duisburg-Essen)**

AG-MV FB 5 AG 5

**AG-Mitgliederversammlung “Public-Health-Ethik” 12:30 – 13:30  
Uhr**

Raum: S05 T00 B59

Vorsitz: Dr. Peter Schröder-Bäck

---

WS IV FB 3

**Gesundheitskompetenz: Wissensbezogene vs. Erfahrungs-  
bezogene Dimensionen**

Raum: S05 T00 B71

Veranstalter: Fachbereich 3 / AG 9: Patientenorientierung und -  
information

Vorsitz: Prof. Dr. Marie-Luise Dierks / Prof. Dr. Marianne  
Brieskorn-Zinke

Gesundheitskompetenz umfasst nach gängigen Definitionen ein  
ganzes Bündel von Fähigkeiten: Kognitive Kompetenzen,  
kommunikative Kompetenzen, die Fähigkeit, eigene Interessen  
zu artikulieren und gegebenenfalls durchzusetzen,  
Selbstwirksamkeitserwartungen sowie Wissen bzw. die  
Fähigkeit, sich neues Wissen anzueignen. Gesundheits-  
kompetenz bedeutet aber auch, den eigenen Körper  
wahrzunehmen und gesundheitsförderlich zu handeln. Im  
Workshop sollten aktuelle Konzepte einer wissensbezogenen  
und oder eher erfahrungsbezogenen Dimension vorgestellt und  
in ihrer wechselseitigen Bezogenheit diskutiert werden.

### **Referat 1: „EU-Aktivitäten zur Messung der Wissensdimension in der Gesundheitskompetenz“ (N.N.)**

Der European Health Literacy Survey wurde im Jahr 2011 in acht europäischen Ländern durchgeführt mit dem Ziel, die Gesundheitskompetenz der erwachsenen Bevölkerung zu erfassen. Dabei wurden Fragen zur Krankheitsbewältigung, zur Prävention und Gesundheitsförderung erhoben. Wie in diesem Survey die Gesundheitskompetenz operationalisiert wurde, ist Gegenstand des Vortrags.

### **Referat 2: „Gesundheitskompetenz aus Sicht von Bürgerinnen und Bürgern und Experten – Unterschiede und Gemeinsamkeiten“ (Dr. Gabriele Seidel, Patientenuniversität MHH Hannover)**

Abstract: Hintergrund: Die bislang vorhandenen Definitionen von Gesundheitskompetenz sind heterogen, zudem überwiegend aus der Expertenperspektive formuliert. Was Bürgerinnen und Bürger selbst mit dem Begriff „Gesundheitskompetenz“ verbinden verstehen und welche gesundheitsbezogenen Fähigkeiten aus ihrer Sicht in unterschiedlichen Situationen erforderlich sind, ist bislang wenig untersucht. Methode: Im Rahmen einer qualitativen Studie wurden 10 Frauen und 10 Männer in teilstrukturierten Interviews telefonisch befragt. Das theoretical sample wurde nach Geschlecht, Alter, Bildung und chronisch erkrankt/gesund stratifiziert. Auf der Basis von Fallbeispielen zu Gripeschutzimpfung, Darmkrebsfrüherkennung, chronischer/lebensbedrohlicher Erkrankung und Pflegesituation sollten die Befragten die aus ihrer Sicht in dieser Situation erforderlichen Fähigkeiten beschreiben und abschließend mit ihren Worten „Gesundheitskompetenz“ definieren. Die Interviews wurden mit Audiogeräten aufgezeichnet und transkribiert. Die Auswertung erfolgte mit einem Mixed-Methods-Design auf der Basis der Inhaltsanalyse nach Mayring: Im ersten Schritt wurde ein am Interviewleitfaden orientiertes Kodierverfahren eingesetzt, das in der weiteren Analyse durch induktiv gewonnene Codes

vervollständigt und zu Dimensionen zusammengefasst wurde, eine quantifizierende, statistische Auswertung bildet den Abschluss. Ergebnisse: Es konnten sechs interne und fünf externe Dimensionen der Gesundheitskompetenz differenziert werden. Die internen Dimensionen aus Sicht der Bürger umfassen: (1) „Wissen und Information“ über den Körper, Gesundheit und Krankheit, (2) „Persönliche Eigenschaften“ wie Optimismus und Selbstbewusstsein, (3) „Eigenverantwortung“, (4) „Kommunikationsfähigkeit“, im Sinne der eigenen Gesprächsbereitschaft und der Kommunikation mit Professionellen, (5) „Urteilsfähigkeit“ sowie (6) „Navigation im Gesundheitssystem“. Am häufigsten genannt wird die Dimension „Wissen und Informationen“, gefolgt von „persönlichen Eigenschaften“. Die externen Dimensionen wurden in der hier identifizierten Form in bislang vorliegenden Konzepten zur Gesundheitskompetenz nicht explizit dargestellt. Dazu gehören (1) „soziales Umfeld“, (2) „Hilfestellung und professionelle Unterstützung“, (3) „Kompetenz der Professionellen“, (4) „Zeit“, sich mit einer Situation auseinander zu setzen und (5) „finanzielle Ressourcen“. Schlussfolgerungen: Bürgerinnen und Bürger haben klare Vorstellungen über unterschiedliche Aspekte von Gesundheitskompetenz und differenzieren selbst zwischen internen, personenbezogenen und externen, umweltbezogenen Aspekten. Zur Unterstützung der Gesundheitskompetenz von Bürgern ist neben der Bereitstellung von Wissen und der Stärkung individueller Fähigkeiten die Entwicklung geeigneter Unterstützungsformen durch das Gesundheitssystem erforderlich.

### Referat 3: "Erfahrungsbezogene Gesundheitskompetenz in der Pflegeausbildung - Konzeption, Durchführung und Einschätzung der Studierenden" (Prof. Dr. Marianne Brieskorn-Zinke, Fachhochschule Darmstadt)

Abstract: Gesundheitskompetenz ist nicht nur eine Voraussetzung zum persönlichen Gesundheitshandeln, sondern ebenso zur Professionalisierung in der Gesundheitsförderung. In der aktuellen Diskussion des Begriffs Gesundheitskompetenz dominiert ein Verständnis, welches in erster Linie kognitive Fähigkeiten hervorhebt. Diesem wissensbasierten Verständnis wird hier eine erfahrungsbasierte Ausrichtung hinzugefügt, die auf dem Leibkonzept beruht und die Fähigkeiten zum Wahrnehmen und Spüren fördert. Methode: Erfahrungsbezogene Gesundheitskompetenz wurde im Pflegestudium als Lehrforschungsprojekt umgesetzt und über 4 Semester sowohl mit quantitativen als auch mit qualitativen Methoden begleitforscht. Die Studierenden bewerteten diesen erfahrungsbasierten Unterricht im Hinblick auf den Nutzen für ihre persönliche und ihre professionelle Gesundheitskompetenz. Ergebnisse: Die vorliegenden Ergebnisse zeigen deutlich, dass – zumindest aus Sicht der Studierenden – Körper- und leibbezogene Wahrnehmungsseminare im Pflegestudium neben den wissensbasierten Angeboten ihren Platz finden sollten. Es werden körperbezogene Lern- und Entwicklungsprozesse in Gang gesetzt, die für das persönliche und für das professionelle Gesundheitshandeln zentral sind.

#### Literatur:

Brieskorn-Zinke, M.(2011): Gesundheitskompetenz - Welche Fähigkeiten und Fertigkeiten sind konstitutiv für persönliches und professionelles gesundheitliches Handeln? In: Pflegewissenschaft 10/11 541-546

Brieskorn-Zinke: M.(2011): Achtsamkeitspraxis und die Entwicklung von professioneller Gesundheitskompetenz in der Pflege. In: Pflege 2011; 24 (4): 251-257

---

## **Epi goes Gender: Geschlechtersensible Forschung in der Epidemiologie**

Raum: S05 T00 B83

Veranstalter: Fachbereich 6

Vorsitzende: Ingeborg Jahn / Gabriele Bolte

Das Projekt Epi goes Gender wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) für 3 Jahre (2011-2013) gefördert. Es ist Teil des Verbundes „Geschlechtersensible Forschung in Epidemiologie, Neurowissenschaften und Genetik/Tumorforschung“ ([www.epi-goes-gender.net](http://www.epi-goes-gender.net)). Ziel ist es, geschlechtersensible Forschung in der Epidemiologie zu stärken und dabei an vorhandenen Interessen der Forscher/innen anzusetzen. Epi goes Gender arbeitet mit den Fachgesellschaften DGSMP, DGMS, GMDS, DGEpi zusammen. Ziel dieses Workshops ist es, einen Überblick zu aktuellen konzeptionellen und methodischen Entwicklungen im Hinblick auf geschlechtersensible Forschung in der Epidemiologie zu geben und darüber einen regen Austausch mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Workshops zu initiieren. Die Teilnehmer/innen sind sehr herzlich eingeladen, ihre eigenen Beispiele in die Diskussion einzubringen. Bitte beachten Sie auch das laufende Epi-goes-Gender-Programm „Nachwuchstalente schaffen neues Wissen“ (Informationen zur Bewerbung und Terminen finden Sie unter: [http://www.bips.uni-bremen.de/talente\\_programm.php](http://www.bips.uni-bremen.de/talente_programm.php)).

Programm:

- Gender in der Epidemiologie - Methodische Implikationen? (Gabriele Bolte) In diesem Vortrag wird in das Konzept Gender in der Epidemiologie eingeführt sowie eine Übersicht über methodische Aspekte gegeben. Dies wird in einem weiteren Abschnitt an Praxisbeispielen aus dem Themenfeld Arbeit und Gesundheit illustriert.
  - Gemeinsame Erarbeitung von Beispielen mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Workshops
- 

WS 2 MDK

## **MDK Workshop II: Verloren im Gesundheitsmarkt – Kann der MDK Versicherte und Patienten schützen?**

Raum: S07 S00 D07

Veranstalter: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS) und Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Nordrhein (MDK Nordrhein)

Vorsitzende: Dr. Gert von Mittelstaedt, Präsident der DGSM / Prof. Dr. Astrid Zobel, Leitende Ärztin Sozialmedizin beim MDK Bayern

Referat 1: **„Patienteninformation zu Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL)“ (Dr. Monika Ielgmann, Leiterin des Fachbereichs Evidenzbasierte Medizin, MDS)**

Referat 2: **„Was bringt die sozialmedizinische Begutachtung in der Onkologie den Patienten?“ (Professor Dr. Axel Heyll, Leiter des Kompetenz-Centrums Onkologie, MDK Nordrhein)**

Referat 3: **„Verdacht auf Behandlungsfehler – Was hat der Patient von der MDK- Begutachtung?“ (Dr. Ingeborg Singer, Leiterin des Fachbereichs Medizinrecht, MDK Bayern)**

**Referat 4: „Erwartungen an die Sozialmedizin aus Sicht der Verbraucher“ (Wolfgang Schuldzinski, Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen)**

---

**12:30 – 13:30 Uhr: Mittagspause**

---

## 13:30 – 16:45 Uhr: ICF-Expertenpanel

### Personbezogene Faktoren der ICF

Raum: S03 V00 E33

Veranstalter: Fachbereich 3 / AG 1: ICF

Vorsitz: Dr. Sabine Grotkamp / Dr. Wolfgang Cibis / Dr. Christian Alex

Ausgehend von einem 2006 von der MDK-Gemeinschaft publizierten Ansatz zur Klassifizierung von personbezogenen Faktoren wurde von der DGSMP im Juni 2009 eine Arbeitsgruppe "ICF" implementiert, die diesen Vorschlag "trägerübergreifend" und "berufsgruppenunabhängig" für den deutschsprachigen Raum weiterentwickeln sollte.

Die multiprofessionell zusammengesetzte Arbeitsgruppe reduzierte die primäre Systematik auf sechs Kapitel mit zugeordneten Unterkategorien. In mehreren Expertenrunden wurden Kategorien zur Beschreibung von personbezogenen Faktoren konsentiert, die im Sinne der ICF als Förderfaktor oder Barriere bedeutsam sein können. Das Ergebnis ist als "work in progress" zu verstehen und soll auf der Grundlage der aktuell im "Das Gesundheitswesen" publizierten Fassung sowie den Impulsreferaten im Panel und Statements aus den Workshops zur ICF diskutiert werden. ICF-Experten und insbesondere auch den Betroffenen selbst soll dabei die Möglichkeit eröffnet werden, sich aktiv in den Diskussionsprozess einzubringen und an der erforderlichen Weiterentwicklung bzw. der Klärung noch offener Fragen bei dieser ICF-Komponente mitzuwirken.

**Vortrag 1: „Personbezogene Faktoren der ICF – ein deutschsprachiger Entwurf zur Klassifikation“ (Dr. W. Cibis)**

**Vortrag 2: „Personbezogene Faktoren der ICF – ethische Aspekte“ (Dr. E. Nüchtern)**

Abstract: Hintergrund: Klassifikationen sind ein Instrument modernen Managements im Gesundheitswesen. Sie ermöglichen es, standardisiert vorzugehen. Klassifikationen können auch missbraucht werden. Die ICF enthält deshalb ethische Leitlinien (Anhang 6). Im Zusammenhang mit dem Entwurf einer Liste personbezogener Faktoren der ICF, die die AG ICF des Fachbereichs II der DGSMP 2010 zur Diskussion stellte, wird aus sozialmedizinischer Sicht den beiden ethischen Fragen nachgegangen:

- 1.) Ist der Vorschlag einer Liste personbezogener Faktoren ethisch vertretbar?
- 2.) Welche Anforderungen stellen sich aus ethischer Sicht bei der Erstellung und Anwendung einer solchen Liste?

Methodik: Der Beitrag geht aus von einem Verständnis von Ethik als der praktischen Wissenschaft, die nach dem richtigen Handeln fragt. An Hand von wegweisenden ethischen Grundlegungen wie Max Webers Unterscheidung von Gesinnungs- und Verantwortungsethik und der 5 Grundsätze von Kitchener wird eine Antwort auf die beiden Fragen versucht. Ergebnisse: 1.) Der Vorschlag einer Liste personbezogener Faktoren ist ethisch begründbar. Durch die Existenz einer Liste personbezogener Faktoren gewinnen diese Gestalt. Ihre Berücksichtigung wird erleichtert und damit die umfassende Beschreibung auch der internen Einflussfaktoren auf die Auswirkungen einer Krankheit. Die Inklusion von Menschen mit Behinderung erfordert deren ganzheitliche Betrachtung einschließlich des persönlichen Lebenshintergrunds, soweit relevant.

2.) An die Erstellung einer Liste personbezogener Faktoren sind Anforderungen aus ethischer Sicht zu stellen. Die Items wurden deshalb ausdrücklich möglichst umfassend, universell,

wertneutral, handhabbar, relevant, eindeutig, final ausgerichtet und nicht diskriminierend formuliert. Um die sozialmedizinische Perspektive zu erweitern, wurden andere Berufsgruppen und Patientenvertreterinnen in den Entwicklungsprozess einbezogen.

3.) Ethische Aspekte sind vor allem bei der Anwendung einer Liste personbezogener Faktoren zu beachten. a) Eine Liste personbezogener Faktoren soll nützen. Sie kann dazu beitragen, die individuellen Einflussfaktoren auf die Auswirkungen eines Gesundheitsproblems zu berücksichtigen und insofern eine sachgerechte Bewertung bei sozialmedizinischen Fragestellungen erleichtern. b) Sie soll möglichst wenig Schaden stiften. Die ärztliche Schweigepflicht, die Amtsverschwiegenheit, das Datenschutzrecht verhindern in Deutschland eine unbefugte Nutzung persönlicher Daten. c) Bei der Beschreibung personbezogener Faktoren mit Hilfe einer strukturierten Liste soll die Patientenautonomie respektiert werden. Dies gilt bei der Erfassung personbezogener Faktoren ebenso wie bei der Erfassung anderer gesundheitsbezogener Daten. d) Personbezogene Faktoren sollen im Rahmen einer vertrauensvollen Beziehung erhoben werden. e) Die Anwendung einer Liste personbezogener Faktoren kann der Gerechtigkeit dienen, indem die vom SGB I gebotene individuelle Betrachtung unterstützt wird. Schlussfolgerung: Die ICF klassifiziert nicht Menschen, sondern Manifestationen von Gesundheitsproblemen und Einflussfaktoren auf Funktionsfähigkeit und Behinderung. Die Autoren des Vorschlags einer Liste personbezogener Faktoren für den deutschen und schweizerischen Sprachraum waren sich der Wichtigkeit ethischer Gesichtspunkte bewusst. Die Liste wurde entsprechend formuliert. Die Erstellung einer Liste personbezogener Faktoren für die Berücksichtigung individueller Einflussfaktoren entspricht dem Anliegen der praktischen Sozialmedizin, für Sozialleistungen relevante medizinische Sachverhalte individuell und umfassend zu beschreiben. Ein verantwortungsvoller Gebrauch der vorgeschlagenen Liste entsprechend den elf Leitlinien in Anhang 6 der ICF wird ausdrücklich gefordert. Unter Beachtung der ethischen Prämissen für die Anwendung der ICF kann die

strukturierte Erfassung personbezogener Faktoren in praktischer Sozialmedizin und Rehabilitation die individuelle Ableitung von Interventionsbedarf oder der Notwendigkeit eines Nachteilsausgleichs erleichtern.

### Literatur:

1. Bundesärztekammer. (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (Stand 2011).  
<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.100.1143>
2. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), Hrsg. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, ICF. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2004
3. Geyh S, Peter, C., Müller, R., Bickenbach, J. E., Kostanjsek, N., Üstün, B. T., Stucki, G., & Cieza, A. (2011). The Personal Factors of the International Classification of Functioning, Disability and Health in the literature – a systematic review and content analysis. *Disability and Rehabilitation*, 33, 1089-1102
4. Grotkamp S, Cibis W, Behrens J P, Bucher O, Deetjen W, Nyffeler ID, Gutenbrunner C, Hagen T, Hildebrandt M, Keller K, Rentsch HP, Schian H, Schwarze M, Sperling M, Seger W. Personbezogene Faktoren der ICF – Entwurf der AG „ICF“ des Fachbereichs II der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSM). *Gesundheitswesen* 2010; 72: 908-916
5. Kant I. Kritik der praktischen Vernunft. Hamburg: Meiner; 2003
6. Kitchener KS. Foundations of ethical practice, research, and teaching in psychology. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 2000
7. Platon. Der Staat / Politeia. Berlin: Von Oldenbourg Akademieverlag; 2011
8. Viol M, Grotkamp S, van Treeck B, Nüchtern E, Manegold B, Eckardt S, Penz M, Seger W. Personbezogene Kontextfaktoren, Teil I: Ein erster Versuch zur systematischen, kommentierten Auflistung von geordneten Anhaltspunkten für die sozialmedizinische Begutachtung im deutschen Sprachraum. *Gesundheitswesen* 2006; 68, 747-759
9. Weber M. Politik als Beruf (1919). Auszug unter dem Titel: "Der Beruf zur Politik" in: Weber M. Soziologie. Weltgeschichtliche Analysen. Politik. Hrsg. Winkelman J. Stuttgart: Kröner; 1968, S. 167 - 185.
10. Weltgesundheitsorganisation. International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF. Genf: Weltgesundheitsorganisation; 2001

### Vortrag 3: „Die Bedeutung der personbezogenen Kontextfaktoren im Antrags- und Bewilligungsverfahren von Leistungsträgern aus Sicht der Betroffenen?“ (Marion Rink)

Abstract: Für uns Betroffene war das Jahr 2001 sehr bedeutsam, da in diesem Jahr das SGB IX –Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen - in Kraft trat. Um die Art und den Umfang der Teilhabebeeinträchtigungen feststellen zu können eignet sich die ICF als Instrument, da sie entsprechende Kategorisierungen vornimmt und somit das bio-psycho-soziale Modell erweitert, mit dem Ziel der besseren Anpassung an die Lebenswirklichkeit Betroffener. Bisher bleibt es den begutachtenden Fachleuten überlassen ob und wie sie die Personbezogenen Faktoren beurteilen. Das ist im Sinne des **Empowerment** nicht länger hinnehmbar. Betrachtet man dann die UN-Behindertenrechtskonvention, sind Maßnahmen zu entwickeln, die die gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit Behinderung fördern. Da eine umfassende Betrachtung des gesamten Lebenshintergrundes eines Menschen und daraus folgend auch eine Beurteilung der Teilhabebeeinträchtigungen ohne Klassifizierung der Personbezogenen Faktoren der ICF nicht erfolgen kann, war diese längst überfällig. Damit ist allerdings nur ein erster wissenschaftlicher Schritt erfolgt. Für die Betroffenen ist die Implementierung in der Praxis der entscheidende Punkt. Da die Personbezogenen Faktoren nie losgelöst zu betrachten sind, ist eine Überarbeitung der gesamten Begutachtungsrichtlinien auf Grundlage der ICF überfällig. Das setzt auch eine Umgestaltung der Formulare voraus. Der §12 des SGB IX muss endlich zwingend umgesetzt werden. Das ist eine gemeinsame Aufgabe aller Rehabilitationsträger und beinhaltet dann auch eine entsprechende Schulung der Verordner nicht nur zur Anwendung der ICF, sondern auch gerade bzgl. der Verwendung der Personbezogenen Faktoren der Stärkung des Empowerments der Betroffenen. Hier sind große Zweifel angebracht. Die zuständigen Leistungsträger haben dafür Sorge zu tragen, dass eine umfassende Begutachtung nach den ICF-Kriterien in zeitlicher und finanzieller Hinsicht auch durchführbar ist und entsprechendes fachgerechtes Personal zur Verfügung gestellt

wird. Der Gesetzgeber ist aufgefordert, die ICF in den einschlägigen sozialrechtlichen Vorschriften als standardisiertes Klassifizierungssystem zugrunde zu legen und sie in allen Bereichen der gesundheitlichen Versorgung und Rehabilitation sowie im Bereich der sozialen Sicherung zu implementieren. Ziel muss es sein, durch eine Überarbeitung der Antrags- und Bewilligungsverfahren, eine umfassende Teilhabe für Menschen mit Behinderung ohne Barrieren und Diskriminierungen, sondern mit Chancengleichheit in allen Lebensbereichen zu erreichen.

Vortrag 4: „**Wie kann es weitergehen? – ein Ausblick der Wissenschaft**“ (Prof. C. Gutenbrunner)

## PAUSE

Nach der Pause folgen **Statements aus den Workshops zur ICF. Diese sollen zusammen mit den Impulsreferaten im Auditorium diskutiert werden.** Ziel dabei ist es, nicht nur den ICF-Experten, sondern insbesondere auch den Betroffenen selbst die Möglichkeit zu eröffnen, sich aktiv in den Diskussionsprozess einzubringen und an der erforderlichen Weiterentwicklung bzw. der Klärung noch offener Fragen bei dieser ICF-Komponente mitzuwirken.

---

## 13:30 – 15:00 Uhr: 2. Plenarsitzung

### Plenarsitzung II: Podiumsdiskussion zum Thema „Pfle- gereform eine Dauerbaustelle“

Raum: S05 T00 B08

Vorsitz: Herr Dr. med. Gert von Mittelstaedt

- **Perspektive der Politik:**  
Frau Birgit Naase, BMG
- **Perspektive des MDS:**  
Herr Dr. Peter Pick, MDS
- **Einrichtungsperspektive:**  
Herr Dr. Gerhard Timm; Bundesarbeitsgemeinschaft der  
Freien Wohlfahrtspflege
- **Perspektive der Pflege-bzw. Gesundheitswissenschaft:**  
Frau Prof. Christel Bienstein, Universität Witten/Herdecke
- Podiumsdiskussion ca. 20-30 Minuten (Fragen aus dem Pub-  
likum)

---

15:00 – 15:15 Uhr: Kaffee und Gebäck im Hörsaalzentrum

---

WS III FB 4 (AG 6)

### **Pharmaceutical Public Health: Workshop + Mitgliederversammlung Fachbereich 4 - AG Arzneimittel und Sozialpharmazie**

Raum: S03 V00 E59

Veranstalter: Fachbereich 4 / AG 6: Arzneimittel und  
Sozialpharmazie

Vorsitz: Frau Mitra Bettina Mielke, MPH / Herr Dr. Udo Puteanus

Inhalt / Konzept: Arzneimittel zählen zu den häufigsten therapeutischen Maßnahmen – sowohl im Rahmen der ärztlichen Verordnung wie auch bei der Selbstmedikation. Richtig angewendet können sie Krankheiten heilen, lindern oder verhüten. Eine nicht bestimmungsgemäße Anwendung hingegen birgt vielfältige Risiken.

Die Sozialpharmazie setzt sich mit den Möglichkeiten zur Beobachtung, Dokumentation, Analyse und Bewertung des Konsums von Arzneimitteln auseinander.

Ziel der Sozialpharmazie ist es, die Bevölkerung über einen verantwortlichen Arzneimittelkonsum aufzuklären, zu informieren und zu beraten sowie an der Bekämpfung des Drogen- und Arzneimittelmissbrauchs mitzuwirken.

In der Sitzung der AG Arzneimittel und Sozialpharmazie werden aktuelle Themen angesprochen (Impulsreferate) sowie künftige Aktionsschwerpunkte und Aktivitäten diskutiert.

## Literatur:

§ 20 Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (ÖGDG NRW)

Apotheken, Gesundheitsförderung und Gesundheitswissenschaften/Public Health. Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA NRW), Düsseldorf, Mai 2010. ISBN 978-3-88139-163-4

Impulsreferate aus verschiedenen Pharmaceutical Public Health-Bereichen:

**Referat 1: "Legal Highs': Gefahr und Verbreitung psychoaktiver Substanzen aus der kreativen Drogenküche" (Dr. Andrea Wiegard, LZG.NRW)**

**Referat 2: "Teuer oder billig - Apotheke oder Discounter? Die teils unscharfen Grenzen zwischen Arzneimitteln und Nahrungsergänzungsmitteln" (Mitra Mielke MPH, Gesundheitsamt Stadt Köln)**

**Referat 3: "Medikamententafel - eine sinnvolle und notwendige ergänzende Versorgungsinitiative!? - Eine Pilotstudie zur Qualität der Versorgung sozial Benachteiligter mit nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln im Kreis Heinsberg" (Inge Döring, Gesundheitsamt Kreis Heinsberg)**

**Referat 4: "Polypharmazie im Alter - ein breites Feld für Interventionen" (Dr. Maria Albota, Kompetenz-Centrum Geriatrie beim MDK Nord)**

---

## **Prävention und Versorgung: Kardiovaskuläre Erkrankungen**

Raum: S03 V00 E71

Vorsitzende: Prof. Dr. Karl-Heinz Jöckel / Dr. Rafael Mikolajczyk,  
MSc Epid

**1:** Zusammenhang zwischen moderater körperlicher Aktivität und dem Ausmaß koronarer Verkalkung – Ergebnisse der Heinz Nixdorf Recall Studie (S Andrich, N Dragano, S Möhlenkamp, A Schmermund, N Lehmann, U Slomiany, U Roggenbuck, J Siegrist, KH Jöckel, R Erbel, S Moebus)

**9:** The impact of transcatheter aortic valve implantation on quality of life. Results from the German transcatheter aortic valve interventions registry (J Biermann, M Horack, P Kahlert, T Konorza, B Plicht, J Wasem, R Zahn, J Senges, R Erbel, T Neumann)

**106:** Herzschrittmacher und Defibrillatoren: Studienlage und Versorgungsrealität in Deutschland (G Schnitzler)

**8:** Prähospitaler Verzögerung des Therapiebeginns bei akutem Myokardinfarkt – eine qualitative Pilotstudie zu Bewältigungsstrategien und versorgungsbezogenen Einflussfaktoren (M Behmann, S Kramer, R Hussein, M Gerlich, U Walter, A Schäfer, M Dreier)

---

Vortrag 6.2

**Routinedaten**

Raum: S05 T00 B42

Vorsitzende: Prof. Dr. Jürgen Wasem /Dr. Enno Swart

**123:** Gute Praxis Sekundärdatenanalyse (GPS). Die 2. Revision (E Swart, P Ihle, H Gothe)

**124:** Was sagt uns die stetig zunehmende Zahl stationärer Notfallaufnahmen? (E Swart, BP Robra, T Huke)

**125:** Lässt sich die Umsetzung ärztlicher Leitlinien anhand von GKV-Routinedaten überprüfen? (E Swart, C Willer)

**51:** Kaiserschnitte in deutschen Krankenhäusern: Wie valide sind Routinedaten aus den Qualitätsberichten für die Bestimmung der Kaiserschnittraten? (K Junghänel, T Böhler, H Renz-Polster, F De Bock)

**k.A.** Life-Time Prevalences for Need of Long-term Care - Results from a German Longitudinal Study (H Rothgang, K Giersiepen, R Müller, R Unger)

---

Poster 4

**Alte Menschen**

Raum: S05 T00 B59

Vorsitzende: Prof. Dr. Johannes Gostomzyk / Prof. Dr. med. David Klemperer

**111:** The relationship between social integration and depression in non-demented primary care attenders aged 75 years and older (M Schwarzbach, M Lippa, C Sikorski, A Fuchs, W Maier, H van den Bussche, M Pentzek, SG Riedel-Heller)

**43:** Bedeutung von spiritueller Begleitung von Menschen mit Demenz, deren Angehörige und Pflegekräften. Ergebnisse einer Befragung (M Hey, G Bagci)

**70:** Health Service Utilization and Costs of Depression in Late Life – A Systematic Review (M Lippa, C Sikorski, T Motzek, A Konnopka, HH König, SG Riedel-Heller)

**107:** Erwartungen älterer Patienten an einen Krankenhausaufenthalt (T Schönfelder, J Kugler, T Schaal)

**67:** Ambulant oder stationär? – Erwartungen, Motivationen und subjektive Beweggründe für die Wahl des Rehabilitationssettings (M Löbner, M Lippa, A Konnopka, HH König, L Günther, J Meixensberger, HJ Meisel, SG Riedel-Heller)

**66:** Gewalt gegen ältere Menschen in Europa (J Lindert)

**27:** Häusliche Pflegearrangements. Eine explorative Analyse auf Basis des Sozio-ökonomischen Panels, Wellen 2002-2009 (C Emrich, MA Rieger, E Simoes)

**58:** Effektivität und Kosteneffektivität von seniorenfreundlichen, barrierearmen Wohnraum – Ein systematischer Literaturüberblick (K Krause, D Hering, J Wasem, J Biermann)

---

---

MV FB 3

## **Mitgliederversammlung Fachbereich 3: Prävention und Gesundheitsförderung**

Raum: S05 T00 B71

Veranstalter: Fachbereich 3: Prävention und Gesundheitsförderung

Vorsitzende: Prof. Dr. Ulrich John / Prof. Dr. Marie-Luise Dierks

Referat 1: **"Kostenreduktion durch Prävention?" (Dr. Nadja Chernyak)**

Referat 2: **"Gesundheitsökonomische Evaluation in der Prävention am Beispiel Diabetes und Sturzprophylaxe" (Prof. Dr. Dr. Andrea Icks)**

Der Glaubenssatz „Prävention spart Geld“ ist weitverbreitet. Der erste Vortrag stellt die vorhandene Evidenz für die Kostenreduktion durch Prävention vor. Es wird darüber reflektiert, inwieweit Kostenersparnis das relevante Kriterium ist, um die Wirtschaftlichkeit der Prävention zu beurteilen. Anschließend werden methodische Herausforderungen gesundheitsökonomischer Evaluation der präventiven Maßnahmen besprochen.

Im zweiten Vortrag wird gesundheitsökonomische Evaluation von Prävention an zwei Beispielen aufgegriffen, der Prävention des Typ 2 Diabetes mellitus und der Prävention von Stürzen und sturzbedingten Verletzungen im Alter. Thematisiert wird u.a. die Problematik der Vorhersage von Krankheitsverläufen, der zusammenfassenden Bewertung des Nutzens von komplexen Interventionen sowie der Verwendung von nicht versorgungsnahen Interventionsstudien, wenn Aussagen im Kontext der Routineversorgung getroffen werden sollen.

## **Aktuelle Themen der Frauengesundheit**

Raum: S05 T00 B83

Veranstalterinnen: Fachbereich 6: Frauen- und geschlechtsspezifische Gesundheitsforschung in Kooperation mit dem Bundesverband der Frauengesundheitszentren

Vorsitzende: Gabriele Bolte, Cornelia Ullrich, Ingeborg Jahn

Nach der DGSMP-Jahrestagung 2011 in Bremen und der Verleihung der Salomon-Neumann-Medaille an den Bundesverband der Frauengesundheitszentren (und an Prof. Ulrike Maschewsky-Schneider) (Laudatio siehe unter: [www.thieme-connect.de/ejournals/toc/gesu/110769](http://www.thieme-connect.de/ejournals/toc/gesu/110769)) haben der Fachbereich VI und der Bundesverband in mehreren Gesprächen Möglichkeiten der Zusammenarbeit entwickelt und vereinbart, in Zukunft intensiver als bisher miteinander zu kooperieren. Ein Ergebnis ist, regelmäßig auf den Jahrestagungen der DGSMP gemeinsame Workshops zu „Aktuellen Themen der Frauengesundheit“ zu veranstalten, um einen Austausch zwischen unabhängigen feministischen und institutionell sozialmedizinischen Perspektiven auf Frauengesundheit zu ermöglichen. Auf diesem ersten Workshop wird es zwei Impulsreferate geben. Wir wünschen uns sehr, dass Diskussionen mit unseren Gästen auch über den Fachbereich VI hinaus in der DGSMP Interesse finden.

Programm:

- „Die Arbeit der Frauengesundheitszentren – ein Überblick über Arbeitsbereiche und Konzepte“ (Cornelia Ullrich, Frauengesundheitszentrum Frankfurt/Main)

- „HIV und Frauen“ (Ulrike Sonnenberg-Schwan, Frauengesundheitszentrum München)
- Austausch mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Workshops

---

WS 3 MDK

### **MDK Workshop III: Verbesserung der Palliativversorgung - was kann die Sozialmedizin hierzu beitragen?**

Raum: S07 S00 D07

Veranstalter: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS) und Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Nordrhein (MDK Nordrhein)

Vorsitzende : Dr. Joan Elisabeth Panke, Fachgebietsleiterin Ambulante Versorgung beim MDS Dr. Martin Rieger, Ärztlicher Direktor und stellv. Geschäftsführer des MDK Westfalen-Lippe

Referat 1: **„Aktueller Stand der Palliativversorgung in Deutschland – Bilanz und Perspektiven“ (Thomas Sitte, Vorstandsvorsitzender Deutsche Palliativ Stiftung e.V.)**

Referat 2: **„Sozialmedizinische Begutachtung bei SAPV und Hospizversorgung“ (Dr. Carmen- Johanna Steiger, Medizinische Gutachterin, MDK Nord)**

Referat 3: **„Wohin wollen die Krankenkassen bei der Palliativversorgung?“ (Oliver Blatt Leiter der Abteilung Gesundheit, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek))**

Referat 4: **„Welche Rahmenbedingungen brauchen die Praktiker?“ (Dr. Marianne Kloke Ärztliche Leiterin des Zentrums für Palliativmedizin Kliniken Essen-Mitte, Mitglied des Netzwerks Palliativmedizin Essen)**

---

**16:45 – 17:00 Uhr: Kaffee und Gebäck im Hörsaalzentrum**

---

---

MV DGSMP

**Mitgliederversammlung der DGSMP 17:00 -18:30 Uhr**

Raum: S05 T00 B08

---

MV DGPH

**Mitgliederversammlung der DGPH 17:00 -18:30 Uhr**

Raum: S05 T00 B59

---

---

**18:30 – 19:30 Uhr: Bus- Transfer zum Stadtgarten Steele**  
**Ab 19:30 Uhr: Gesellschaftsabend**

---

Raum Zeit	S03 V00 E33	S03 V00 E59	S03 V00 E71	S05 T00 B08	S05 T00 B32	S05 T00 B42	S05 T00 B59	S05 T00 B71	S05 T00 B83	S07 S00 D07
8:30- 8:45	Kaffee & Snacks im Hörsaalzentrum									
8:45- 10:15	Vortrag 7.1	WS VI FB 3	WS IV FB 4		Vortrag 7.2	Vortrag 7.3	Vortrag 7.4	WS FB 1	Vortrag 7.5	
10:15- 10:30	Kaffee & Gebäck im Hörsaalzentrum									
10:30- 12:30	3. Plenarsitzung (S05 T00 B08), Posterpreisverleihung und Verabschiedung									
Ab 12:30	Brötchenbuffet "to go" im Hörsaalzentrum									

---

*Freitag, 14.09.2012*

---

**8:30 -8:45 Uhr: Kaffee und Snacks im Hörsaalzentrum**

**Sessions VII: 08:45 – 10:15 Uhr**

---

Vortrag 7.1

**Prävention und Versorgung: Schwangerschaft**

Raum: S03 V00 E33

Vorsitzende: Prof. Dr. Ulrich John / Dr. Rebecca Jahn

**130:** Weniger ist mehr- Rauchfreiberatung durch Familienhebammen (S Ulbricht, S Fleitmann, B Staschek, C Schwarz, E Lesta, F Koch, U Sonntag)

**49:** Rauchen bis kurz vor Bekanntwerden einer Schwangerschaft: Beeinträchtigung der Fitness im Kindergartenalter? (M Jarczok, JE Fischer, F De Bock)

**79:** Die Mutterschaftsrichtlinien als Früherkennungsprogramm: Eine Evidenzbasierte Bewertung der Untersuchungen (S Neusser, I Mieth, A Schneider, N Baumann, EM Bitzer)

**74:** „Behinderung ist kein Argument gegen Elternschaft.“ - Geburtserleben und Unterstützungsbedarf behinderter und chronisch kranker Mütter (M Michel, A Seidel, S Wienholz)

## **Partizipative Gesundheitsforschung**

Raum: S03 V00 E59

Veranstalter: Fachbereich 3 / AG 6: Empowerment in der Gesundheitsförderung

Vorsitz: Prof. Dr. Michael Wright / Kristin Voll

Partizipative Gesundheitsforschung bezeichnet die partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft, Praxiseinrichtung und engagierten Bürger/inne/n, um gemeinsam neue Erkenntnisse zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung zu gewinnen. Auf dem Workshop des Netzwerkes Partizipative Gesundheitsforschung (Partnet) in Zusammenarbeit mit der KNP Arbeitsgruppe Partizipative Gesundheitsforschung werden Ergebnisse aus aktuellen Forschungsprojekten präsentiert und methodische und methodologische Themen im Anschluss an internationale Debatten vertiefend diskutiert.

### **Referat 1: „Gütekriterien für die Partizipative Gesundheitsforschung“ (Michael T. Wright)**

Partizipative Gesundheitsforschung (PGF) bedeutet eine partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft, Praxiseinrichtungen und engagierten Bürger/inne/n, um gemeinsam neue Erkenntnisse zur Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung zu gewinnen. Besonders bei sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen hat sich die PGF als wissenschaftlicher Ansatz bewährt, um innovative Handlungsmöglichkeiten zu entwickeln, die die Auswirkungen sozialer Determinanten von Gesundheit lindern. PGF unterscheidet sich in wesentlichen Merkmalen von anderen gesundheitswissenschaftlichen Ansätzen. In diesem Vortrag werden auf

Grundlage der aktuellen Arbeit der International Collaboration for Participatory Health Research einige zentrale theoretische und methodische Merkmale der PGF vorgestellt und deren Konsequenzen für den Forschungsprozess diskutiert.

### **Referat 2: „Vielfalten von Eltern Kompetenzen Wahrnehmen“ (Saffana Salman)**

Die Stärkung von Elternkompetenzen ist ein zentraler Aspekt des gesamten Projektes. Aber gerade beim Zugang zu Eltern in schwierigen Lebenslagen stehen Akteur/innen immer wieder vor großen Herausforderungen.

Durch das Projekt sollen Akteur/innen dabei unterstützt werden, Kompetenz stärkende Angebote mit sozial benachteiligten Eltern so zu gestalten, dass sie dem tatsächlichen Bedarf der Familien entsprechen und sich an deren Lebenswirklichkeiten orientieren. Um Aufschlüsse über tatsächliche Unterstützungsbedarfe, aber auch Ressourcen und Potentiale zu erhalten, werden Fokusgruppen mit Eltern in schwierigen Lebenslagen durchgeführt. Im Aktionsraum plus Kreuzberg-Nordost werden dazu Eltern mit türkischem und arabischsprachigem Migrationshintergrund befragt.

Die Ergebnisse aus den Fokusgruppen werden im Rahmen regelmäßig stattfindender Fachtagungen diskutiert, an denen sich Akteur/innen aus dem gesamten Berliner Stadtgebiet beteiligen sollen. Ziel ist es, gute Ansätze für die Gestaltung bedarfsgerechter Unterstützungsangebote für Eltern zu verbreiten. Damit soll der Erfahrungsaustausch zwischen den Bezirken ermöglicht und gemeinsame Lernprozesse angestoßen werden.

### **Referat 3: „Trialog trifft Partizipative Forschung: Folgen für das Rollenverständnis der Forscherin“ (Kristin Voll)**

Das Forschungsvorhaben hat die Intention einen partizipativen Forschungsprozess dreier Akteure im Kontext des sozialpsychiatrischen Systems zu initiieren und zu begleiten. Es handelt sich dabei um die Zusammensetzung einer sogenannten dialogischen Forschungsgruppe bestehend aus Vertretern der Betroffenen (Menschen mit einer psychischen Erkrankung), deren Angehörigen und Vertretern der in der Sozialpsychiatrie professionell Tätigen (Sozialarbeiter/in, Psychologen/in, Fachkraft in der Gemeindepsychiatrie etc.). Als sozialpsychiatrischer Kontext wird hier das System der Eingliederungshilfe nach Sozialgesetzbuch XII (SGB XII) für den Personenkreis der Menschen mit einer psychischen Erkrankung skizziert. Es handelt sich demzufolge um eine partizipative Forschung nach dem dialogischen Verständnis im Kontext der sozialpsychiatrischen Angebote in der Eingliederungshilfe.

Da sich das Forschungsvorhaben im Stadium der Planung befindet, werden zum Zeitpunkt der Tagung das geplante Vorgehen und der aktuelle Stand präsentiert. Im Mittelpunkt stehen diverse Aspekte in Bezug auf ein verändertes bzw. neues Selbstverständnis hinsichtlich der Rolle der Forscherin im partizipativen Forschungsprozess.

**Referat 4: „Dynamiken der Partizipation am Beispiel eines BGM Prozesses“ (Ulla Simshäuser, Pädagogische Hochschule Heidelberg und Stefan Bär, Universität Heidelberg/ Max Weber Institut)**

Das gemeinsame Forschungsprojekt zwischen Universität und Pädagogischer Hochschule (PH) läuft parallel zum Aufbau eines betrieblichen Gesundheitsmanagements an der PH. Ziel in 2012 ist eine Bestandsaufnahme gesundheitsrelevanter Belastungen von Beschäftigten, die Wissenschaftler und Studierende beider Einrichtungen mit dem Steuerkreis der PH entwickeln und durchführen (quantitative und qualitative Erhebung). Erste Untersuchungsergebnisse werden im September 2012 vorliegen.

Der Vortrag diskutiert Herausforderungen partizipativer Entwicklung und zeigt Strategien unterschiedliche Akteure beim Aushandeln des methodischen Vorgehens und der Entwicklungsrichtung des BGM vor dem Hintergrund einer spezifischen Organisationskultur heraus.

---

WS IV FB 4

## **Erfahrungen bei der Einbeziehung von Migranten in Gesundheitsstudien**

Raum: S03 V00 E71

Veranstalter: Fachbereich 4 / AG 1: Migration und Gesundheit

Vorsitz: Jodok Erb, MPH / Dr. Liane Schenk

**Referat 1: Entwicklung und Erprobung von Zugangswegen zum Aufbau einer Migrantenkohorte als Teil der Nationalen Kohorte (Yeşil R., Robert Koch-Institut, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung)**

**Referat 2: Studie zur Gesundheit türkeistämmiger Erwachsener im Rahmen der Pretests der Nationalen Kohorte - Erfahrungen aus dem Studienzentrum Berlin-Mitte (Krist L., Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie, Charité Universitätsmedizin Berlin)**

**Referat 3: Die Berücksichtigung von älteren Migrant/innen in der LISA Befragung – Innovative Zugänge zu einer schwer erreichbaren Bevölkerungsgruppe (Butler J., Bezirksamt Mitte von Berlin Abteilung Gesundheit, Personal und Finanzen; OE Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination im Öffentlichen Gesundheitsdienst; Sachgebiet Gesundheitsberichterstattung)**

**Referat 4: Teilnehmergewinnung und Transkulturelle Validität in der qualitativen Forschung (Schenk L., Institut für Medizinische Soziologie, Charité-Universitätsmedizin Berlin CC1)**

Nach den Referaten geht es um die zukünftige Arbeit der Arbeitsgruppe "Migration und Gesundheit" in der DGSMP und die Wahl von Sprechern der AG.

---

## Vortrag 7.2

### **Regionale Datenauswertung**

Raum: S05 T00 B32

Vorsitzende: Dr. Claudia Terschüren/ Dr. Enno Swart

**126:** Determinanten der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen aus Sicht der Bürger – eine regionale Befragung mit Fallvignetten (S Tchana, S Kropf, BP Robra)

**75:** Soziale Ungleichheit beim metabolischen Syndrom: Regionaler Vergleich zwischen zwei bevölkerungsbasierten Studien aus Ost- bzw. Süd-Deutschland (A Mielck, S Schrodi, S Baumeister, W Rathmann, C Meisinger, H Völzke, S Schipf)

**109:** Analyse der ambulanten Kodierqualität in Sachsen und Thüringen anhand von Routinedaten der AOK PLUS – die Verwendung des Z-Zusatzkennzeichens in der Diagnosedokumentation (A Schramm, J Kugler)

**128:** Arzneimittelkonsum in nordostdeutschen Landgemeinden 1994 – 2004/08 - Eine empirische Untersuchung mit den Daten der Landesgesundheitsstudie (LGS) (F Thome)

**133:** Überweisungsverhalten von Ärzten am Beispiel der asthmabezogenen Überweisung zum pneumologisch qualifizierten Facharzt. Befunde aus dem Disease Management Programm Asthma bronchiale in der Region Nordrhein (A Weber)

---

**Fokus Schule**

Raum: S05 T00 B42

Vorsitzende: Dr. Michael Noweski / Lennart Weegen

**19:** Entwicklung von Geschlechterunterschieden im gesundheitsrelevanten Verhalten Jugendlicher von 2001 bis 2010 (J Bucksch, E Finne, SC Glücks, P Kolip)

**65:** Primärpräventive Förderung körperlich-sportlicher Aktivität aus gesundheitsökonomischer Perspektive (S Liersch, E Sterdt, V Henze, J Schnitzerling, M Röbl, U Walter, C Krauth)

**97:** Gesundheitsfördernde Schulentwicklung: Bestandteile einer Kennzahlentoolbox als Qualitätssicherungsinstrument für Selbstevaluation an Schulen (M Sayed, S Liersch, I Windel, T Altgeld, C Krauth, U Walter)

**64:** Unterstützung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils durch strukturierte Bewegungsförderung in der Grundschule (S Liersch, S Bisson, E Sterdt, V Henze, C Krauth, M Röbl, U Walter)

**137:** Erfahrungen mit Alkoholkonsum von Grundschulern in Hessen - Ergebnisse der PriSeTA-Studie (Primär- und Sekundärprävention von Tabak- und Alkoholkonsum bei Kindern: eine Querschnittsstudie) (U Zier, H Rüger, D Spahn, E Münster)

---

## **Ernährung und Körperwahrnehmung**

Raum: S05 T00 B59

Vorsitzende: Prof. Dr. Bernd-Peter Robra, MPH / Dr. Susanne Brandstetter

**47:** Ernährung in der Schwangerschaft - Handlungsempfehlungen des Netzwerks "Gesund ins Leben" im Nationalen Aktionsplan IN FORM (P Hottenroth)

**104:** Body dissatisfaction in female adolescents: TV exposure and paternal comments as important correlates (S Schneider, M Weiß, A Thiel, S Zipfel, J Mayer, K Diehl)

**84:** Stigma Among Medical Students' towards Overweight and Obesity (B Pantenburg, C Sikorski, M Lupp, G Schomerus, HH König, P Werner, SG Riedel-Heller)

**13:** Empowerment zum Thema „Ernährung“ in ländlichen Gemeinden: ein Rahmenkonzept für Forschung und praktische Umsetzung (S Brandstetter, J Curbach, M McCool, J Rüter, J Loss)

---

## **Perspektive Solidargemeinschaft? Das deutsche Krankenversicherungssystem auf dem Weg zur Bürgerversicherung**

Raum: S05 T00 B71

Veranstalter: Fachbereich 1 / AG: Sozialepidemiologie

Vorsitz: Maike Grube / Martin Brünger / Nina Buttman

Im Vorfeld der anstehenden Bundestagswahl 2013 wird das Thema Bürgerversicherung erneut intensiv diskutiert - nicht nur Grüne und Linke drängen dorthin, auch die SPD hat ihr Konzept einer Solidarischen Bürgerversicherung auf ihrem Parteitag im Dezember 2011 nochmals überarbeitet und an die Öffentlichkeit gebracht. Damit votieren alle Oppositionsparteien für die Beendigung des dualen Krankenversicherungssystems. Neben den Parteien sprechen sich auch zahlreiche zivilgesellschaftliche Akteure gegen eine Beibehaltung des dualen Versicherungssystems aus und fordern eine grundsätzliche Reform. Ein Gemenge aus Effizienz, Steuerungsfunktion, Eigenverantwortung und Umverteilungsdebatte motiviert die Akteure, über Veränderungen eines reformbedürftigen Gesundheitssystems zu diskutieren.

Wir möchten auf dem Workshop alternative Krankenversicherungsmodelle vorstellen und kritisch diskutieren, inwieweit die Ausweitung des Solidaritätsprinzips über das derzeitige System der GKV hinaus dazu beiträgt, Gerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung zu stärken.

Den Workshop beginnen wir mit zwei Impulsreferaten von Prof. Dr. Simone Leiber (FH Düsseldorf) und Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger (Uni Bielefeld). Anschließend laden wir Podium und TeilnehmerInnen ein, unter der Moderation von Prof. Dr. Stefan

Gress (Hochschule Fulda) folgende Fragen mit uns zu diskutieren:

- Welche alternativen Modelle zur Ausgestaltung unseres Krankenversicherungssystems werden aktuell diskutiert?
- Welchen Stellenwert hat Gerechtigkeit in der aktuellen Reformdebatte?
- Was sind in Bezug auf Gerechtigkeit die wichtigsten Eckpunkte der momentan diskutierten Modelle?
- Wie sieht ein Modell aus, das Gerechtigkeitsaspekte am umfassendsten berücksichtigt?
- Welche Argumente helfen, eine nachhaltige Reform auf den Weg zu bringen?

### **Einführung und Moderation (Prof. Dr. Stefan Gress)**

Referat 1: **Solidarität in der Reformdebatte (Prof. Dr. Simone Leiber)**

Referat 2: **Chancen und Barrieren für die Einführung der Bürgerversicherung (Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger)**

---

Vortrag 7.5

## **Frauen und Geschlechtssensible Forschung**

Raum: S05 T00 B83

Vorsitzende: Dr. Ingeborg Jahn / Prof. Dr. Dea Niebuhr

**31:** Wie geschlechtersensibel sind die Abstrakts für die DGSM- Jahrestagung 2011? Eine Auswertung der Einschätzungen im Peer Review der Abstrakts (J Frick, I Jahn)

**17:** Gesundheitliche Folgen und sozioökonomische Kosten von Partnergewalt gegen Frauen in Deutschland. Ein Überblick des bestehenden (inter-)nationalen Forschungsstandes (P Brzank)

**16:** Hilfesuchverhalten im Kontext von Partnergewalt gegen Frauen. Sekundärdatenanalyse der deutschen Repräsentativbefragung (P Brzank)

**80:** Analyse der Kostenkategorien und methodischen Probleme in Kostenschätzungen zur Intimen Partnergewalt gegen Frauen - ein systematischer Review (D Niebuhr, S Salge)

---

**10:15 -10:30 Uhr: Kaffee und Gebäck im Hörsaalzentrum**

---

---

## 10:30 – 12:30 Uhr: 3. Plenarsitzung, Posterpreis-Verleihung und Verabschiedung

### Plenarsitzung III: „Kinder nicht zu kurz kommen lassen – Daten und Bedarfe“

Raum: S05 T00 B08

Gesundheitliche Ungleichheiten innerhalb von NRW lassen sich auch für Kinder aus den Daten der Gesundheitsberichterstattung ablesen. Gesundheits- und Sozialbehörden sowie Kinderärzte und –ärztinnen berichten von unterschiedlich guten Zugangsvoraussetzungen zur medizinischen Versorgung innerhalb von Städten. In der eingeladenen Expertenrunde soll diskutiert werden, ob und wie eine mögliche Verknüpfung von verschiedenen Informationssystemen dazu beitragen kann, für die Kindergesundheit grundlegende und regional besondere Bedarfe noch stärker zu verdeutlichen und den Ungleichheiten zu begegnen. Es soll die Frage diskutiert werden, ob auf der Basis von Auswertungen großer, integrierter Datensätze verschiedener Institutionen Hilfen und Ressourcen besser zu den Kindern gelenkt werden könnten.

Moderation der Podiumsdiskussion, Begrüßung und Einführung:  
Prof. Dr. Karl-Heinz Jöckel (Institut für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie, Universitätsklinikum Essen)

## Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Podiumsdiskussion:

„Schulärztliche Untersuchungen – jährliche Daten und Ergebnisse auf Landesebene NRW“ (Prof. Dr. Rainer Fehr, Landeszentrum Gesundheit Nordrhein- Westfalen (LZG.NRW), Bielefeld)

„Problemkinder“ – und wo wohnen sie? (Prof. Dr. Klaus Peter Strohmeier, Zentrum für interdisziplinäre Regionalforschung (ZEFIR), Ruhr-Universität Bochum)

„Frühe Prävention am Setting als Strategie für gesundes Aufwachsen“ (Rolf Buchwitz, AOK Rheinland/Hamburg, stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes)

„Jugendliche brauchen eine Chance, sich ihrer Gesundheit informiert selbst anzunehmen“ (Dr. Nicole Lobeck-Chenard, Leiterin des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes, Gesundheitsamt Mülheim / Ruhr)

„Pädiatrie ein Fach im – „erzwungenen?“ – Wandel der Zeit Von Infektionsbekämpfung & Aufzucht zu Sozialmedizin & Prävention“ (Dr. med. Sigurd Milde, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin & Kinder-Pneumologie; Obmann des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte im Bezirk Dortmund)

„Datenbanken zur Kindergesundheit – die aktuellen technischen Möglichkeiten“ (Michael Franz, CompuGroup Medical, Vice President Communications & Marketing, CompuGroup Medical AG)

## **Podiumsdiskussion**

Posterpreisverleihung durch den Präsidenten der DGSMP,  
Dr. Gert von Mittelstaedt

Verabschiedung

---

**Ab 12:30 Uhr: Brötchen-Buffer „to go“ im Hörsaalzentrum**

---

## Zusätzliche Termine

*Dienstag, 11.09.2012*

### **DGSMP – Vorstand**

19:00-22:00 Uhr

Ort: Welcome Hotel Essen, Schützenbahn 58

Vorsitz: Dr. Gert von Mittelstaedt

*Mittwoch, 12.09.2012*

### **DGPH – Kommission Lehre**

17:00 – 19:00 Uhr

Ort: Universität Duisburg-Essen, Campus Essen, Raum S05 T02 B16

*Donnerstag, 13.09.2012*

### **DGPH – Vorstand**

13:00-15:00 Uhr

Ort: Universität Duisburg-Essen, Campus Essen, Raum S05 T02 B16