ID: 1

Ernährungsberatung in der Hausarztpraxis. Erste Ergebnisse einer bundesweiten Hausärztebefragung zur Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen

Tatiana Yarmoliuk[1], Manfred Mayer[2], Raphael Herr[3], Katharina Diehl[1], Christina Bock[1], Sven Schneider[1]

[1]Universität Heidelberg, Medizinische Fakultät Mannheim, Mannheim; *[2]Internistische Gemeinschaftspraxis Dr. med. Manfred Mayer und Dr. med. Angela Schmid, Mannheim*; *[3]Ärztenetz Qu@linet e.V., Mannheim*

Hintergrund: Ungünstige Ernährungsgewohnheiten stellen eine wichtige Determinante für chronische kardiovaskuläre Erkrankungen dar. Daher wird die Umstellung auf eine gesunde, ausgewogene Ernährung als eine der zentralen Strategien zur Prävention dieser Krankheiten erachtet. Bei der Förderung von gesunden Ernährungsgewohnheiten befinden sich insbesondere Hausärzte aufgrund der regelmäßigen Patientenkontakte in einer bedeutenden Position. Auf Basis einer aktuellen repräsentativen, bundesweiten Hausärztebefragung sollten die Einstellungen der Hausärzte sowie ihr Angebot an Ernährungsberatung im Rahmen der kardiovaskulären Prävention untersucht werden., Methoden: Im Rahmen der ÄSP-kardio-Studie (Ärzte-Survey zur Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen) wurden von Oktober 2011 bis März 2012 bundesweit über 4.000 Hausärzte (Fachärzte für Allgemeinmedizin, praktische Ärzte und hausärztlich tätige Internisten) unter anderem zum Angebot an Ernährungsberatung und weiteren Maßnahmen zur Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen befragt. , Ergebnisse: Die überwiegende Mehrheit der befragten Hausärzte (98,0%) erachtete eine Ernährungsumstellung als wichtig für die Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Jedoch schätzten nur knapp die Hälfte der Befragten (48,7%) die Motivation ihrer Patienten zur Veränderung der Ernährungsgewohnheiten als erfolgreich ein. Ob eine Ernährungsberatung stattfand, war von mehreren Faktoren abhängig. Beispielsweise berieten vor allem weibliche Ärzte (OR = 1,32 95%-KI [1,05-1,65]), Ärzte mit hohem Patientenaufkommen (OR = 1,33 95%-KI [1,06-1,65]) und Hausärzte, die mehr Privatversicherte (OR = 1,80 95%-KI [1,44-2,25]) und Risikopatienten betreuten, ihre Patienten eher hinsichtlich ihrer Ernährung., Diskussion: In der ÄSP-kardio-Studie wurden erstmals bundesweit repräsentative Daten zur Ernährungsberatung in der hausärztlichen Praxis erhoben. Die Ergebnisse legen nahe, dass für ernährungsbezogene Beratungsangebote in der Praxis sowohl arzt- als auch patienten- und praxisbezogene Faktoren relevant sind. Unterschiede bei der Ernährungsberatung zwischen gesetzlich und privat versicherten Patienten deuten u.a. auf unterschiedliche Vergütungmöglichkeiten ärztlicher Beratung hin. Auch besteht ein erhöhter Beratungsbedarf bei Risikopatienten (z.B. bei Dialysepatienten oder nach Organtransplantationen).

ID: 2

Gesundheitsziel 'Gesundheit rund um die Geburt'

Raimund Geene[1], Petra Kolip[1], Andreas Mielck[1]

[1]Hochschule MD SDL, Stendal

Der Beitrag präsentiert den Vorschlag für ein Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“. Hier sind Konsensvorschläge entwickelt zur Förderung der Gesundheit in einer Lebensphase, in der vielfältige Gesundheitspotenziale entfaltet werden können., Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention können hier vor allem in folgenden Phasen wirken:, • vorgeburtlich zur Reduktion von Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen, die insbesondere mit Fehl- und Frühgeburtlichkeit sowie einem niedrigen Geburtsgewicht einhergehen, • unter der Geburt zur Reduktion von Geburtskomplikationen und Geburtstraumata, • in den ersten Lebenswochen und -monaten zur Reduktion von Unfallgefahren und elterlichen Überforderungssituationen sowie zur Förderung der Bindung und gesunden Entwicklung.

ID: 3

Rauchen bis der Arzt kommt? - Tabakentwöhnung in der Hausarztpraxis

Sven Schneider[1], Manfred Mayer[2], Katharina Diehl[3], Christina Bock[1], Raphael Herr[1], Tatiana Yarmoliuk[4]

[1]Mannheimer Institut für Public Health, Sozial- und Präventivmedizin Universität Heidelberg, Mannheim; *[2]Internistische Gemeinschaftspraxis Dr. med. Manfred Mayer und Dr. med. Angela Schmid, Mannheim, Mannheim*; *[3]Ärztenetz Qu@linet e.V., Mannheim*; *[4]Universität Heidelberg, Medizinische Fakultät Mannheim, Mannheim*

Einleitung/Hintergrund: Im Jahr 2010 war jeder vierte Todesfall in Deutschland auf kardiovaskuläre Ursachen zurückzuführen (1). Rauchen gilt als ein zentraler Risikofaktor und zugleich als eine der wichtigsten vermeidbaren Ursachen kardiovaskulärer Erkrankungen (2, 3). Damit spielt Tabakentwöhnung eine zentrale Rolle bei der kardiovaskulären Prävention. Die Hausarztpraxis erweist sich als ein günstiges Setting für präventive Angebote, weil mindestens 70% der Raucher jährlich den Hausarzt besuchen (4) und bereits Kurzinterventionen durch den Hausarzt nachweislich wirken (5, 6). Zur Durchführung von Interventionen empfehlen die Fachgesellschaften die „5 A-Strategie“, bestehend aus den Schritten „Assess“ (Erfragen des Konsums), „Advise“ (Anraten einer Entwöhnung), „Agree“ (Zielvereinbarung), „Assist“ (Hilfestellung) und „Arrange“ (Überprüfung der Zielerreichung). Unsere Hausärztebefragung sollte folgende Fragen beantworten: Wie sieht das Angebot zur Tabakentwöhnung bei deutschen Hausärzten derzeit aus? Welche Faktoren sind mit dem Angebot an Tabakentwöhnung in der primärärztlichen Versorgung assoziiert? Existieren regionale Unterschiede für das Angebot einer Tabakentwöhnung?, Daten/Methodik: In dem von der Deutschen Forschungsgemeinschaft geförderten bundesweiten Ärztesurvey „ÄSP-kardio“ wurden über 4.000 Hausärzte (Allgemeinmediziner, Praktische Ärzte und hausärztlich tätige Internisten) u. a. zur angebotenen Tabakentwöhnung und anderen Maßnahmen zur Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen befragt. Der eingesetzte Fragebogen wurde mittels kognitiver Interviews validiert und im Rahmen einer Pilotstudie umfangreich getestet. Die Feldphase wurde im Zeitraum von 10/2011 bis 03/2012 nach der Total-Design-Methode durchgeführt. Ergänzend fand eine Non-Responder-Befragung statt. Von einem routinemäßigen Angebot wurde definitionsgemäß ausgegangen, wenn die Mehrheit der Patienten (also mindestens 50%) ein entsprechendes Angebot erhält., Ergebnisse: Routinemäßig erfragten 89,2% der befragten Hausärzte etwaigen Tabakkonsum („Assess“), 81,9% rieten rauchenden Patienten zu einem Rauchstopp („Advise“) und 11,7% vereinbarten konkrete schriftliche Ziele einer Entwöhnung mit den betroffenen Patienten („Agree“). Hilfestellungen („Assist“) in Form von motivierender Gesprächsführung oder mündlicher Kurzintervention fanden mit 71,6% deutlich häufiger statt als Hilfestellungen durch die Bereitstellung von Informationsmaterial (33,0%) oder durch die Vermittlung einer Entwöhnungstherapie (27,2%). Etwa die Hälfte (53,8%) der Hausärzte vereinbarten mit ihren Patienten einen Folgetermin zur Überprüfung der Zielerreichung („Arrange“). Während fast alle Hausärzte (99,4%) die Bedeutung der Tabakentwöhnung betonten, hielten sich 3 von 10 Hausärzten (30,4%) für nicht ausreichend ausgebildet und 8 von 10 Hausärzten (76,8%) bewerteten die von ihnen durchgeführten Maßnahmen als nicht erfolgreich. Überdurchschnittlich war das Angebot von mindestens zwei A‘s bei erst seit Kurzem niedergelassenen Hausärzten, Hausärzten mit vielen Patientenkontakten und Hausärzten an bevölkerungsreicheren Standorten. Zudem zeigten regionale Analysen, dass vor allem in den neuen Bundesländern das Angebot zur Tabakentwöhnung unterdurchschnittlich war., Diskussion: Bis dato liegen nur wenige internationale Studien zur Tabakentwöhnung in der primärärztlichen Versorgung vor. Insbesondere fehlten bislang aktuelle Repräsentativdaten zu Maßnahmen der Tabakentwöhnung in der hausärztlichen Versorgung in Deutschland. Die hier präsentierten, vorläufigen Daten der ÄSP-kardio-Studie schließen diese Lücke, indem sie Licht in die Black Box „Arztpraxis“ bringt., Schlussfolgerung: Die nun vorliegende Beschreibung der Entwöhnungspraxis aus ärztlicher Sicht deckt unter anderem regionale Unterschiede im Angebot auf und mag z. B. bei der Entwicklung der künftigen S3-Leitlinie zur Tabakentwöhnung hilfreich sein.

ID: 4

Entwicklungsgefährdungen bei 3- bis 6-Jährigen: Maßnahmen zur gezielten individuellen Förderung in Kindertageseinrichtungen in sozial benachteiligten Regionen in Mecklenburg-Vorpommern (M-V)

Annika Gottschling-Lang[1], Marco Franze[1], Wolfgang Hoffmann[1]

[1]Universitätsmedizin Greifswald, Institut für Community Medicine, Greifswald

Hintergrund: Bis zu 17% der Einschüler in M-V weisen im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen Entwicklungsverzögerungen und somit ungünstige Voraussetzungen für einen erfolgreichen Schulstart auf [1]. Die Früherkennung von Entwicklungsgefährdungen bei 3- bis 6-Jährigen speziell aus Kitas in sozial benachteiligten Regionen ist seit 2010 durch die Novellierung des Kindertagesförderungsgesetzes (KiföG M-V) gesetzlich geregelt. Das KiföG M-V beinhaltet (1) die jährliche Durchführung eines Screeningverfahrens, (2) die anschließende gezielte individuelle Förderung von Kindern mit Entwicklungsgefährdungen und (3) die Beteiligung dieser Kitas an einer Evaluation. , Zur Umsetzung des KiföG M-V werden diesen Kindertageseinrichtungen vom Land zusätzliche finanzielle Mittel bereitgestellt. Die Mittelverwendung im Jahr 2012 wird im Folgenden für die Bereiche motorische Entwicklung und Gesundheitsförderung (einschließlich Zahngesundheit) berichtet. , Methoden: 108 Kindertageseinrichtungen erhielten einen teilstandardisierten Fragebogen. Dieser erfasste strukturell-organisationsbezogene Angaben, Umfang und Verwendung der zusätzlichen finanziellen Mittel sowie durchgeführte Maßnahmen (Alltagsaktivitäten, Programme, Kooperationen) zur gezielten individuellen Förderung., Ergebnisse: Insgesamt liegen Angaben aus 99 Kindertageseinrichtungen vor (Response: 91,7% Stand: März 2013). Im Jahr 2012 erhielten diese Einrichtungen durchschnittlich 38.208 Euro für Maßnahmen der gezielten individuellen Förderung. , 87,9% (n=87) der Kitas nutzten diese Gelder für zusätzliches Personal, der Großteil (63,2%) entfiel auf Erzieher ohne spezifische Qualifikation. Nur 4,6% der Kitas stellten Fachkräfte zur gezielten Förderung der Motorik an (Sporttherapeut: n=1 Ergotherapeut: n=3). 10,3% (n=9) der Einrichtungen stellten Heilerzieher für den Bereich Gesundheitsförderung ein. Hinzu kommen Fachkräfte für Frühförderung in 4,6% (n=4) der befragten Kindertageseinrichtungen., 91,0% (n=90) der Kindertageseinrichtungen gaben an, die Förderung motorischer Kompetenzen gezielt in den Alltag zu integrieren. 76,8% (n=76) bestätigten dies auch für Aktivitäten zur Gesundheitsförderung. Bzgl. der Motorik wurden vorrangig tägliche Bewegungsangebote/-spiele (einschließlich Frühsport mit Musik) genannt (n=61). Wöchentliche Angebote existieren in Form von Physio-/Ergotherapie (n=6), Tanzkursen (n=7), Yoga (n=6) und Schwimmkursen (n=5)., Hinsichtlich der Gesundheitsförderung wurden vorwiegend Kneipp-Angebote (n=20), tägliche Aufenthalte im Freien (n=18) sowie Entspannungsangebote (n=12) genannt. Hinzu kommt das tägliche gemeinsame Zähneputzen (n=34) sowie jährliche Zahnarztbesuche (n=29)., 14 Kindertageseinrichtungen (14,1%) führen konkrete Programme zur Bewegungsförderung durch („Tiger Kids“, „Bewegter Kindergarten“, „Lotti Turndrache“). Im Bereich der Gesundheitsförderung wurde lediglich die Kampagne „Ich geh zur U – und was machst Du?“ (n=2) sowie das „Kroko-Zahn-Krokodil“ (n=3) und das Projekt „Gesunde Zähne“ der Universitätsmedizin Greifswald (n=1) als konkrete Programme genannt., Kooperationen zur Förderung motorischer Kompetenzen wurden überwiegend mit Physio-/Ergotherapeuten (47,1%) und Sportvereinen (28,6%) unterhalten, im Rahmen der Gesundheitsförderung mit Gesundheitsämtern (36,1%), Krankenkassen (19,4%) und Zahnärzten bzw. Zahnputzschwestern (22,2%)., Schlussfolgerung: Trotz zusätzlicher finanzieller Mittel bleiben die Maßnahmen zur gezielten individuellen Förderung sehr allgemein und dürften sich kaum von anderen Kindertageseinrichtungen unterschieden. Problematisch ist sicherlich der Erzieher-Kind-Schlüssel in M-V (1:17): Zusätzliche Gelder wurden überwiegend zur allgemeinen Entlastung des pädagogischen Personals genutzt. Aufgrund der geringen Zahl der genannten Programme ist anzunehmen, dass der Zugang der Erzieherinnen und Erzieher zu existierenden, evidenzbasierten Förderprogrammen noch begrenzt ist. Eine bessere Weiterbildungspraxis in Kindertageseinrichtungen könnte Kindertageseinrichtungen bei der Auswahl und strukturierten Umsetzung von Fördermaßnahmen unterstützen und die Anwendung evidenzbasierter Maßnahmen fördern. , Inwieweit die Kindergesundheit von der Mittelzuwendung profitiert, wird derzeit anhand des Vergleichs von Ergebnissen der Schuleingangsuntersuchung von Kindern dieser Kindertageseinrichtungen mit Kindern aus Kindertageseinrichtungen einer gematchten Kontrollgruppe untersucht.

ID: 5

Entwicklungsgefährdungen von Drei- bis Sechsjährigen mit nicht-deutscher Muttersprache aus Kindertageseinrichtungen in Mecklenburg-Vorpommern: Ergebnisse des Projekts „Summative Evaluation KiföG M-V“

Marco Franze[1], Annika Gottschling-Lang[1], Wolfgang Hoffmann[1]

[1]Universitätsmedizin Greifswald, Institut für Community Medicine, Abteilung Versorgungsepidemiologie und Community Health, Greifswald

Hintergrund: Migrationshintergrund stellt einen potentiellen Einflussfaktor für die gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen in Deutschland [12] und die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen dar [3]. In Mecklenburg-Vorpommern (M-V) liegt der Ausländeranteil bei 2,5% [4]) und ist somit im Vergleich zum Bundesdurchschnitt von 9,1% [5] als sehr gering einzustufen. , Auf Basis der Ergebnisse des Modellprojekts „Kinder in Kitas“ [67] ist die Früherkennung von Entwicklungsgefährdungen (EG) bei 3- bis 6-Jährigen speziell aus Kindertageseinrichtungen (Kitas) in sozial benachteiligten Regionen seit 2010 durch das novellierte Kindertagesförderungsgesetz (KiföG M-V) gesetzlich geregelt [8]: Das KiföG M-V beinhaltet (1) die jährliche Durchführung eines validen Screeningverfahrens für einen Zeitraum von mindestens 3 Jahren, (2) die anschließende gezielte individuelle Förderung von Kindern mit EG und (3) die Beteiligung dieser Kitas an einer Evaluation. Zur Umsetzung des KiföG M-V werden diesen Kindertageseinrichtungen vom Land zusätzliche finanzielle Mittel bereitgestellt. , In welchem Maße Kitas in M-V den Status Migrationshintergrund bei der Implementation gesundheitsfördernder/präventiver Maßnahmen gesondert berücksichtigen sollten, ist bislang unklar. , Methoden: Die Evaluation des KiföG M-V mit Schwerpunkt auf der Anwendung eines Screeningverfahrens erfolgt im Rahmen des Projekts „Summative Evaluation KiföG M-V“. Als Screeningverfahren kommt das „Dortmunder Entwicklungsscreening für den Kindergarten (DESK 3-6)“ [9] in 108 Kitas in M-V zum Einsatz. Mit dem DESK 3-6 können EG von Drei- bis Sechsjährigen in den Kompetenzbereichen Feinmotorik (FM), Grobmotorik (GM), Sprache und Kognition (SK nur bei Kindern mit deutscher Muttersprache) und soziale Entwicklung (SE) ermittelt werden. , Ergebnisse: 309 Kinder (5,1%) weisen eine nicht-deutsche Muttersprache (ndM) auf. Die drei häufigsten ndM sind russisch (44,9%), polnisch (9,7%) und vietnamesisch (9%). Kinder mit ndM besuchen statistisch signifikant erst seit kürzerer Zeit die Kita [Mann-Whitney-U: 764980,5 $p < 0,001$]. Mit einem Mittelwert von 4,08 in der DESK-Skala SE erzielen Kinder mit ndM ein statistisch signifikant schlechteres Screeningergebnis als Kinder mit deutscher Muttersprache (SE-Mittelwert: 4,60) [T: 4,0 df: 5898 $p < 0,01$]. In Hinblick auf die DESK-Skalen FM, GM und GES sind hingegen keine statistisch signifikanten Unterschiede zu berichten ($p > 0,05$). Ebenfalls keine statistisch signifikanten Gruppenunterschiede liegen in Bezug auf die Regelmäßigkeit des Kitabesuchs [Chi-Quadrat: 2,263 df: 1 $p > 0,05$] und die Motivation zur Teilnahme am DESK-Zirkusspiel [Mann-Whitney-U: 717135,5 $p > 0,05$] vor. Auch unterscheiden sich beide Gruppen nicht statistisch signifikant in Bezug auf den Erhalt besonderer Fördermaßnahmen (z.B. Frühförderung, Krankengymnastik, Sprach-/Ergotherapie) [Chi-Quadrat: 0,163 df: 1 $p > 0,05$]. , Schlussfolgerung: In der Studienregion erweist sich ndM ausschließlich als Einflussfaktor auf die kindliche Entwicklung im Bereich der sozialen Kompetenz. Kitas sollten daher diese Kompetenzen bei Kindern mit ndM besonders fördern. Da Kinder mit ndM nicht unregelmäßiger die Kita besuchen, stellt dieses Setting auch für Kinder mit ndM eine chancenreiche Lebenswelt zur Implementation gesundheitsfördernder/präventiver Ansätze dar. Aufgrund der geringeren Besuchsdauer der Kita bei Kindern mit ndM könnte der Einfluss der Kita bei diesen Kindern jedoch mit einer Latenzzeit verbunden sein. Zukünftig werden die Screening-Daten mit Daten der Schuleingangsuntersuchung verglichen.

ID: 6

Bewertung der Wirksamkeit von Präventionsprodukten im betrieblichen Kontext

Madeleine Dulon[1], Matthias Wilhelm[1], Albert Nienhaus[2]

[1]Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege; *[2]Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, CVcare*

Hintergrund: Zur Evaluation von Maßnahmen zur Verringerung psychosozialer Arbeitsbelastungen liegt ein Vorschlag für ein Kategorisierungsschema vor [1].Das Schema enthält die drei Kriterien Zielebene, Wirksamkeit und Moderatoren, die über ein Konstrukt aus folgenden Aspekten erfasst werden: Fokus und Zweck der Maßnahme, der mit der Durchführung erreicht werden soll (als Zielebene) vorhandene Evidenz, Grundsätze des Arbeitsschutzgesetzes und Akzeptanz durch die Zielgruppe (als Wirkung) und Faktoren, die die Durchführung einer Maßnahme erleichtern oder erschweren (als Moderatoren). Die Kriterien setzen sich aus jeweils 3 bis 5 Indikatoren zusammen. Den Indikatoren werden Punktwerte zugeordnet, die zu einem Gesamtwert aufsummiert werden. Die maximal erreichbare Punktzahl beträgt 150, dabei gehen Zielebene und Wirksamkeit mit jeweils 60 und Moderatoren mit 30 Punkten ein. Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) möchte ihre Produkte, die zur Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren eingesetzt werden, systematisch im Hinblick auf die Wirksamkeit evaluieren. Die Eignung der Bewertungskriterien des Kategorisierungsschemas wurde anhand von ausgewählten BGW-Produkten erprobt., Methodik: Eine BGW-interne Arbeitsgruppe bestehend aus sechs Personen hat gemeinsam die Bewertung von vier Präventionsprodukten anhand der Indikatoren vorgenommen. Die Produkte gehören zu drei unterschiedlichen Leistungsgruppen: , 1.Qualifizierungsmaßnahme: Grundseminar für Sicherheitsfachkräfte (SGK), 2.Qualifizierungsmaßnahme: Professioneller Umgang mit Gewalt und Aggression für Führungskräfte in Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (PUGA) , 3.Beratungsangebot: Prävention von Rückenbeschwerden in der stationären Altenpflege (PrüsA), 4.Informationsschrift (Ratgeber) zur Leitbildentwicklung (RGM). , Ergebnisse: Die Indikatoren lassen sich für alle vier Produkte bewerten. Die erreichte Gesamtpunktzahl liegt bei 64 (RGM), 72 (PUGA), 94 (SGK) und 140 (PRüsA). Zwischen den Produkten zeigen sich bei einigen Kriterien deutliche Unterschiede, z.B. variiert das Kriterium Zielebene zwischen 60 Punkten (PrüsA) und 12 Punkten (PUGA) bzw. das Kriterium Wirksamkeit zwischen 50 Punkten (PrüsA) und 10 Punkten (RGM). Als besonders zeitintensiv erwies es sich, ein einheitliches Verständnis über die inhaltliche Abgrenzung der verhältnis- und verhaltenspräventiven Indikatoren beim Kriterium Zielebene zu erreichen trotz gleicher beruflicher (sozialwissenschaftlicher) Qualifikation der AG-Mitglieder. Für das Kriterium Moderatoren lässt sich die von den Autoren vorgeschlagene Vorgehensweise nur eingeschränkt auf BGW-Produkte übertragen. So werden beispielsweise bei der BGW für viele Produkte nur qualifizierte Trainer/Berater mit der Durchführung von Präventionsmaßnahmen betraut nach der Konzeptualisierung von Neuner et al. führt diese Tatsache allerdings zu null Punkten bei dem Indikator Qualifikation. Ein abschließendes Votum der BGW für oder gegen das Kategorisierungsschema liegt derzeit noch nicht vor., Schlussfolgerung: Um eine abschließende Einschätzung vorzunehmen, ob sich die qualitativen Unterschiede z.B. von verschiedenen Beratungsprodukten anhand des Kategorisierungsschemas transparent darstellen lassen, bedarf es noch weiterer Produkt-Bewertungen.

ID: 8

Immer gesünder im Alter – Ein positiver Trend für alle? Eine sozialstratifizierte Analyse zur Morbiditätskompression auf der Datenbasis des Sozioökonomischen Panels von 1992 bis 2010.

Florian Trachte[1], Stefanie Sperlich[1], Siegfried Geyer[1]

[1]Medizinische Hochschule Hannover, Medizinische Soziologie

Einleitung: In Anbetracht der demographischen Entwicklung ist die Gesundheitsentwicklung in der älteren Bevölkerung von zentraler Bedeutung. Im Zusammenhang mit dieser Entwicklung steht die Morbiditätskompressionshypothese nach James F. Fries. Sie besagt, dass die Lebenszeit in guter Gesundheit steigt, während sich die mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen verbrachte Zeit langfristig verkürzt. Schwere Erkrankungen treten vor allem unmittelbar vor dem Tod auf., Bisherige Studien unterstützen diese Annahme, jedoch ist wenig erforscht, ob sich soziale Unterschiede in der Entwicklung der Gesundheit in der älteren Bevölkerung zeigen. , Daten/ Methodik: Beginnend mit dem Jahr 1992 werden die Daten des Sozioökonomischen Panels Deutschland (GSOEP) für die ältere Bevölkerung (65 bis 89 Jahre) in regelmäßigen zeitlichen Abständen bis zum Jahr 2010 im Querschnittsvergleich untersucht. Als Gesundheitsindikator wird die subjektive Gesundheit betrachtet. Folgende Fragen stehen hierbei im Mittelpunkt: Wie entwickelt sich die (sehr) gute subjektive Gesundheit in der älteren Bevölkerung über die Zeit? Unterscheiden sich diese Entwicklungsverläufe in Abhängigkeit vom sozialen Status (schulische Bildung, beruflicher Abschluss, Einkommen)? Welche weiterführenden Ungleichheitsdimensionen haben einen Einfluss auf eine (sehr) gute subjektive Gesundheitseinschätzung im Alter? Um diese Fragen zu beantworten, wurden neben deskriptiven Analysen binäre logistische Regressionsanalysen durchgeführt., Ergebnisse: Im Jahr 1992 schätzen 21,4% (n=338) der Befragten ihre Gesundheit als (sehr) gut ein. Bis zum Jahr 2010 vergrößert sich der Anteil dieser Gruppe auf 25,7% (n=811). Diese Entwicklung zeigt sich bei beiden Geschlechtern, wobei Frauen ihre Gesundheit insgesamt schlechter einschätzen als Männer., Zu jedem Zeitpunkt sind signifikante Unterschiede zwischen den einzelnen sozioökonomischen Gruppen erkennbar. Der Anteil der Personen mit einer (sehr) guten Gesundheit ist in der höchsten Statusgruppe jeweils am größten. , Über die Zeit vergrößert sich die gesundheitliche Ungleichheit. Hierbei zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede in der Bedeutung der Sozialindikatoren. Während sich bei Frauen mit einem hohen Einkommen die Gesundheit deutlich verbessert, bleibt der Anteil derjenigen mit einer (sehr) guten Gesundheit bei Frauen mit einem geringen Einkommen im zeitlichen Verlauf nahezu konstant. Bei Männern ist ein deutlicher Zusammenhang zwischen dem beruflichen Abschluss und der gesundheitlichen Ungleichheit erkennbar., Zentrale Einflussfaktoren für eine (sehr) gute Gesundheit sind das Alter, der berufliche Abschluss sowie die sportliche Aktivität. Bei Männern hat zudem ein hohes Einkommen, bei Frauen eine hohe schulische Bildung einen positiven Effekt auf die Gesundheit., Diskussion/ Schlussfolgerung: Insgesamt zeigen die Ergebnisse eine Verbesserung der subjektiven Gesundheit in der älteren Bevölkerung. Allerdings profitieren nicht alle sozialen Gruppen von dieser Entwicklung, da sich die gesundheitliche Ungleichheit über die Zeit vergrößert. Mit Bezug auf die Hypothese der Morbiditätskompression ist festzuhalten, dass diese nicht für die Gesamtbevölkerung, sondern nach Geschlecht und sozialem Status stratifiziert untersucht werden sollte.

ID: 9

Was bringt Verbundforschung? Ergebnisse zur Mehrwertanalyse eines Forschungsverbundes

Andrea Teti[1], Petra v. Berenberg[1], Rebecca Falinski[1], Stefan Blüher[1]

[1]Charité - Universitätsmedizin, Berlin

Hintergrund, Das Modell der Verbundforschung (Collaborative Research) etabliert sich europaweit zunehmend (European Commission, 2011). Auch in Deutschland wird die spezielle Förderform „Verbundprojekt“ in Zukunft als Kernstück der Förderprogramme betrachtet (BMBF, 2010). Grundidee und Hauptziel der Verbundforschung ist das Generieren neuen Wissens durch Synergien interdisziplinärer Projekte in einer Verbundkonstellation. Das Zusammenspiel verschiedener heterogener Akteure muss jedoch nicht zwingend zu einer kollektiven Ergebnismaximierung führen. Soziologische Handlungstheorien begreifen menschliches Handeln primär als Prozess der rationalen Verfolgung individueller Interessen. Ein Verbund soll demgegenüber einen Wissenszugewinn durch den Kooperationsprozess generieren. Demnach wird hier folgende Hauptfrage formuliert: Inwieweit kann die Verbundforschung von der synergetischen interdisziplinären Zusammenarbeit unter Beteiligung mehrerer Akteure profitieren?, Methodik, Zur Beantwortung dieser Fragestellung wurde ein qualitativer Ansatz gewählt. Zwischen Januar 2013 und April 2013 wurden ProjektleiterInnen bzw. –koordinatorInnen von fünf Teilprojekten des seit 2008 bestehenden Berliner Forschungsverbundes AMA (Autonomie trotz Multimorbidität im Alter) befragt. Inhalt der leitfadenorientierten Experteninterviews waren Aspekte der Interdisziplinarität, der Kooperation zwischen den Teilprojekten sowie der wissenschaftlichen Integration der Ergebnisse. Die Interviewpartner bekamen die Möglichkeit, die Verbunderfahrung hinsichtlich ihrer Stärken und Potenziale sowohl inhaltlich als auch organisatorisch zu reflektieren und nicht berichtspflichtige, aber für die einzelnen Projekte sowie für den Verbund relevante Informationen einfließen zu lassen. Die Interviews werden derzeit nach Meuser und Nagel (Meuser & Nagel, 1991) ausgewertet., Ergebnisse, Im Rahmen des Beitrags werden Ergebnisse der qualitativen Untersuchung präsentiert und strukturelle und inhaltliche Ressourcen sowie Barrieren für die Kooperation diskutiert., Schlussfolgerung, Aus der Evaluation der Forschungserfahrung im Kooperationsprozess sowie innerhalb der Projekte können wichtige Hinweise zur Gestaltung von Verbünden der Gesundheitsforschung gewonnen werden. Die Ergebnisse dieser Analyse stellen Implikationen für die Verbundforschungsplanung dar, die sowohl seitens der Auftragnehmer als auch seitens der Förderer berücksichtigt werden sollten.

ID: 10

Prävalenz des Diabetes mellitus Typ-1 und Typ-2: Ein Vergleich von Survey- und GKV-Daten

Kristina Kuhlmann[1], Sveja Eberhard[1], Siegfried Geyer[2]

[1]AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen, Hannover; *[2]Forschungs- und Lehreinheit Medizinische Soziologie, MHH, Hannover*

Einleitung, Bei der Interpretation bevölkerungsbezogener Diabetesprävalenzen können hinsichtlich der Datenquellen Verzerrungen auftreten. Bisher fehlen allerdings vergleichende Analysen der Diabetesprävalenzen zwischen Surveys und Routinedaten. Surveys haben den Anspruch repräsentative Daten durch Befragungen zu erheben, doch die hohe Verweigerungsrate bei erkrankten Menschen führt dazu, dass Surveypopulationen gesünder erscheinen als es der Realität entspricht (Thefeld 1999: 87). Die ambulanten Daten der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV), hier am Beispiel der Allgemeinen Ortskrankenkasse Niedersachsen (AOKN), werden routinemäßig erhoben und sind nicht durch den Selektionsbias der Surveys verzerrt (Geyer 2003: 206)., , Fragestellung, In dieser Arbeit wird folgende Forschungsfrage analysiert:, Inwiefern entsprechen die Prävalenzen der Erkrankung Diabetes mellitus Typ-1 und Typ-2 aus ausgewählten Surveydaten des Robert Koch-Instituts den Prävalenzen aus Daten der AOKN? , Aufgrund der Annahme, dass Surveydaten wegen der vermehrten Beeinträchtigung der Nicht-Teilnehmer eine gesündere Bevölkerung darstellen als die GKV-Daten, wird folgende Hypothese formuliert:, Die Prävalenz von Diabetes mellitus in Surveys ist niedriger als in den GKV-Daten., , Methoden, Für den Vergleich der Diabetesprävalenzen zwischen Survey- und GKV-Daten werden die drei Surveys Gesundheit in Deutschland Aktuell 2009 und 2010 und Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland 2010 mit ambulanten Daten der AOKN aus den Jahren 2009 und 2010 verglichen. Es werden die altersstratifizierten und die Gesamtprävalenzen analysiert. Die Auswertung erfolgt mit dem Statistikprogramm SPSS Statistics 21., , Ergebnisse, Die Ergebnisse zeigen, dass die Gesamtprävalenzen und die Prävalenzen der meisten Altersgruppen beider Geschlechter in den Daten der AOKN höher sind als in den Surveys. Die aufgestellte Hypothese kann folglich für den Großteil der Altersgruppen sowie für alle Gesamtprävalenzen bestätigt werden., , Schlussfolgerungen, Zusammenfassend wird durch diese Arbeit gezeigt, dass die Prävalenzen aus Surveys nicht mit denjenigen aus GKV-Daten gleichzusetzen sind, zumal sich beide Quellen unterschiedlicher Erhebungsmethoden bedienen. In der Konsequenz sollten sowohl Survey- als auch GKV-Daten kritisch hinterfragt und Prävalenzen nicht vorbehaltlos übernommen werden.

ID: 11

Modulares Schulungsprogramm für chronische Krankheiten im Kindes- und Jugendalter (ModuS): Konzept und Evaluation

Gundula Ernst[1], Karin Lang1[2], Norbert Gebert[1], Rüdiger Szczepanski[2]

[1]Medizinische Hochschule Hannover, Hannover; *[2]Kinderhospital Osnabrück, Osnabrück*

Hintergrund: Ca. 13% der Kinder und Jugendlichen in Deutschland haben einen besonde-ren Versorgungsbedarf aufgrund einer chronischen somatischen Gesund¬heitsstörung [4]. Um das teils aufwendige Krank¬heitsmanagement und die Herausforderungen im Alltag zu bewältigen, brauchen sie und ihre Eltern Unterstützung. Diese bieten strukturierte, qualitäts¬gesicherte Schulungsprogramme, die nicht nur handlungsrelevantes Wissen über die sach-gerechte Behandlung vermitteln, sondern die Familien auch in die Lage versetzen, die not-wendige Therapie in den Alltag zu integrieren und eine möglichst normale seelische und kör-perliche Ent¬wick¬lung der Kinder zu ermöglichen. Derartige, am Empowerment orientierte Schulungen wirken sich positiv auf somatische Parameter, Krankheits¬bewältigung, Lebens-qualität und soziale Teilhabe aus [1,2]. Für die Mehrzahl der chronischen pädiatrischen Ge-sundheitsstörungen liegen jedoch keine adäquaten, evaluierten Konzepte vor [3]., Methoden: Auf der Basis qualitätsgesicherter Schulungsprogramme wurde im Expertenkon-sens ein modulares Schulungsprogramm (ModuS) entwickelt. Es besteht aus 4 generischen Bausteinen, die für alle Krankheiten gleichermaßen verwendet werden können (Vorbereitung, Gruppenkohäsion, Krankheitsbewältigung, Planung der Zeit danach) und 3 krankheitsspezifi-schen zu Krankheitsverständnis, Therapie und Notfallmanagement. Für die Diagnose Asthma bronchiale sowie für 7 weniger häufige Indikationen (chronische Darmerkrankungen, Harn-Inkontinenz, Mukoviszidose, Nephrotisches Syndrom, primäre Immundefekte, seltene Stoff-wechselstörungen, chronische funktioneller Bauchschmerzen) wurden modulare Schulungscur-ricula entworfen und bundesweit, multizentrisch erprobt. Begleitend entstanden eine modulare Trainerausbildung und ein modulares Qualitätsmanagementhandbuch. , Mit der Evaluation wurde einerseits die Umsetzbarkeit und Wirksamkeit der Modularisierung am Beispiel der Asthma-Schulung überprüft (Vergleich der konventionellen Asthmaschulung der AGAS mit der modularisierten Form) und andererseits die Akzeptanz und Effektivität bezogen auf Krankheitswissen, Krankheitsbelastung, Lebensqualität und -zufriedenheit bei den neuen Indikationen. Neben standardisierten, teils validierten Fragebögen wurden leitfadengestützte Fokusgruppeninterviews durchgeführt und nach dem Konzept der zusammenfassenden qualita-tiven inhaltlichen Analyse ausgewertet. Insgesamt nahmen an der Evaluation 1075 Betroffene zu 3 Messzeitpunkten (vor Schulungsbeginn, am Ende der Schulung und 6 Wochen danach) teil. , Ergebnisse: Die Schulungen führten insgesamt zu einer Zunahme der Lebenszufriedenheit, der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und des krankheitsspezifischen Wissens. Gleich-zeitig nahm die Krankheitsbelastung ab. Der Vergleich der Schulungsmodalitäten zeigte, dass konventionelle Asthmaschulungen und Asthmaschulungen nach ModuS zu vergleich-baren Effekten führten. Auch die Schulungseffekte bei den sieben neuen Indikationen waren mit den Schulungseffekten der modularen Asthmaschulungen vergleichbar. Der Erfolg der Schulungen war unabhängig vom Sozialstatus bzw. einer Migrationsbiographie. , In den Fokusgruppeninterviews wurden die Schulungen über alle Indikationen hinweg sehr positiv bewertet. Insbesondere die Professionalität, Individualität und Flexibilität der Schu-lungen wurde hervorgehoben. Als besonders bedeutsam wurden zudem die psychosozialen Themen und die Umsetzung der Therapie in den familiären Alltag betont. , Diskussion: Die Modularisierung hat sich in der Praxis bewährt. Der Entwicklungsprozess für hochwertige, qualitätsgesicherte Schulungen für weniger häufige und seltene chronische Krankheiten ist deutlich vereinfacht. Eine Ausweitung auf andere Indikationen und um zusätzliche Module ist geplant.

ID: 12

Geriatrie/Sozialmedizin: Reha vor (und in der) Pflege - Was bringen neue gesetzliche Festlegungen (GKV-WSG 2007, PNG 2012)?

Michael Penz[1]

[1]*MDK Bayern, Fachbereich Geriatrie, München*

Hintergrund: , - Geriatrische Patienten bedürfen einer geriatriespezifischen Versorgung., - Geriatrische Rehabilitation ist nachhaltig erfolgreich (AFGiB 2009, MDK Bayern 2010). , - Geriatrische Rehabilitation erfolgt überwiegend (ca. 95 %) nach Krankenhausbehandlung, (AFGiB 2009, MDK Bayern 2010)., - Geriatrische Rehabilitation ist vor dem Hintergrund einer zunehmenden demographischen , Herausforderung und Umsetzung der sozialpolitischen Forderungen ambulant, vor stationär und Rehabilitation vor und in der Pflege umzusetzen (SGBV, IX und XI)., - Feststellung von Pflegebedürftigkeit (MDK) erfolgt nach Antragstellung (Versicherter) häufig , bei geriatrischen Patienten. Die gutachterliche Stellungnahme zur Notwendigkeit von , therapeutischen Maßnahmen incl. Reha war bereits Pflichtbestandteil. Das Pflege-Neuausrichtungs-, Gesetz (PNG, 10/2012) sieht jedoch eine detaillierte und separate Begutachtung zur Notwendigkeit , einer medizinischen Rehabilitation vor., Ziel: , - Feststellung einer Indikation zur medizinischen Rehabilitation im erweiterten Patientenkontakt, - verbesserte Umsetzung der Vorgabe Rehabilitation vor (und in der) Pflege, Methoden: , - Spezifische Schulung aller MDK-Gutachter (SGB XI, MDK By 300 Gutachter 10-11/2012) zur , Beurteilung der Notwendigkeit einer medizinischen Rehabilitation auf Grundlage einer separaten , Begutachtung im Rahmen der Feststellung von Pflegebedürftigkeit gem. SGB XI, - Beurteilung der Ergebnisse der Pflegebegutachtung nach SGB XI (10/12 – 08/13) , hinsichtlich Aussagen zur Notwendigkeit einer medizinischen Rehabilitation (> 100.000 Gutachten), - Vergleich mit den Ergebnissen der bisherigen Pflegebegutachtung nach SGB XI (01-09/2012), Ergebnisse: , - Aussagen zur Notwendigkeit einer medizinischen Rehabilitation, - Aussagen zur Notwendigkeit einer indikationsspezifischen vs. geriatrischen Rehabilitation, - Aussagen zur Notwendigkeit von therapeutischen Maßnahmen (excl. Rehabilitation), - Abbildung der Notwendigkeit von Behandlungsmaßnahmen im Rahmen der Feststellung, von Pflegebedürftigkeit gem. SGB XI., Diskussion: , - Problematik der Feststellung der Notwendigkeit einer Rehabilitation im Rahmen einer Begutachtung, - Rehabilitation: Begutachtung gem. Antragstellung SGB XI vs. hausärztliche Behandlungs- , verantwortung in der vertragsärztlichen Versorgung , Schlussfolgerungen: , Auf der Grundlage von über 100.000 Begutachtungen im Rahmen der Pflegebedürftigkeitsfeststellung (MDK Bayern, 10/12-08/13) werden die Ergebnisse einer separaten strukturierten Rehabilitations-begutachtung ausgewertet und mit den bisherigen Ergebnissen der sozialmedizinischen Begutachtung verglichen und eine Erstanalyse zur Zielerreichung („Reha vor Pflege“) im Rahmen des PNG vorgenommen.

ID: 13

Qualität von Pflegeheimen in Abhängigkeit von der Trägerschaft

Max Geraedts[1], Fiona Blanchaud[1], Daniel Schumacher[1]

[1]*Universität Witten/Herdecke, Witten*

Einleitung/Hintergrund: Internationale Studien deuten darauf hin, dass private, profitorientierte Pflegeheime eine schlechtere Versorgungsqualität bieten als nicht-private Pflegeheime. Ziel der Studie war es, diesen Sachverhalt für Deutschland zu erforschen. , Daten/Methodik: Basis der Analysen waren die jeweils aktuellsten Begutachtungsergebnisse der gesetzlichen Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste aus den Jahren 2011 oder 2012 für alle 10.390 registrierten Pflegeheime, von denen sich 6.104 in öffentlicher oder freigemeinnütziger und 4.286 in privater Trägerschaft befanden. Diejenigen 59 von 64 Beurteilungskriterien, zu denen von mehr als 50% der Pflegeheime individuelle Daten in Form von Schulnoten vorlagen, wurden zu 7 inhaltlich definierten Scores zusammengefasst, die zwischen 2 und 23 gleich gewichtete Kriterien umfassen. Die Scores spiegeln folgende Aspekte der Pflegequalität wider: Pflegeergebnisse, Betreuungsprozesse, klinische Pflegeprozesse (alle), besonders ergebnisrelevante klinische Pflegeprozesse, Pflegedokumentation, Einrichtungsstruktur und Qualitätsmanagement. Mithilfe von Mann-Whitney Tests wurden die Scores der Trägergruppen verglichen. , Ergebnisse: Bei allen genannten Qualitätsaspekten außer der Ergebnisqualität boten nicht-private Pflegeheime eine signifikant ($p<.01$) höhere Qualität als Pflegeheime in privater Trägerschaft., Diskussion/Schlussfolgerung: Bei der qualitätsorientierten Auswahl eines Pflegeheims sollte die Trägerschaft berücksichtigt werden.

ID: 16

Das Aktionsbündnis gegen Darmkrebs – ein deutschlandweites Pilotprojekt zum schriftlichen Einladungsverfahren für die Darmkrebsfrüherkennung

Claudia Pieper[1], Alfons Schröer[1]

[1]BKK BV, Essen

Einleitung/Hintergrund , Die Zahl der jährlichen Darmkrebsneuerkrankungen in Deutschland wird auf rund 68.000 geschätzt. Darmkrebs entsteht meist aus zunächst gutartigen Vorstufen, bei Früherkennung im Stadium I und II liegt die Heilungschance bei ca. 90%. Trotz flächendeckender Screeningmöglichkeit ist die Inanspruchnahme gering. Untersuchungen zeigen, dass die Teilnahme an der Darmkrebsvorsorge von der Invasivität der Maßnahme abhängt. Bei den invasiven Verfahren haben persönliche Einladungsverfahren die höchste Akzeptanz. , Ziel des „Aktionsbündnis gegen Darmkrebs“ ist die Steigerung der Teilnahmeraten an den gesetzlichen Früherkennungsmaßnahmen. Begleitet wird diese Initiative durch den Projektbereich Versorgungsepidemiologie am Institut für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie. , Daten/Methodik , Das Pilotprojekt (Laufzeit Juli 2012-Juni 2013) zum Aktionsbündnis beinhaltete ein landesweites Einladungsverfahren unter Beteiligung von 48 Betriebskrankenkassen. Außerdem unterstützt ein Internetauftritt die Aktion. , Versicherte, die Anspruch auf die gesetzliche Früherkennung haben, wurden wie folgt angeschrieben:, 1. Angebot der Zusendung des nicht im Rahmen der gesetzlichen Früherkennung erhältlichen Stuhltests immoCARE-C an 50-54jährige BKK-Versicherte (Gruppe 1, vorgesehene Anzahl für Gesamtlaufzeit: ca. 295.500)., 2. Aufforderung der 55jährigen BKK-Versicherten am 55. Geburtstag zur Koloskopie. Alternativ wurde die Zusendung eines immoCARE-C Tests angeboten (Gruppe 2, vorgesehene Anzahl für Gesamtlaufzeit: ca. 76.900)., Ausgewertet werden die Inanspruchnahme immunologischer Tests der Gruppe 1 und 2 sowie die Inanspruchnahme der Koloskopien aufgrund positiver Tests. Weiterhin werden quartalsweise Vergleiche auf Länder- und BKK-Ebene vorgenommen. , Ergebnisse , Das Projekt endet im Sommer 2013, somit werden im Herbst die endgültigen Ergebnisse vorliegen. Bislang wurden 39.650 immoCARE-C-Stuhltests angefordert (Stand 03.05.2013). , 1. Die derzeitige Rücklaufquote (zurückgeschickt/angefordert) der Stuhltests liegt bei 54% (davon in der Altersgruppe 50-54 Jahre 52% Männer). , 2. 1.235 (6%) der ausgewerteten Tests sind positiv., 3. Bisher im Institut eingegangene Koloskopiebögen: 118 (10% der positiven Stuhltests), Befunde wie folgt: , • 2x Karzinom Colon (davon 1x <55 Jahre), • 11x Adenom tubulo-villös (alle Alter 50-54 Jahre), • 25x Adenom tubulär (davon 13x 45-54 Jahre, 4x familiäres Risiko vorhanden), • 2x Polypen entzündlich, • 20x Polypen hyperplastisch, Diskussion/Schlussfolgerung, Die Zwischenauswertungen deuten auf eine deutlich erhöhte Inanspruchnahme des immunologischen Stuhltests, vor allem durch Männer im Rahmen dieses Einladungsverfahrens. So lag bspw. die Inanspruchnahme der Frauen in der Altersgruppe 50-54 Jahre in 2008 für den Okkultbluttest etwa 3x höher als die der Männer, hier überwiegt seit Projektbeginn leicht der Anteil Männer mit derzeit 52%. Als Vorteile des Einladungsverfahrens werden gesehen , • Die Motivation durch persönliche Ansprache, • Der Anstoß zur thematischen Auseinandersetzung , • Die Multiplikator-Funktion (Versicherter, Familie, Freunde, …), • Das Erreichen von Personen, die sonst nicht zum Arzt gehen.

ID: 17

Klinische Effektivität von Biomarkern zur Krebsfrüherkennung im Rahmen von Selbstzahlerleistungen in Deutschland und Österreich – Ein systematischer Review

Agnes Luzak[1], Petra Schnell-Inderst[2], Stefanie Bühn[3], Anja Mayer-Zitarosa[1], Uwe Siebert[2]

[1]Department of Public Health and Health Technology Assessment, UMIT - University for Health Sciences, Medical Informatics and Technology, Hall in Tirol; *[2]Area 4 - Health Technology Assessment and Bioinformatics, Oncotyrol Center for Personalized Cancer Medicine, Innsbruck*; *[3]Department of Medical Informatics, Biostatistics and Epidemiology, Ludwig-Maximilians University, Munich*;

Hintergrund: Selbstzahlerleistungen, auch individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) genannt, sind Untersuchungen oder Behandlungen, die nicht im Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung enthalten sind. Ambulant werden Patienten sogenannte Vorsorge-Checks als IGeL angeboten, die unter anderem einen Labortest mit Biomarkern beinhalten. Dieses Angebot richtet sich an asymptomatische Patienten und fällt nicht in das Leistungsspektrum der gesetzlichen Screeningmaßnahmen. Blut- und Laboruntersuchungen machen bis zu 14% des Angebots an Selbstzahlerleistungen aus [1]. Diese Arbeit untersucht die klinische Effektivität von elf Biomarkern als Screeningtest zur Krebsfrüherkennung (AFP, CA125, CA15-3, CA19-9, CEA, Cyfra21-1, β-HCG, NMP22, M2-PK, NSE, PCA3), die im Internet häufig von Ärzten und Laboren als IGeL angeboten werden. , Forschungsfrage: Wie ist die Nutzen-Schaden-Bilanz hinsichtlich patientenrelevanter Endpunkte (Mortalität, Morbidität, Lebensqualität) bei der Anwendung dieser Biomarker als Screeningtest zur Krebsfrüherkennung bei asymptomatischen Personen im Vergleich zur Routineversorgung? , Methoden: Mittels systematischer Literaturrecherchen wurde für alle ausgewählten Biomarker nach Health-Technology-Assessment-Berichten, systematischen Reviews und randomisierten kontrollierten Studien (RCT) gesucht. Einschlusskriterien waren, dass asymptomatische Personen gescreent und mit einer ungescreenten Kontrollgruppe verglichen wurden. Untersuchte Zielgrößen waren die Auswirkungen auf Mortalität, Morbidität und der potenziell entstehende Schaden. Der systematische Review wurde nach den Methoden der evidenzbasierten Medizin erstellt. , Ergebnisse: Zu neun der elf Biomarker wurden weder Übersichtsarbeiten noch RCTs gefunden, die einen dieser Biomarker als Screeningtest an gesunden Personen untersuchten. Insgesamt konnten fünf Übersichtsarbeiten eine zu NMP22 und vier zu CA125 und zwei RCTs zu CA125 eingeschlossen werden. Da zum Recherchezeitpunkt ein RCT noch andauerte, waren Daten zur krankheitsspezifischen Mortalität nur aus einem RCT verfügbar. Für die zehn weiteren Biomarker, NMP22 eingeschlossen, war keine Evidenz zu patientenrelevanten Endpunkten vorhanden. Beim kombinierten Screening aus CA125 und vaginalem Ultraschall bestand zwischen gescreenten und ungescreenten Frauen kein statistisch signifikanter Unterschied in der Ovarialkarzinommortalität (RR:1,18 95%-KI:0,82-1,71) [2]. Aus den ersten vier Screeningrunden wurden die Daten separat für den Biomarker CA125 ausgewertet. Das Verhältnis von Operationen zu tatsächlich gefundenen invasiven Karzinomen nach positivem CA125-Befund lag bei rund 4,5 zu 1 [3]., Schlussfolgerung: Aus den Ergebnissen der Screeningstudie mit dem Biomarker CA125 zum Ovarialkarzinomscreening ließ sich ein Schaden durch falsch-positive Testergebnisse, Überdiagnose und –behandlung, aber kein Nutzen aufzeigen. Für die anderen betrachteten Biomarker war keine Evidenz zur klinischen Effektivität als Screeningtest vorhanden. Bevor Patienten eine solche Leistung in Anspruch nehmen, sollten sie über die fehlende Evidenz der untersuchten Biomarker zur Krebsfrüherkennung und den potenziell entstehenden Schaden umfassend informiert werden.

ID: 18

Qualitätskriterien von Patienteninformationen, Entwicklung und Anwendung eines Bewertungsinstruments auf Informationsmaterialien zu Biomarkertests zur Krebsfrüherkennung- Ein systematischer Meta-Review

Stefanie Bühn[1], Petra Schnell-Inderst[2], Agnes Luzak[3], Anja Mayer-Zitarosa[1], Uwe Siebert[2]

[1]*Department of Public Health and Health Technology Assessment, UMIT - University for Health Sciences, Medical Informatics and Technology, Hall in Tirol*; [2]*Area 4 - Health Technology Assessment and Bioinformatics, Oncotyrol Center for Personalized Cancer Medicine, Innsbruck*; [3]*Department of Medical Informatics, Biostatistics and Epidemiology, Ludwig-Maximilians University, Munich*

Hintergrund: Gesetzlich versicherten Personen werden im ambulanten Bereich verschiedene Blut-und Laboruntersuchungen als Selbstzahlerleistung oder sogenannte „Individuelle Gesundheitsleistungen“ (IGeL) angeboten. Darunter fallen unter anderem Biomarkertests zur Krebsfrüherkennung [1]. Bevor ein Patient sich für eine solche Leistung entscheidet, braucht dieser evidenzbasierte Patienteninformationen (PI), d.h. solche, die unabhängig, transparent und vertrauenswürdig sind. Nur diese Art von PI bietet die Möglichkeit eine informierte Entscheidung in Abwägung persönlicher Präferenzen treffen zu können [2,3]. , Das Ziel dieser Arbeit war zum einen die Erstellung einer systematischen Übersichtsarbeit über Qualitätskriterien zur Bewertung von evidenzbasierten PI und zum anderen die Entwicklung eines Bewertungsinstruments für Patienteninformationen zur Krebsfrüherkennung mit Biomarkern. Zunächst sollte das Bewertungsinstrument auf Grundlage der identifizierten Qualitätskriterien unter Berücksichtigung der speziellen Anforderungen an Screening-Interventionen als IGeL erstellt werden. Anschließend sollten mit Hilfe dieses Instruments im Internet verfügbare PI zu Krebsfrüherkennung evaluiert werden. , Methodik: Zunächst wurde ein systematischer Review von Übersichtsarbeiten zu Qualitätskriterien zur Bewertung von PI gemäß den Methoden der evidenzbasierten Medizin erstellt. Die Suche beinhaltete Leitlinien, Informationsbroschüren, Empfehlungen, Stellungnahmen, Checklisten, Fragebögen, Handbücher und andere Texte, in denen es um die Erstellung oder Bewertung von schriftlichen PI im Allgemeinen oder im besonderen Fall der Krebsfrüherkennung ging. Mit Hilfe von standardisierten Extraktionsbögen wurden aus den eingeschlossenen Dokumenten formale und inhaltliche Qualitätskriterien, sowie solche zur Darstellung und zum Erstellungsprozess erfasst. Auf dieser Grundlage konnte ein Bewertungsinstrument erstellt werden, das die speziellen Anforderungen an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen und IGeL berücksichtigt. Anschließend wurden PI zur Krebsfrüherkennung mittels verschiedener Biomarker (AFP, CA125, CA15-3, CA19-9, CEA, Cyfra21-1, β-HCG, NMP22, M2-PK, NSE, PCA3, Septin9), die im Internet als IGeL angeboten werden, gesucht und deren Qualität mit dem entwickelten Bewertungsinstrument evaluiert., Ergebnisse: Das adaptierte Bewertungsinstrument zur Evaluation von PI zur Krebsfrüherkennung enthielt insgesamt 42 Kriterien. Es wurden 21 online erhältliche PI zu den Biomarkern PCA3, NMP22, M2-PK und Septin 9 gefunden. Darüber hinaus wurden 4 PI, die allgemein zu verschiedenen Biomarkern verfasst waren, bewertet. Zweiundzwanzig der 25 PI stammten von Erstellern, die finanzielle Interessen am Einsatz der beschriebenen Biomarker haben (Labore, Hersteller, Serviceleister für Hersteller). Angaben zur Einschätzung der Unabhängigkeit der Erstellung und Quellenangaben für die Evidenz fehlten durchgehend. Nur eine von 25 Informationsbroschüren [4] enthielt Angaben zu Wahrscheinlichkeiten von Nutzen, Schaden und der zugrunde liegenden (bzw. fehlenden) wissenschaftlichen Evidenz zu patientenrelevanten Endpunkten (krebsspezifische Mortalität und Morbidität, gesundheitsbezogene Lebensqualität). Insgesamt wurde die Qualität der bewerteten PI als niedrig eingeschätzt., Schlussfolgerung: Die Qualität der bewerteten PI zur Krebsfrüherkennung mittels Biomarkertests, die als IGeL angeboten werden, reichte mit Ausnahme einer PI nicht aus, um Versicherten eine informierte Entscheidung zu ermöglichen. Häufig wurde lediglich der Hersteller angegeben, ohne Verweis auf den Autor oder dessen Qualifikation, sodass eine erste Einschätzung über Vertrauenswürdigkeit und Unabhängigkeit der PI nicht getroffen werden konnte. Vor allem im Bereich IGeL sind unabhängige evidenzbasierte PI von großer Wichtigkeit, damit der Patient eine informierte Entscheidung treffen kann.

ID: 19

„Workshop Geschichte der Sozialmedizin“ Gesunde Schule und gesunde Kinder. Die Etablierung der deutschen Schulhygiene am Beispiel Düsseldorf 1880-1933

Hideharu Umehara[1]

[1]*Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf*

Die Gesundheit von Kindern steht zu Beginn des 21. Jahrhunderts im Brennpunkt der deutschen Gesundheitspolitik. Zunehmende Defizite in der körperlichen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen gefährde langjährig den allgemeinen Gesundheitszustand der gesamten Bevölkerung, so die These. Ein bundesweites Projekt zum Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, das Kinder- und Jugendgesundheitssurvey, fordert, ein Netzwerk zur Gesundheitsförderung aufzubauen. Hierbei wird der Schule die Funktion als ein wichtiger Knotenpunkt eines solchen Netzwerks zugesprochen. , Der Zusammenhang „Kindergesundheit und Schule“ ist allerdings keinesfalls neu. Seit dem 19. Jahrhundert entwickelte sich die deutsche Schulhygiene parallel zur deutschen Gesundheitslehre und Medizin von der „Schul“-hygiene, die den Schwerpunkt auf den Gesundheitsschutz gegen schädliche Einflüsse der Schule legte, zur „Schüler“-hygiene, bei der es um die Gesundheitsförderung durch die Schule ging. Ferner hatte die Bekämpfung von Infektionskrankheiten einen hohen Stellenwert in der Schulhygiene. , In dem Etablierungsprozess der deutschen Schulhygiene wurde die Leistungsfähigkeit der Schüler – „Schultauglichkeit“, die der Hamburger Schularzt Fritz Moritz in seinem Beitrag zum „Krankheit und Soziale Lage“ thematisierte – zunehmend in den Vordergrund gerückt. Die Schulhygiene fand ihr Hauptziel darin, mithilfe der Medizin die leistungsfähigen – in dem Sinne „gesunde“ – Kinder zu fördern, und dadurch zur deutschen Nationalstaatsbildung beizutragen. Die Vorreiter der Institutionalisierung der Schulhygiene waren die Großstädte, in denen ein umfassendes System zur Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen aufgebaut wurde. Die Schulhygiene etablierte sich um 1900 als einer der wichtigen Bereiche sowohl in der deutschen Sozialmedizin als auch im kommunalen Gesundheitswesen., Vor dem Hintergrund wird der Vortrag die Schulhygiene am Beispiel von Düsseldorf auf der lokalhistorischen Ebene rekonstruieren. Quellengrundlage bilden die Verwaltungsakten des Stadtarchivs Düsseldorf, zeitgenössische Fachpublikationen und Sekundärliteratur. Aufgrund der systematischen Untersuchung dieser Materialien zeigt der Vortrag, dass die Schulhygiene einer der wichtigsten Teile der Sozialmedizin war und zugleich fest im kommunalen Gesundheitswesen verankert wurde.

ID: 20

Does increased spending in health care explain the sharp upturn in life expectancy in the Netherlands?

Frederik Peters[1]

[1]*University Medical Center Rotterdam, Rotterdam*

Background: While life expectancy in most high-income countries increased remarkably since the second half of the 20th century, the Netherlands witnessed a longer period of slow improvements during the 1980s and 90s followed by a sudden and sharp upturn in the recent decade. It has been suggested that improved health care utilization for the elderly was partly responsible for this change. We explored the possible contribution of increasing health care expenditures, to explain the break point and size of the increase in Dutch life expectancy, which occurred in 2002. , Methods: We applied multivariate panel regression to estimate the effect of health care expenditures as % of GDP on sex-specific partial smoking-free life expectancy between age 50 and 85 in 19 OECD countries, including the Netherlands, with data for the years 1980-2010. Based on the model estimates we construct the time-trend in Dutch life expectancy if health care expenditures as % of GDP would have remained constant throughout 1980-2010. Using segmented regression analysis, we test how this affects the onset and size of the recent increase in the Netherlands compared to a reference country, Sweden, and the average of the 19 countries in our sample. , Findings: We find a positive and significant influence of health care expenditures as % of GDP on smoking-free partial life expectancy between age 50 and 85 within our sample of 19 OECD countries. Spending 1% more GDP on health care increased life expectancy in males by 0.05 years and females by 0.12 years on average. In the Netherlands, life expectancy improved in males and females at a rate of 0.16 years per calendar year after 2001. After removing the effect of increasing health care expenditures this was 0.14 in females and 0.11 in males. For females, this explained about 25% of the difference to the time-trend in Sweden after 2001 and for males even 66%. However, the counterfactual life expectancy with constant health care expenditures as % of GDP did not affect the onset of the Dutch increase around the year 2002 and the slow increase in life expectancy before 2001. , Interpretation: Having spent more of its GDP on health care helped the Netherlands to increase its life expectancy slightly steeper than in other high-income countries during the recent decade. But variations in health care expenditures do not explain why the Netherlands performed worse than other countries before 2002 and suddenly converged to the universal increase, as observed in other countries, afterwards. The explanation of the exceptional Dutch pattern is beyond the mere change in the quantity of health care spending.

ID: 21

Welche Informationen benötigen niedergelassene Ärzte im Zusammenhang mit der Rehabilitation der DRV? – Ergebnisse einer Onlinebefragung

Anna Lena Walther[1], Nadine Janis Pohontsch[2], Ruth Deck[3]

[1]*Universität zu Lübeck*; [2]*Uniklinikum Hamburg-Eppendorf*; [3]*Universität zu Lübeck*

Hintergrund: Informationsdefizite und Unsicherheiten, unklare Anforderungen an den Befundbericht und mangelnde Transparenz in der Bewilligungspraxis werden von niedergelassenen Ärzten im Zusammenhang mit der medizinischen Rehabilitation beklagt. Informationen, die gut zugänglich sind und den Bedürfnissen der niedergelassenen Ärzte entsprechen werden als Ansatzpunkt zum Abbau von Schnittstellenproblemen erachtet (Pohontsch & Deck, 2011, Schubert et al., 2012). In einem Forschungsprojekt wurde der konkrete Informationsbedarf von niedergelassenen Ärzten zum Thema medizinische Rehabilitation identifiziert sowie die Präferenz der Informationsgestaltung ermittelt. , Methodik: In der Primärstudie wurden Kostenträger, Rehabilitationskliniker, niedergelassene Ärzte und Rehabilitanden in professions-getrennten und professions-übergreifenden Fokusgruppen zu Schnittstellenproblemen in der Rehabilitation befragt (Pohontsch & Deck, 2011). Auf der Basis der so gewonnenen qualitativen Daten wurden rehabilitationsspezifische Aspekte, zu denen niedergelassene Ärzte Informationen benötigen, identifiziert. Die von den Beteiligten genannten Problembereiche wurden in Zusammenarbeit mit der DRV Bund / DRV Nord in einen Online-Fragebogen überführt. Nach Durchführung eines Pretests umfasste der finale Fragebogen 40 Fragen zu rehabilitationsspezifischem Informationsbedarf. Für jede Frage gaben die niedergelassene Ärzte auf einer fünf-stufigen Antwortskala (Ja – Eher ja – Unentschieden – Eher nein – Nein) an, ob Sie hierzu detailliertere Informationen benötigen. Die Befragung erfolgte online (SurveyMonkey). Niedergelassene Ärzte in Schleswig-Holstein wurden über E-Mail-Verteilerlisten der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) und Ärztekammer (ÄK), sieben Ärzte- und Praxisnetze sowie schriftlich über die Mitteilungsblätter der KV und ÄK zur Teilnahme eingeladen. , Ergebnisse: Insgesamt lagen 194 Fragebögen zur Auswertung vor (Rücklaufquote 27,7%). Die Teilnehmer sind im Mittel 54 Jahre alt, 64,9% sind männlich. 46,9% sind Fachärzte für Allgemeinmedizin und 43,3% weitere Fachärzte, 9,8% machten keine Angaben zu ihrer ärztlichen Tätigkeit. Allgemein lässt sich ein sehr hoher Informationsbedarf über alle Themenbereiche im Fragebogen feststellen: Bei 34 von 40 Fragen stellt „Ja“ das am häufigsten gewählte Antwortformat dar. Der höchste Informationsbedarf besteht bei der Frage, bei welchen Ablehnungsgründen ein Widerspruch sinnvoll sein kann (74,7%), ferner haben die Fragen was „ambulante Maßnahmen ausgeschöpft“ genau bedeutet (69,7%) und welche Maßnahmen vor dem Einlegen eines Widerspruchs erfolgen sollten (69,3%) hohe Priorität. , Eine Homepage als Möglichkeit, solche Informationen abzurufen, wird von den niedergelassenen Ärzten deutlich präferiert. Bei der Möglichkeit von Mehrfachantworten bevorzugen 74,2% eine Website, gefolgt von der Möglichkeit einer Broschüre (44,8%) und Weiterbildungsmaßnahmen (22,2%). , Diskussion und Schlussfolgerung: Niedergelassene Ärzte haben an verschiedenen Stellen der medizinischen Rehabilitation einen hohen Informationsbedarf, der durch die zurzeit verfügbaren Informationsquellen nicht gedeckt wird. Der Bedarf einer Website als Informationsquelle zu verschiedenen Aspekten der medizinischen Rehabilitation ist für niedergelassene Ärzte hoch. Die Erstellung und Bereitstellung einer benutzerfreundlichen Website mit verständlichen Informationen zu den gewünschten Aspekten scheint notwendig, um das Verständnis und die Akzeptanz medizinischer Rehabilitation und deren Prozesse unter niedergelassenen Ärzten zu erhöhen.

ID: 22

Anerkennung des Individuums oder des Kollektivs? Sozialhygienische Zuteilungskriterien im Gesundheitswesen bei Alfred Grotjahn, Max Mosse und Gustav Tugendreich im Vergleich zur heutigen Sozialepidemiologie

Sebastian Kessler[1]

[1]*Universität Ulm, Ulm*

„Workshop Geschichte der Sozialmedizin“ , Der Zusammenhang von Armut und Krankheit beschäftigt Medizin und Wissenschaft bereits seit einiger Zeit. Auch in neueren sozialepidemiologischen Arbeiten steht die Frage nach dem Einfluss von gesellschaftlichen Variablen auf Morbidität und Mortalität im Zentrum des Erkenntnisinteresses. Die junge Sozialepidemiologie formierte sich in Deutschland als wissenschaftliches Fach vor allem nach der Publikation des richtungsweisenden Black-Reports (Townsend 1982). In deutschsprachigen Texten wird auf der Suche nach einer Tradition aber immer wieder auch auf die Werke von Alfred Grotjahn (1869-1931) (Grotjahn 1977 [1923]), sowie von Max Mosse (1873-1936) und Gustav Tugendreich (1876-1948) (Mosse und Tugendreich 1977[1913]) verwiesen., Wie in der Forschung Gesunden und Kranken Wert zugeteilt wird, hat sich hundert Jahre nach dem Erscheinen der Werke von Grotjahn, Mosse und Tugendreich zwar sehr verändert, dennoch lohnt sich eine Rückschau auf diese Arbeiten, um Einblicke in Wertvariablen und die Zuteilungskriterien im Gesundheitswesen aus einer besonderen sozialen Perspektive auf Krankheit zu gewinnen. Diese scheint umso notwendiger, da die Sozialepidemiologie sich hier in eine Traditionslinie stellt, die aus heutiger Sicht nicht vollständig unproblematisch erscheint. In der unter dem Eindruck der eugenischen Bewegung stehenden Literatur aus den ersten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts, wie der von Grotjahn, Mosse und Tugendreich, kommen andere Formen der Anerkennung von ‚krank‘ oder ‚gesund‘ zum Tragen. Während in der Eugenik ein Teil der Untersuchungspopulation missachtet wurde und sich ein Bestreben abzeichnete, nur als wertvoll anerkannte Individuen in eine idealisierte Gesellschaftsutopie einzubeziehen, muss die Sozialepidemiologie die Frage stellen, inwiefern ein unproblematisierter Verweis auf frühere Forschungen der Sozialhygiene heutige Normvorstellungen unterwandern kann. Der hier zugrundeliegenden Hypothese folgend bringt die heutige Sozialepidemiologie dem Einzelnen im Gesundheitswesen ein höheres Maß an Anerkennung entgegen als ihre (selbstgewählten) Vorläufer., Im Beitrag möchte ich daher historisch vergleichend Zuteilungskriterien der Achtung und Missachtung ausarbeiten, die sich entweder am Individuum oder Kollektiv orientieren. Dafür wird zunächst dargestellt, wie Anerkennungsphänomene wissenschaftliche Überlegungen zu Gesundheit und Krankheit mit impliziten Normen der Zuteilung verknüpfen. Anschließend wird die Anerkennung des Wertes individueller Gesundheit und Krankheit bei Grotjahn sowie bei Mosse und Tugendreich herausgearbeitet. Vergleicht man diese Formen der Achtung von Krank und Gesund mit jenen in der sozialepidemiologischen Literatur seit den 1960er Jahren, zeigen sich Veränderungen in der impliziten Achtung der Rechte, Bedürfnisse und Pflichten des Individuums, sowie des Kollektivs. Während Anfang des 20. Jahrhunderts das Recht auf Gesundheit eingeschränkt werden konnte, scheint dies heute in dieser Form nicht mehr möglich zu sein. Es ist daher zu diskutieren, ob die heutige Sozialepidemiologie die Chance ergriffen hat, das Verhältnis von Krankheit und sozialer Lage grundlegend neu zu deuten. Der Ausgrenzung ganzer Bevölkerungsteile aus der Gesellschaft aufgrund von Krankheit könnte so eine höhere Achtung des Individuums gegenüberstehen.

ID: 23

Wirksamkeit betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention- eine Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz 2006-2012

Sarah Schröer[1], Jessy Haupt[1], Claudia Pieper[1]

[1]*Institut für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (IMIBE) am Universitätsklinikum Essen, Essen*

Einleitung:, Gesundheitsförderung und Prävention haben in Deutschland zunehmend an Bedeutung gewonnen und sind auch in der Arbeitswelt als Strategie zur Verbesserung der Gesundheit am Arbeitsplatz entdeckt worden. Die eingesetzten Präventionsprogramme und ihre Zielsetzungen sind vielfältig. Im Auftrag der Initiative Gesundheit und Arbeit (Iga) wurde vom Projektbereich Versorgungsepidemiologie am Institut für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (IMIBE) eine Übersicht über die aktuelle wissenschaftliche Literatur zur Wirksamkeit betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention erstellt. Zielsetzung des Projektes war eine Zusammenstellung der vorhandenen Evidenz aus systematischen Übersichtsarbeiten. , Methoden:, Analog zu den Vorgänger-Projekten Iga-Report 3 und 13 aus den Jahren 2003 bzw. 2008 erfolgte eine systematische Literaturrecherche in elektronischen Literaturdatenbanken und Internetsuchmaschinen. Neben einfachen Stichworten und komplexen Stichwortkombinationen wurden auch Begriffe zu spezifischen Erkrankungen von Psyche und Muskel-Skelett-System abgefragt. In einem zweistufigen Prozess wurden die identifizierten Publikationen hinsichtlich formaler und inhaltlicher Einschlusskriterien geprüft. Eingeschlossen wurden systematische Übersichtsarbeiten (Reviews oder Meta-Analysen) über arbeitsweltbezogene Maßnahmen, die in internationalen Fachzeitschriften im Zeitraum 2006-2012 in Deutscher oder Englischer Sprache veröffentlicht worden sind. , Ergebnisse:, Insgesamt konnten 74 Übersichtsarbeiten basierend auf über 1825 Einzelstudien eingeschlossen werden, darunter 32 Reviews zu allgemeinen Gesundheitseffekten, 20 zur Prävention psychischer Erkrankungen und 22 zur Prävention von Muskel-Skelett-Erkrankungen. Bestandteile von Programmen zur Verbesserung der allgemeinen Gesundheit am Arbeitsplatz waren Maßnahmen zur Förderung von Bewegung, gesunder Ernährung sowie zur Prävention/Reduktion von Tabakrauchen und ungesundem Gewicht. Die Auswertung ergab eine generelle Wirksamkeit von solchen Lebensstil-Interventionen. Eine Verbesserung der Ernährung wurde durch Mitarbeiterschulungen und eine Umgestaltung der Arbeitsumgebung mit gesunden Kantinenangeboten erreicht. Effekte auf gewichtsbezogene Zielparameter konnten durch diese Ernährungsprogramme nicht beobachtet werden. Körperliche Aktivität und Fitness von Mitarbeitern konnten durch betriebliche Programme zur Bewegungsförderung verbessert werden. Am effektivsten waren die aktive Gestaltung von Pausen und Arbeitswegen, Sporteinheiten und der Einsatz von Pedometern. Effekte auf das Gewicht blieben unklar. Betriebliche Interventionen zum Gewichtsmanagement waren am erfolgreichsten wenn sie mehrere Komponenten beinhalteten und zugleich auf Sport, Ernährungsumstellung und organisatorischen Veränderungen basierten. Geeignete Maßnahmen zur Rauchentwöhnung im Arbeitsumfeld waren Einzel- und Gruppenberatungen. Wettbewerbe und finanzielle Anreize zeigten sich als wirksame Strategien zur Erhöhung der Teilnahmerate an Rauchentwöhnungsinterventionen. Der Erfolg der Nikotinentwöhnung wurde dagegen nicht beeinflusst. Weiterhin wurde ein Zusammenhang zwischen Arbeitsumfeld und Rauchverhalten der Mitarbeiter festgestellt. Interventionen zur Förderung der psychischen Gesundheit am Arbeitsplatz zeigten eine günstige Beeinflussung von arbeitsbedingten Stress, Burnout und Angstzuständen. Geeignete Interventionsformen waren Stressmanagement, Verhaltenstherapie, Entspannung und kombinierte Ansätze. Daneben wurden ein Ungleichgewicht zwischen Erwartung und Belohnung, hohe Anforderungen, geringe soziale Unterstützung durch Kollegen und Vorgesetzte als arbeitsweltbezogene Stressoren mit Auswirkung auf das psychische Wohlbefinden von Mitarbeitern identifiziert. In der Prävention von Muskel-Skelett-Erkrankungen waren je nach Lokalisation unterschiedliche Maßnahmen wirksam. Sportprogramme und Schulungen verbesserten Inzidenz und Intensität von Kreuzschmerzen und führten zu einer Reduktion von Beeinträchtigung und Krankentage durch Kreuzschmerzen. Nackenschmerzen wurden am besten durch eine ergonomische Umgestaltung des Arbeitsplatzes reduziert. Die Wirkung von klassischen Rückenschulen und speziellen Krankentransporttechniken konnte nicht bewiesen werden. Die Übersicht zeigt insgesamt positive Effekte auf die Mitarbeitergesundheit und stärkt die Bedeutung der Arbeitswelt als geeignetes Setting für Prävention und Gesundheitsförderung.

ID: 24

Workshop Geschichte der Sozialmedizin: Gesundheitsauswirkungen von Arbeitslosigkeit: ein Public-Health-Problem damals wie heute

Alfons Hollederer[1]

[1]*Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL), Erlangen*

„Arbeitslosigkeit: Ein Problem der Volksgesundheit“ lautet der Titel einer „Denkschrift für die Regierung und Parlamente“ in Deutschland. Dabei handelt es sich um eine weitgehend in Vergessenheit geratene Sammlung sozialmedizinischer Gutachten von 1931. Der Arzt und Parlamentarier Julius Moses (1931) veröffentlichte sie in der Weimarer Republik unter dem Eindruck der Massenarbeitslosigkeit während der ersten Weltwirtschaftskrise. Er resümiert, dass „Arbeitslosigkeit als sozialer Krankheitsfaktor gleichzeitig auch ein medizinischer Krankheitsfaktor“ ist. Diese Publikation von Moses steht in einer langen Tradition der Sozialmedizin bzw. Sozialhygiene. In der Weimarer Republik richteten die Sozialhygieniker ihre Aufmerksamkeit auf die Pathogenität der sozialen Umwelt (vgl. Grotjahn 1912 Mosse & Tugendreich 1912). Arbeitslosigkeit wurde damals im Zuge der Industrialisierung zu einem zentralen Problem vieler Volkswirtschaften und ist es auch noch in der Gegenwart in vielen Ländern. Die „Denkschrift“ von Moses (1931) erschien bereits zwei Jahre vor dem heute noch weltbekannten Klassiker „Die Arbeitslosen von Marienthal“ von Jahoda, Lazarsfeld und Zeisel, die die Auswirkungen und psychosozialen Belastungen von Arbeitslosigkeit auf ein ganzes Gemeinwesen untersuchten (Jahoda et al. 1933/1975). Die Erfahrungen von Langzeitarbeitslosigkeit waren damals von den direkten Folgen extremer Armut geprägt. Mit Bezug auf die Marienthal-Studie und weitere Forschungsarbeiten beschrieben Eisenberg und Lazarsfeld (1938) wenig später ein erstes grundlegendes Phasenmodell für das Erleben von Arbeitslosigkeit., Fünf Perioden sozialwissenschaftlicher Forschung lassen sich seitdem in den westlichen Industrieländern laut Mohr (2010) unterscheiden:, 1. Die Periode in den 30er und 40er Jahren, die sich durch die klassischen Arbeiten zu Typologien und Phasenmodellen auszeichnet., 2. In der Periode der 70er Jahre kam es erneut zu vermehrter Arbeitslosigkeitsforschung, insbesondere methodisch dominierten Querschnittstudien, die zunehmend verschiedene Stichproben untersuchten. Arbeitslosigkeit wurde als kritisches „life-event“ bzw. plötzlich auftretender Verlust betrachtet., 3. In den 80er Jahren nahmen Längsschnittstudien und die Wahrnehmung des Prozesscharakters von Arbeitslosigkeit zu. Parallel wurden auch die Folgen für mittelbar Betroffene untersucht., 4. In den 90er Jahren wurde das Forschungsinteresse auch auf den Zeitpunkt vor der Arbeitslosigkeit und damit auf die „Noch-Beschäftigten“ und auf Arbeitsplatzunsicherheit ausgeweitet., 5. Die gegenwärtige Phase betrachtet nicht nur bezahlte Erwerbsarbeit, sondern sucht auch Antworten auf die Frage, welche Arbeit für Menschen gut ist. Sie vergleicht Erwerbsarbeit mit Erwerbslosigkeit, unsicheren Arbeitsverhältnissen und Unterbeschäftigung., Als 6. Phase könnte noch die aktuelle Entwicklung der „arbeitsmarktintegrativen Gesundheitsförderung“ für die Zielgruppe der Arbeitslosen ergänzt werden (Hollederer, 2011). , Die Qualität und Methodik der Studien nahm im Zeitlauf stark zu ebenso wie die Zahl der empirischen Studien, während die Theorienentwicklung und Rahmenkonzepte dagegen nicht in diesem Maße Schritt hielten. , Dass sich Langzeitarbeitslosigkeit als Determinante auf die Gesundheit auswirkt und die Gesundheitspolitik wenig Einfluss nimmt, erkannte Moses bereits 1931. Er beklagte, dass „wie die Sozialversicherung als Ganzes die Arbeitslosenfürsorge ein Teil der öffentlichen Gesundheitspolitik“ ist und dass „diese gesundheitliche Bedeutung der Arbeitslosigkeit leider von der Gesetzgebung nicht beachtet wird“. Für Moses war die Arbeitslosigkeit ein Problem der Ökonomie und zugleich der Volksgesundheit, allerdings wird „das gesundheitlich so bedeutsame Arbeitslosenproblem ausschließlich von wirtschaftlichen und finanziellen Gesichtspunkten behandelt“ - damals wie heute!

ID: 25

Teilnahme am Mammographie-Screening in Europa – Eine systematische Übersicht von Einflussfaktoren

Eva-Maria Berens[1], Fatma Fettah[1], Maren Reder[2], Petra Kolip[2], Jacob Spallek[3]

[1]Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, AG für Epidemiologie und Int. Public Health, Bielefeld; *[2]Universität Bielefeld, Fakultät für Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, AG für Prävention und Gesundheitsförderung, Bielefeld*; *[3]Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, AG für Epidemiologie und Int. Public Health, Bielefeld*

Einleitung/Hintergrund: In den meisten europäischen Ländern werden Mammographie-Screening-Programme (MSP) oder opportunistische Mammographien zur Früherkennung von Brustkrebs angeboten. Ziel dieser Programme ist die Senkung der Sterblichkeit an Brustkrebs sowie die Verbesserung der Versorgungs- und Heilungschancen für Frauen. Da Mammographie-Screeningnicht nur Vorteile, sondern auch Nachteile hat, spielt aus Sicht der Europäischen Leitlinien zur Qualitätssicherung die persönliche Freiheit einer informierten Entscheidung mit der Möglichkeit zur Ablehnung einer Teilnahme eine wichtige Rolle. Ziel des systematischen Reviews ist es deshalb abzubilden, welche Einflussfaktoren auf die Screeningteilnahme bislang in Europa untersucht wurden., Daten/Methodik: Es wurde eine systematische Literatursuche in der Datenbank Pubmed durchgeführt. Suchbegriffe waren: ('Mammography/utilization'[Mesh]) AND (attendance OR participation OR utilization OR influence or use) AND Europe. Publikationen wurden eingeschlossen, wenn sie als empirische Arbeit einen oder mehrere Einflussfaktoren auf die Teilnahme am Mammographie-Screening in Europa untersuchen. Zudem wurden die Literaturverzeichnisse der eingeschlossenen Studien durchgesehen und dort weitere relevante Studien identifiziert., Ergebnisse: Die Suche ergab insgesamt 228 Artikel. Nach Ausschluss von 40 nicht relevanten Titeln und 87 nicht relevanten Abstracts, wurden 101 Volltexte gescreent. Hiervon wurden 56 in die weitere Analyse aufgenommen. Zudem wurden weitere 41 Publikationen auf Basis der Literaturverzeichnisse eingeschlossen. Die meisten Publikationen betrachten die Mammographie-Screeningteilnahme in Großbritannien (28), Spanien (15), der Schweiz (11), Schweden (7) sowie Frankreich (6) und Italien (6). Als häufigste Einflussfaktoren auf die Teilnahme wurden sozioökonomischen Variablen betrachtet. Wenige Studien bilden auch Faktoren einer Informierten Entscheidung, wie Einstellungen zum Screening und Wissen über Brustkrebs und Screening, ab., Diskussion/Schlussfolgerungen: Zumeist stehen allgemeine sozioökonomische Einflussfaktoren auf die Teilnahme am Mammographie-Screening im Vordergrund der Studien. Weitere Faktoren, wie z.B. der Grad der Informierten Entscheidung mit den Komponenten Wissen, Einstellungen und Handlung bei der (Nicht)Teilnahme am Mammographie-Screening wurden bisher in wenigen Studien und nur am Rande betrachtet. Die zukünftige Forschung zur Teilnahme am Mammographie-Screening in Europa, sollte den Fokus stärker auch auf andere, nicht sozioökonomische Faktoren lenken, die für die (nicht) teilnehmenden Frauen bedeutsam bei der Entscheidung für oder gegen eine Teilnahme am Mammographie-Screening sind.

ID: 26

Bildungsunterschiede im Tabakkonsum und Ausstiegsverhalten junger Erwachsener: Ergebnisse der Studie 'Gesundheit in Deutschland aktuell' (GEDA) 2009 und 2010

Benjamin Kuntz[1], Jens Hoebel[1], Thomas Lampert[1]

[1]*Robert Koch-Institut, Berlin*

Hintergrund: Studien zum Tabakkonsum von Jugendlichen zeigen, dass Gymnasiastinnen und Gymnasiasten seltener rauchen als Schülerinnen und Schüler anderer Schulformen. Der Vortrag untersucht, inwieweit sich Bildungsunterschiede im Rauchverhalten auch im jungen Erwachsenenalter abzeichnen. Ein besonderes Augenmerk wird dabei auf etwaige Unterschiede im Ausstiegsverhalten gelegt., Methodik: Die Datengrundlage bildet der am Robert Koch-Institut durchgeführte deutschlandweit repräsentative Telefonsurvey „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA). Für die Auswertungen werden die Querschnittsdaten der 18- bis 29-jährigen Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer aus den Erhebungsjahren 2009 und 2010 zusammengefasst (n=7.620). Der Rauchstatus wird anhand der Frage erhoben „Rauchen Sie zurzeit – wenn auch nur gelegentlich?“ (Antwortkategorien: „ja, täglich“, „ja, gelegentlich“, nein, nicht mehr“, „habe noch nie geraucht“). Alle täglichen und gelegentlichen Raucher wurden zudem nach der durchschnittlich pro Tag gerauchten Anzahl an Zigaretten befragt. Anhand der Angaben zum höchsten Schulabschluss werden drei Bildungsgruppen unterschieden: niedrig (kein Schulabschluss/Hauptschulabschluss), mittel (Realschule/Mittlere Reife), hoch (Abitur/Fachhochschulreife). Schülerinnen und Schüler werden hinsichtlich ihres angestrebten Schulabschlusses zugeordnet. Ausgewiesen werden Rauchprävalenzen und Ausstiegsquoten sowie altersadjustierte Odds Ratios (OR) mit 95 %-Konfidenzintervallen (95 %-KI), die mittels logistischer Regressionen ermittelt werden., Ergebnisse: Rund 37 % der 18- bis 29-jährigen Frauen und 43 % der gleichaltrigen Männer in Deutschland rauchen täglich oder gelegentlich. Junge Erwachsene mit niedriger Schulbildung greifen eher zu Zigaretten und anderen Tabakprodukten als Gleichaltrige mit hoher Schulbildung (Frauen: OR=3,00 95 %-KI 2,30-3,92 p<0,001 Männer: OR=3,72 95 %-KI 2,90-4,77 p<0,001). Auch der Anteil der täglichen und starken (20+ Zigaretten am Tag) Raucherinnen und Raucher nimmt mit abnehmendem Bildungsgrad zu. Unterschiede lassen sich zudem im Ausstiegsverhalten beobachten: Die Chance, das Rauchen erfolgreich aufgegeben zu haben, ist bei Personen mit niedriger im Vergleich zu Personen mit hoher Bildung signifikant verringert (Frauen: OR=0,65 95 %-KI 0,44-0,94 p<0,05 Männer: OR=0,45 95 %-KI 0,31-0,66 p<0,001)., Schlussfolgerung: Den GEDA-Daten zufolge kommt es im jungen Erwachsenenalter zu einer Ausweitung der bildungsbezogenen Unterschiede im Rauchverhalten. Das unterschiedliche Ausstiegsverhalten spielt in diesem Zusammenhang eine wichtige Rolle. Offenbar gelingt es Raucherinnen und Rauchern mit hoher Bildung eher als jenen mit niedriger Bildung, das Rauchen wieder aufzugeben. Um Bildungsunterschiede im Rauchverhalten und in der Verbreitung tabakassoziierter Erkrankungen abzubauen, sollten sich Maßnahmen der Tabakprävention und Tabakentwöhnung verstärkt an junge Erwachsene mit niedriger Schulbildung richten.

ID: 27

Integrated Care Partnerships - Organizational Behaviour in Co-Operation Networks

Daniel Lüdecke[1]

[1]*Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), Hamburg*

Introduction, Increasing costs and decreasing hospital staying time require network-like co-operations (Vogd 2009), thus enforcing integrated care partnerships . The assumption is that a better co-operation leads to faster transitions of patients from one provider to the next instance and as a result, leads to more financial benefits from medical treatments. Therefore, each involved organisation has to manage tasks that appear at the interfaces between the co-operating organisations to enable trouble-free workflows within this network., However, in integrated care partnerships, each party is exposed to both hierarchical and market forces. Regarding these conditions, the question raises under which circumstances are networks still able to control and keep up the self-organisation of integrated care partnerships? The involved parties have to deal with polycontexturality (Günther 1979), i.e. in this particular subject the concurrent presence of hierarchic, bureaucratic determination and economic requirements, and find ways to 'incorporate' these demands into the network structures, which means: in their decision finding to gain capacity to stabilize the network., Objectives, In this presentation, integrated care partnerships are described in the context of polycontextural conditions (Günther 1979) and hierarchical structures in (formalised) organisations (Luhmann 1964) on the one hand and economic pressure – due to the DRG system – , i.e. market elements, on the other hand. From this perspective, networks appear as independent control mechanism for sustainable, self-organizing integrated care partnerships (Powell 2011). The question is how these networks can effectively carry out control on integrated care partnerships and keep these relationships stable under condition of hierarchical and market impacts. Empirical analyses have been conducted to give an insight into the practise of these kinds of co-operation networks., Methods, The data that has been analysed was conducted in qualitative, semi-structured interviews. 17 persons in hospitals of metropolitan areas in northern Germany (Hamburg, Bremen and Osnabrück) have been interviewed. These persons are either case managers or social workers and work in the field of hospital discharge, i.e. their professional context is embedded into integrated care partnerships and interface management. Following the suggestions of Vogd (2010) and Bohnsack (2007 2010), the documentary method as a qualitative research approach was used, which seems to be promising and suitable to find out how social formations emerge and reconstruct the process of sensemaking in organisations (Weick 1995 Weick et al. 2005)., Results, Most notably, all questioned actors have similar ideas of how co-operation networks should be established. They point out the informal character of the relationship of network partners and the arrangement of network structures. All of them are against network consortiums and don’t think much of contractual relations. Professional autonomy is the basis for sustainable network structures and keeps these structures stable. This leads to the development of mutual trust and reliability among co-operation and network partners which then again permanently rebuilds the stability of an otherwise fragile network structure.

ID: 28

Fehl- und Unterversorgung geriatrischer Patienten im Akutkrankenhaus

Barbara Hanussek[1], Matthias Ried[1], Markus Langhans[2], Jörg van Essen[2]

[1]MDK Hessen, Frankfurt am Main; *[2]MDK Hessen, Oberursel*

In der Begutachtungspraxis des MDK von Krankenhausbehandlungen in Hessen ist eine Fehl- und Unterversorgung geriatrischer Patienten zu verzeichnen, obwohl inzwischen eine landesweite Einrichtung Geriatrischer Fachabteilungen nach § 109 SGB V auf Grundlage des Hessischen Geriatrie- Konzepts (1992, 2. überarbeitete Auflage und Krankenhausrahmenplan 2009) umgesetzt wurde., Auf der Grundlage von Fallanalysen versucht diese Arbeit mögliche Ursachen für diesen Umstand zu identifizieren und so Ansätze für eine Verbesserung der Situation alter Patienten im Krankenhaus aufzuzeigen. Dies ist von besonderer Relevanz, da der Anteil der Hochbetagten an der Gesamtbevölkerung in den nächsten Jahren überproportional ansteigen wird (eine Prognose des Statistischen Landesamtes Hessen von 2007 sagt bis 2050 einen Anstieg der Bevölkerungsgruppe der > 80 jährigen um 185% voraus)., Folgende Punkte werden dabei aufgezeigt:, Notwendigkeit einer obligaten (Mit)Betreuung geriatrischer Patienten durch in Geriatrischer Medizin qualifizierte Ärzte und Pflegefachkräfte, Integration geriatrischer Kompetenz in den Aufnahmealgorithmus von Krankenhäusern, Identifizierung von Risikopatienten, z. B. Delir- oder Sturzpatienten, und Umsetzung von Präventionsstrategien, Anpassung der Krankenhausstrukturen an kognitiv eingeschränkte Patienten, Berücksichtigung der Erkenntnisse einer sicheren Medikamentenverordnung bei geriatrischen Patienten, Verbesserter Informationsfluss zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, Integration ethischer Aspekte in Therapieentscheidungen, Palliative Geriatrie, Vermeidung falscher Behandlungsanreize durch die undifferenzierte Vergütungsstruktur der OPS 8-550*. , Für eine verbesserte Versorgungsqualität geriatrischer Patienten im Akutkrankenhaus sowie eine kosteneffiziente Behandlung ist die Umsetzung dieser Zielsetzungen notwendig.

ID: 29

Erleuchtet oder ausgebrannt? Eine Studie zum Zusammenhang von Spiritualität und Arbeitsengagement am Beispiel von Mitarbeitern der Altenpflege

Elke Driller[1], Kristina Mücke[2]

[1]*Fachhochschule des Bundes für öffentliche Verwaltung*; [2]*Universität zu Köln*

Einleitung, Burnout ist ein weit verbreitetes Problem in der Arbeitswelt. Eine gemeinsame Studie der Weltgesundheitsorganisation WHO und der Internationalen Arbeitsorganisation ILO untersuchten die Verbreitung von Burnout in den westlichen Industrienationen. In Europa – so die Schätzungen – leiden bereits mehr als 37 Millionen Menschen an den Folgen psychischer Arbeitsbelastung. Die Folgekosten für die amerikanische und europäische Wirtschaftbetragen nach WHO-Expertise jährlich rund 120 Milliarden Dollar. Auch für Organisationen ist Burnout mit hohen Kosten verbunden, weil neben der Minderung der Arbeitsleistung auch erhöhter Absentismus und eine hohe Fluktuation mit Burnout einhergeht. Für die betroffenen Mitarbeiter liegen die Nachteile in schlechter Gesundheit und reduzierter Lebensqualität. , Neuere Studien zum Thema Burnout fokussieren darauf, ob und welche personeneigenen Ressourcen in sogenannten High-Touch-Berufen wie der Altenpflege oder in der Betreuung von Menschen mit Behinderung vor Burnout schützen bzw. welche Faktoren das Arbeitsengagement und die Begeisterung für den gewählten Beruf positiv beeinflusst. In der vorliegenden Untersuchung wird daher der Frage nachgegangen, ob Spiritualität eine Gesundheitsressource darstellt und Arbeitsengagement – als Gegenpol zu Burnout – positiv beeinflusst., Methode, Die vorliegende Untersuchung beruht auf einer schriftlichen, anonymen Befragung von pflegerisch tätigen Mitarbeitern einer Kölner Altenpflegeeinrichtung (N=62). Verwendet wurden dabei das validierte Messinstrumente Utrecht Work Engagement Scale (Schaufeli & Bakker 2003) sowie das von Büssing et al. (2010) entwickelte und validierte Messinstrument zur Messung von Spiritualität „Aspects of Spirituality“ (APS 2.1). Um den Zusammenhang von Engagement und Spiritualität zu untersuchen, kam das Verfahren einer schrittweisen linearen Regression zum Einsatz. In den Analysen wurde für die soziodemografischen Variablen Alter, Geschlecht, Berufserfahrung kontrolliert., Ergebnisse, Die Ergebnisse zeigen, dass Mitarbeiter, die einen bewussten Umgang mit sich und ihrer Umwelt pflegen (als Subkategorie der Spiritualität) ebenfalls hohe Werte hinsichtlich ihres Arbeitsengagements aufzeigen und sich mit ihrer Arbeit verbunden sowie durch die berufliche Tätigkeit ausgefüllt fühlen. , Diskussion, Die Ergebnisse unterstreichen die Bedeutsamkeit von Spiritualität als Gesundheitsres-source. Allerdings – so zeigen Studien (Klein et al. 2011) – sollte Spiritualität Mitarbeitern in helfen-den Berufen nicht aufgezwungen werden. Vielmehr sollten jedoch Verantwortliche der Sozialunternehmen der Altenpflege darüber nachdenken, ihren Mitarbeitern – abseits der Konfessionen - Möglichkeiten der praktischen Auseinandersetzung anzubieten – wie etwa das Ausprobieren von meditativen Übungen,Erfahrungsaustausch über einen ganzheitlichen Umgang mit sich und anderen sowie der konkreten Umsetzung im Alltagsleben.

ID: 31

Evaluation der interprofessionellen Teamarbeit und der Wichtigkeit von Teamentwicklung aus Sicht des Reha-Teams und der Führungskräfte

Linda Zimmermann[1], Annika Konrad[1], Christian Müller[1], Mirjam Körner[1]

[1]Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Freiburg

Hintergrund, Für eine patientenorientierte Behandlung in der Rehabilitation ist interprofessionelle Teamarbeit von maßgeblicher Bedeutung. Wesentliche Faktoren, die eine erfolgreiche interprofessionelle Teamarbeit ausmachen, sind unter anderem Kommunikation, Koordination, Kooperation, Partizipation an Entscheidungsprozessen und ein positives Betriebsklima. Die Bewertung dieser Aspekte aus der Sicht des Reha-Teams und der Führungskräfte kann dabei wichtige Ansatzpunkte zur Optimierung liefern. , Ziele der Studie sind (1) die Erfassung des Ist-Zustandes der interprofessionellen Teamarbeit aus Sicht des Reha-Teams und der Führungskräfte und das Ausmaß der Unterschiede zwischen den beiden Gruppen, (2) die klinikspezifischen Unterschiede zwischen den Reha-Teams und (3) die Erhebung der Wichtigkeit der patientenorientierten Teamentwicklung aus Sicht des Reha-Teams und der Führungskräfte. , Methodik, In einer Querschnittstudie (Pilotstudie des Forschungsprojektes: Entwicklung und Evaluation eines Konzepts zur patientenorientierten Teamentwicklung in Rehabilitationskliniken (PATENT), gefördert im Förderschwerpunkt „Chronische Krankheiten und Patientenorientierung“) konnten im Frühjahr 2012 an insgesamt 6 Rehabilitationskliniken mit den Indikationsbereichen Onkologie, Neurologie, Orthopädie, Kardiologie und Psychosomatik Fragebogendaten zur Teamarbeit erhoben werden. , Hierzu wurde ein selbst erstellter Kurzfragebogen mit neun 6-stufigen Items von „sehr gut“ bis „ungenügend“ zu unterschiedlichen Aspekten der Teamarbeit (z.B. interprofessioneller Kooperation, Klima, Mitarbeiterpartizipation, organisatorische Rahmenbedingungen, Koordination, Kommunikation) eingesetzt. Die Bedeutung der Teamentwicklung wurde auf einer 4-stufigen Skala von „sehr wichtig“ bis „überhaupt nicht wichtig“ beurteilt. Die Daten wurden deskriptiv-explorativ mit Hilfe von IBM SPSS Statistics 20 ausgewertet., Ergebnisse, Insgesamt nahmen 24 Führungskräfte und 41 Teammitglieder unterschiedlicher Berufsgruppen (Pflege, ärztlicher, psychosozialer, pädagogischer und Therapiebereich) an der Befragung teil. Die befragten Führungskräfte haben ein durchschnittliches Alter von M=49.7 (SD=5.1 Range: 36-62) und sind im Mittel M=11.5 Jahre in der Klinik angestellt. 33.3% der Befragten sind weiblich, 66.7% männlich. Die Mitarbeiter des Reha-Teams sind durchschnittlich M=44.6 Jahre alt (fehlend: n=1 SD=9.0 Range: 23-59) und im Mittel seit M=10.2 Jahren in der Klinik beschäftigt (fehlend: n=3). 80.5% der Befragten sind weiblich, 17.1% männlich., Sowohl das Reha-Team, als auch die Führungskräfte bewerteten die interprofessionelle Teamarbeit im Durchschnitt als befriedigend (Reha-Team: M=2.62, SD=0.89, Führungskräfte: M=2.71, SD=0.69). Auch Kommunikation, Koordination, organisatorische Rahmenbedingungen und das Betriebsklima wurden von beiden Befragungsgruppen als mittelmäßig erachtet. Die Führungskräfte stuften zudem das Item „Mitarbeiterpartizipation“ im Vergleich zu den Mitarbeitern des Reha-Teams bedeutsam besser und das Item „Umsetzung der Patientenorientierung“ signifikant schlechter ein. In der Einschätzung bezüglich der Faktoren „interprofessionelle Teamarbeit“, „Arbeitsklima“, „Patientenpartizipation“ und „Kommunikation“ gab es signifikante Mittelwertsunterschiede ($p<.05$) zwischen den Reha-Teams der verschiedenen Kliniken. Eine patientenorientierte Teamentwicklung wurde von 75% der Führungskräfte und von 44% des Reha-Teams als „sehr wichtig“ erachtet., Diskussion, Die Ergebnisse zeigen einen klinikspezifischen Bedarf an interprofessioneller patientenorientierter Teamentwicklung, da zwischen den Kliniken deutliche Unterschiede in der Bewertung der interprofessionellen Teamarbeit aus Sicht des Reha-Teams existieren. Einzelne Faktoren der interprofessionellen Teamarbeit wurden von den Führungskräften (Leitungsebene) im Vergleich zu dem interprofessionellen Reha-Team (Mitarbeiterebene) eher besser eingeschätzt. Da die Führungskräfte die Wichtigkeit von Teamentwicklungsmaßnahmen für ihre Klinik betonen, können Teamentwicklungsprogramme innerhalb der Klinik grundsätzlich erfolgreich durchgeführt werden, sofern die Führungskräfte für Teamentwicklungsmaßnahmen ihrerseits die notwendigen Ressourcen zur Verfügung stellen.

ID: 32

Vorteile des Umsetzens von Algorithmen mittels eines Tabellenkalkulationsprogrammes für die tägliche Arbeit eines ärztlichen Gutachters des MDK

Alexander Schoucair[1], Patrick Schunda[2], Matthias Ried[3], Markus Langhans[2], Jörg van Essen[2]

[1]Medizinischer Dienst der Krankenversicherungen Hessen, Frankfurt; *[2]MDK Hessen, Oberursel*; *[3]MDK Hessen, Frankfurt am Main*

Die tägliche Arbeit eines ärztlichen Gutachters des MDK wird davon geprägt, daß Entscheidungen im Einzelfall anhand von Algorithmen getroffen werden. Beispiel hierfür sind z.B. die im §2 der Fallpauschalenvereinbarung 2013 getroffenen Regelungen bezüglich der Wiederaufnahme in ein Krankenhaus. Um die tägliche Begutachtung zu erleichtern, wurden sehr einfache Algorithmen, wie z.B. die Berechnung der Beatmungsdauer, aber auch komplexe Algorithmen, wie z.B. Entscheidungen bezüglich Cochleaimplantaten, mittels eines Tabellenkalkulationsprogrammes (Excel® bzw. OpenOffice Calc®) umgesetzt. Dies befähigt den Benutzer durch das Ausfüllen von markierten Feldern eine entsprechend den hinterlegten Regeln zunächst formale Entscheidung zu treffen, die dann durch die den Einzelfall bestimmenden Faktoren modifiziert werden kann. Das Tabellenkalkulationsprogramm kann für einzelne Schritte Vorschläge machen. Des Weiteren kann die Vollständigkeit der notwendigen Entscheidungen vom Programm angezeigt werden. Da die vollzogenen Schritte der umgesetzten Algorithmen gespeichert werden können, ist die Nachvollziehbarkeit der formalen Entscheidungsfindung für andere Gutachter gegeben. Abgesehen von diesen Vorteilen für den einzelnen ärztlichen Gutachter führt das Benutzen dieser Entscheidungshilfen zu einer als positiv einzustufenden Standardisierung und Transparenz in der Begutachtung und steigert deren Qualität. Es werden 3 Beispiele unterschiedlicher Komplexität vorgestellt.

ID: 33

Indikatoren sowie Gründe für und gegen eine Mitgliedschaft in Selbsthilfegruppen bei Patienten mit chronischer Polyarthritis

Kerstin Mattukat[1], Claudia Matthes[1], Wilfried Mau[1]

[1]*Institut für Rehabilitationsmedizin, Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle*

Hintergrund, Die Diagnose „chronische Polyarthritis (cP)“ bedeutet eine tiefgreifende Veränderung des alltäglichen Lebens der betroffenen Person, da sie häufig vielfältige Einschränkungen mit sich bringt [1]. Nach der ersten Aufklärung durch den behandelnden (Fach)Arzt sind Selbsthilfegruppen wichtige Anlaufstellen für weiterführende Beratung und Information. Dennoch werden sie bisher wenig genutzt [2]. Einflussfaktoren der Inanspruchnahme von Selbsthilfegruppen bei Patienten mit cP wurden bisher nicht untersucht [3]. Dieser Beitrag stellt entsprechende Ergebnisse einer Befragung von cP-Patienten über rheumatologische Schwerpunktpraxen sowie während rheumatologischer Rehabilitation vor., Methodik, Von den befragten 679 cP-Patienten wurden 307 (45 %) in zwei stationären Rehabilitationskliniken und 372 (55 %) deutschlandweit in neun rheumatologischen Schwerpunktpraxen akquiriert. Stichprobe: 75 % Frauen Alter M=53 (± 12) Jahre (20 bis 87 Jahre), Krankheitsdauer M=9 (± 9) Jahre (0 bis 48 Jahre). Analysiert wurden univariate und multivariate Indikatoren für die Mitgliedschaft in einer Selbsthilfegruppe sowie Gründe gegen eine Mitgliedschaft., Ergebnisse, Von den Befragten waren 13,7 % Patienten Mitglied in einer Selbsthilfegruppe, davon 88 % in der Deutschen Rheuma-Liga. Frauen (15,9 %) waren häufiger Mitglieder als Männer (7,2 % p<0,01). Mitglieder hatten gegenüber Nicht-Mitgliedern eine längere Krankheitsdauer (p<0,01), eine geringere Funktionskapazität (FFbH p<0,01) und gesundheitsbezogene Lebensqualität (p<0,01). Mitglieder berichteten häufiger einen Behinderungsgrad (GdB), darunter häufiger eine Schwerbehinderung (p<0,001), und weitere chronische Erkrankungen (p<0,01). Sie waren seltener berufstätig (u.a. seltener ganztags beschäftigt) und häufiger EM-berentet (p<0,05). Mitglieder nahmen eher Cortison (p<0,05) und langfristig wirksame Antirheumatika (Basistherapie) ein (p<0,01). Zusätzlich waren sie in ihrer Freizeit sportlich aktiver (p<0,01). Keine Unterschiede zeigten sich hinsichtlich Alter, Sozialstatus (inkl. berufliche Stellung, Schulabschluss), Ort der Akquise (Klinik vs. Praxis) und der Einnahme von Schmerzmedikamenten. , Nach Kontrolle der o.g. Faktoren (zzgl. Alter und Sozialstatus) in einer multiplen logistischen Regression blieben Frauen (p<0,05), anerkannter Behinderungsgrad (p<0,01) und Einnahme von Antirheumatika (p<0,05) signifikante Indikatoren einer Selbsthilfegruppen-Mitgliedschaft., Die Gründe gegen eine Mitgliedschaft wurden nur in der Praxisbefragung erhoben (n=271): Der überwiegende Teil (44,6 %) äußerte kein Interesse/Bedarf, 17,7 % kannten die Möglichkeit bisher nicht, 15,1 % hatten noch keine passende Gruppe gefunden, 10,7 % wollten nicht mit Kranken zusammentreffen, 9,6 % war eine Mitgliedschaft zu teuer und 5,9 % gaben Zeitmangel als Grund für die Nicht-Mitgliedschaft an., Diskussion, Entsprechend bisheriger Befragungen [2] waren nur etwa 14 % der befragten cP-Patienten Mitglieder einer Selbsthilfegruppe. Selbsthilfegruppen erreichen demnach bisher vor allem Frauen. Berufstätige (v.a. Vollbeschäftigte) werden seltener erreicht als bereits berentete Patienten. Der Sozialstatus spielte dagegen keine Rolle. Trotz schwererer körperlicher Beeinträchtigungen und häufigerer Einnahme von Antirheumatika (inkl. Cortison) ist die größere sportliche Freizeitaktivität von Mitgliedern gegenüber Nicht-Mitgliedern bemerkenswert. Gründe gegen eine Mitgliedschaft lagen v.a. in einem weit verbreiteten Desinteresse, mangelndem Wissen zu den bestehenden Möglichkeiten oder einfach keinen passenden Gruppen. Finanzielle Aspekte waren weniger wichtig., Empfehlungen zur Förderung der Inanspruchnahme von Selbsthilfegruppen betreffen v.a. die „Unwissenden“, denen entsprechende Informationen bzgl. Aktivitäten und Angeboten von Selbsthilfegruppen zu vermitteln sind. „Uninteressierte“ und „Suchende“ könnten mit passend(er)en Angeboten gewonnen werden. Ein besonderes Augenmerk mit passenden Angeboten sollte auf bisher schwer erreichbare Gruppen gelenkt werden: Männer, (voll) Berufstätige, körperlich weniger Aktive und Patienten, die erst kürzlich ihre Diagnose mitgeteilt bekommen haben.

ID: 34

Die Welt des (Pharma-) Plakats, Geschichte und Psychologie eines Werbemediums.

Holger Goetzendorff[1]

[1]*Universität Bonn, Bonn*

Das Werbemedium Plakat geht zurück auf eine Entdeckung von Alois Senefelder (1771-1834), der die technischen Voraussetzungen für den Druck von Lithographien schuf. Der bedeutenste Vertreter der Plakatdrucker in der Anfangszeit der Plakatkunst war der französische Lithograph Jules Cheret (1836-1932). Er entwarf und druckte mehr als 1200 Plakate., Das Plakat entwickelte sich schnell zur Kunst der Straße, konnte doch der einfache Bürger im 19. Jahrhundert weder Kunst kaufen noch Bücher lesen. Die farbigen Plakate hatten neben einem hohen Aufmerksamkeitswert noch den Vorteil, dass sie sehr preiswert produziert werden konnten. Die Verbindung von Werbung und Kunst führte schließlich dazu, dass die Plakate selbst zu einer Ausdrucksform der bildenden Künstler wurde. Letztendlich wurden die Plakate zum Sammelobjekt und zur Wertanlage, dadurch haben sich viele Plakate erhalten. Für diesen Vortrag konnte auf viele Plakatmonographien zurückgegriffen werden, da für den Druck dieser Verzeichnisse ein großer Markt besteht, eben der der Sammler., Nach wie vor haben Plakate, neben der allgemeinen Produktwerbung, ihren Platz in der Werbung für Gesundheit und Arzneimittel. Poster und Displays sind in jeder Arztpraxis oder Apotheke vorhanden. Im Gegensatz zu den breiter angelegten wissenschaftlichen Texten erfordert ein durch das Medium Plakat begrenztes Platzangebot eine kurze, prägnante Darstellung des Sachverhaltes., Die Industrie setzt in den letzten Jahren wieder zunehmend auf Plakate, nichtzuletzt in der Zielgruppe Alte Menschen. Allerdings konnte in diesem Bereich nicht mehr auf Sammlungen zurückgegriffen werden, da der künstlerische Wert der Plakate vor dem Hintergrund, dass diese jetzt von Gebrauchsgraphikern und nicht mehr von Künstlern entworfen werden, deutlich abgenommen hat. Für die Beurteilung sind deshalb überwiegend Plakate herangezogen worden, die die Industrie an die Apotheke geliefert hat. , Aus der vorhandenen Literatur sind 900 bekannte (Kunst-)Plakate ausgewählt und in Bezug auf verwendete Farben und Sujets analysiert worden. Die Ergebnisse wurden durch Einzelbefragungen ergänzt. Dabei stellte sich heraus, dass ältere Menschen kräftigere Farben bevorzugen und dem aufgedruckten Text nur wenig Interesse entgegenbringen. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass ein vorhandenes Markenimage sich bei bekannten Marken mit Plakaten verstärken lässt.

ID: 35

Effect of the psychosocial working environment on cognition and dementia - A systematic review

Francisca S. Then[1], Tobias Luck[1], Melanie Luppa[1], Marleen Thinschmidt[2], Stefanie Deckert[2], Karen Nieuwenhuijsen[3], Andreas Seidler[2], Steffi G. Riedel-Heller[1]

[1]*Universität Leipzig*; [2]*TU Dresden*; [3]*Academic Medical Center Amsterdam*

Objective: The high incidence of cognitive impairments in the aging population together with the challenges it imposes on health systems raise the question of the impact of working life on cognitive abilities. The study therefore reviewed recent work on the impact of psychosocial work conditions on cognitive functioning as well as on dementia., Methods: Relevant articles were identified by a systematic literature search in PubMed and PsycInfo using a standardized search string and specific inclusion and exclusion criteria. We included articles reporting on cohort studies, case-control studies, and randomized controlled trials that were conducted in the working population. Two independent reviewers carried out the evaluation of the studies in three subsequent phases: (i) title-abstract-screening, (ii) full text-screening, and (iii) checklist-based quality assessment., Results: Methodical evaluation of the identified articles resulted in 17 studies with adequate quality. We found evidence for a protective effect of high job control, high work complexity with people and data on risk of cognitive decline and dementia. The study also revealed that long working hours significantly decreased and napping during nightshifts significantly increased cognitive performance. , Conclusion: Psychosocial work conditions can have an impact on cognitive functioning and even on dementia risk. As the world of work is undergoing fundamental changes such as accelerated technological advances and an aging working population, optimizing work conditions is essential in order to promote and maintain cognitive abilities up to old age.

ID: 36

Schnittstellenproblematik, Kommunikation und Wohlbefinden bei nichtärztlichen und nichtpflegerischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Krankenhäusern

Birgit Susanne Lehner[1], Holger Pfaff[2], Lena Ansmann[3], Christoph Kowalski[4]

[1]Institut für Medizinsoziologie,Versorgungsforschung (IMVR) undRehabilitationswissenschaft, Köln; *[2]IMVR, Köln*; *[3]Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR) der Humanwissenschaftlichen Fakultät und der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln, Köln*; *[4]Universität zu Köln, Köln*

Im Bereich der interprofessionellen Zusammenarbeit in Krankenhäusern wird häufig ein unzureichender Informationsfluss zwischen den Professionen bemängelt. Auch interne Schnittstellenproblematiken in Krankenhäusern, wie z.B. zwischen der Station und den einzelnen Funktionsbereichen werden thematisiert. Die vorliegende Untersuchung geht der Frage nach, inwiefern interne Schnittstellenprobleme bei nichtärztlichen und nichtpflegerischen Mitarbeitern im Krankenhaus wahrgenommen werden und welche Rolle Offene Kommunikation innerhalb des Arbeitsbereichs für das Wohlbefinden dieser Bezugsgruppe spielt. , Methodik, Die Daten wurden im Rahmen einer 2010/11 durchgeführten Mitarbeiterbefragung in zertifizierten Brustzentren in Nordrhein-Westfalen (NRW) erhoben. Die Erhebung erfolgte mittels einer standardisierten schriftlichen Befragung, an der 49 Krankenhäuser teilnahmen (mitarbeiterspezifische Rücklaufquote: 51 %). In der hier untersuchten heterogenen Teilstichprobe der nichtpflegerischen und nichtärztlichen Mitarbeiter (N = 316) befanden sich unter den am häufigsten vertretenden Berufsgruppen Physiotherapeuten/-innen (N = 42), Psychologen/-innen und Psychotherapeuten/-innen (N = 25) sowie Sozialarbeiter/-innen und Sozialpädagogen/-innen (N = 38)., Um den Zusammenhang zwischen interner Schnittstellenproblematik, Offener Kommunikation und Wohlbefinden zu analysieren, wurde eine lineare Regressionsanalyse berechnet. Für Alter, Geschlecht und Art des Arbeitsvertrags (befristetes vs. unbefristetes Arbeitsverhältnis) wurde im statistischen Modell kontrolliert. Zur Differenzierung der Ergebnisse wurden Subgruppen deskriptiv ausgewertet., Im Durchschnitt waren die Befragten 46 Jahre alt (Min 19 Jahre, Max 75 Jahre). Der Anteil der weiblichen Befragten lag bei 90,2%. Über einen unbefristeten Arbeitsvertrag verfügten 89,6% der Befragten. Die Regressionsanalyse zeigte einen negativen Zusammenhang zwischen wahrgenommenen Schnittstellenproblemen (ß = 0,21 p < 0,01) und dem Wohlbefinden des nichtärztlichen und nichtpflegerischen Krankenhauspersonals. Zudem waren Offene Kommunikation (ß = 0,27 p < 0,001) und Alter (ß = 0,26 p < 0,001) positiv mit dem Wohlbefinden der Mitarbeiter/-innen assoziiert (R2 = 0,22 R2 korr. = 0,20)., Vergleicht man die drei Berufsgruppen miteinander, so zeigt sich, dass die befragten Psychologen/-innen am häufigsten ein gutes Wohlbefinden angaben (87,5%), gefolgt von der Gruppe der Physiotherapeuten/-innen (80%). In der Subgruppe der Sozialarbeiter/-innen und Sozialpädagogen/-innen gaben die Befragten im Durchschnitt weniger häufig gutes Wohlbefinden an (63,9%). Die mittleren Angaben für interne Schnittstellenprobleme (auf einer Skala von 1 bis 7) und Offene Kommunikation (auf einer Skala von 1 bis 4) unterschieden sich marginal in der Gruppe der Psychologen/-innen (M = 2,70, SD = 0,83 M = 3,16, SD = 0,49) und Physiotherapeuten/-innen und (M = 2,94, SD = 0,95 M = 3,05, SD = 0,68). Die befragten Sozialarbeiter/-innen und Sozialpädagogen/-innen nahmen durchschnittlich häufiger Schnittstellenprobleme (M = 3,23, SD = 0,98) und weniger häufig Offene Kommunikation wahr (M = 2,84, SD = 0,79). , Diskussion und Fazit, Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Schnittstellenprobleme und eine Offene Kommunikation ausschlaggebend für das Wohlbefinden von nichtärztlichen und nichtpflegerischen Mitarbeitern/-innen sein können. Des Weiteren zeigen die Ergebnisse der Subgruppenanalysen, dass es Unterschiede im Wohlbefinden zwischen den Berufsgruppen gibt. Die Gruppe der Psychologen/-innen wies im Durchschnitt das beste Wohlbefinden auf. Die befragten Sozialarbeiter/-innen und Sozialpädagogen/-innen gaben durchschnittlich häufiger Schnittstellenprobleme, Kommunikationsdefizite und ein geringeres Wohlbefinden an. Die Ergebnisse geben erste Hinweise, sind jedoch nicht kausal zu interpretieren. Interne Schnittstellenprobleme und die intraprofessionelle Kommunikation beeinflussen nicht nur das Wohlbefinden der Mitarbeiter sondern sind auch im Hinblick auf eine patientenorientierte Versorgung von Bedeutung.

ID: 38

Hochqualifizierte Menschen mit Behinderung als inländische Fachkräfteressource in Zeiten des demographischen Wandels? Ergebnisse einer Pilotstudie zur Partizipation hochqualifizierter Menschen mit Behinderung am Erwerbsleben

Jana Bauer[1], Mathilde Niehaus[1]

[1]*Universität zu Köln, Köln*

Hintergrund:, Mit Unterzeichnung der UN-Behindertenrechtskonvention hat sich Deutschland dazu verpflichtet, auch in den Bereichen Bildung und Erwerbsarbeit Autonomie und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung zu stärken, sich deren volle und wirksame Teilhabe zum Ziel zu machen sowie Chancengleichheit und Barrierefreiheit zu sichern. Jedoch fehlen systematische Informationen zur Erwerbssituation hochqualifizierter Menschen mit Behinderung. Forschungsprojekte sind entweder sehr praxisorientiert, regional begrenzt oder beziehen sich auf niedrigqualifizierte Menschen mit Behinderung. , Methodik:, An dieser Forschungslücke setzt das vorliegende von Aktion Mensch geförderte Pilotprojekt an, das die Situation hochqualifizierter Menschen mit Behinderung am Übergang ins Erwerbsleben analysiert: Wie erfolgreich gelingt eine Inklusion auf dem ersten Arbeitsmarkt? Welche Barrieren ergeben sich? Welche Perspektiven haben unterschiedlicher Akteure? Zur Beantwortung dieser Fragen werden verschiedene Informationsquellen integriert: Öffentliche Daten und Statistiken und (politische) Veröffentlichungen zum Fachkräftemangel liefern einen ersten „Blick von oben“ auf die Situation in Deutschland. Die Ergebnisse einer Zukunftswerkstatt (N = 20) und von Online-Experteninterviews (N = 74) mit relevanten Akteuren ergänzen diese Informationen um die „Sicht von unten“. Die Zukunftswerkstatt und die Experteninterviews haben zudem aktivierenden und handlungsorientierten Charakter., Ergebnisse:, Es wird deutlich, dass bestehende Datensätze nicht ausreichen, um den Übergang hochqualifizierter Menschen mit Behinderung ins Erwerbsleben abzubilden. Unterschiedliche Definitionen von Behinderung (anerkannte Schwerbehinderung vs. weiter und interaktiver Behinderungsbegriff, wie er in der UN-Konvention verankert ist) stellen ein weiteres Problem dar. Daten zur Situation von Studierenden mit Beeinträchtigungen in Deutschland zeigen, dass eine bedeutsame Gruppe hochqualifizierter Menschen mit Behinderung existiert (ca. 8% alle Studierenden), dass der größte Teil dieser Studierenden jedoch „untypische Behinderungen“ (v.a. psychische [45%] und chronische Erkrankungen [20%]) aufweist und dass 94 Prozent aller Beeinträchtigungen für Dritte nicht auf den ersten Blick wahrnehmbar sind. Aus Arbeitslosendaten der Bundesagentur für Arbeit geht hervor, dass während Akademikerinnen und Akademiker in Deutschland insgesamt vom wirtschaftlichen Aufschwung profitiert haben, unter den schwerbehinderten Akademikerinnen und Akademikern die Arbeitslosigkeit sogar angestiegen ist. Zudem werden hochqualifizierte Menschen mit Behinderung in zentralen politischen Kampagnen zur Fachkräftesicherung als inländische Fachkräfteressource vernachlässigt. Die Ergebnisse von Zukunftswerkstatt und Experteninterviews geben Hinweise darauf, dass vor allem psychologische Barrieren, wie Ängste, Vorurteile und Stigmatisierung aufgrund von Unsicherheiten und fehlender Information eine Rolle spielen. , Diskussion:, Obwohl Deutschland bereits 2009 die UN-Behindertenrechtskonvention unterzeichnet hat, ist die Forschungslage zu ihrer Umsetzung sehr dünn. Insbesondere hochqualifizierte Menschen mit Behinderung standen bislang nicht im Fokus öffentlicher Diskussionen oder systematischer Forschungsprojekte. Die Kombination aus Nichtsichtbarkeit der meisten Beeinträchtigung und dem hohen Anteil an Beeinträchtigungen, die von den meisten Menschen nicht als Behinderung kategorisiert werden, trägt sicherlich mit dazu bei, dass die Gruppe der hochqualifizierten Menschen mit Behinderung unterschätzt wird. Darum wird es zentral sein, dass die Gruppe hochqualifizierter Menschen mit Behinderung stärker ins öffentliche Bewusstsein rückt und dass sich ein weiter Behinderungsbegriff im Sinne der UN-Konvention etabliert. Hier ist auch die Politik in der Verantwortung, um auf gesellschaftlicher Ebene die Leistungsfähigkeit dieser Zielgruppe herauszustellen, sodass potentielle Arbeitgeber nicht mehr auf der Grundlage von Wirtschaftlichkeitsrechnungen davor zurückschrecken, Menschen mit Behinderung einzustellen.

ID: 39

Betriebliches Gesundheitsmanagement für Führungskräfte - Evaluation einer Seminarreihe für Führungskräfte -

Thomas Altenhöner[1], Michael Köhler[1], Mirjam Philippi[2], Felizitas Alaze[1]

[1]FH Bielefeld, Bielefeld; *[2]Institut für Technologietransfer an der Hochschule für Technik und Wirtschaft des Saarlandes, Saarbrücken*

Hintergrund: Die Gesundheitsförderung von Mitarbeitern wird für Unternehmen immer bedeutsamer. Der Rückgang der Erwerbsbevölkerung erfordert, dass Arbeitnehmer möglichst lange gesund und arbeitsfähig bleiben und Unternehmen für jüngere Arbeitnehmer attraktiv sind. Zudem scheinen Investitionen in die Gesundheit der Arbeitnehmer längerfristig betriebswirtschaftliche Ergebnisse zu verbessern, z. B. indem Fehlzeiten und Unfälle reduziert werden (Badura et al. 2008 Lück, Eberle & Bonitz 2009). Bei der Umsetzung von Konzepten betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) spielen Führungskräfte eine zentrale Rolle. Sie können Promotoren sein oder – bei Desinteresse oder Widerstand – die Umsetzung behindern (Bechmann et al. 2011). Für Arbeitnehmer kann das Führungsverhalten ihres Vorgesetzten eine gesundheitliche Ressource oder Barriere darstellen (Skakon et al. 2010). Zugleich ist die Arbeit als Führungskraft mit besonderen gesundheitlichen Anforderungen verknüpft (Kuoppala, Lamminpaa & Liira 2008). Die vorliegende Studie ging der Frage nach, welche Effekte eine Seminarreihe erzielen kann, in der Führungskräfte eine Schulung im Hinblick auf gesundheitliches Selbstmanagement und ihre Relevanz für die Mitarbeitergesundheit erhalten., Methodik: In drei ganztägigen Seminareinheiten im Abstand von etwa 10 Wochen wurden Führungskräfte eines großen deutschen Industrieunternehmens geschult. Mit Hilfe eines längsschnittlichen Designs mit zwei Messzeitpunkten wurden die Teilnehmer vor (T0) und nach der Seminarreihe (T1) mit standardisierten Fragebögen befragt. Als soziodemografische Merkmale wurden das Geschlecht, das Alter und die schulische Bildung erhoben. Zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Führung wurde das Instrument Health-oriented Leadership (HoL) (Franke & Felfe 2010) herangezogen. Das Instrument erfasst die Selbst- und Mitarbeiterführung in den Dimensionen „Achtsamkeit“, „Stellenwert der Gesundheit“, „Selbstwirksamkeit“ und „Verhalten“. In die Analysen wurden Daten von 70 Führungskräften einbezogen. Der Anteil männlicher Teilnehmer lag bei 95,7%. Das Durchschnittsalter betrug 43,3 Jahre (SD=5,4 Jahre). Zur Berechnung der Unterschiede zwischen den Messzeitpunkten wurden T-Tests für verbundene Stichproben kalkuliert., Ergebnisse: In drei der vier Dimensionen verbesserte sich die gesundheitliche Selbstführung hochsignifikant. In der Achtsamkeit gegenüber der eigenen Gesundheit wurde ein tendenzieller Effekt nachgewiesen. Hinsichtlich der Mitarbeiterführung ergaben sich Effekte für das Gesundheitsverhalten sowie eine Tendenz für die gesundheitsbezogene Achtsamkeit ihnen gegenüber. Die Führungskräfte sorgten nach den Seminaren bei ihren Mitarbeitern offenbar vermehrt dafür, dass diese ihre Arbeitsorganisation gesundheitsbewusster gestalten, beispielweise ungestörte Arbeitsphasen einplanen oder einseitige Körperhaltungen vermeiden. Zudem sahen sie sich besser in der Lage, gesundheitliche Belastungen oder Überforderungen der Mitarbeiter wahrzunehmen. Keine Differenzen zeigten sich für die Einschätzung der gesundheitsbezogenen Selbstwirksamkeit der Mitarbeiter und für den Stellenwert der Mitarbeitergesundheit., Diskussion/Schlussfolgerung: Die Befunde deuten darauf hin, dass spezifische Gesundheitsseminare für Führungskräfte dazu beitragen können, die häufig nicht ausreichend wahrgenommene Rolle des Führungsverhaltens auf die Gesundheit von Mitarbeitern (Stadler & Strobel 2006) bewusst zu machen. Die Seminarreihe scheint insbesondere den Umgang mit der eigenen Gesundheit zu fördern. Ebenso achten die Führungskräfte nach der Teilnahme häufiger auf eine gesundheitsbewusste Arbeitsorganisation und gesunde Arbeitsbedingungen. Das Gesamtergebnis der Seminarevaluation sollte eine gute Ausgangsbasis für die förderliche Wirkung der Einbindung von Führungskräften in Konzepte zum betrieblichen Gesundheitsmanagement darstellen. Gerade im Zusammenhang mit älter werdenden Belegschaften sowie einem zu erwartenden Mangel an jüngeren und gut qualifizierten Arbeitskräften sollten die Ergebnisse helfen, einen Perspektivenwechsel in Richtung Gesundheitsmanagement vorzunehmen und Unternehmen dazu motivieren, solche Strategien als wichtigen Bestandteil anzusehen und einzuführen.

ID: 40

Messung des subjektiven Sozialstatus in sozialepidemiologischen Studien: Konstruktvalidität einer deutschsprachigen Version der MacArthur Scale

Jens Hoebel[1], Stephan Müters[1], Benjamin Kuntz[1], Ralph Schilling[1], Cornelia Lange[1], Thomas Lampert[1]

[1]*Robert Koch-Institut, Berlin*

Hintergrund: In der internationalen Public Health-Forschung wird seit einigen Jahren die MacArthur Scale eingesetzt, um den subjektiven Sozialstatus von Befragten zu erfassen. Die Studien zeigen weitgehend übereinstimmend, dass der subjektive Sozialstatus auch nach Adjustierung objektiver Statusmerkmale (Bildung, Berufsstatus, Einkommen) mit der gesundheitlichen Lage assoziiert ist [1,2]. In der GEDA-Projektstudie 2.0 wurde erstmalig eine deutschsprachige Version der MacArthur Scale eingesetzt, deren Konstruktvalidität in diesem Beitrag untersucht wird., Methoden: Im Rahmen der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell" (GEDA) des Robert Koch-Instituts wurde die Projektstudie GEDA 2.0 durchgeführt, um neue methodische Ansätze und Instrumente zu testen. Die Studie basiert auf einer Zufallsstichprobe von Personen ab 18 Jahren. Insgesamt wurden 1 571 Männer und Frauen im Herbst 2012 schriftlich-postalisch, online und telefonisch befragt. Der subjektive Sozialstatus wurde mit der 10-stufigen MacArthur Scale erfasst, bei der sich die Befragten selbst im „Oben und Unten" der Gesellschaft einordnen. Die konvergente Validität der MacArthur Scale wird mithilfe von Korrelationen mit konstruktverwandten Indikatoren analysiert: sozioökonomischer Status-Index, CASMIN-Bildungsklassifikation, ISEI-Berufsstatus, Netto-Äquivalenzeinkommen und selbsteingeschätzter Lebensstandard. Die divergente Validität wird anhand von Korrelationen mit konstruktfremden Indikatoren beurteilt: soziale Unterstützung (Oslo-Social-Support-Scale), depressive Symptomatik (PHQ-8) und subjektives Wohlbefinden (WHO-5). Darüber hinaus wird die faktorielle Validität mithilfe von explorativen Faktorenanalysen untersucht. Mittels logistischer Regressionen wird zudem analysiert, inwieweit der subjektive Sozialstatus nach Adjustierung objektiver Statusmerkmale mit Gesundheitsindikatoren assoziiert ist., Ergebnisse: Bei Männern und Frauen weist die MacArthur Scale die stärksten Korrelationen mit dem sozioökonomischen Status-Index auf (Männer: r=0,60 p<0,001 Frauen: r=0,52 p<0,001). Unter den drei Einzelindikatoren des Status-Index korreliert die Einkommensposition bei Männern und Frauen am stärksten mit der MacArthur Scale (Männer: r=0,56, p<0,001 Frauen: r=0,47 p<0,001), gefolgt vom Berufsstatus (Männer: r=0,43, p<0,001 Frauen: r=0,41 p<0,001) und dem Bildungsstand (Männer: r=0,39, p<0,001 Frauen: r=0,32 p<0,001). Die Korrelationen mit dem selbsteingeschätzten Lebensstandard der Befragten betragen r=0,49 (p<0,001) bei Männern und r=0,46 (p<0,001) bei Frauen. Niedrigere Korrelationen bestehen zwischen der MacArthur Scale und dem Ausmaß an sozialer Unterstützung (Männer: r=0,24 p<0,001 Frauen: r=0,26 p<0,001), dem Depressionssymptom Niedergeschlagenheit (Männer: r=-0,24, p<0,001 Frauen: r=-0,28 p<0,001) und zwei Items des subjektiven Wohlbefindens (Frohsinn: Männer: r=0,25, p<0,001 Frauen: r=0,29 p<0,001 Interesse an alltäglichen Dingen: Männer: r=0,24, p<0,001 Frauen: r=0,23 p<0,001). Die Faktorenanalysen zeigen, dass die MacArthur Scale stark auf einen gemeinsamen Faktor mit den konstruktverwandten Indikatoren lädt (Männer: FL=0,72 Frauen FL=0,67) und nur sehr geringe Fremdladungen auf die Faktoren Depressivität und subjektives Wohlbefinden aufweist. Zudem bleibt ein niedrigerer subjektiver Sozialstatus auch nach Adjustierung für Alter und die objektiven Statusindikatoren Bildung, Berufsstatus und Einkommen mit einigen Indikatoren des Gesundheitszustands assoziiert (z.B. Diabetes mellitus bei Männern: OR=1,21 95 %KI 1,001-1,47 p<0,05 Adipositas bei Frauen: OR=1,17 95 %-KI 1,01-1,36 p<0,05)., Schlussfolgerungen: Diese Ergebnisse sprechen für die Konstruktvalidität der deutschsprachigen Version der MacArthur Scale. Zudem stimmen die Ergebnisse mit den internationalen Befunden überein, dass der subjektive Sozialstatus auch nach Adjustierung objektiver Statusmerkmale mit Indikatoren des Gesundheitszustands assoziiert bleibt. Zukünftig sollte untersucht werden, ob diese Ergebnisse dadurch zu erklären sind, dass mit dem subjektiven Sozialstatus zusätzliche Aspekte der sozioökonomischen Lage erfasst werden, die mit konventionellen Statusindikatoren nicht abgebildet werden.

ID: 41

Workshop Gesundheitskonferenzen Erfahrungen aus 20 Jahren Kommunale Gesundheitskonferenzen in NRW am Beispiel Kreis Heinsberg

Karl-Heinz Feldhoff[1]

[1]*Kreis Heinsberg - Gesundheitsamt, Heinsberg*

Die Kreisgesundheitskonferenz in Heinsberg besteht 2013 bereits 20 Jahre und kann für diese 20 Jahre eine breitgefächerte Bilanz an Projekten der Qualitätssicherung, der Gesundheitsförderung, der Begleitung des demographischen Wandels und der psychosozialen Versorgung vorlegen. 1993 kam es aufgrund festgestellter Defizite bei Krankenhausentlassungen zu einer spontanen Entschließung Interessierter aus Institutionen des Gesundheitswesens im Kreis zur einheitlichen Strukturierung der Pflegeüberleitung. Damit war der Beginn der kreisweiten Gesundheitskonferenz verbunden, die sich in den Folgejahren mit aktuellen Defiziten in der Versorgung bei bestimmten Krankheitsbildern (Diabetes mellitus, Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates,nosokomialen Infektionen und deren Management), mit fehlenden Strukturen der Versorgung (u.a. Einrichtung einer 0rthopädischen Fachabteilung, Straffung der Geburtshilfe, ärztliche Organisation Früher Hilfen, Etablierung des bürgerschaftlichen Engagements und der Selbsthilfe) sowie mit der Einrichtung einer Arbeitsgruppe Älter werden im Kreis Heinsberg zur Begleitung aller Facetten des demographischen Wandels in einer Gebietskörperschaft mit 10 kreisangehörigen Städten und Gemeinden bei einer Gesamteinwohnerzahl von 255000. Die ständige Wechselbeziehung zwischen den auf Landesebene getroffenen Verabredungen und Entschließungen der Landesgesundheitskonferenz NRW mit der kommunalen Ebene werden dargestellt, fördernde und hemmende Faktoren in der Vorgehensweise der KGK kritisch beleuchtet und Möglichkeiten zur Evaluierung durchgeführter Projekte aufgezeigt. Im Kontext einer Gebietskörperschaft, die eine lange gemeinsame Grenze mit den Niederlanden innerhalb der Euregio-Maas-Rhein hat, werden die europäischen Bezüge durchgeführter Projekte beleuchtet und Möglichkeiten grenzüberschreitender Zusammenarbeit in der Qualitätssicherung und der Gesundheitsförderung benannt. Dabei spielen die Nachhaltigkeit der Projekte und der Genderaspekt neben der Förderung bürgerschaftlichen Engagement und der Selbsthilfe eine wichtige Rolle. Am aktuellen Projekt Älter werden im Kreis Heinsberg wird die interkommunale Zusammenarbeit der kreisangehörigen Städte und Gemeinden bei der Gesundheitsberichterstattung und der Sozialberichterstattung aufgezeigt. Die seit vielen Jahren eingeübte vertrauensvolle Zusammenarbeit mit den anderen Dienststellen des Kreises und der Städte mit den in der KGK vertretenen Institutionen und Bürgerinnen und Bürgern ermöglicht richtungsweisende Entscheidungen von Politik und Verwaltung zur Organisation der zukünftigen Versorgungsstrukturen. Die Gesundheitskonferenz kann nach 20 Jahren ihres Bestehens als geeignetes Instrument der politischen Einflußnahme angesehen werden. Im Referat werden dazu die gesammelten Erfahrungen berichtet.

ID: 44

'Workshop Gesundheitskonferenz': Regionale Gesundheitskonferenzen in Bayern: erste Erfahrungen nach Implementierung in ausgewählten Modellregionen

Karina Stühler[1], Alfons Hollederer[1]

[1]Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL), Erlangen

Hintergrund/Einleitung:, Regionale Gesundheitskonferenzen bieten eine Struktur, um größere Verantwortung für die Planung und Gestaltung des Gesundheitswesens vor Ort wahrzunehmen. Durch die neue Bedarfsplanungs-Richtlinie können die Länder bei der ambulanten Bedarfsplanung mitwirken. Eine Verzahnung des neu geschaffenen Landesgremiums nach §90a SGB V mit der Regionalen Gesundheitskonferenz wird angestrebt. , Im Sinne einer Interventionsstudie zielt das Projekt auf eine systematische Bedarfsanalyse regionaler Versorgungsstrukturen, eine Fachkonzeptentwicklung für Regionale Gesundheitskonferenzen, ihre Implementierung in Modellregionen sowie einer Dokumentation und Begleitevaluation. , Ziel und Aufgaben von Regionalen Gesundheitskonferenzen:, Das Ziel von Regionalen Gesundheitskonferenzen ist die Optimierung der wohnortnahen Gesundheitsversorgung in Bayern. Die Aufgabe des fachlich kompetenten Gremiums, das sich aus regionalen Akteuren des Gesundheitswesens zusammensetzt, besteht in der Verbesserung der regionalen Strukturen durch, • die Identifikation von etwaigem lokalen Versorgungsbedarf, drohender Unterversorgung und Qualitätsdefiziten in der Gesundheitsversorgung, • die Entwicklung von Verbesserungsvorschlägen für die regionale Gesundheitsversorgung, • die Erschließung von Synergieeffekten durch Vernetzung sowie Intensivierung der Kooperation der regionalen Akteure im Gesundheitswesen, • die Optimierung der regionalen ambulanten Bedarfsplanung, Methodik: , Zur Erprobung werden die Regionalen Gesundheitskonferenzen von Mitte 2013 bis Ende 2014 in ausgewählten Modellregionen durchgeführt. Es findet eine Begleitevaluation während der Implementierung statt. Durch den Einsatz verschiedener Erhebungsinstrumente – z.B. Interviews der Geschäftsstellen, teilnehmende Beobachtung, Sitzungsdokumentation – werden strukturelle, prozessuale und ergebnisbezogene Merkmale der Implementierungsphase erfasst., Ergebnisse: , Es werden Erkenntnisse der Begleitevaluation aus den ersten Monaten der Implementierung des Projekts in den Modellregionen vorgestellt. Der Fokus wird dabei auf den fördernden und hemmenden Faktoren liegen. Zusätzlich werden Unterschiede aufgezeigt, die für die verschiedenen Regionen identifiziert werden konnten., Diskussion und Ausblick:, Der Erfolg von Regionalen Gesundheitskonferenzen hängt maßgeblich von fördernden und hemmenden Einflussfaktoren bei der Implementierung und Umsetzung ab. Die aus dem Modellprojekt gewonnenen Erkenntnisse sollen in einen Handlungsleitfaden einfließen, welcher für weitere Regionen zur Unterstützung bei der Einführung der Regionalen Gesundheitskonferenzen dienen kann.

ID: 45

Stadtgesundheit im Zusammenspiel von Straßenverkehrslärm und Lärmbelästigung – welche Implikationen hat die Verwendung von objektiven und subjektiven Indikatoren wohnkontextueller Lärmexposition für Studien zu umweltbezogener Gerechtigkeit?

Natalie Riedel[1], Joachim Scheiner[2], Grit Müller[3], Heike Köckler[4]

[1]*Heinrich Heine Universität Düsseldorf, Institut für Medizinische Soziologie, Düsseldorf*; [2]*TU Dortmund, Fakultät Raumplanung, Institut für Raumplanung, Dortmund*; [3]*TU Dortmund, Fakultät Raumplanung, Fachgebiet Verkehrswesen und Verkehrsplanung, Dortmund*; [4]*Westfälische Wilhelms-Universität Münster, Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin, Münster*

Hintergrund: , Studien im Kontext umweltbezogener Gerechtigkeit verwenden zumeist entweder objektive oder subjektive Indikatoren wohnkontextueller Exposition gegenüber Straßenverkehrslärm (Kruize 2007). Jedoch decken sich die objektiv-räumlich modellierte Lärmbelastung und die subjektiv beurteilte Lärmbelästigung der BewohnerInnen nur teilweise und könnten als physikalische und psychosoziale Stressoren zusammenwirken oder auch unterschiedlich stark mit gesundheitsbezogenen Untersuchungsgrößen zusammenhängen (Job 1996 Babisch 2002 Miedema 2007). In dieser Arbeit wurde untersucht, ob der physikalische Stressor Straßenverkehrslärm mit subjektiv schlechter Gesundheit assoziiert ist und inwiefern dieser Zusammenhang durch den psychosozialen Stressor Lärmbelästigung vermittelt oder moderiert werden könnte. , , Methoden: , Die Analysen behandeln subjektiv schlechte Gesundheit in zwei bevölkerungsbezogenen Studien im Ruhrgebiet, der epidemiologischen „Dortmunder Gesundheitsstudie“ (DOGS) und der verhaltenswissenschaftlichen „Spatial Analysis of households‘ Vulnerability to their local Environment“ (SAVE). Die Variablen der beiden Studien wurden weitestgehend harmonisiert und separat ausgewertet. Um das Zusammenspiel von objektiver Lärmbelastung und subjektiver Lärmbelästigung zu modellieren, wurden die räumlich modellierten Lärmpegel (nach den Lärmkarten der Europäischen Gemeinschaft, dichotomisiert am Grenzwert > 55 dB (A) Lden) mit starker Lärmbelästigung (dichotomisierte Likert Skala) in einer Expositionsvariable kombiniert. Probanden, die ≤ 55 dB (A) ausgesetzt und weniger lärmbelästigt waren, galten als Referenzgruppe, mit der drei Risikogruppen verglichen wurden: (1) diejenigen, die > 55 dB (A) ausgesetzt, aber weniger lärmbelästigt waren, (2) diejenigen, die ≤ 55 dB (A) ausgesetzt, aber stark lärmbelästigt waren sowie (3) diejenigen, die sowohl > 55 dB (A) ausgesetzt als auch stark lärmbelästigt waren. Für diese Gruppen wurde die Chance, einen schlechten Gesundheitszustand zu berichten, in multivariablen logistischen Regressionsmodellen geschätzt: Nacheinander wurden soziodemographische Faktoren (DOGS und SAVE), selbstberichtete Hörbeeinträchtigung (DOGS) und Erholung im Grünen außerhalb der unmittelbaren Wohnumgebung (SAVE) als Drittvariablen in die Regressionsmodelle aufgenommen. , , Ausgewählte Ergebnisse: , 236 (20 %) der 1191 DOGS-Probanden und 70 (27 %) der 264 SAVE-Probanden schätzten ihren Gesundheitszustand als schlecht ein. In beiden Studien gehörte ungefähr die Hälfte der Probanden der Referenzgruppe an die Verteilung der Probanden auf die Risikogruppen zeigte eine Divergenz zwischen objektivem und subjektivem Indikator wohnkontextueller Lärmexposition. So waren ca. 13 % der DOGS- und SAVE-Probanden in Risikogruppe 3. Im Vergleich zur Referenzgruppe war die Chance in Risikogruppe 1 um 1,35-fach (95% CI=0.95-1.90) in DOGS und 1,62-fach (95 % CI=0.81-3.23) in SAVE erhöht. Unter DOGS-Probanden vermittelte starke Lärmbelästigung zudem statistisch den Zusammenhang zwischen objektiver Lärmbelastung und subjektiver schlechter Gesundheit (OR=1.96 95% CI 1.07-3.60 für Risikogruppe 2 und OR=1.85 95%CI=1.20-2.84 für Risikogruppe 3), während starke Lärmbelästigung unter SAVE-Probanden diesen Zusammenhang tendenziell verstärken könnte (OR=3.18 95% CI=1.29-7.85 für Risikogruppe 3). Selbstberichtete Hörbeeinträchtigung veränderte die DOGS-Ergebnisse nicht. Erholung im Grünen verringerte den geschätzten Effekt objektiver Lärmbelastung auf subjektive Gesundheit unter SAVE-Probanden deutlich., , Diskussion: , Wenn Studienergebnisse nur auf objektiven oder subjektiven Indikatoren wohnkontextueller Lärmexposition basieren, ist Vorsicht geboten, da lärmbedingte Gesundheitseffekte unterschätzt werden könnten. Analysen und Interventionen im urbanen Wohnkontext sollten Lärmbelastung und Lärmbelästigung als physikalische und psychosoziale Stressoren integriert untersuchen. Die Bevölkerungsgesundheit könnte davon profitieren, wenn Interventionen umweltbezogenen Stressoren mit der Förderung von Ressourcen in der Wohnumgebung begegnen und BewohnerInnen in der Aneignung stressreduzierender Bewältigungsstrategien (Erholungshandeln) unterstützen. Jedoch bedarf es weiterer (longitudinaler) Studien, um zu gesicherten Ergebnissen zu gelangen.

ID: 46

Sport und Gesundheitsverhalten. Sportliche Aktivitätsmuster und ihre Zusammenhänge mit sozialer Ungleichheit und Risikoverhalten bei jungen Männern

Dominik Schori[1], Thomas Abel[1]

[1]Universität Bern, Bern

Hintergrund: Junge Erwachsene üben Sport in unterschiedlichen informellen und formellen Zusammenhängen aus (z. B. informell alleine und in Gruppen, oder in der Schule und im Sportverein). Oft beschränken sie sich nicht auf einen bestimmten Bereich, sondern kombinieren unterschiedliche Möglichkeiten. Ausserdem unterscheiden sich die jungen Erwachsenen hinsichtlich der Häufigkeit sportlicher Betätigung in den jeweiligen Bereichen. Die qualitativen und quantitativen Dimensionen sportlicher Betätigung können mittels Latent Class Analyse beschrieben werden. Dabei wird die Zugehörigkeit zu bestimmten Aktivitätsklassen probabilistisch geschätzt., Im Anschluss an die Forschung zu gesundheitlichen Lebensstilen überprüfen wir die Hypothese, dass die Zugehörigkeit zu den Aktivitätsklassen mit zwei unterschiedlichen Faktoren assoziiert ist: Erstens mit weiteren gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen und zweitens mit den sozioökonomischen Faktoren Bildung und Einkommen (Abel 2008, Bourdieu 1987)., Methoden: Datengrundlage ist eine Querschnitterhebung bei 19-jährigen Schweizer Männern aus den Jahren 2010 und 2011 (Eidgenössische Jugendbefragung ch-x, Modul Gesundheit und Sport, N=10 000). Mittels Latent Class Analyse wird die Zugehörigkeit der Befragten zu bestimmten Aktivitätsklassen probabilistisch geschätzt. Indikatoren für die latenten Klassen sind kategoriale Variablen zur Häufigkeit selbständiger sportlicher Betätigung 'alleine', 'zu zweit', 'in der Gruppe', und in den institutionellen Settings 'Sportverein' und 'Schule'. Indikatoren zu gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen (Tabak- und problematischer Alkoholkonsum) und sozioökonomischen Faktoren (Bildung und Familieneinkommen) werden als Kovariaten in die Analyse einbezogen., Ergebnisse: Der beste model fit wird mit einem Modell mit 5 Aktivitätsklassen erreicht, wobei folgende Klassen unterschieden werden: (1) allgemein sehr Aktive 25% (2) vorwiegend individuell Aktive 35% (3) nur individuell Aktive 15% (4) nur in Gruppen und im Verein Aktive 10% (5) Passive 15%. Die Klassen 1 und 2 sind insgesamt am häufigsten aktiv, haben den tiefsten Anteil an Personen mit Tabak- und problematischem Alkoholkonsum und den höchsten Anteil an Personen mit höherer Bildung und höherem Familieneinkommen. Die Klassen 4 und 5 sind wenig bzw. nicht aktiv, haben den höchsten Anteil an Personen mit Tabak- und problematischem Alkoholkonsum und den höchsten Anteil an Personen mit tiefer Bildung und tieferem Familieneinkommen., Diskussion: Die nachweisbaren Klassen zeigen Zusammenhänge von sportlichen Aktivitätsmustern mit weiteren gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen und sozioökonomischen Faktoren. Diese Zusammenhänge sind kongruent mit etablierten Theorien zu gesundheitsrelevanten Lebensstilen und gesundheitlicher Ungleichheit.

ID: 47

Gesundheitsökonomie: Die Perspektive des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Stefan Lhachimi[1], Kirsten Herrmann[2], Frank Sandmann[2], Corinna ten Thoren[2], Min Zhou[2], Astrid Seidl[2], Andreas Gerber-Grote[2]

[1]Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, Köln; *[2]IQWiG*

Hintergrund, Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) ist ein unabhängiges, wissenschaftliches Institut, welches u.a. regelmäßig vom Gemeinsamen Bundessausschuss (GBA) mit der Nutzenbewertung von Arzneimitteln beauftragt wird. Mit dem GKV-Wettbewerbs-stärkungs¬gesetz 2007 wurde die Kosten-Nutzen-Bewertung (KNB), d.h. die gesundheitsökonomische Betrachtung, von Arzneimitteln mit §35b SGB V explizit in das System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) eingeführt. Damit werden Arzneimittel nicht nur der Prüfung auf Wirksamkeit, Qualität und Sicherheit durch die Zulassungsbehörden unterzogen, sondern auch im Rahmen einer sog. vierten Hürde auf Wirtschaftlichkeit geprüft. Zwar wurde die Position der KNB mit dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) 2011 nicht gestärkt, da sie nur optional und sehr spät im Prozess der Preisverhandlungen zum Zuge kommt. Das AMNOG sieht aber vor, dass KNB nur vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) durchgeführt werden dürfen., Methode, Im Vortrag werden allgemeine Aspekte des AMNOG und insbesondere die gesundheitsökonomischen Methoden des IQWiG beleuchtet. Es wird das Vorgehen bei einer Kosteneffektivitätsstudie, insbesondere wenn Modellierung erforderlich ist, an einem exemplarischen Beispiel erläutert. Ein Schwerpunkt liegt auf der Darstellung des Spannungsverhältnisses zwischen einer idealtypischen, d.h. Leitlinien-getriebenen, Abbildung des Versorgungspfades und der empirischen Versorgungsrealität. Der Ansatz der Effizienzgrenze zur Bestimmung eines zu empfehlenden Erstattungsbetrags in einer KNB wird ebenfalls dargestellt und international eingeordnet. , Ergebnis/Diskussion, Dieser Vortrag richtet sich an Wissenschaftler, die Interesse an einer Einführung in das gesundheitsökonomische Denken sowie in die methodischen Besonderheiten des IQWiG haben.

ID: 48

Der organisationale Kontext der Arzt-Patient-Interaktion: Krankenhausstrukturen und Arbeitsbedingungen

Lena Ansmann[1], Nicole Ernstmann[1], Christoph Kowalski[1], Markus Wirtz[2], Holger Pfaff[1]

[1]IMVR - Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswisschenschaft der Universität zu Köln, Köln;
[2]Pädagogische Hochschule Freiburg, Freiburg

Hintergrund:, Die Beziehung zum behandelnden Arzt ist insbesondere für Krebspatienten wichtig, um die Diagnose, Therapie und den Umgang mit der Erkrankung zu bewältigen. In Studien wurden Zusammenhänge zwischen Krankenhausstrukturen, wie z. B. Lehrstatus und Zahl der Operationen, und der Versorgungsqualität bestätigt. Zudem weisen Studien auf Zusammenhänge zwischen den Arbeitsbedingungen von Ärzten und deren Gesundheit und Performanz hin. Weitgehend unklar bleibt allerdings, inwiefern die Arbeitsumgebung von Ärzten im Krankenhaus auch die Arzt-Patient-Interaktion beeinflusst. Das Ziel dieser Arbeit ist es, Zusammenhänge zwischen der Arbeitsumwelt im Krankenhaus und dem von Brustkrebspatientinnen wahrgenommenen Vertrauen in die Ärzte sowie der Unterstützung und empathischen Informationsvermittlung durch Ärzte zu untersuchen., Daten und Methodik:, Vier Datenquellen aus 2010 zu 35 Brustzentrumskrankenhäusern in Nordrhein-Westfalen wurden im Rahmen des von der Deutschen Krebshilfe e.V. geförderten WORG OUT (Work Organization and Patient-Reported Outcomes)-Projektes miteinander verknüpft: (1) Befragungsdaten von Patientinnen mit primärem Mammakarzinom, die zwischen Februar und Juli 2010 in einem Brustzentrum in NRW operiert worden sind (n=1844) (2) Befragungsdaten von Ärzten (n=348) (3) Befragungsdaten von Personen aus der Brustzentrumsleitung (n=108) und (4) Strukturdaten aus den Qualitätsberichten der Krankenhäuser., Das von Patientinnen berichtete Vertrauen in Ärzte, die wahrgenommene Unterstützung durch Ärzte und die empathische Informationsvermittlung wurden in Abhängigkeit von Krankenhausstrukturen (z. B. Fallzahl, Lehrstatus, Trägerschaft) und den von Ärzten berichteten Arbeitsbedingungen (z. B. Arbeitsaufkommen, Arbeitsanforderungen, Befristung, Voll- oder Teilzeitanstellung, Zufriedenheit mit dem Gehalt) untersucht. Die Auswertung erfolgte mittels Mehrebenenanalysen, die die genestete Datenstruktur von Patientinnen in Krankenhäusern berücksichtigen. Es wurde für den unterschiedlichen Case-Mix der Krankenhäuser kontrolliert., Ergebnisse:, Die wichtigsten Ergebnisse sind, dass Patientinnen alle drei Indikatoren der Arzt-Patient-Interaktion schlechter bewerteten, wenn sie in Krankenhäusern behandelt wurden, in denen Ärzte mehr Überstunden leisteten und ein größerer Anteil der Ärzte in Teilzeit arbeitete. Außerdem berichteten Patientinnen aus Krankenhäusern mit öffentlicher Trägerschaft weniger Vertrauen in ihre Ärzte als Patientinnen aus freigemeinnützigen Krankenhäusern. , Diskussion: , Die Ergebnisse der vorliegenden Studie unterstreichen die Bedeutung der ärztlichen Arbeitsbedingungen für eine patientenzentrierte Versorgung. Da dies bisher eine der wenigen Studien zum Thema ist, sollten Faktoren innerhalb der Arbeitsumgebung von Ärzten, die für die Interaktion mit Patienten hemmend und förderlich sein können, in weiteren Studien tiefergehend untersucht werden, um praktische Handlungsempfehlungen ableiten zu können. Vor dem Hintergrund hochstandardisierter Krebstherapien gewinnen die psychosozialen Aspekte der onkologischen Versorgungsqualität im Wettbewerb der Brustzentren zunehmend an Bedeutung. Darüber hinaus könnten die Rahmenbedingungen der ärztlichen Tätigkeit in Zukunft als zentraler Wettbewerbsfaktor für hochqualifizierte und engagierte ärztliche Mitarbeiter gelten.

ID: 52

Erfolgsfaktoren funktionsübergreifender Teams in der medizinischen Rehabilitation

Mirjam Körner[1], Linda Zimmermann[1], Christian Müller[1]

[1]Albert-Ludwigs Universität Freiburg, Freiburg

Um die komplexen Aufgaben in Gesundheitsorganisationen effektiv und effizient zu leisten, sind funktionsübergreifende Teams erforderlich. Bei Borkowski (2011) werden als Merkmale für erfolgreiche Teams klare Ziele, definierte Rollen, offene und klare Kommunikation, effektive Entscheidungsfindung, Partizipation der Mitarbeiter, Wertschätzung, Konfliktmanagement, positives Arbeitsklima und partizipative Führung aufgezählt. Als weiterhin fördernde Faktoren werden genannt: Unterstützung durch die Leitung, zur Verfügung stellen von Ressourcen, Führungsstil und Training des Teams (Borkowski, 2011). Bei der Beschreibung von funktionsübergreifenden Teams wird in Abhängigkeit vom Organisation-, Führungs-, Kommunikations- und Entscheidungsstil das multi- und das interdisziplinäre Team differenziert (Körner, 2010a). Dabei zeigen interdisziplinäre Teams , die durch einen patientenorientierierten, partizipativen Arbeitsstil, multilateral Kommunikation und partizipative Führung definiert sind, eine besser bewertete Teamarbeit und Mitarbeiterzufriedenheit als die multidisziplinären Teams (Körner, 2010b)., Ziel unserer Studie war es die Erfolgsfaktoren für funktionsübergreifende Teamarbeit der Behandlungsteams in der medizinischen Rehabilitation zu erfassen., Als Methode wurden hierzu halbstandardisierte Experteninterviews mit Führungskräften sowie Gruppeninterviews mit verschiedenen Gesundheitsfachberufen in Rehabilitationsteams gewählt. Für beide Interviewformen wurde theoriebasiert in einem Konsensusprozess dreier wissenschaftlicher Experten ein halbstandardisierter Interviewleitfaden zu den nachfolgenden drei Themenbereichen entwickelt: (1) Organisation/ Management (Struktur, Führung und Partizipation, Aufgaben-/ Zielklarheit, Kultur/Klima), (2) Patientenorientierung und interprofessionelle Teamarbeit (Kommunikation, Koordination, Information, Partizipation der Patienten) und (3) Anliegen und Nutzen von Teamentwicklung. Alle Interviews wurden mit einem digitalen Datenträger aufgezeichnet und anschließend transkribiert. Die Auswertung erfolgte unter Verwendung der Software MAXQDA 10 von zwei Wissenschaftlern nach der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) deduktiv entlang der Kategorien im Interviewleitfaden. , Die Datenerhebung fand in 5 Rehabilitationskliniken unterschiedlicher Indikationsbereiche statt. Insgesamt wurden 18 Einzelinterviews mit Führungskräften und 5 Gruppeninterviews mit Rehabilitationsteams (n=35 Teammitglieder) durchgeführt. Bei den Gruppeninterviews wurden insgesamt 305 Aussagen für die Kategorien 'Organisation/Management' und 'Patientenorientierung und interprofessionelle Teamarbeit' kodiert, dabei entfielen 72% dieser Kodierungen auf die Kategorie Organisation (n= 221) mit den Subkategorien wertschätzende Führung (n=70), Teamarbeitsstrukturen (n=45), Entlastung von Personal (n=39), Vernetzung durch EDV und räumliche Gegebenheiten (n=16), Handlungsspielraum der Mitarbeiter (n=17) und dem Klima (n=34). Die restlichen 28% (n=84) wurden der Kategorie 'Patientenorientierung und interprofessionelle Teamarbeit' mit den Subkategorien Informationsweitergabe (n=22), Koordination (n=21), Kommunikation (n=32), Partizipation des Patienten (n=9) zugeordnet., Auch von Seiten der Experten (811 Kodierungen) waren die häufigsten Nennungen aus der Kategorie 'Organisation/Management' (n= 390). 'Kommunikation und Patientenorientierung' wurden in 305 und 'Anliegen und Nutzen von Teamentwicklung' in 116 Fällen kodiert. Dabei äußerten 16 von 18 Führungskräften, dass in den letzten Monaten oder Jahren in ihren Einrichtungen keine Teamentwicklungsmaßnahmen durchgeführt wurden. Insgesamt zeigten sich klinikspezifisch sehr große Unterschiede in der Häufigkeit der Nennungen der verschiedenen Subkategorien und Kategorien. , Die Ergebnisse zeigen, dass die in der Literatur aufgeführten Erfolgsfaktoren funktionsübergreifender Teamarbeit auch in der Praxis von Seiten der Führungskräfte und Teammitglieder eine bedeutende Rolle zugeschrieben werden. Insbesondere Organisation und Führung als auch Trainingsmaßnahmen werden von Seiten der Gesundheitsfachberufe in den Rehabilitationskliniken als Ressourcen für erfolgreiche Teamarbeit betrachtet.

ID: 53

Die 1. Kosten-Nutzen-Bewertung des IQWiG - Ergebnisse und Methodische Aspekte am Beispiel der Antidepressiva Bewertung

gaby Sroczynski[1], Stefan Lhachimi[2], Eva Esteban[1], Marion Danner[2], Frank Sandmann[2], Heidi Stürzlinger[3], Annette Conrads-Frank[1], Johannes Zsifkovits[3], Ingrid Rosian[3], Petra Schnell-Inderst[4], Uwe Siebert[5], Andreas Gerber-Grote[2]

[1]Department of Public Health and Health Technology Assessment, UMIT – University for Health Sciences. Medical Informatics and Technology; *[2]Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), Köln*; *[3]Gesundheit Österreich*; *[4]University for Health Sciences, Medical Informatics and Technology, Hall*; *[5]Department of Public Health and Health Technology Assessment, UMIT - University for Health Sciences, Medical Informatics and Technology, Hall in Tirol*

Einleitung/Hintergrund, Das Sozialgesetzbuch V (SGB V) sieht die explizite Möglichkeit einer Kosten-Nutzen-Bewertung (KNB), d.h. einer gesundheitsökonomischen Betrachtung, von Arzneimitteln vor. Noch unter der alten Gesetzeslage vor dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG), das zum 01.01.2011 in Kraft trat, hatte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) einen Auftrag zur Bewertung von vier Antidepressiva (Bupropion, Duloxetin, Mirtazapin, Venlafaxin) vergeben. Mit dem AMNOG hat sich geändert, wer und wie eine KNB beauftragt werden kann und dass diese nunmehr Informationen für die Verhandlungen liefern soll, in denen ein Erstattungsbetrag zwischen GKV und pharmazeutischen Unternehmern ausgehandelt werden soll. Jedoch bleibt die Fragestellung bestehen, dem Entscheidungsträger bzw. den verhandelnden Parteien mit einer KNB Informationen für einen angemessenen und zumutbaren Preis zu liefern. , Daten/Methodik, Es wurde eine Kosteneffektivitätsanalyse für die medikamentöse Therapie mit Antidepressiva auf Basis des Effizienzgrenzenansatzes durchgeführt. Hierzu wurde ein entscheidungsanalytisches Markov-Modell für eine Kohortensimulation entwickelt. Für die patientenrelevanten Endpunkte der Therapie (Ansprechen, Remission, Lebensqualität, Therapieabbruch, Rückfall) wurde die Kosteneffektivität der Prüfsubstanzen Venlafaxin, Duloxetin, Bupropion und Mirtazapin im Vergleich zu anderen erstattungsfähigen Antidepressiva des Indikationsgebiets (Trizyklische Antidepressiva, Selektive Serotonin-Wieder¬aufnahmehemmer, Agomelatin, Trazodon) ermittelt. Es wurden Analysen über den studienbelegten 2-Monats-Zeithorizont aus GKV-Versicherten-Perspektive und über einen 12-Monats Zeithorizont aus GKV-Versicherten-Perspektive und gesellschaftlicher Perspektive durchgeführt. , Um dem Entscheidungsträger ein Bild zur gesamten Unsicherheit zu geben, wurden die Ergebnisse der probabilistischen Sensitivitätsanalysen zum Erstattungspreis in Form von 50%-Interquartilsregionen (50% IQR) dargestellt., Ergebnis, In der vorliegenden Untersuchung konnte für alle Prüfsubstanzen in den Endpunkten Ansprechen und Remission für den Kurzzeithorizont aus der GKV-Versichertenperspektive ein zusatznutzenbereinigter Erstattungspreis ermittelt werden. Für die Endpunkte Remission und Ansprechen ergaben sich Erstattungspreise von 42,99 (50% IQR: 35,33–83,04) bzw. 40,91 € (50% IQR: 31,22–54,25) für Venlafaxin, 31,66 (50% IQR: 20,68–44,90) bzw. 24,28 € (50% IQR: 14,29–35,96) für Mirtazapin, 30,66 (50% IQR: 22,94–69,66) bzw. 9,30 € (50% IQR: 0,35–21,95) für Duloxetin und 2,93 (50% IB: 0–10,32) bzw. 1,48 € (50% IQR: 0–8,29) für Bupropion. , Diskussion/Schlussfolgerung, Das Verhältnis zwischen ihrem Nutzen für die Patienten und dem Betrag, den die Kassen dafür erstatten, weist bei den Wirkstoffen deutliche Unterschiede auf. Bei allen vier Medikamenten liegt der aktuelle Erstattungsbetrag über den aus den jeweiligen Effizienzgrenzen abgeleiteten 'angemessenen' Preisen., Das Konzept des Zusatznutzens fügt sich sinnvoll in das generelle Konzept des Zusatznutzens der evidenzbasierten Medizin und der relativen Effektivitätsbewertung ein. Dabei werden die Daten aus unterschiedlichen Bereichen wie z.B. Metaanalyseergebnisse aus direkten oder indirekten Nutzenbewertungen oder Ressourcen- und Kostenerhebungen systematisch, explizit und transparent in einem entscheidungsanalytischen Modell zusammengeführt, um dem Entscheider ein Gesamtbild zu geben. , Darüber hinaus dienen die Ergebnisse der formalen modellbasierten Unsicherheitsanalysen dem Entscheider, anderen Wissenschaftlern und der Gesellschaft (1) entscheidungsunterstützend bei Erstattungsentscheidungen, (2) verhandlungsunterstützend durch die Darstellung des Verhandlungsspielraums angesichts der Unsicherheit und (3) forschungsunterstützend bei der evidenzbasierten Identifikation von Bereichen, in denen noch bessere empirische Evidenz zu generieren ist.

ID: 54

Berufsbegleitendes Studium als Chance für Studierende ohne Abitur? Die Akademisierung der Gesundheitsfachberufe am Beispiel des Diplomstudiengangs Pflegemanagement der Hamburger Fern-Hochschule

Anke Höhne[1]

[1]*Hamburger Fern-Hochschule, Hamburg*

Einleitung/ Hintergrund, Die Steigerung der Durchlässigkeit des akademischen Bildungssystems ist erklärtes Ziel der Bildungspolitik der Bundesrepublik Deutschland und im Leitbild der Hamburger Fern-Hochschule (HFH) verankert. Während der Anteil von Studierenden ohne Abitur im Bundesdurchschnitt nach wie sehr gering ist (2010: 2,1 % Nickel & Duong 2012), liegt er an der HFH bei ca. 25 %. Im Diplomstudiengang Pflegemanagement der HFH beträgt der Anteil nicht-traditionell Studierender durchschnittlich sogar 36 Prozent. Nicht-traditionell Studierende können den Hochschulzugang über eine Eingangsprüfung (§ 38,1 des Hamburgischen Hochschulgesetzes, HmbHG) oder ein Beratungsgespräch (§ 38,2 HmbHG) realisieren., In den letzten 20 Jahren ist in Deutschland eine verstärkte Akademisierung der Gesundheitsfachberufe zu beobachten. Im Rahmen des Forschungsprojektes „Beruflicher Aufstieg durch Akademisierung im Gesundheitswesen (AdA)“ (Laufzeit: 1/2013 – 12/2014) werden die Faktoren einer ausbildungsadäquaten Beschäftigung bzw. eines beruflichen Aufstiegs von Studierenden des Diplomstudiengangs Pflegemanagement der HFH untersucht, wobei die Unterscheidung zwischen traditionell und nicht-traditionell Studierenden konsequent mitberücksichtigt wird. , Daten/ Methodik, Der Vortrag stellt die Entwicklung des Anteils nicht-traditionell Studierender im Diplomstudiengang Pflegemanagement an der HFH für den Zeitraum 2005-2013 dar. Die Absolventenzahl des seit 2001 sehr erfolgreich laufenden Diplomstudiengangs Pflegemanagement beträgt aktuell n=875. Der Studiengang zählt zur Zeit 1731 Studierende (Stand Mai 2013)., Ergebnisse, Im Vortrag werden ausgewählte Charakteristika (Geschlechts- und Altersstruktur) und Parameter für den Studienerfolg (Abbruchquote, Abschlussnote, Studiendauer) der an der HFH Pflegemanagement-Studierenden präsentiert und diskutiert. Darüber hinaus werden erste Ergebnisse des Forschungsprojektes „Beruflicher Aufstieg durch Akademisierung im Gesundheitswesen (AdA)“ vorgestellt (berufliches Tätigkeitsspektrum traditionell und nicht-traditionell Studierender nach Studienabschluss)., Diskussion/ Schlussfolgerung, Das berufsbegleitende Fernstudienkonzept der HFH leistet durch die Möglichkeit des Studierens ohne Abitur (sog. Dritter Bildungsweg) einen wichtigen Beitrag zu mehr Chancengleichheit im Bildungs- und Berufsleben und trägt zur Verbesserung der sozialen Durchlässigkeit des Bildungssystems bei.

ID: 55

Eigenverantwortung als Priorisierungskriterium: Sollten Personen mit einer ungesunden Lebensweise höhere Krankenkassenbeiträge zahlen?

Julia Roeper[1], Marina Otten[1], Margrit Schreier[1], Adele Diederich[1]

[1]*Jacobs University Bremen, Bremen*

Einleitung/Hintergrund: , Durch die Priorisierung medizinischer Leistungen kann in den nächsten Jahrzehnten eine qualitätsgesicherte Ressourcenverteilung in der gesetzlichen Krankenversicherung gewährleistet und einer Über-, Unter- und Fehlversorgung entgegengewirkt werden. Durch gezielte Prioritätensetzung ist es möglich, eine bessere und effizientere Versorgungsqualität der Patienten zu erreichen. Das Teilprojekt „Kriterien und Präferenzen in der Priorisierung medizinischer Leistungen: Eine empirische Untersuchung“ der DFG-Forschergruppe FOR655 „Priorisierung in der Medizin“ untersucht mittels Fokusgruppen, wie die medizinische Versorgung aus Sicht der Bevölkerung hinsichtlich der Verteilung medizinischer Leistungen in Zukunft gestaltet werden sollte. Ziel der Fokusgruppen ist es, Einstellungen der Teilnehmer/innen hinsichtlich ihrer Präferenzen zu Eigenverantwortung als Priorisierungskriterium medizinischer Leistungen zu analysieren. , Daten/Methodik: , Es wurden 13 Fokusgruppen (sechs homogene, sieben heterogene Gruppen) mit unterschiedlichen Personengruppen (40 Personen aus der Allgemeinbevölkerung, 17 Ärzte/innen, 19 Pfleger/innen, ein Vertreter der Krankenkassen) durchgeführt. Insgesamt haben 47 Frauen und 30 Männer an den Fokusgruppen teilgenommen. Ihre Einstellungen zu Eigenverantwortung als Priorisierungskriterium, erfasst durch Fragen zu risikoäquivalenten Krankenkassenbeiträgen (Risikofaktoren, wie ungesunde Ernährung, kaum Bewegung, Alkohol- und Tabakkonsum) sowie zur Rückerstattung von Versicherungsbeiträgen aufgrund einer gesunden Lebensweise (gesunde Ernährung, viel Bewegung, Vermeidung von Alkohol- und Tabakkonsum) wurden untersucht. Darüber hinaus sollten die Befragten die o.g. Risikofaktoren in Relation zueinander durch unterschiedliche Beitragserhöhungen gewichten. Die Fokusgruppen wurden daraufhin vollständig transkribiert und in Anlehnung an eine Literaturrecherche zu dem Thema Eigenverantwortung inhaltsanalytisch ausgewertet. , Ergebnisse: , Die Analyse der wissenschaftlichen Literatur zu dem Thema Eigenverantwortung zeigt, dass Eigenverantwortung im Zusammenhang mit Begriffen wie Selbstverschuldung, Selbstbestimmung, solidarisches Verhalten, Sozialisation und/oder Diskriminierung diskutiert wird und somit eine enorme Begriffsvielfalt herrscht. Die verschiedenen Aspekte wurden bei der systematischen Erstellung des Kategoriensystems berücksichtigt und bei der Formulierung der Bedeutungskategorien sowie deren Explikationen herangezogen. Darüber hinaus konnten weitere Bedeutungskategorien expliziert werden, die in der Literatur im Zusammenhang mit Eigenverantwortung nicht diskutiert werden, wie beispielsweise Zweifel an der Umsetzbarkeit und/oder Nachweisbarkeit von Eigenverantwortung als Priorisierungskriterium in der medizinischen Versorgung, Verweise auf die fragliche Kausalität zwischen gesundheitsschädlichen Verhaltensweisen und einer Erkrankung oder Verweise auf die Revidierbarkeit medizinischen Wissens sind nur einige Aspekte, die sich aus der inhaltsanalytischen Auswertung der Fokusgruppen herauskristallisiert haben und in entsprechende Bedeutungskategorien zusammengefasst wurden. , Diskussion/Schlussfolgerung:, Das Kategoriensystem spiegelt die wissenschaftliche Diskussion über Eigenverantwortung als Priorisierungskriterium wieder. Darüber hinaus beinhaltet es Aspekte, die im Hinblick auf die Forschungsfrage in Bedeutungskategorien expliziert wurden, und nicht in der wissenschaftlichen Literatur erörtert werden. Aufgrund dessen ist es möglich ein besseres Verständnis für das Priorisierungskriterium Eigenverantwortung zu erlangen und den wissenschaftlichen Diskurs weiter voranzubringen.

ID: 56

Perspektive Nachhaltigkeit: Zur beruflichen Zufriedenheit und Belastung von psychiatrischen Fachärzten in der ambulanten Versorgung in der Schweiz.

Johanna Baumgardt[1], Jörn Moock[1], Wolfram Kawohl[2], Wulf Rössler[3]

[1]Leuphana Universität Lüneburg, Lüneburg; *[2]Universität Zürich, Zürich*; *[3]Leuphana Universität Lüneburg, Lüneburg*

Einleitung , Nachhaltigkeit wird als zentrale Herausforderung des Gesundheitswesens gesehen und vielfach gefordert (SVR Gesundheit, 2009). Als Teil-Indikatoren für Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen werden auf der Mikroebene berufliche Zufriedenheit (Empacher & Wehling, 2002) und berufsbezogene Gesundheitsrisiken (Littig & Grießler, 2004) diskutiert. Ziel der vorliegenden Studie war zu untersuchen, ob die ambulante Versorgung psychischer Erkrankungen aus Sicht der Leistungserbringer diesbezüglich als nachhaltig bezeichnet werden kann. , , Methodik , Im Rahmen einer postalischen Querschnittsuntersuchung wurden im zweiten Quartal 2012 1.485 niedergelassene psychiatrische Fachärzte in der deutschsprachigen Schweiz mit dem Fragebogen zur Berufszufriedenheit von Ärzten (Bovier & Perneger, 2003) und dem MBI-D (Büssing & Perrar, 1992) befragt. Zusätzlich wurden soziodemographische und tätigkeitsbezogene Daten erfasst. Die Daten wurden deskriptiv und abhängig von ihrem Skalenniveau mit parametrischen sowie nicht-parametrischen Verfahren (χ2-Test, Korrelationskoeffizient nach Pearson, Rangkorrelation nach Spearman, Varianzanalyse) analysiert. Die statistische Auswertung erfolgte mittels SPSS 20 und als Signifikanzniveau wurde $p<0,05$ festgelegt. , , Ergebnisse , Der Rücklauf betrug 23,7 % (N=352) 347 Fragebögen wurden in die weitere Auswertung eingeschlossen. Die Befragten waren im Mittel 55,5 Jahre alt (SD=8,7 Min=36, Max=86) sowie mehrheitlich männlich (62,8 %, N=218) und in einer Gemeinschaftspraxis tätig (77,2 %, N=268). , Die allgemeine berufliche Zufriedenheit wurde als eher hoch bewertet (M=3,7 SD=0,8 Werterange 1=äußerst unzufrieden bis 5=äußerst zufrieden), wobei die höchste Zufriedenheit in der Dimension Persönlicher Gewinn M=4,1 SD=0,6) und die niedrigste in der Dimension Belastung (M=3,1 SD=0,8) angegeben wurde. Signifikante Gruppenunterschiede zeigten sich bzgl. Alter, Kooperationshäufigkeit und –qualität, Praxisform sowie hinsichtlich Patienten, die sich zeitgleich in Psychotherapie befanden. So wurde bspw. bei letztgenannter Variable mit steigenden Anteil eine Zunahme der Zufriedenheit in der Dimension Belastung beobachtet (Anteil ≤ 49 %: M=2,9 SD=0,7 vs. Anteil ≥ 90%: M=3,4 SD=0,8), wobei sich alle Subgruppen signifikant von der mit dem höchsten Anteil unterschieden (≤ 49 %: p=.002 50-69%: p=.048 70-89%: p=.034). , Erlebte berufsbedingte Gesundheitsrisiken (Werterange 1=nie bis 6=sehr oft) wurden auf der Subskala Depersonalisation als sehr selten (M=1,9 SD=0,5), der Subskala Emotionale Erschöpfung als eher selten (M=2,9 SD=0,9), und der Subskala Persönliche Erfüllung als eher oft (M=5,0 SD=0,5) bewertet. Auch hier zeigten varianzanalytische Verfahren signifikante Gruppenunterschiede hinsichtlich mehrerer Variablen, bspw. dass das Belastungserleben mit zunehmender Anzahl der Patienten, die sich zeitgleich in Psychotherapie befinden, höher ist (Emotionale Erschöpfung: Anteil ≤ 49 % = M=3,1 SD=1 vs. Anteil ≥ 90% = M=2,6 SD=0,7 p=.02 Depersonalisation: Anteil ≤ 49 % = M=2 SD=0,6 vs. Anteil ≥ 90% = M=1,7 SD=0,5 p=.025 Persönliche Erfüllung: Anteil ≤ 49 % = M=4,9 SD=0,4 vs. Anteil ≥ 90% = M=5,1 SD=0,6 p=.092)., , Diskussion , In Anbetracht der hohen beruflichen Zufriedenheit kann das schweizerische Versorgungssystem bezüglich dieses Faktors aus Sicht niedergelassener psychiatrischer Fachärzte als nachhaltig bezeichnet werden. Da man gemäß den Ergebnissen nicht von einem Burnout-Risiko ausgehen kann, trifft dies ebenso auf den Indikator berufsbezogene Gesundheitsrisiken zu. Gegenwärtig werden u.a. anhand multivariater Verfahren vertieft Prädiktoren für diese Nachhaltigkeits-Indikatoren sowie gegenseitige Abhängigkeiten evaluiert. Da anderen Untersuchungen zu Folge ein hohes Burnout-Risiko sowie eine mittlere berufliche Zufriedenheit bei psychiatrischen Fachärzten besteht (Kumar et al., 2007), sollte im Weiteren analysiert werden, welche Aspekte der Versorgungsstrukturen die untersuchten Nachhaltigkeits-Indikatoren positiv beeinflussen.

ID: 57

Prävention und Risikomanagement kardiovaskulärer Erkrankungen in der europäischen hausärztlichen Versorgung – Die EPA-Cardio Studie

Sabine Ludt[1], Michel Wensing[2], Stephen Campbell[3], Joachim Szecsenyi[4]

[1]Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg; *[2]Radboud University, Medical Centre, Scientific Institute for Quality of Healthcare, Nijmegen*; *[3]University of Manchester, Health Sciences – Primary Care Group, Manchester*; *[4]Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Heidelberg*

Einleitung: , Kardiovaskuläre Erkrankungen haben einen entscheidenden Einfluss auf Mortalität, Lebensqualität und gesundheitsökonomische Aspekte in allen europäischen Ländern. Durch höhere Überlebensraten nach Herzinfarkt und den demographischen Wandel steigen die Prävalenzen kardiovaskulärer Erkrankungen und deren Risikofaktoren wie z.B. Bluthochdruck stetig an. Der Prävention dieser Erkrankungen, die sich in der Regel über mehrere Jahre bis Jahrzehnte unter hausärztlicher Betreuung entwickeln, kommt daher eine entscheidende Bedeutung zu. In der Prävention spielt die Prädiktion des Erkrankungsrisikos durch geeignete Risikokalkulatoren und die kontinuierliche Beratung dieser Risikopatienten zu einem gesunden Lebensstil (Ernährung, Bewegung, Nichtrauchen) oder einer regelmäßigen medikamentösen Therapie (Blutdrucksenkung) eine zentrale Rolle und evidenzbasierte Maßnahmen zur Identifikation, Beratung und Behandlung von Risikopatienten sind beschrieben. Die Umsetzung dieser Maßnahmen in der hausärztlichen Routineversorgung wurde in der EPA-Cardio Studie ländervergleichend untersucht., Methodik:. , In der einer internationalen Beobachtungsstudie wurden in Hausarztpraxen 3 verschiedene Populationen untersucht: 1. „gesunde Erwachsene“, 2. Patienten mit kardiovaskulären Risikofaktoren und 3. solche mit bereits bestehender Koronarer Herzerkrankung (KHK). In jeder Praxis wurden Patienten entsprechend vorher definierten Einschlusskriterien identifiziert und jeweils 30 Patienten pro Gruppe zufällig für die Studienteilnahme ausgewählt. Von teilnahmewilligen Patienten wurden Behandlungsdaten (Qualitätsindikatoren) aus der Patientenakte abstrahiert und weitere Daten mittels eines Fragebogens erhoben. Ferner wurden Eigenschaften der Praxen durch Interviews mit den verantwortlichen Hausärzten und Fragebögen für das Praxisteam eruiert. , Ergebnisse: , Insgesamt wurden ca. 12 000 Patienten (je 4000 pro Gruppe) aus 240 Hausarztpraxen in 9 europäischen Ländern (Belgien, Deutschland, England, Frankreich, Niederlande, Österreich, Slowenien, Schweiz, Spanien) in die Analyse eingeschlossen. In den Gruppen 2 (KHK-Patienten) und 3 (Risikogruppe) zeigte sich, dass chronisch kranke Patienten (KHK) hinsichtlich definierter Qualitätsindikatoren besser versorgt waren als die Risikopatienten. Das Lebensstilmanagement war in beiden Gruppen verbesserungswürdig. Länder, in denen spezifische Präventionsprogramme etabliert waren zeigten bessere Ergebnisse. Unabhängig von länderspezifischen Faktoren konnten Praxiseigenschaften identifiziert werden, die mit einer besseren Versorgung einhergingen., Diskussion: , Während bei KHK-Patienten die Qualität der hausärztlichen Routineversorgung vergleichbar mit derjenigen der spezialisierten stationären Versorgung ist, besteht ein hohes Verbesserungspotenzial für die hausärztliche Versorgung von kardiovaskulären Risikopatienten. Modifikationen der Praxisorganisation und bestimmter Softwarefunktionen könnten ein effektives Präventionsmanagement unterstützen.

ID: 58

Das kultursensible und migrantenfreundliche Krankenhaus

Karl Blum[1], Petra Steffen[1]

[1]Deutsches Krankenhausinstitut

Einleitung, Der Anteil der Personen mit Migrationsgeschichte in der Bevölkerung nimmt sukzessive zu. Der steigende Migrantenanteil stellt auch die Krankenhäuser vor besondere Herausforderungen. Eine kultursensible Patientenversorgung berücksichtigt sprachliche, kulturelle und religiöse Besonderheiten in der Behandlung und Betreuung von Patienten mit Migrationshintergrund. Mit der Befragung nordrhein-westfälischer Krankenhäuser durch das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) erfolgte erstmalig eine grundlegende Bestandsaufnahme zur Kultursensibilität von Krankenhäusern in einem Bundesland., Methodik, An der standardisierten schriftlichen Krankenhausbefragung beteiligten sich 57 Allgemeinkrankenhäuser in Nordrhein-Westfalen ab 50 Betten (Rücklaufquote 16%). Trotz des geringen Rücklaufs war die Verteilung der Stichprobenkrankenhäuser nach den Merkmalen Krankenhausgröße, Regionsgrundtyp und Migrantenanteil im Einzugsgebiet näherungsweise proportional zur Merkmalsverteilung in der Grundgesamtheit., Ergebnisse, Für die Mehrzahl der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen ist Kultursensibilität von strategischer Relevanz, insofern sie in der Unternehmensstrategie, in Leitbildern oder im Qualitätsmanagement ausdrücklich Berücksichtigung findet. In den meisten Häusern gibt es eine Vielzahl von migrationsspezifischen Maßnahmen, Instrumenten und Kompetenzen. Dies betrifft gleichermaßen das strategische und operative Management, die Organisation- und Personalentwicklung, das Informations- und Kommunikationsverhalten sowie unterschiedlichste Aspekte und Prozesse der Patientenversorgung. , Des Weiteren gibt es unter den Krankenhausbelegschaften in Nordrhein-Westfalen eine Fülle kultursensibler Kompetenzen und Qualifikationen. Diese sind zum einen zurückzuführen auf die individuelle Migrationsgeschichte einer relevanten Minderheit von Krankenhausmitarbeitern. Zum anderen sind sie das Ergebnis von einschlägiger Information und Aufklärung des Personals durch die Krankenhäuser sowie spezifischer Schulungs- oder Fortbildungsmaßnahmen., Für Patienten mit Migrationsgeschichte sind fremdsprachliche Informationsmaterialien weit verbreitet. Dies betrifft insbesondere die grundlegenden Informationen zur Behandlung oder zum Haupteingriff. Ansonsten erfolgen Übersetzungen für Patienten mit geringen Deutschkenntnissen im Wesentlichen mündlich. Dabei setzen die Krankenhäuser vor allem eigenes Personal mit gleicher Muttersprache ein., Kulturelle oder religiöse Aspekte der Verpflegung finden in den meisten Krankenhäusern Berücksichtigung, so dass im Rahmen von Menüalternativen das Speiseangebot mit kulturspezifischen Essgewohnheiten vereinbar ist. Hinsichtlich der Unterkunft halten die meisten Krankenhäuser Gebetsräume oder Kapellen mit religiöser Ausstattung oder neutral gestaltete Religionsräume für alle Regionen sowie Aufbahrungsräume für Verstorbene vor., Diskussion, Die Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen sind auf dem Weg, ihre Kultursensibilität weiter zu verbessern und die Patientenversorgung migrantenfreundlich auszurichten. Verbesserungspotenziale bestehen u.a. noch bei der Zielplanung, Erfolgskontrolle und Verbreitung des kultursensiblen Handelns. So bestehen etwa noch größere Varianzen in der Kultursensibilität zwischen den Krankenhäusern. Innerhalb der Krankenhäuser sind einschlägige Maßnahmen teilweise erst partiell umgesetzt, sei es mit Blick auf die Durchdringung über Fachabteilungen und Berufsgruppen oder die Standardisierung von Prozessen und Verantwortlichkeiten. , Auf Basis der Befragungsergebnisse leitet die DKI-Studie zahlreiche Handlungsempfehlungen für ein migrantenfreundliches Krankenhaus ab. Schwerpunkte bilden dabei Management und Organisation, Information und Kommunikation, Unterkunft und Verpflegung sowie die

ID: 59

Wahrgenommene soziale Unterstützung und subjektive Gesundheit von Krankenhauspatienten

Mirjam Philippi[1], Thomas Altenhöner[2], Michael Köhler[3], Julia Schmidt[1], Sebastian Roth[1], Martin Knoll[1]

[1]Hochschule für Technik und Wirtschaft (HTW) des Saarlandes, Saarbrücken; *[2]FH Bielefeld, Bielefeld*; *[3]Institut für Technologietransfer an der Hochschule für Technik und Wirtschaft des Saarlandes (FITT)*

Hintergrund: Soziale Unterstützung gilt zunehmend als wichtige gesundheitliche Ressource (z. B. Holt-Lunstad, Smith & Layton 2010). Personen, die eine angemessene Unterstützung aus ihrem sozialen Umfeld wahrnehmen, scheinen einen besseren psychischen und physischen Gesundheitszustand aufzuweisen (z. B. Melchior et al. 2003). Sind Personen mit einer guten Unterstützung erkrankt, so nehmen sie ihre gesundheitlichen Einschränkungen offenbar als weniger belastend wahr (Bierman & Statland 2010) und scheinen besser mit ihrer Erkrankung und den Folgen umgehen zu können als wenig unterstützte Patienten (Gallant 2003). Zugleich zeigten sich Zusammenhänge zwischen der wahrgenommenen Unterstützung und dem Auftreten von Depressionen (Zietemann et al. 2007). Obgleich zahlreiche Befunde darauf hindeuten, dass soziale Unterstützung ein hohes Potenzial in der Gesundheitsförderung von Patienten haben könnte, gibt es bislang wenig Befunde zur Bedeutung von sozialer Unterstützung im Versorgungssystem bzw. darüber, wie sie systematisch im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung als Ressource genutzt werden könnte. Weiterhin ist wenig darüber bekannt, wie soziale Unterstützung mit dem subjektiven Gesundheitszustand von Krankenhauspatienten assoziiert ist. In den vorliegenden Analysen wurde daher der Frage nachgegangen, ob die von den Patienten wahrgenommene Unterstützung aus dem sozialen Umfeld einen Einfluss auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität, die Wahrnehmung von Einschränkungen bei täglichen Aktivitäten bzw. auf psychische Belastungen wie Depressivität und Ängstlichkeit ausübt., Methoden: Die Untersuchung basiert auf den querschnittlichen Daten einer standardisierten schriftlichen Befragung von Patienten zweier Akutkrankenhäuser. Die wahrgenommene soziale Unterstützung wurde mit dem F-SOZU (Fydrich et al. 2007) erfasst. Die Messung der physischen und psychischen Gesundheitsmerkmale erfolgte u.a. über Angaben zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität (SF 8, Ellert, Lampert & Ravens-Sieberer 2005), gesundheitsbedingten Einschränkungen in Alltagsaktivitäten und Teilhabe (IMET, Deck et al. 2006) sowie zur psychischen Belastung durch Depressivität und Ängstlichkeit (HADS-D, Hermann-Lingen, Buss & Snaith 2011). Die Unterschiedsprüfungen zwischen Patientengruppen mit hoher bzw. geringer bis mittlerer Unterstützung erfolgten zunächst bivariat. In anschließenden varianzanalytischen Verfahren wurden die Effekte des Alters, des Geschlechts und der Krankheitsschwere kontrolliert. Insgesamt sind 523 Patienten befragt worden. Der Anteil der Frauen betrug 48,7% (N=253), das durchschnittliche Alter der Patienten lag bei 57,4 Jahren (SD=15,1 Jahre)., Ergebnisse: 69,3% (N=347) der Befragten nahmen eine hohe Unterstützung aus ihrem sozialen Umfeld wahr. Im Vergleich zu Patienten mit geringer und mittlerer Unterstützung bewerteten Personen, die sich gut unterstützt fühlten, ihren gesundheitlichen Zustand auch nach Kontrolle von Alter, Geschlecht und Krankheitsschwere in allen Dimensionen signifikant besser. Sie stuften ihre psychische und körperliche Lebensqualität höher ein, litten in geringerem Umfang an gesundheitsbedingten Einschränkungen in Aktivitäten des täglichen Lebens, wie z.B. der Körperpflege, der Nahrungsaufnahme und der Wahrnehmung familiärer und beruflicher Verpflichtungen. Gleichzeitig waren sie weniger stark durch Depressivität und Ängstlichkeit belastet., Diskussion: Soziale Unterstützung scheint bei Krankenhauspatienten die Sicht auf die eigene Gesundheit zu beeinflussen. Im Hinblick darauf, dass die Relevanz des subjektiven Gesundheitszustands auf gesundheitsbezogene Outcomes immer deutlicher wird (Halford et al. 2012), könnte eine stärkere Berücksichtigung und gezielte Förderung bzw. Einbindung von sozialen Unterstützungsnetzwerken im Rahmen von Krankenhausaufenthalten und innerhalb des Gesundheitsversorgungssystems zur Förderung der Patientengesundheit beitragen. Weitere praxisnahe Forschungsansätze sollten sich mit dem Einfluss gezielter sozialer Unterstützung auf die Genesung befassen.

ID: 60

Neue Erkenntnisse der Lebensstilforschung. Ausgewählte Ergebnisse der Projektstudie GEDA 2.0

Ralph Schilling[1]

[1]*Robert Koch-Institut, Berlin*

Einleitung / Hintergrund:, Die Planung, Umsetzung und Bewertung von präventiven Strategien in Public Health erfordert Informationen über Zielgruppen und zielgruppenorientierte Zugänge. In der kommerziellen Markt- und Meinungsforschung werden dafür Lebensstil- und Milieuansätze routinemäßig eingesetzt (Diaz-Bone, 2004). Im Rahmen der gesundheitswissenschaftlichen Forschung findet ihr Einsatz jedoch nur sporadisch und unsystematisch statt. Dieser Vortrag knüpft an die Diskussion um den Einsatz von Lebensstilansätzen in der gesundheitswissenschaftlichen Forschung an und stellt eine theoriegeleitete Alternative zu den induktiv-empiristischen Ansätzen der Lebensstil- und Milieuforschung vor., Daten / Methoden:, Im Rahmen der Projektstudie Gesundheit in Deutschland aktuell 2.0 (GEDA 2.0) des Robert Koch-Instituts wurde das Instrument von Otte (2008) erstmalig im Rahmen eines Mixed-Mode-Designs erprobt und nach klassischer Testtheorie auf Reliabilität und Validität geprüft. Die Projektstudie GEDA 2.0 wurde von August bis Dezember 2012 mit insgesamt 1.571 Probanden durchgeführt. Die Stichprobenziehung (Brutto: 10.080) erfolgte zufallsbasiert aus insgesamt sechs verschiedenen Einwohnermeldeamtsregistern unter Berücksichtigung von Stadt- und Landbevölkerung sowie einer regionalen Verteilung zwischen Ost- und Westdeutschland., Ergebnisse:, Die räumlich und zeitlich stabile Reproduzierbarkeit der Typologie hinsichtlich der Fallzuweisung und der Typenabgrenzung spricht für die Reliabilität des Instruments. Inhaltlich werden die hypothetischen Lebensführungstypen ebenfalls durch die Daten empirisch bestätigt. Die hypothesenkonforme Verteilung von Alter, Einkommen und Bildung sowie für allgemeinen Ge-sundheitszustand, Kinderzahl und Autonomie des beruflichen Handelns innerhalb der Lebensführungstypen spricht für die Validität des Instruments. Dies wird durch die statistisch signifikanten Korrelationen (Spearman's Rho) der Dimension Ausstattungsniveau mit Bildung (r = 0,3) und Einkommen (r = 0,4) sowie der Dimension Modernität/biografische Perspektive mit Alter (r = -0,4) bestätigt., Diskussion / Schlussfolgerungen:, Im Gegensatz zu den induktiv-empiristischen Ansätzen der Lebensstilforschung, kann das theoriegeleitete Lebensführungskonzept Ottes für raum-zeitlich stabile Analysen im Rahmen der gesundheitswissenschaftlichen Forschung eingesetzt werden. Neben Erkenntnissen zu den Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit liefert der Ansatz auch Informationen, wo und wie eine zielgruppenorientierte und adressatengerechte Botschaft platziert und gestaltet werden könnte. Dadurch ließe sich ein wichtiger Beitrag leisten, das Verständnis von gesundheitlicher Ungleichheit zu erweitern. Es ergeben sich zudem Ansatzpunkte für die Verbesserung präventiver Strategien in Public Health zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit.

ID: 61

Workshop Gesundheitskonferenzen: Die Entwicklung der Gesundheitskonferenzen in Deutschland

Alfons Hollederer[1]

[1]*Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL), Erlangen*

Einleitung, Regionalspezifische Steuerungssysteme gewinnen für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung zunehmend an Bedeutung, um lokale Versorgungsdefizite zu identifizieren, die wohnortnahe Gesundheitsversorgung zu optimieren oder Synergieeffekte durch eine verbesserte Kooperation der Akteure zu erschließen. Ein besonderes gesundheitspolitisches Instrument stellen strukturierte und langfristig angelegte Gesundheitskonferenzen auf der kommunalen Ebene dar., Methodik, Der Überblick basiert auf umfassenden Literatur- und Datenbankenrecherchen über Gesundheitskonferenzen in Deutschland. Bisher mangelt es an systematischen Auswertungen der Ergebnisse von Gesundheitskonferenzen und einer Zusammenführung der Praxiserfahrungen aus den verschiedenen Regionen und Entwicklungsphasen., Ergebnisse, Die Etablierung von Gesundheitskonferenzen in Deutschland geht im Wesentlichen auf Förderprogramme von einzelnen Ländern oder kommunale Initiativen zurück, die in verschiedenen Phasen und mit unterschiedlichen Schwerpunkten seit den 90er Jahren einsetzten. Die Implementierungsstrategien reichten in den Ländern von regionalen Einzelaktionen bis hin zu einer flächendeckenden Einführung in allen Kreisen. Gesundheitskonferenzen sind daher regional sehr unterschiedlich verbreitet. Insgesamt bestehen Gesundheitskonferenzen in rund ein Drittel der Kreise und kreisfreien Städte in 13 Bundesländern. Die Zusammensetzungen der Akteure und die thematischen Schwerpunktfestlegungen in den Gesundheitskonferenzen sind dabei vielfältig. Ihr Output kann an eingerichteten Arbeitskreisen, Handlungsempfehlungen, Stellungnahmen (z.B. für Krankenhausplanung) und initiierten Maßnahmen und Kooperationsprojekten gemessen werden. Eine systematische Begleit- und Outcome-Evaluation wurde aber nur in wenigen Fällen durchgeführt. In diesen Studien werden positive Ergebnisse über die Wirkungsweise der Gesundheitskonferenzen berichtet, aber auch verschiedene Förder- und Hemmfaktoren identifiziert. Auf diese wird im Rahmen des Workshops weiter eingegangen., Diskussion/Schlussfolgerung, Über Gesundheitskonferenzen ergeben sich neue Chancen für ein kommunales Gesundheitsmanagement, sie benötigen aber günstige Bedingungen und ausreichende personelle und finanzielle Ressourcen. Ein Fachaustausch zwischen den unterschiedlichen Gesundheitskonferenzen könnte der konzeptionellen Weiterentwicklung dienen und innovative Ansätze generieren.

ID: 62

The role of national wealth in socioeconomic inequalities in smoking among 15-year-old adolescents in 34 countries. A multilevel perspective.

Timo-Kolja Pförtner[1], Irene Moor[1], Katharina Rathmann[1], Anne Hublet[2], Michal Molcho[1], Anton Kunst[2], Matthias Richter[1]

[1]*Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle*; [2]*Department of Public Health, Academic Medical Centre*

Background: There is evidence that inequalities in adult smoking are larger in more affluent countries. So far, the role of national wealth in socioeconomic inequalities in adolescent smoking has rarely been investigated and was only implicitly addressed by regional studies. The aim of this study is to examine the association between national wealth and socioeconom-ic inequalities in different aspects of adolescent tobacco use. , Methods: Data were derived from the WHO-Collaborative 'Health Behaviour in School-aged Children' study in 2005/2006 including 60,163 15-year-old students from 34 countries. Soci-oeconomic position was measured using family affluence. Indicators of daily smoking, early smoking initiation and maintenance of smoking were analysed by logistic regression models adjusted for gender. The influence of national wealth on inequalities in smoking was investi-gated using multilevel logistic regression modelling., Results: Socioeconomic inequalities in daily smoking, early smoking initiation and mainte-nance of smoking strongly differed across countries and were larger among girls. Wealthier nations showed significantly larger inequalities for all measures of adolescent smoking than less affluent countries. Variations by national wealth were relative strong for inequalities in daily smoking and maintenance of smoking, and weaker for inequalities in early smoking initiation., Conclusion: The study provides first evidence showing that wealthier countries had larger socioeconomic inequalities in various dimensions of adolescent smoking than less affluent countries. Further research is required to explain the different mechanisms linking national wealth and socioeconomic inequalities in adolescent smoking.

ID: 63

Das Verhaltensmodell der Versorgungsinanspruchnahme von Andersen: aktueller Stand und theoretische Perspektiven

Thomas von Lengerke[1]

[1]*Medizinische Hochschule Hannover, Hannover*

Das Verhaltensmodell der Inanspruchnahme gesundheitsbezogener Versorgung (Behavioral Model of Health Services Use Andersen, 1995 Andersen & Davidson, 2007 Andersen, Davidson & Baumeister, forthcoming) gilt als eine der international führenden Theorien zur Beschreibung und Erklärung der Inanspruchnahme gesundheitsbezogener Versorgung (Babitsch, Gohl & von Lengerke, 2012 Ricketts & Goldsmith, 2005). So wird es in Deutschland seit 2001 auch in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes verwendet. Es unterscheidet sowohl auf kontextueller als auch auf individueller Ebene Bedarfsfaktoren (need factors) von prädisponierenden (predisposing) und ermöglichenden Faktoren (enabling factors) als Einflüsse auf individuelles Inanspruchnahmeverhalten. Im NWIn Research Network, einem von der DFG geförderten wissenschaftlichen Netzwerk zur Medizinsoziologie der Versorgungsinanspruchnahme in Deutschland, wurde es als Rahmenmodell für die theoretisch-konzeptionellen, methodologisch-methodischen und empirischen Analysen verwendet. Der vorliegende Beitrag gibt eine Übersicht über die theoretisch-konzeptionellen Ergebnisse (Janßen, Swart & von Lengerke, forthcoming von Lengerke, Gohl & Babitsch, forthcoming von Lengerke, Kowalski, Swart & Janßen, forthcoming). Eine aus sozialepidemiologischer Sicht zentrale Stärke des Verhaltensmodells liegt in der Möglichkeit, Equity bzw. Inequity im Zugang zu Versorgungsleistungen durch die Spezifikation von Bedarfsfaktoren im Unterschied zu prädisponierenden und ermöglichenden Faktoren zu systematisieren und empirisch abzubilden. Dieses Stärke könnte noch dadurch weiter gefördert werden, indem direkte Einflüsse nicht nur sozialer, sondern auch psychischer Faktoren als Inequity fördernd berücksichtigt werden. Eine weitere Stärke, die seit der fünften Version des Verhaltensmodells (Andersen & Davidson, 2007) besonders zu betonen ist, ist die strukturparallele Konzeptualisierung von Einflussfaktoren als prädisponierend, ermöglichend oder bedarfskonstituierend sowohl auf individueller als auch kontextueller Ebene. Damit lassen sich auf der Prädiktorenseite nicht nur theoretisch kohärente(re) Mehrebenenmodelle spezifizieren und entsprechend interpretieren, sondern auch allgemeinere Handlungs- oder Verhaltenstheorien aus der Soziologie oder der Psychologie problemloser auf das Verhalten professioneller Akteure im Gesundheitssystem anwenden. Auf Seiten der gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen (als vermittelnde Größen) und der Outcomes, zu denen seit der sechsten Modellversion (Andersen, Davidson & Baumeister, forthcoming) auch die Lebensqualität zählt, stellt sich die Frage, warum sie nur als individuelle Größen im Modell repräsentiert sind, da dieses entsprechende Prävalenzen und Inzidenzen aus dem Geltungsbereich des Modells ausschließt. Hier könnte eine Weiterentwicklung des Verhaltensmodells durch Annahmen des Verhaltensepidemiologischen Grundmodells (von Lengerke, 2012 von Lengerke & Abu-Omar, 2007) Ziel führend sein, das in Anlehnung an das Mikro-Makro-Modell der soziologischen Erklärung (z. B. Greve, Schnabel & Schützeichel, 2008) die Beschreibung und Erklärung kollektiver Explananda grundsätzlich erlaubt. Schließlich könnte im Hinblick auf die empirisch-statistische Anwendung des Verhaltensmodells eine Orientierung an der auf Baron und Kenny (1986) zurückgehende Unterscheidung zwischen Mediation und Moderation förderlich sein. Dabei wäre beispielsweise zu klären, ob nur ermöglichende Faktoren, die nach klassischer sozialökologischer Lesart Variablen darstellen, die Zusammenhänge anderer Variablen (hier vor allem zwischen Bedarfsfaktoren und Inanspruchnahme) moderieren, oder auch prädisponierende Faktoren Effekt modifizierende Größen darstellen können. Im Rahmen von Datenanalysen, die sich am Verhaltensmodell orientieren, hätte dies theorierelevante Implikationen für die Spezifikation sowohl von hierarchischen Modellen als auch von relvanten Interaktionen.

ID: 64

Effekte betrieblichen Gesundheitsmanagements - Evaluation einer Seminarreihe für Mitarbeiter im Schichtdienst -

Michael Köhler[1], Thomas Altenhöner[2], Mirjam Philippi[2]

[1]Institut für Technologietransfer an der Hochschule für Technik und Wirtschaft (HTW) des Saarlandes (FITT), Saarbrücken; *[2]FH Bielefeld, Bielefeld*

Hintergrund: Beschäftige im Schichtdienst stellen im betrieblichen Gesundheitsmanagement eine wichtige Zielgruppe dar, denn sie sind durch ihre Arbeitsorganisation spezifischen gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt. Viele Schichtarbeiter – und hier vor allem ältere Arbeitnehmer – fühlen sich beispielsweise in ihrer Befindlichkeit, Schlafqualität und Leistungsfähigkeit beeinträchtigt und die wechselnden Arbeitszeiten wirken sich oft einschränkend auf familiäre und gesellschaftlichen Kontakte aus (Beermann 2008, Beermann 2010, Lischewski et al. 2011). Aufgrund zunehmend älter werdender Belegschaften sind Unternehmen hier besonders gefordert, die Gesundheit und Leistungsfähigkeit ihrer Mitarbeiter zu erhalten (Badura, Walter & Hehlmann 2010), indem durch gezielte Maßnahmen die Belastungen der Schichtarbeit reduziert werden. In der vorliegenden Studie wurde untersucht, inwieweit eine spezifische Seminarreihe für Schichtarbeiter einen Beitrag zu einem verbesserten Umgang mit gesundheitlichen Belastungen durch Schichtarbeit leisten kann., Methodik: Während eines Zeitraums von etwa acht Monaten nahmen Schichtarbeiter eines großen deutschen Industrieunternehmens an drei halbtägigen Seminareinheiten teil und wurden darin geschult, wie sie ihre Gesundheit unter der Belastung der Schichtarbeit möglichst gut erhalten bzw. fördern können. In einem längsschnittlichen Design wurden 68 Teilnehmer vor (T0) und nach der Seminarreihe (T1) befragt. Als soziodemografische Merkmale wurden Geschlecht, Alter und die schulische Bildung erhoben. Der Umgang mit der eigenen Gesundheit wurde mit dem Fragekatalog zur gesundheitlichen Selbstführung des Instruments Health-oriented Leadership (HoL) (Franke & Felfe 2010) in den Bereichen Achtsamkeit gegenüber der eigenen Gesundheit, Stellenwert der eigenen Gesundheit sowie gesundheitsbezogene Selbstwirksamkeit und Verhalten erfasst. Die Schlafqualität wurde über Angaben zur durchschnittlichen Schlafdauer, der Häufigkeit von Einschlaf-/Durchschlafstörungen (Robert Koch-Institut 2009) und über die subjektive Bewertung der mittleren Schlafqualität ermittelt. Die Teilnehmer (N=68) waren nahezu ausschließlich männlich (95,6%) und im Durchschnitt 42,6 Jahre alt (SD=8,6 Jahre). Zur Messung der Unterschiede zwischen den beiden Befragungszeitpunkten wurden je nach Skalenniveau der T-Test für abhängige Stichproben respektive der Wilcoxon-Test herangezogen., Ergebnisse: Zwischen T0 und T1 verbesserte sich die gesundheitsbezogene Selbstführung in den Dimensionen Selbstwirksamkeit und Verhalten, während der Stellenwert der Gesundheit hochsignifikant sank. Ihre Schlafqualität schätzten die Teilnehmer nach der Seminarreihe subjektiv besser ein als zu deren Beginn. Ebenso gaben sie an, länger zu schlafen und seltener pro Woche unter Durchschlafstörungen zu leiden. Ähnliche Effekte ließen sich für die Häufigkeit von Einschlafstörungen nachweisen., Schlussfolgerung: Spezifische Gesundheitsseminare für Schichtarbeiter scheinen zunächst kurzfristig Aspekte der gesundheitsbezogenen Selbstführung sowie die Schlafqualität der Mitarbeiter verbessern zu können. Eine Erklärung für den scheinbar inkongruenten Befund der Abnahme der Gesundheitsrelevanz könnte sein, dass durch die Teilnahme am Seminar die Gesundheit von den Mitarbeitern möglicherweise nicht mehr als zentral belastendes Thema angesehen wird. Insgesamt deuten die Ergebnisse darauf hin, dass es sinnvoll ist, im Rahmen eines betrieblichen Gesundheitsmanagements für Schichtarbeiter neben strukturellen Veränderungen, z. B. der Einführung eines nach arbeitswissenschaftlichen Erkenntnissen gestalteten Schichtplans, auch auf individueller Mitarbeiterebene gesundheitsfördernde Maßnahmen zu ergreifen. Die Vermittlung von Kompetenzen zur Reduktion der durch Schichtarbeit entstehenden Belastungen scheint hierbei erfolgversprechend.

ID: 66

Einfluss organisationaler Faktoren auf die Kaiserschnittrate – Eine Analyse auf Basis von Sekundärdaten

Nadine Scholten[1], Holger Pfaff[1], Ute Karbach[1]

[1]IMVR - Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswisschenschaft, Köln

Einleitung/Hintergrund, Laut statistischem Bundesamt haben im Jahr 2011 in Deutschland knapp ein Drittel aller Frauen per Kaiserschnitt entbunden. Die Kaiserschnittrate hat sich somit in den letzten 20 Jahren fast verdoppelt.(1) Eine Studie von Paranjothy et al konnte zeigen, dass zwischen den einzelnen Geburtseinrichtungen erhebliche Unterschiede bezüglich der Kaiserschnittraten festzustellen sind, wobei durch die ungleiche Verteilung der Risiken der Mütter (Case-Mix) nur 34% der Varianz der einrichtungsspezifischen Kaiserschnittrate erklärt werden konnten.(2) Ziel dieser Arbeit ist es anhand von Sekundärdaten Faktoren auf Seiten der Krankenhäuser zu identifizieren, die die Rate an Schnittentbindungen beeinflusst., , Daten/Methoden, Grundlage der Datenanalyse sind die Qualitätsberichte des Jahres 2010, die von allen nach §108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern veröffentlicht werden müssen. Unsere Analysen basieren auf den Daten von 663.597 stationären Krankenhausentbindungen aus 807 unterschiedlichen Krankenhäusern. Anhand von Regressionen werden mögliche Zusammenhänge, sowohl zwischen Krankenhauseigenschaften (z.B. Trägerschaft, akademischer Lehrstatus), als auch zwischen strukturellen Eigenschaften (z.B. Haupt- oder Belegabteilung, Hebammenrate) der behandelnden Abteilung und der Kaiserschnittrate untersucht. , Ergebnisse , Laut unseren Daten ergibt sich für das Jahr 2010 eine Kaiserschnittrate von 38,8 Prozent. Hierbei liegt der Anteil primärer Kaiserschnitte (geplante Kaiserschnitte) bei 48,6%. Die Entbindungen mit instrumenteller Hilfe (Vacuum- oder Zangenentbindung) machen 5,9% der stationären Entbindungen aus. Erste Datenanalysen zeigen auf Krankenhausebene einen Zusammenhang zwischen der Lage des Krankenhauses und der Kaiserschnittrate. Auf Abteilungsebene wirkt sich die Hebammenrate und die Art der Abteilung auf den Anteil der Schnittentbindungen aus. Weitere Berechnungen folgen. (Vorläufige Ergebnisse, Stand Mai 2013), Diskussion/Schlussfolgerung, Im Falle einer Kaiserschnittentbindung liegt in 80% der Fälle eine relative und in 10% der Fälle keine medizinische Indikation (Wunschkaiserschnitt) vor.(3) In wie weit die Höhe der Kaiserschnittrate der einzelnen Einrichtungen auf die unterschiedliche Interpretation der relativen Indikationen zurückzuführen sind, oder ob organisationale Faktoren die Entscheidung zum Kaiserschnitt systematisch beeinflussen, muss im Hinblick auf die Ergebnisse diskutiert werden.

ID: 68

Kontrakturprävention in der Langzeitpflege von Menschen im fortgeschrittenen Alter - Stand der Forschung und Bedeutung für die Praxis

Astrid Herold-Majumdar[1], Janosch Rieß[2], Andrea Daubner[3], Ottilie Randzio[4], Niko Boris Kohls[5], Martin Müller[2], Martin Offenbächer[6], Sebastian Sauer[2]

[1]*University of Applied Sciences, Hochschule München, München*; [2]*Generation Research Program (GRP), Zentrum für Humanwissenschaften, Ludwig-Maximilians-Universität München, Bad Tölz*; [3]*Verband der Privaten Krankenversicherung e.V., Abteilung Qualitätsprüfungen von Pflegeeinrichtungen (QPP), Köln*; [4]*Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Bayern (MDK Bayern), München*; [5]*Brain, Mind & Healing Program, Samueli Institute, Alexandria*; [6]*Institut für Medizinische Informationsverarbeitung, Biometrie und Epidemiologie, Ludwig-Maximilians-University, München*

Hintergrund, Epidemiologische Studien haben gezeigt, dass Kontrakturen weit verbreitete unerwünschte Ereignisse in der Langzeitpflege von Menschen im fortgeschrittenen Alter sind. Sie gehen mit erheblichen Einbußen der Lebensqualität der Betroffenen sowie mit zunehmender Pflegebedürftigkeit und damit mit hohen Kosten einher. Die eingeschränkte Gelenkbeweglichkeit hat individuell unterschiedliche Konsequenzen für die Mobilität, die Schmerzsituation und die allgemeine Funktionalität. Das Ziel der vorliegenden systematischen Übersichtsarbeit ist es, potentielle Risikofaktoren für Kontrakturen zu identifizieren und Präventionsmöglichkeiten zu entwickeln. Der aktuelle Stand des Wissens wurde von den interdisziplinären Reviewern für die Praxis verständlich und anwendungsorientiert aufbereitet., , Fragestellung:, Können auf Basis einer systematischen Ermittlung des Forschungsstands zu Risikofaktoren und Präventionsmaßnahmen wirksame und praktikable Maßnahmen zur Kontrakturprävention für die Langzeitpflege von Menschen im fortgeschrittenen Alter empfohlen werden?, , Methode:, Ein interdisziplinäres Team (zwei Psychologen, eine Pflegefachkraft, eine Gesundheits- und Pflegewissenschaftlerin, ein Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation) hat eine gezielte, Schlüsselwort gestützte Recherche in den Datenbanken MEDLINE, Cochrane und ScienceDirect durchgeführt. Dabei wurden für die recherchierten Studien Ein- und Ausschlusskriterien, sowie Ergebnisvariablen definiert. Das Alter der StudienteilnehmerInnen, die Stichprobengröße, das Studiendesign, das Setting, die untersuchten Gelenke und die Definition und Diagnostik der Kontraktur wurden bei der Bewertung der Studien berücksichtigt. Die klinische Relevanz der Studien wurde nach van Tulder 2003 in einem Peer-Review mit 3 Reviewern u. Konsensverfahren bewertet. , , Ergebnis, 700 Studien wurden mittels Suchbegriffe als potentiell relevant identifiziert. Nach Anwendung der Ein- und Ausschlusskriterien wurden 98 wissenschaftliche Arbeiten mit akzeptabler methodischer Qualität und Relevanz für die Langzeitpflege von Menschen im fortgeschrittenen Alter in die Auswertung aufgenommen. Für die Empfehlung von wirksamen Maßnahmen wurde eine kriteriengestützte Evidenzeinstufung (4 Stufen) vorgenommen. Die Ergebnisse wurden in einem Praxishandbuch zusammengefasst, das von dem Institut für Qualitätssicherung in der Pflege (IQP) 2011 herausgegeben wurde. Dabei lag das Augenmerk auf die Anwendbarkeit für die Pflegepraxis. , , Diskussion und Schlussfolgerung, Die klinische Relevanz von Kontrakturen ist definitiv als hoch einzuschätzen. Trotz der Vielfalt an Diagnoseverfahren, die nicht aufeinander abgestimmt sind, können zumindest klinisch relevante, d. h. für die tägliche Lebenspraxis bedeutungsvolle Bewegungseinschränkungen in Gelenken klar diagnostiziert werden. Aufgrund der hohen Bedeutung in der Langzeitpflege von Menschen im fortgeschrittenen Alter darf auf die Prävention und Erfassung von Kontrakturen keinesfalls verzichtet werden. Die vielversprechendsten Maßnahmen zur Prävention von Kontrakturen scheinen eine aktivierend-rehabilitative Pflege, aktives Dehnen sowie geeignete körperliche Trainingsmaßnahmen zu sein. Alle Maßnahmen müssen auf den Einzelfall abgestimmt werden (z.B. individuelle Trainings- bzw. Aktivitätsvorlieben oder Schmerzschwellen) die Mindestanforderung an ein systematisches „Kontrakturmanagement“ besteht in der gemeinsamen Erarbeitung geeigneter Maßnahmen mit dem Klienten.

ID: 69

Pflege für alle / Altersgerechtes Arbeiten in der stationären Krankenpflege

Sabine Löffert[1]

[1]*Deutsches Krankenhausinstitut e.V., Düsseldorf*

• Hintergrund, Der demograftische Wandel zieht steigende Patientenzahlen mit zunehmender Fallschwere nach sich. Jedoch auch das versorgende Krankenhauspersonal ist davon betroffen. So wird das Durchschnittsalter der Klinikmitarbeiter in Zukunft stetig ansteigend. Derzeit sind jedoch bereits die sich verringernden Nachwuchskräfte und der Fachkräftemangel ein dringliches Problem der Krankenhausversorgung. Aus diesem Grund ist es umso wichtiger Krankenhausmitarbeiter verschiedener Altersgruppen durch eine zielgruppenorientierte Gestaltung der Arbeitsplätze langfristig zu binden. Das Krankenhaus sollte für Mitarbeiter aller Altersgruppen zu einem attraktiven Arbeitsplatz werden. Die zugrunde liegende Studie untersucht daher Stand und Perspektiven einer langfristigen Bindung von Pflegekräften in deutschen Krankenhäusern. , , • Daten, Unter den Pflegedienstleitungen der deutschen Krankenhäuser wurde eine repräsentative schriftliche Umfrage durchgeführt. Dazu wurde speziell ein standardisierter Fragebogen „Alter(n)sgerechtes Arbeiten im Krankenhaus“ entwickelt. An der Studie nahmen n=309 Krankenhäuser teil. , Im Mittelpunkt der Befragung stand auf der einen Seite eine detaillierte Erfassung der Personalplanung und –entwicklung sowie Qualifizierungsmaßnahmen. Auf der anderen Seite wurden differenziert die organisatorischen Maßnahmen erhoben, welche sowohl Arbeitsorganisationsmaßnahmen, die Arbeitszeit- und Arbeitsplatzgestaltung als auch die Gesundheitsförderung ergriffen haben. Des Weiteren wurde ein Augenmerk auf Unternehmenskultur und Führung gelegt., Insbesondere wurde bei dieser Studie „alternsgerechtes Arbeiten“ nicht nur als eine Anpassung der Arbeitsplätze und der Arbeitsbedingungen an die Bedürfnisse älterer Arbeitnehmer aufgefasst, sondern darauf geachtet, dass auf verschiedene Altersgruppen eingerichtete Arbeitsbedingungen in Betracht gezogen werden., , • Ergebnisse, Die Studiendaten befindet augenblicklich sich in der Analyse, so dass Ergebnisse derzeit noch nicht berichtet werden können, bis zum Kongress jedoch vorliegen werden.

ID: 70

Prädiktionsmodells für Krankenhauseinweisungen mit Routinedaten: Entwicklung, Validierung und Anwendung

Christiane Haupt[1]

[1]*WIdO (Wissenschaftliches Institut der AOK)*

Das Gesundheitssystem steht angesichts der Herausforderungen des demografischen Wandels vor der Frage, wie die Ressourcenallokation effizient und gerecht gestaltet werden kann. Aufwändige Programme zur Krankenhaus-Fallvermeidung sind deshalb da angezeigt, wo eine Krankenhausaufnahme ohne Intervention wahrscheinlich ist., Ein Fünftelder Versicherten sind für 80% der Leistungsausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verantwortlich. Hohe Leistungsinanspruchnahme wird oft durch Multimorbidität verursacht, bei der chronische Erkrankungen interagieren und vorliegende Krankheitsbilder zusätzlich in Kombination betrachtet werden müssen (1). Risikomodelle können unbegrenzt viele Variablen berücksichtigen., Ein Drittel der Leistungsausgaben verursachen Krankenhausaufenthalte (2). Krankenhausaufenthalte sind zumindest teilweise vermeidbar (3).In Großbritannien und den USA ist deshalb die Anwendung von Prädiktionsmodellen im Gesundheitswesen zur Vorhersage von Krankenhauswiederaufnahmen verbreitet (4). Für Deutschland wurde im WIdO einRisikoprädiktionsmodell auf Grundlage vonKrankenkassendaten entwickelt. Eine prädiktionsgestützte Fallauswahl für Maßnahmen des Versorgungsmanagements erfolgt dabei durch die individuelle Vorhersage der Likelihood of Hospitalization (LOH). , Daten/ Methodik, Das Risikoprädiktionsmodell ALOH-A 2.1, Allgemeine LOH- und Ausgabenprädiktionist auf einer Zufallsstichprobe von 11,5 Millionen anonymisierten und über 3 Jahre durchgehend versicherten AOK-Versicherten erstellt worden und wertet Abrechnungsdaten aus der ambulanten und stationären Versorgung, Arzneimittel und Stammdateninformationen aus. Das Prädiktionsmodell weist jedem Versicherten dessen persönliche Wahrscheinlichkeit zu, in den nächsten zwölf Monaten stationär aufgenommen zu werden (Erst- und Wiederaufnahme)., Dabei wurden Klassifikationssysteme für ambulante und stationäre Diagnosen auf ICD-Basis, für Arzneimittel auf ATC-Basis und andere entwickelt., In einer logistischen Regression werden Gewichte für die LOH bestimmt. Die Modellgüte wird anhand statistischer Werte überprüft. , Ergebnisse , Die durchschnittliche LOH liegt bei 14,8%, Range 0,1-100%. Eine Aufnahmewahrscheinlichkeit von mindestens 50% wie beim PPV berücksichtigt erreichen 3 Prozent. In Quintilen betrachtet haben 78,4 % eine LOH von 0-20 Prozent, 16,2% von 20-40 Prozent, 3,9% von 40-60 Prozent, 1,2% von 60-80 Prozent und von über 80 Prozent. Extremwerte über 90 Prozent erreichen 0,1%, von über 95 Prozent 0,05% und von über 99 Prozent 0,01%., Die Varianzaufklärung, Sensitivität und PPV erreicht für das allgemeine Modell gute Werte im Vergleich mit dem englischen PARR-30-Modell und dem deutschen Routinedatenmodell CSSG von Verisk Health: R-Quadrat=0,18, die Sensitivität=0,11, der AUC=0,75 und der PPV=0,58., Für Morbiditätsgruppen wie Herzinsuffizienz ergeben sich erwartungskonform höhere Sensitivitäten und Varianzaufklärungen., Einsatzszenarien und erste Ergebnisse werden vorgestellt. , Diskussion/ Schlussfolgerungen, Mit dem hier vorgestellten LOH-Modell wurde auf der methodischen Basis einer multiplen logistischen Regression ein valides, auf Leistungsdaten einer Krankenkasse beruhendes Prädiktionsmodell für zukünftige Krankenhauseinweisungen entwickelt., Ein Vergleich mit anderen vorliegenden Modellen zeigte höhere oder gute Gütekriterien (soweit vergleichbar)., Die präventive Anwendung und die Überführung in Interventionen werden derzeit in Einzelanwendungen entwickelt. , Grundsätzlich weist die Prädiktion künftiger Krankenhauseinweisungen einige methodische Limitationen auf, insbesondere, da sich nicht alle Krankenhausaufenthalte in den Routinedaten andeuten und, weil Grundinformationen wie Familienstand in den Routinedaten ebenso fehlen medizinische Parameter und verhaltens- und personenspezifische Risikofaktoren für Erkrankungen. Dennoch führt die Eingabe von 488 Variablen zu einer komplexen Einbeziehung unterschiedlichster Kombinationsmöglichkeiten dieser Klassifizierungen. , Auf Grundlage von Routinedaten werden Informationen zu der Aussage aggregiert, für wen die Krankenhausaufnahme wahrscheinlich ist. Im Ausblick für die Anwendung wird die Vermeidung von Krankenhausaufnahmen anvisiert. In Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten unterstützt das dargestellte Modell die Optimierung der Patientenversorgung.

ID: 71

STEPPED CARE – Optimierung psychoonkologischer Versorgung durch gestufte Vermittlung. Studiendesign und erste Ergebnisse

Julia Roick[1], Helge Danker[2], Susanne Briest[3], Franziska Schiefke[4], Jürgen Meixensberger[5], Hubert Wirtz[6], Jens-Uwe Stolzenburg[7], Anette Kersting[8], Susanne Singer[9]

[1]*Universität Leipzig, Leipzig*; [2]*Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Leipzig*; [3]*Brustzentrum Leipzig, Leipzig*; [4]*Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie, Leipzig*; [5]*Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie, Universität Leipzig*; [6]*Medizinische Klinik und Poliklinik I Abteilung für Pneumologie, Leipzig*; [7]*Klinik und Poliklinik für Urologie, Leipzig*; [8]*Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Leipzig*; [9]*Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik, Mainz*

Hintergrund, Ein Drittel aller Krebspatienten im Akutkrankenhaus ist psychisch stark belastet. Diese Belastung wird oft nur unzureichend erkannt und somit bleiben viele Patienten psychosozial unterversorgt. Demgegenüber steht ein hoher Wunsch nach emotionaler Unterstützung bei onkologischen Patienten, vor allem durch den behandelnden Arzt. Der Einsatz von Screeninginstrumenten allein verbessert das psychische Befinden nicht notwendigerweise. Es muss deshalb nach Wegen gesucht werden, die unterstützungsbedürftigen Patienten besser zu erkennen, um die begrenzt vorhandenen Ressourcen für psychoonkologische Versorgung gezielt einsetzen zu können. Die Vermutung, dass dies durch gestufte Versorgung mit einer Kombination aus Screeningverfahren und Arztgesprächen erreicht werden kann, sollte in dem Projekt STEPPED CARE überprüft werden. Das Projekt ist noch nicht abgeschlossen, aber es können bereits erste Ergebnisse zum aktuellen Befragungsstand und den Teilnahmequoten auf den Stationen gemacht werden. , , Versorgungsmodell, Bei stationärer Aufnahme füllt der Patienten einen Screening-Fragebogen am Tablet PC aus. Dessen Ergebnisse werden automatisch aufbereitet und dem behandelnden Arzt zur Verfügung gestellt. Ist ein Patient mittelgradig bis hoch psychisch belastet, führt der Arzt ein kurzes strukturiertes Interview mit ihm durch. Im Anschluss entscheidet er, ob ein psychoonkologisches Konsil ausgelöst wird oder gegebenenfalls andere Maßnahmen eingeleitet werden. , Methodik und Studiendesign, Das Versorgungsmodell wird in einer clusterrandomisierten, kontrollierten Interventionsstudie überprüft (n=13 Stationen, angestrebte Stichprobengröße: n=800). Auf den Kontrollstationen wird psychoonkologische Versorgung wie bisher („care as usual“) angeboten. Die Interventionsstationen wenden das Stepped Care Modell an. Die Patienten werden zu jeweils 4 Zeitpunkten (t1 = präoperativ t2 = 2 Wochen postoperativ t3 = 3 Monate postoperativ t4 = 6 Monate postoperativ) von geschulten Interviewern zunächst im Klinikum und später telefonisch befragt. , Ergebnisse, Insgesamt wurden bisher 515 Patienten durch die Interviewer im Klinikum angesprochen und um eine Studienteilnahme gebeten. Mit 50 Patienten konnte erst postoperativ Kontakt aufgenommen werden. Von den 465 präoperativ kontaktierten Patienten erklärten sich 361 (78%) bereit, an einem Interview teilzunehmen. Dabei wurden 202 (56%) auf den Interventionsstationen und 159 (44%) auf den Kontrollstationen befragt. Auf den Interventionsstationen ist der Anteil der Patienten, welche eine Studienteilnahme komplett verweigerten, mit 25% etwas höher als auf den Kontrollstationen (19%). Die Verweigerungsquoten der einzelnen Stationen liegen zwischen 9% und 45%. Besonders niedrig sind die Quoten mit 9% auf den Stationen der Urologie. Auffallend hoch ist die Anzahl an Verweigerern auf den Stationen der Pneumologie (41% und 45%). Möglichweise hängen die Unterschiede in den Verweigerungsquoten mit der unterschiedlichen Schwere der Erkrankung der Patienten auf den dort behandelnden Stationen zusammen.

ID: 72

Theorie und Praxis einer geschlechtergerechten gesundheitsförderlichen Organisationsentwicklung

Nadine Pieck[1]

[1]*Leibniz Universität Hannover, Hannover*

Seit der Einführung des Gender Mainstreaming besteht für Akteure in Organisationen die Anforderung, alle Prozesse und Entscheidungen für die Gleichstellung der Geschlechter nutzbar zu machen. Oft gerät bei dem Versuch, Gender Mainstreaming umzusetzen, jedoch die Gleichstellung als Ziel der Strategie aus dem Blick. Eine fachlich angeleitete Aneignung und Übertragung der Strategie auf den Gegenstand der betrieblichen Gesundheitsförderung fehlt in der Regel. So bleibt oft unklar, welche Benachteiligungen im Rahmen betrieblicher Gesundheitsförderung überhaupt zu adressieren sind und worin eine geschlechtergerechte betriebliche Gesundheitsförderung bestehen könnte. Der Beitrag skizziert ein solches Konzept auf der Grundlage der Verknüpfung einschlägiger Erkenntnisse aus den Forschungsfeldern Arbeit, Gesundheit und Geschlecht. Diese Folie dient der Analyse von Fallstudien, in denen Gender Mainstreaming in der betrieblichen Gesundheitsförderung Anwendung fand. Der Beitrag geht der Frage nach, wie steuernde Akteure in Gesundheitsmanagement-Projekten Gender Mainstreaming konzeptualisieren und welche Bedeutung partizipative Vorgehensmodelle - und deren Realisierung - für eine geschlechtergerechte betriebliche Organisationsentwicklung haben. Ergebnisse der Studie zeigen, dass Gender Mainstreaming nicht systematisch umgesetzt wird. Es fehlt eine Aneignung einschlägiger Literatur und vorliegender Erkenntnisse aus der Geschlechterforschung und es dominiert ein dichotomisierendes und homogenisierendes Geschlechterwissen. In der wenig systematisch-konzeptionellen Vorgehensweise fehlt entsprechend eine auf Gleichstellung bezogene Definition von Zielen. Die durch die Strategie Gender Mainstreaming vorgegebene „Gleichstellungsverträglichkeitsprüfung“ findet nicht statt. Vereinbarkeit von Beruf und Familie sowie sexuelle Belästigung sind anerkannte, typische Belastungen von Frauen, die legitimer Weise bearbeitet werden dürfen. Beteiligungsorientierte Prozesse ermöglichen es, geschlechtstypische Konstellationen von Belastungen und Ressourcen in Beruf und Familie zu ermitteln und konstruktiv zu bearbeiten. Es zeigt sich, dass Frauen und Männer innerhalb der beteiligungsorientierten Prozesse ihre eigenen Interessen artikulieren und wirksamere Ansätze zur Verbesserung ihrer Situation entwickeln können. Partizipative Prozesse fokussieren die Beteiligten auf die Analyse von Situationen, Zuschreibungen an einzelne Personen oder Gruppen treten in den Hintergrund. Abweichungen vom Modell „gesundheitsförderlicher Organisationsentwicklung“ führen hingegen zu keiner bzw. nur zu einer fragmentarischen Bearbeitung von Belastungs- und Ressourcenkonstellationen in Beruf und Familie. Dies verweist auf die methodisch-konzeptionelle Gestaltung von Beteiligungsprozessen als einen eigenständigen Faktor für eine erfolgreiche Bearbeitung von Ressourcen- und Belastungskonstellationen. Für die Bearbeitung weitergehender Aspekte des Gender Mainstreaming (z.B. Entgeltgleichheit) reicht die Beteiligungsorientierung hingegen nicht aus. Hierfür ist die Aneignung eines spezifischen reflektierten Geschlechterwissens erforderlich sowie dessen spezifische Übersetzung in die Gestaltung von Lernprozesse der Organisation.

ID: 74

Die Sicherstellung medizinischer Versorgung und der Erhalt der ärztlichen Arbeitskraft

Katja Götz[1], Antje Miksch[1]

[1]Universitätsklinikum Heidelberg

Einleitung: Der demographische Wandel und der enorme medizinisch-technische Fortschritt gehen einher mit einer zunehmenden Ausdifferenzierung der ärztlichen Profession und einer Zunahme an chronischen Erkrankungen. Darüber hinaus stellen ÄrztInnen bestimmte Ansprüche und Erwartungen an ihre Berufsausübung und seine Arbeitsbedingungen. Erlebte Rahmenbedingungen wie zunehmende Bürokratisierung, Zeitdruck oder unangemessene Entlohnung in Abhängigkeit der Arbeitsstunden schränken die erlebten Gestaltungsspielräume der Ärzteschaft ein und können sich auf die Qualität der Patientenversorgung auswirken. Das Ziel der vorliegenden Betrachtungen besteht in der Evaluation der erwartbaren und der real existierenden Arbeitsbedingungen bei an der medizinischen Versorgung beteiligten Berufsgruppen und deren Einfluss auf die Versorgungsqualität haben könnten., Methodik: Verschiedene Studien bzw. Befragungen werden zur Betrachtung des Untersuchungsgegenstandes herangezogen. Die Erhebungen fanden im Zeitraum zwischen 2005 und 2010 statt. Neben Erwartungen an die zukünftigen Arbeitsbedingungen, erfasst bei Medizinstudierenden, werden Aspekte der Arbeitszufriedenheit und –belastung bei allgemeinmedizinisch tätigen Ärzten evaluiert. Darüber hinaus werden Auswirkungen auf die subjektiv empfundene Versorgungsqualität aus Patientenperspektive betrachtet. , Ergebnisse: Zur Auswertung der verschiedenen Perspektiven wurden unterschiedliche Zielgruppen und Instrumente betrachtet. 1299 Medizinstudierende gaben an vor allem einen planungssicheren Beruf anzustreben. Die ärztliche Berufsausübung, so eine Befragung unter 676 Hausärzten, wurde positiv durch die Kollegen beeinflusst. Hingegen wurden das Einkommen, die physische Arbeitsbelastung und die Arbeitsstunden als negativ bewertet. Patienten (n= 46919) bewerteten ihre Versorgung insgesamt als positiv. Patienten mit chronischen Erkrankungen wünschen sich häufiger, dass die eigene persönliche Situation in der Behandlung Berücksichtigung findet. Vor allem die Organisation der Praxis und das nicht-ärztliche Personal hatten einen relevanten Einfluss auf die Beurteilung der Versorgungsqualität aus Patientensicht. , Diskussion: Medizinstudierende nach ihren relevanten Einflussfaktoren auf die Berufswahl zu befragen, kann Hinweise liefern, die möglicherweise für die Ausgestaltung des medizinischen Curriculums und des zukünftigen Arbeitsplatzes von Interesse sind. Des Weiteren erscheinen die Betrachtung der Arbeitsbedingungen und der Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit besonders relevant für die Rekrutierung von Arbeitskräften sowie für die Gewährleistung einer angemessenen Versorgungsqualität. Gleichzeitig können dadurch mögliche Bereiche für Qualitätsverbesserungen identifiziert werden., Schlussfolgerung: Insgesamt erscheint es vor dem Hintergrund der gesellschaftlichen Veränderungen wichtiger denn je, den Arztberuf und damit auch den Erhalt der Arbeitsfähigkeit als Forschungsgegenstand zu betrachten, um langfristig eine angemessen Versorgung sicherzustellen und den Arzt in seinen Ressourcen zu fördern.

ID: 75

Potenziale und Probleme der Gesundheitsförderung bei Pflegepersonal in stationären Pflegeeinrichtungen

Thomas Kleina[1], Michaela Brause[2], Annett Horn[1]

[1]Universität Bielefeld, Bielefeld; *[2]Fachhochschule Bielefeld, Bielefeld*

Problemhintergrund:, Die Arbeitsbedingungen von Pflegekräften in der stationären Langzeitversorgung sind geprägt durch vielfache Belastungen, die negative Auswirkungen auf deren Wohlbefinden und den Gesundheitszustand haben (können). Mitarbeitern stationärer Pflegeeinrichtungen stehen daher zunehmend im Fokus von Konzepten, Programmen und Handlungshilfen, die im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) Belastungen minimieren und Ressourcen fördern sollen. Vorliegende Konzepte wurden allerdings oft in anderen Arbeitsumfeldern entwickelt und berücksichtigen die spezifischen - durch Veränderungen der Bewohnerstruktur zunehmend prekären - Rahmenbedingungen in der stationären Langzeitversorgung nur unzureichend. Zur Entwicklung effektiver, passgenauer Interventionskonzepte bedarf es zunächst einer differenzierten Analyse der für diesen Versorgungsbereich typischen Belastungsfaktoren und Ressourcen, die sich auf die Gesundheit der Mitarbeiter auswirken., Methode:, Um hierfür eine Ausgangsbasis zu schaffen, wurden im Projekt „Qualität und Gesundheit in der stationären Altenhilfe“ Daten von 297 Mitarbeitern aus acht stationären Pflegeeinrichtungen durchstandardisierte schriftliche Befragungen erhoben. Dabei wurden insbesondere Aspekte der Arbeitssituation und -zufriedenheit und des Gesundheitszustands mittels geprüfter und erprobter Instrumente erfasst. Um Erkenntnisse über den Einfluss der Bewohnerstruktur auf die Belastungs- und Ressourcensituation der Mitarbeiter zu gewinnen, wurden diese Daten außerdem mit den Ergebnissen einer parallel durchgeführten Erhebung von Bewohnerdaten (n=648) zusammengeführt., Ergebnisse:, Die vorliegenden Daten bestätigen den starken Einfluss von Zeitdruck und Arbeitsintensität auf das Wohlbefinden und die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter einerseits und die Versorgungsqualität andererseits. Die Ergebnisse zeigen jedoch auch, dass es einigen Pflegeeinrichtungen trotz insgesamt problematischer Rahmenbedingungen gelingt, ein Arbeitsumfeld zu schaffen, dass sich positiv auf die Gesundheit, das Wohlbefinden und die Arbeitszufriedenheit ihrer Mitarbeiter auswirkt. Hierbei spielen insbesondere die Qualität der sozialen Beziehungen innerhalb der Mitarbeiterschaft, die Vereinbarkeit von Arbeits- und Privatleben sowie eine gelungene Arbeitsorganisation eine wichtige Rolle., Diskussion:, Strategien zur Gesundheitsförderung und Prävention bei Mitarbeitern in der stationären Langzeitversorgung zielen bisher häufig auf die Reduktion und Vermeidung körperlicher und psychischer Belastungen ab, die im direkten Kontakt der Mitarbeiter mit Pflegebedürftigen auftreten. Wie die Ergebnisse zeigen, spielen institutionelle Rahmenbedingungen für die Gesundheit und das Wohlbefinden der Pflegekräfte eine mindestens ebenso wichtige Rolle. Dies sollte bei der Neu- und Weiterentwicklung von Konzepten und Strategien zur Gesundheitsförderung stärker als bislang berücksichtigt werden.

ID: 77

Soziale Teilhabe fördert Patientensouveränität

Ottomar Bahrs[1], Susanne Heim[1], Andre Dingelstedt[2], Franziska Löwenstein[3]

[1]Universität Göttingen, Göttingen; *[2]Methodenzentrum Sozialwissenschaften der Universität Göttingen, Göttingen*; *[3]Gesellschaft zur Förderung Medizinischer Kommunikation e.V., Göttingen*

Einleitung: Als souverän gilt, wer es versteht, sicher und kompetent scheinbar selbstverständlich Herausforderungen zu meistern und dabei der Situation seinen Stempel so aufzudrücken, dass seine Macht nicht als unangemessen empfunden wird. Im Umgang mit Gesundheit und Krankheit beweist sich Souveränität darin, weitestmöglich die Bedingungen so gestalten zu können, dass eigenes Gesundsein hergestellt wird und eigenes Kranksein lebbar ist, ohne dass dabei die Patienten-Rolle dominant wird. Im Hinblick auf das Ziel der Förderung von Patientensouveränität ist damit zu fragen: Welcher Zusammenhang besteht zwischen abgrenzbaren Stadien im Gesundheits-Krankheitsverlauf und dem Bedarf an Patientenkompetenzen? Gibt es spezifischen Förderbedarf?, Methode: Sekundärauswertung der im Rahmen der europäischen Gemeinschaftsstudie EUROCOM (1997-1999) videodokumentierten Konsultationen (n=750) in deutschen Hausarztpraxen (n=42) sowie ergänzender Informationen. Gruppenbildung bzgl. der Gesundheitssituation auf Grundlage der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (WONCA/COOP-Charts) mittels hierarchischer Clusteranalysen, exemplarische Falldarstellungen bzgl. Kompetenzen und Performanzen., Ergebnisse: Die alltägliche Erfahrung von Partizipationsmöglichkeiten und deren lebensgeschichtliche Fundierung bilden den Rahmen für die Ausprägung auch jener Kompetenzen, derer es als kompetenter Patient bedarf. Welche Kompetenzen jeweils konkret benötigt werden und welche es zu fördern gilt, ergibt sich aus der jeweiligen Gesundheitssituation und vor dem Hintergrund der Lebensaufgaben, die zu bewältigen sind. So kann nur im konkreten Fall entschieden werden, ob eher krankheitsspezifisches Wissen, allgemeine Bewältigungskompetenzen oder aber Angebote sozialer Unterstützung usw. Vorrang haben sollten. Patientensouveränität entfaltet sich daher häufig in der Begegnung mit professionellen Helfern im Gesundheitswesen. Dabei zeigt sich nicht selten, dass grundsätzlich verfügbare Kompetenzen in der konkreten Situation nicht umgesetzt werden können. Die jeweiligen Gegenüber – und hier kommt den Ärzten als in der Regel ersten Ansprechpartnern eine Schlüsselrolle zu – können z. B. durch Aktives Zuhören diese Diskrepanz vermindern helfen, ggf. die Erfahrung von Teilhabe überhaupt erst ermöglichen und damit einen Beitrag zur Ausbildung neuer Kompetenzen leisten. Sie können aber auch umgekehrt die Artikulation von Patientensouveränität behindern und zur Reinszenierung von Ohnmachtserfahrungen beitragen. , Diskussion/Schlussfolgerung: Souverän als Patient/in zu handeln erfordert die Möglichkeit, die PatientInnenrolle flexibel gestalten zu können und diese nicht zur bestimmenden Struktur von Alltagsbewältigung und Identitätsbildung werden zu lassen. Strukturell gesehen müsste medizinische Versorgung insofern eingebettet sein in Gesundheitsförderung. Auf individueller Ebene setzt effektive Versorgung voraus, dass der Betroffene über eine zumindest implizite Vorstellung davon verfügt, wofür es sich für ihn lohnt, gesund zu sein bzw. wieder zu werden. Gerade weil die Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit von Patienten und Behandlern durch Informationsflut bedroht wird, kommt dem Beziehungsaspekt in den Gesundheitsberufen besondere Bedeutung zu. (Die Förderung von) Gesundheit ist ansteckend.

ID: 78

Beeinflusst der Berufsstatus die Gesundheit von Frauen? - Eine Dekomposition gesundheitlicher Ungleichheit in einem Panelsurvey

Hannes Kröger[1]

[1]*European Univserity Institute, Firenze*

Einleitung/Hintergrund, Die Frage nach den Ursachen gesundheitlicher Ungleichheit und deren Kategorisierung in verschiedene Typen von sozialer Kausalität, Gesundheitsselektion und gemeinsamen Drittfaktoren ist in den letzten Jahrzehnten ein wichtiger Bestandteil der medizinsoziologischen Forschung geworden. In meinem Beitrag untersuche ich Ungleichheit in der subjektiven Gesundheit zwischen Frauen in normalen und in hoher Statusposition im Beruf.Die Untersuchung trifft einen Bereich in dem Frauen am Arbeitsmarkt noch deutlich unterrepräsentiert sind. Es werden dabei nicht unterschiedliche Berufe, sondern unterschiedliche Hierarchiestufen innerhalb von Berufen untersucht. Von besonderem Interesse ist dabei, ob die Faktoren, die die gesundheitliche Ungleichheit erklären über die Zeit variieren, da dies für mögliche Programme zur Reduzierung von gesundheitlicher Ungleichheit von enormer Wichtigkeit ist. Daher ist der Einsatz von Längsschnittsdaten ungemein wichtig., Die Dekomposition von gesundheitlicher Ungleichheit zwischen zwei Statusgruppen wird regelmäßig in hierarchischen Regressionsmodellen durchgeführt. Sukzessivenehmen diese Modelle Variablen zur Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit in die Regressionsmodelle hinzu. In dieser Studie wird allerdings durch die Verwendung von Fixed-Effectsauch berücksichtigt, ob diese Variablen zeitlich veränderbar sind.Außerdem wird die umgekehrte Kausalität oder Gesundheitsselektion explizit modelliert., Daten/Methodik, Die Analyse basiert auf Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) aus den Jahren 1999-2011. Das Sample besteht aus abhängig beschäftigten Frauen im Alter von 18-64 (n=9834). Ich nutze hierarchische cross-lagged Querschnitts und Panel-Fixed-Effects Modelle, um die gesamten gesundheitlichen Ungleichheiten folgenden Ursachen zuzuordnen: 1) Gemeinsame Hintergrundfaktoren,2) Jobmerkmale,3) sozialpsychologische Faktoren,4) Selektionseffekte., Ergebnisse, Frauen in hohen Statuspositionen zeigen deutlich bessere subjektive Gesundheit als Personen aus niedrigen Statuspositionen. Dies gilt insbesondere wenn man das höhere Alter der Personen im hohen Jobstatus berücksichtigt. In den Regressionsmodellen zeigt sich, dass Hintergrundfaktoren wie Bildung in etwa die Hälfte der gesundheitlichen Ungleichheiten erklären können. Jobmerkmale haben kaum einen Einfluss. Ein weiteres Viertel der Ungleichheiten kann durch sozialpsychologische Faktoren wie Sorgen um den Arbeitsplatz und Zufriedenheit mit der Arbeit erklärt werden. Bei Verwendung von FE-Modellen fällt auf, dass fast die gesamte Erklärungskraft dieser Variablen auf zeitkonstante Faktoren zurückzuführen ist, die sich im Erwerbsverlauf nicht oder nur geringfügig ändern. Zeitlich variabel ist der Selektionseffekt, der circa 20 % der gesamten gesundheitlichen Ungleichheiten erklären kann. , Diskussion/Schlussfolgerungen, Es zeigt sich, dass unterschiedliche Faktoren für gesundheitliche Ungleichheiten zwischen Frauen mit hohem und Frauen mit normalem Jobstatus verantwortlich sind. Dabei spielen Hintergrundfaktoren die größte Rolle, sozialpsychologische Faktoren und Gesundheitsselektion sind gemeinsam ebenso erklärungskräftig. Wichtig ist aber vor allem die Erkenntnis, dass der allergrößte Teil der gesundheitlichen Ungleichheiten durch Faktoren bestimmt wird, die sich zeitlich über den Erwerbsverlauf nicht mehr ändern. Dies ist von großer Bedeutung, da Prävention oder Intervention es schwer haben wird entsprechende Faktoren zur Verringerung von gesundheitlicher Ungleichheit zu nutzen. Solche Ansätze müssen entweder früher im Lebenslauf ansetzen, bevor der volle Einstieg in Erwerbsleben erfolgte oder alternative Strategien zur Kompensation gesundheitlicher Defizite entwickeln.

ID: 79

ReSuM - Gesundheitsressourcen für alle!?

Frigga Maßholder[1]

[1]*AOK NORDWEST*

ReSuM - Gesundheitsressourcen für alle!?, Stärkung der psychischen Gesundheit für die Zielgruppe der Beschäftigten in un- und angelernten Tätigkeiten, Für den Unternehmenserfolg ist die Gesundheit und die Leistungsfähigkeit aller Beschäftigten wichtig. An- und ungelernte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind am Arbeitsplatz spezifischen Belastungen ausgesetzt und verfügen oft nur über geringe Gesundheitsressourcen. Das Erkrankungs- und Sterberisiko ist in dieser Gruppe statistisch höher als bei Höherqualifizierten. Dennoch wird diese Zielgruppe in der Gesundheitsförderung und Weiterbildung bisher wenig berücksichtigt oder schlecht erreicht., Das Trainingsprogramm „Stressmanagement für Teams in Service, Gewerbe und Produktion“ soll hier Abhilfe schaffen. Es ist entstanden aus dem Forschungsprojekt „Ressourcen- und Stressmanagement für un- und angelernte Mitarbeiter“ (ReSuM). Das Trainingsmanual wurde von der Universität Hamburg entwickelt und veröffentlicht (Busch u. a. 2009). Es handelt sich um ein Multiplikatorenkonzept. Multiplikatoren sind Präventionsanbieter, wie die gesetzlichen Krankenkassen, u. a. auch die AOK NORDWEST, die sich an der praktischen Erprobung und Überarbeitung des Schulungskonzepts beteiligt haben. Ein solches Vorgehen trägt dazu bei, dass die Bedarfe und Belange der Präventionsanbieter und der Unternehmen in die Konzeption mit einfließen können. Die erfolgreiche Evaluation der Maßnahme dient der Qualitätssicherung. Im Bereich der AOK NORDWEST kann das Training interessierten Unternehmen im Rahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung angeboten werden., Der Setting-Ansatz in der Betrieblichen Gesundheitsförderung ermöglicht anerkanntermaßen einen leichteren Zugang zur Zielgruppe der An- und Ungelernten. ReSuM wurde darüber hinaus als Teamtraining konzipiert mit dem Ziel, eine gute Teilnahmemotivation bei dieser Beschäftigtengruppe zu erreichen. Die Stärkung der Teilnahmemotivation von Arbeitgebern kann über die Integration der Maßnahme in ein betriebliches Gesundheitsmanagement und die Einbeziehung der direkten Vorgesetzten erfolgen. ReSuM entfaltet seine stressreduzierende Wirkung über die Stärkung von Gesundheitsressourcen, die sowohl in der Person als auch in der Umwelt (Arbeitssituation) liegen. Das Programm ist modular aufgebaut mit zwei Modulen zur individuellen Stressbewältigung (Bewegung, Work-Life-Balance) und zwei Modulen zur Stressbewältigung im Team (Soziale Unterstützung, Problemlösen). Mit dem Führungskräftemodul werden die direkten Vorgesetzten in ihrer Rolle als Mitgestalter der Arbeitsplatzbedingungen angesprochen. Als flankierende Maßnahmen soll im Vorfeld des Trainings eine Betriebsbegehung (Screening) durchgeführt werden., Die Prozessevaluation von ReSuM ergab, dass es für die Wirksamkeit entscheidend ist, das Training in ein ganzheitliches Betriebliches Gesundheitsmanagement einzubetten. Von Bedeutung ist weiterhin die Einbeziehung und Unterstützung der Maßnahme durch die direkten Vorgesetzten. Die Evaluation des überarbeiteten Schulungskonzept belegte schließlich die Wirksamkeit von ReSuM für Teams, die regelmäßig Teamsitzungen durchführen. D. h., die Beschäftigten müssen die Möglichkeit haben, über Probleme bei der Arbeit sprechen zu können. Im Arbeitsleben ist dies nicht überall gegeben und wird nicht überall als Ressource betrachtet. Konzepte wie ReSuM stellen eine Ergänzung zur ebenfalls auf Problemlösen und Partizipation setzenden Gesundheitszirkelarbeit dar. Sie bauen Brücken zwischen Theorie und Praxis, zwischen Forschung und Beratung und ermöglichen die Weiterentwicklung der Betrieblichen Gesundheitsförderung, weil sie Bezug nehmen auf die Problematik der Zunahme psychischer Belastungen in der Arbeitswelt und auf die Belange spezieller Zielgruppen.

ID: 80

Lenzgesund – Vom Leuchtturmprojekt in die Perspektivlosigkeit?

Waldemar Suess[1]

[1]*Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)Institut für Medizinische Soziologie (IMS), Hamburg*

Einführung / Hintergrund, Es gibt im Bereich der gemeindeorientierten Gesundheitsförderung und Prävention sowohl den Versuch, einzelne (Modell-)Projekte dauerhaft in die kommunale Praxis zu transferieren oder zumindest die politische Entscheidung für ihre Durchführung positiv zu beeinflussen (Übernahme in Regelversorgung) als auch Anstrengungen, sozialraumorientierte Programme von Gesundheitsförderung und Prävention auf andere Sozialräume und Quartiere in modifi-zierter Form zu übertragen. Dabei kommt dem Öffentlichen Gesundheitsdienst aus der Public Health-Perspektive eine zentrale Rolle zu. , Das sozialräumlich-orientierte Präventionsprogramm „Lenzgesund“ des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Hamburg-Eimsbüttel, Am Beispiel des Präventionsprogramms „Lenzgesund“ das in Hamburg in einem benachtei-ligten Quartier, der Lenzsiedlung, vom kommunalen Gesundheitsamt federführend durchge-führt wurde, soll auf Probleme und Chancen der Implementation, der Nachhaltigkeit und des Transfers eingegangen werden. Das Quartier war ebenfalls fast 10 Jahre ein Gebiet des Ham-burger sozialen Stadtteilentwicklungsprogramms (aktuell RISE). Die programmatischen An-sätze vereinen damit Gesundheitsförderung, Gemeinwesenarbeit und Sozialraumentwicklung und stellen quartiersspezifische Intersektoralität im Sinne ressortübergreifender Kooperation her., Mehr als 10 Jahre quartiersbezogene Gesundheitsförderung in der Lenzsiedlung sind mit dem Begriff „Lenzgesund – Vernetzte frühe Hilfen – rund um Schwangerschaft, Geburt und erste Lebensjahre“ verbunden. Im Sommer 2012 wurde das Präventionsprogramm „Lenzge-sund“ durch das Gesundheitsamt Eimsbüttel beendet. Auch das Programm der sozialen Stadt-teilentwicklung lief im Sommer 2012 aus. Einst war die Lenzsiedlung Vorzeige- und Leucht-tumprojekt für die Integration von quartiersbezogener Gesundheitsförderung und sozialer Stadtteilentwicklung sowie für die bezirkliche Entwicklungsplanung schlechthin(„Gesundes Eimsbüttel“). , Die dynamische Entwicklung und Umsetzung des Präventionsprogramms „Lenzgesund“ , wurde für fast 8 Jahre durch das Institut für Medizinische Soziologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) im Rahmen des BMBF-Förderschwerpunktes „Präventionsfor-schung“ wissenschaftlich begleitet (FKZ: 01 EL 0812). Zahlreiche Ergebnisse aus Teilstudien und dem Gesamtprojekt wurden bereits publiziert und auf Fachtagungen präsentiert. , Forschungsfragen / Diskussionsfragen , Was sind die förderlichen und hemmenden Faktoren in diesen politischen Transferprozessen? Wie können sie so beeinflusst werden, dass die Implementationschancen der Interventionsan-sätze nachhaltig verbessert werden? , Bilanz und Perspektiven, Was ist passiert? In diesem Beitrag sollen die verschiedenen Faktoren und Bedingungen er-läutert werden, die zu diesem Ergebnis der Programmbeendigung geführt haben. Dabei sind sowohl zufällige Ereignisse als auch politische Entscheidungen maßgeblich von Bedeutung für die Entwicklung., Welche Perspektiven gibt es? Diskutiert werden sollen Möglichkeiten und Ansätze von Per-spektiven für die Lenzsiedlung, die aufzeigen, was förderliche und hemmende Faktoren für die dauerhafte Implementation sozialraumorientierter Gesundheitsförderung für benachteiligte Menschen und ihre Quartiere sind (Nachhaltigkeit, Transfer in andere soziale Räume, Inter-sektoralität und Vernetzung. , Schlussfolgerung und Diskussion, Denn die meisten sozialen und gesundheitlichen Probleme jenseits der baulich-räumlichen Ebene bleiben auch nach der Beendigung der Programme bestehen, da sie nur eingeschränkt sozialkompensatorisch angegangen werden können. Sozialraumorientierte Gesundheitsförde-rung erfordert eigentlich eine kontinuierliche professionelle Begleitung im Sinne eines kom-munalen Gesundheitsförderungsmanagements, damit nach Programmbeendigung eine nach-haltige Verstetigung vor dem Hintergrund aufgebauter Strukturen und entwickelter Kapazitä-ten weitergeführt und ein ebenso nachhaltiger Transfer in andere Kommunen und Quartiere geleistet werden kann. Das könnte zukünftig verstärkt eine Aufgabe für die kommunalen Ge-sundheitsämter sein, allerdings mit einem intersektoralen bzw. ressortübergreifenden Ansatz.

ID: 81

Psychische Komorbidität in der somatischen Rehabilitation. Eine bundesweite Erhebung bei Rehabilitanden im erwerbsfähigen Alter

Martin Brünger[1], Karla Spyra[1]

[1]Charité - Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Soziologie, Berlin

Hintergrund: , Ein beträchtlicher Anteil an Rehabilitanden in der somatischen Rehabilitation weist psychische Beeinträchtigungen auf (Härter et al., 2007). Diese Rehabilitanden zeigen im Vergleich zu Patienten ohne psychische Komorbidität u.a. eine erhöhte Morbidität und Mortalität sowie eine geringere Lebensqualität (Baumeister, Härter, 2005). Die Deutsche Rentenversicherung (DRV) Bund empfiehlt daher die Implementierung eines psychodiagnostischen Stufenplans in der somatischen Rehabilitation (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2011). Es fehlt jedoch an aktuellen, bundesweiten Untersuchungen zum Ausmaß psychischer Komorbidität in der somatischen Rehabilitation. Ziel der vorliegenden Studie ist daher die Bestimmung der Prävalenz psychischer Beeinträchtigungen von Rehabilitanden im erwerbsfähigen Alter. , Methoden: , An 6.000 DRV Bund-Versicherte wurde 2011 ein Selbstauskunftsbogen zum Bewilligungszeitpunkt der medizinischen Rehabilitationsmaßnahme verschickt. Um Aussagen auf Indikationsgruppenebene treffen zu können, erfolgte die Stichprobenziehung von je 1.000 Rehabilitanden stratifiziert für die sechs häufigsten Diagnosegrundgruppen (exklusive psychosomatische und Sucht-Rehabilitation). Psychische Komorbidität wurde mithilfe der Kurzform des Patient Health Questionnaire (PHQ-4) in vier Abstufungen operationalisiert: keine, milde, moderate und schwere psychische Beeinträchtigung (Löwe et al., 2010). Neben soziodemographischen Angaben wurden weitere Reha-relevante Konstrukte erhoben, hierunter Komorbidität (SCQ-D), Beeinträchtigung durch Schmerzen (PDI), Selbstwirksamkeit (SWE), soziale Unterstützung (IRES) und besondere berufliche Problemlagen (SIMBO-Kurzform) (Brünger et al., 2012). , Aufgrund der geringen Missingquote von insgesamt 7,4% auf Skalenebene wurde ein Complete Case-Ansatz verfolgt. Neben deskriptiven Analysen wurde eine binäre logistische Regression mit der Zielgröße moderate oder schwere psychische Beeinträchtigung und den berichteten übrigen erhobenen Beeinträchtigungen und Ressourcen als Einflussgrößen unter Kontrolle von Geschlecht und Alter durchgeführt. Um für die unterschiedliche Teilnahmebereitschaft von Frauen und Männern zu korrigieren, wurden die Studienteilnehmer entsprechend des 2011 real vorliegenden Geschlechterverhältnisses bei medizinischen Rehabilitationen der DRV Bund gewichtet. Aufgrund des geschichteten Designs wurden zudem Gesamtangaben entsprechend der tatsächlichen Diagnosegrundgruppen-Verteilung gewichtet. , Ergebnisse: , Von 5.891 postalisch erreichten Rehabilitanden nahmen 2.152 an der Studie teil (Rücklaufquote: 36,5%). In die Complete Case-Analyse gingen 1.992 Studienteilnehmer ein. Diese waren im Mittel 50,7 Jahre alt und zu 65,9% Frauen, Nichtteilnehmer 49,7 Jahre und zu 62,7% Frauen. Die Prävalenz schwerer psychischer Beeinträchtigungen betrug indikationsübergreifend 8,1% (Frauen 8,9%, Männer 6,7%), weitere 18,2% (Frauen 17,4%, Männer 19,6%) waren moderat und 38,6% (Frauen 41,6%, Männer 32,8%) mild beeinträchtigt. Keine psychische Komorbidität wiesen 32,1% der Frauen und 40,9% der Männer auf, insgesamt 35,1%. Die Prävalenz moderater oder schwerer psychischer Beeinträchtigungen auf Ebene der untersuchten Diagnosegrundgruppen reichte deskriptiv von 19,7% in der onkologischen Rehabilitation bis zu 32,3% in der Neurologie. Im Prädiktionsmodell waren hohe Komorbidität und Beeinträchtigung durch Schmerzen, niedrige Selbstwirksamkeit und soziale Unterstützung sowie das Vorliegen einer besonderen beruflichen Problemlage mit psychischer Beeinträchtigung assoziiert. , Diskussion: , Etwa ein Viertel der Rehabilitanden in der somatischen Rehabilitation weist aktuell eine moderate oder schwere psychische Komorbidität gemäß PHQ-4 auf. Die Prävalenz psychischer Komorbidität von Rehabilitanden liegt damit erheblich über derjenigen in der Allgemeinbevölkerung (Kurth, 2012). Dies unterstreicht die Relevanz der Diagnostik komorbider psychischer Störungen in der somatischen Rehabilitation. Ein Screening stellt hierfür einen ersten geeigneten Schritt dar. Durch den Einsatz eines Screenings bereits im Antragsverfahren könnte zudem die Zuweisung in Rehabilitationseinrichtungen, welche spezifische Konzepte zur Behandlung somatisch erkrankter Patienten mit psychischer Komorbidität vorhalten, optimiert werden. , Förderung:, Deutsche Rentenversicherung Bund

ID: 82

Workshop ‚Nationale Kohorte': Welche Möglichkeiten bietet die Nationale Kohorte der Forschung zu psychosozialen Faktoren?

Nico Dragano[1], Karin Halina Greiser[2]

[1]Universitätsklinikum Düsseldorf Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf; [2]Deutsches Krebsforschungszentrum, Heidelberg

Das Ziel, eine große epidemiologische Langzeitstudie in Deutschland zu beginnen und zu etablieren, wird derzeit mit Nachdruck verfolgt. Unter dem Titel „Nationale Kohorte" bereitet ein Netzwerk von Forschungseinrichtungen der Helmholtz-Gemeinschaft, den Universitäten, der Leibniz-Gemeinschaft und der Ressortforschung das Protokoll der Studie vor. In den Grundzügen sieht das Design der Studie vor, rund 200.000 Menschen im Alter von 20-69 Jahren im gesamten Bundesgebiet zur rekrutieren und nach einer Basisuntersuchung über einen langen Zeitraum nachzuverfolgen. Im Mittelpunkt des Interesses stehen die großen Volkskrankheiten und Ihre Risikofaktoren. , Dieses Interesse bildet sich selbstverständlich in den geplanten Untersuchungen ab. , In der Debatte um die Nationale Kohorte, die sowohl in der Fach- als auch der interessierten Öffentlichkeit geführt wird, wird häufig der biomedizinische Teil des Studienprogramms hervorgehoben. Neben dem Aufbau einer zentralen Biobank sollen beispielsweise zahlreiche medizinische Untersuchungsverfahren zum Einsatz. Darüber hinaus sollen aber auch viele andere relevante Aspekte bei der Erforschung von Volkskrankheiten Berücksichtigung finden. In diesem Workshop soll für den Bereich der sozialen, ökonomischen und psychischen Einflussfaktoren dargestellt werden, welche Analysemöglichkeiten die Nationale Kohorte nach dem aktuellen Planungsstand bieten wird. , Zu diesem Zweck wird zunächst der Planungsstand zum Design der Studie vorgestellt (Vortrag: Susanne Möbus, Essen). Dann folgt ein Überblick über Messinstrumente zu psychosozialen Faktoren (Vortrag: Nico Dragano, Düsseldorf). Im Anschluss an die Vorträge wird es Zeit für eine vertiefende Diskussion geben.

ID: 83

Die Messung psychosozialer Faktoren in der Nationalen Kohorte

Nico Dragano[1]

[1]*Universitätsklinikum Düsseldorf Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf*

Das Ziel, eine große epidemiologische Langzeitstudie in Deutschland zu etablieren, wird derzeit mit Nachdruck verfolgt. Unter dem Titel „Nationale Kohorte“ bereitet ein Netzwerk von Forschungseinrichtungen der Helmholtz-Gemeinschaft, den Universitäten, der Leibniz-Gemeinschaft und der Ressortforschung das Protokoll der Studie vor. In den Grundzügen sieht es vor, rund 200.000 Menschen im Alter von 20-69 Jahren im gesamten Bundesgebiet zur rekrutieren und nach einer Basisuntersuchung über einen langen Zeitraum nachzuverfolgen. , Eine derart umfangreiche Stichprobe eröffnet Möglichkeiten auch für die bevölkerungsbezogene gesundheitswissenschaftliche Forschung. Eine Erhebung zentraler psychosozialer Aspekte würde es erlauben, deren Einflüsse auf die Gesundheit mit hoher Präzision zu untersuchen und zugleich ihr Wirken in Beziehung zu biomedizinischen Parametern und Risikofaktoren zu setzen. Eine enge Verknüpfung biomedizinischer und psychosozialer Forschungsansätze erlaubt es komplexe Wirkungszusammenhänge zu analysieren und zugleich anwendungsbezogene Erkenntnisse über die Ansatzpunkte einer erfolgreichen und sozial sensitiven Prävention zu gewinnen. , In diesem Beitrag wird ein Überblick über den Stand der Planungen zur Erfassung psychosozialer Aspekte gegeben. Insbesondere werden die entsprechenden Fragebogenmodule vorgestellt. Zu nennen sind beispielsweise Fragen zur Familie, zur Arbeit, zu lebenslaufbezogenen Aspekten, zu Umweltbelastungen, zu psychosozialen Risiko- bzw. Schutzfaktoren (z.B. Arbeitsbelastungen, sozialer Rückhalt, psychische Gesundheit) und zu den zentralen demographischen und sozioökonomischen Variablen (z.B. Schulbildung, Ausbildung, Familienverhältnisse, Wohnverhältnisse, Beruf, Bildungshintergrund der Eltern). Soweit bereits bekannt, werden auch relevante Instrumente von Substudien skizziert, die sich jeweils an Teilstichproben wenden, um dort vertiefende Untersuchungen zu spezifischen Themen durchzuführen.

ID: 84

Gruppensprechstunden und ihr Einfluss auf das organisationale Verhalten in der Hausarztpraxis

Kati Mozygemba[1], Karen Hentschel[1], Anne Dehlfing[1], Benedikt Simon[2], Ansgar Gerhardus[3], Guido Schmiemann[3]

[1]*Universität Bremen, Bremen*; [2]*Universität Köln, Köln*; [3]*Universität Bremen*

Entwicklungen wie der demographische Wandel und die Zunahme chronischer Erkrankungen stellen ebenso veränderte Ansprüche an die gesundheitliche Versorgung wie (damit verbundene) sich ändernde Belastungen und (Anspruchs-)Haltungen der Akteure. Versorgungseinrichtungen müssen auf diese Veränderungen reagieren, um eine qualitativ hochwertige Versorgung zu gewährleisten. Das geplante Netzwerk der AG „Versorgungsforschung“ der DGMS will mit dem Themenschwerpunkt „Organizational Behavior“ dazu beitragen auf individueller und organisationaler Ebene Ansätze zu entwickeln, die der veränderten Bedarfs- und Bedürfnisstruktur entsprechen. In diesem Kontext ist auch der vorliegende Beitrag eingebettet, der nach den Einflüssen von Gruppensprechstunden aufVersorgungsstrukturen, Rollenvorstellungen und damit verbundene Verhaltenserwartungen auf der Nutzer- und der Versorgerseite in der Hausarztpraxis fragt., Die Hausarztsprechstunde ist ein Beispiel für institutionalisierte Handlungs- und Kommunikationsprozesse. Hier finden sich Strukturen, Interaktions- und Rollenmuster, die auf die effiziente medizinische Versorgung akut erkrankter Personen zielen. Die Zunahme chronischer Erkrankungen verbunden mit der Verknappung (haus-)ärztlicher Ressourcen führt dazu, dass z.B. chronisch Erkrankte in der regulären Arztkonsultation nicht adäquat versorgt werden können (SVR 2009). Neue Versorgungsansätze, die auch den mit chronischen Erkrankungen verbundenen präventiven und beratenden Anforderungen gerecht werden können, werden in Deutschland bisher kaum erprobt. Beispiele hierfür sind eine stärkere Einbindung der medizinischen Fachangestellten oder auch Alternativen zum üblichen Arztkontakt unter vier Augen wie die Gruppensprechstunde. , Im Rahmen einer cluster-randomisierten Studie (DRKS-ID: DRKS00004346)erfolgt der Versuch eine Gruppensprechstunde nach US-amerikanischem Vorbild im deutschen Setting umzusetzen. Das Modell der Cooperative Health Care Clinic (CHCC) (Scott et al. 2004) ist speziell auf die Versorgung chronisch Erkrankter ausgerichtet und verbindet u.a. Patienteninformation, Gruppendiskussion, soziale Unterstützung und Empowerment mit Aspekten der traditionellen Individualsprechstunde., In einer Hausarztpraxis wurde die Gruppensprechstunde, wie in der o. g. Studie geplant, pilotiert und seitdem in den Praxisalltag implementiert. Aktuell werden regelmäßig Gruppensprechstunden für Patienten/-innen mit arterieller Hypertonie und Asthma bronchiale durchgeführt. Um Einflüsse der Gruppensprechstunde auf die Organisation und damit verbundene Rollenbilder und Verhaltenserwartungen zu beschreiben, werden Gruppensprechstunden besucht und angelehnt an die Methode der teilnehmenden Beobachtung explorativ beschrieben., Der Vortrag soll einen tieferen Einblick in das Modell der CHCC und ihrer Anwendung geben. Die Ergebnisse einer systematischen Literaturrecherche zum Thema „Gruppensprechstunde“ werden ebenso präsentiert wie erste dokumentierte Erfahrungen des behandelnden Arztes sowie erste deskriptive Beobachtungen als teilnehmende Beobachter in einer Gruppensprechstunde. Diese ersten Ergebnisse werden auf die Frage hin beleuchtet, wie sie organisationales Verhalten in der Hausarztsprechstunde verändern.

ID: 86

Die Einstellungen der Bevölkerung zu Essstörungen und Betroffenen

Anna Christin Makowski[1], Eva Mnich[1], Matthias C. Angermeyer[2], Christopher Kofahl[1], Olaf von dem Knesebeck[1]

[1]Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg; *[2]Center for Public Mental Health, Gösing am Wagram*

Hintergrund: , In der vorliegenden Studie soll untersucht werden, welche Ansichten die Allgemeinbevölkerung zu Essstörungen (Anorexia nervosa [AN] oder Bulimia nervosa [BN]) hat, welche Haltung sie gegenüber betroffenen Personen einnimmt, und wodurch diese beeinflusst wird. Im Mittelpunkt der Untersuchung stehen das Ausmaß des Wunsches nach sozialer Distanz, die Attribuierung auf verschiedene Ursachen, Behandelbarkeit, emotionale Reaktionen gegenüber betroffenen Personen sowie die Zuschreibung spezifischer Eigenschaften. Da sich die Prävalenz für beide Erkrankungsbilder nach Geschlecht unterscheidet, wird davon ausgegangen, dass auch Einstellungen gegenüber betroffenen Personen bei Männern und Frauen unterschiedlich ausgeprägt sind. Die Analysen gehen auf folgende Fragstellungen ein:, (1) Welche Ansichten hat die Allgemeinbevölkerung gegenüber Essstörungen und Betroffenen? , (2) Unterscheiden sich weibliche und männliche Befragte diesbezüglich? (3) Besteht ein Zusammenhang zwischen soziodemographischen Faktoren, Ursachenzuschreibungen, emotionalen Reaktionen und dem Wunsch nach sozialer Distanz gegenüber Betroffenen?, Methode: , Vorliegende Daten stammen aus einer Telefonumfrage, die 2011 in Hamburg und München (N=2014, Antwortquote 51%) durchgeführt wurde, und die das Wissen der Allgemeinbevölkerung um und ihre Einstellungen zu verschiedenen psychischen Erkrankungen und davon Betroffenen zum Inhalt hatte. Für die Erhebung wurden unter anderem Fallgeschichten (Vignetten) für Anorexia nervosa und Bulimia nervosa erstellt. Den Befragten wurden Fragen nach sozialer Distanz, Ursachenzuschreibungen, Behandelbarkeit und emotionalen Reaktionen gestellt. Die Vignetten wurden dabei zufällig variiert. Aus jeder Stadt liegen die Angaben von ca. 670 Befragten für die Krankheitsbilder Depression und Schizophrenie bzw. ca. jeweils 335 Befragten für die Krankheitsbilder Anorexia nervosa und Bulimia nervosa vor., Ergebnisse: , 68.1% der Befragten sind überzeugt, dass Essstörungen gut/sehr gut behandelbar sind, Therapien die als eher wirksam erachtet werden sind Psychotherapie (40.2%) und Selbsthilfegruppen (42.7%). Geschlechtsspezifisch signifikante Unterschiede zeigen sich für die Ursachenattribuierungen und die emotionalen Reaktionen. Während Männer die Gründe für die Entstehung einer Essstörung eher in der betroffenen Person selbst sehen (Willensschwäche), geben Frauen häufiger externe Ursachen an (nachteilige Bedingungen in der Kindheit). Bei Frauen rufen Personen mit Essstörungen signifikant häufiger das Gefühl der Sympathie hervor, gleichzeitig zeigen sie sich aber auch verärgerter als Männer. Dies spiegelt sich auch im Wunsch nach sozialer Distanz gegenüber Betroffenen wider, der bei Frauen ausgeprägter ist., Regressionsanalysen zeigen einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Wunsch nach sozialer Distanz und Alter und Geschlecht der Befragten sowie emotionalen Reaktionen: Je älter die Befragten, desto größer der Wunsch nach Distanz umso mehr prosoziale Reaktionen ausgelöst werden, desto geringer der Wunsch nach Distanz., Schlussfolgerung: , Die Untersuchung zeigt, dass die Allgemeinbevölkerung bezüglich Essstörungen relativ gut informiert ist und Betroffenen eher positiv gegenüber steht. Der höhere Grad der Verärgerung bei Frauen, bei gleichzeitiger Sympathiebekundung, lässt den Rückschluss zu, dass weibliche Befragte im Vergleich zu männlichen Befragten eher ambivalente Gefühle zulassen. Das gewünschte Ausmaß nach sozialer Distanz wird von emotionalen Reaktionen wie Ärger oder Mitleid beeinflusst. Der signifikante Zusammenhang zwischen Alter und sozialer Distanz könnte dadurch bedingt sein, dass insbesondere Anorexie deutlich häufiger im Jugendalter auftritt.

ID: 87

„Also mir geht‘s gut, weil ich Ehrenamt mache.“ Der Einfluss von freiwilligem Engagement auf Gesundheit und Wohlbefinden aus Perspektive älterer freiwillig engagierter Menschen

Andrea Leipold[1], Jasmin Klein[2], Nataliya Kravchenko[2], Lisa Luft[2], Ilse Heberlein[2]

[1]Hochschule Fulda - University of Applied Sciences, Fulda; *[2]Hochschule Fulda, Fulda*

Einleitung und Hintergrund: Im Zuge des demographischen Wandels wird im politischen Diskurs die Förderung von freiwilligem Engagement im Sinne einer gemeinwohlorientierten, unentgeltlichen Tätigkeit auch in der Zielgruppe der älteren Menschen verstärkt thematisiert (BMFSFJ 2010: V). Empirische Daten zeigen, dass sich ältere Menschen in Deutschland zunehmend engagieren (Gensicke u. Geiss 2010). Neben der gesellschaftlichen Bedeutung des freiwilligen Engagements verweisen Studien auch für ältere Menschen auf einen individuellen Nutzen durch die Förderung ihrer physischen, psychischen und sozialen Gesundheit (Barron et al. 2009, Hong u. Morrow-Howell 2012, Kim u. Pai 2010, Piliavin u. Siegl 2007). , Daten und Methodik: Wie erleben ältere Menschen aus subjektiver Sicht den Einfluss eines freiwilligen Engagements auf ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden? Mit dieser Frage befasste sich das Studienprojekt GEniAL (Gesundheit bei freiwilligem Engagement im Alter) des Masterstudiengangs Public Health an der Hochschule Fulda. Mithilfe qualitativer semi-strukturierter Interviews wurden Daten von vier freiwillig engagierten Menschen im Alter zwischen 61 und 69 Jahren erhoben. In das Sample eingeschlossen waren drei in sozialen Feldern tätige Frauen sowie ein Mann, der sich in einem EDV-Projekt engagierte. Das Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring 2010) in Form einer zusammenfassenden induktiven Kategorienbildung wurde eingesetzt, um subjektive Erfahrungen und Einstellungen der älteren Engagierten zu rekonstruieren., Ergebnisse: Gemeinsame Charakteristika der vier älteren Menschen waren, dass sie eine mehrjährige Engagementerfahrung aufwiesen, sich in mehreren Bereichen engagierten und mit Eintritt in den Ruhestand ihr freiwilliges Engagement ausweiteten. Neben sozialen Motiven führten sie der Wunsch nach persönlicher Weiterentwicklung, das Ziel, ihre freie Zeit sinnvoll zu gestalten sowie individuelle Interessen in ihr Engagement. Sie nahmen vielfältige positive Einflüsse des Engagements auf ihr psychisches und soziales Wohlbefinden wahr. Ein Bezug zu ihrer subjektiven Gesundheit wurde von ihnen eher unbestimmt und in geringerem Maße hergestellt. Nach Ansicht der Interviewpartner*innen können engagementbezogene Anforderungen das Wohlbefinden älterer Engagierter auch negativ beeinflussen. Um eine Balance zwischen fördernden und belastenden Faktoren herzustellen, scheinen individuelle Ressourcen wie auch unterstützende Strukturen der Engagementorganisationen Einfluss zu nehmen. Eine hohe Bedeutung hat für die älteren Engagierten, trotz vielfältiger freiwilliger Aktivitäten autonom und selbstbestimmt ihr Leben gestalten zu können und sich im Engagement nicht berufsähnlichen Verpflichtungen auszusetzen. , Diskussion und Schlussfolgerungen: Freiwilliges Engagement kann aus subjektiver Perspektive der älteren Engagierten einen positiven Einfluss auf ihr Wohlbefinden haben. Eine wesentliche Voraussetzung für die Freude an der Tätigkeit und damit für die Aufrechterhaltung des Engagements scheint die Passung zwischen Engagementfeld und Engagierten darzustellen. Ermöglicht werden kann dies durch eine Kongruenz von persönlichen Faktoren wie Interessen, Erwartungen an das freiwillige Engagement oder individuelle Kompetenzen sowie engagementbezogenen Faktoren wie Aufgabenfelder und deren Anforderungen. Daraus kann einerseits gefolgert werden, dass Trägerorganisationen durch eine gezielte Gestaltung von Rahmenbedingungen aktiv zum Wohlbefinden der älteren Engagierten beitragen können. Andererseits wird erkennbar, dass ohne den Beitrag persönlicher Faktoren das Bemühen der Trägerorganisationen alleine nicht ausreichend sein kann, um Wohlbefinden und damit möglicherweise den Verbleib im freiwilligen Engagement sicherzustellen.

ID: 88

Die Nationale Kohorte im Überblick: Design, Instrumente, Planungsstand

Susanne Moebus[1]

[1]*Zentrum für Urbane Epidemiologie, Universitätsklinikum Essen, Essen*

Ziel der Nationalen Kohorte ist die Untersuchung der Entstehung wichtigster chronischer Krankheiten, wie Erkrankungen des Herzens, Diabetes, Krebs, neurodegenerative/-psychiatrische und Infektionskrankheiten sowie ihrer subklinischen Vorstufen und funktionellen Veränderungen. Die Studie wird 200.000 Männer und Frauen im Alter von 20-69 Jahren umfassen, die deutschlandweit in 18 Studienzentren umfänglich untersucht werden., Die Stichprobenziehung erfolgt über Einwohnermeldeämter. In einer Erstuntersuchung, die von 2013 bis 2018 laufen wird, werden alle 200.000 StudienteilnehmerInnen in einem rund 2-stündigen Basis-Programm (Level-1) untersucht. Zusätzlichen erhalten 20% der StudienteilnehmerInnen weitere Untersuchungen (Level-2), die zusammen mit dem Basis-Programm rund 4.5 Stunden dauern werden. In vier der 18 Studienzentren werden weiterhin für rund 30.000 StudienteilnehmerInnen eine Ganzkörper-Magnetresonanztomographie (MRT) angeboten. Neben der Durchführung von persönlichen Interviews und einer Reihe von selbstauszufüllenden Fragebögen werden umfangreichen Biomaterialien (Blut, Urin, Speichel, etc) gesammelt und physiologische und anthropometrische Parameter (Blutdruck, Lungenfunktion, Körperfettzusammensetzung, …) nach standardisierten Vorgaben gemessen. Ein Follow up-Untersuchung ist 4-5 Jahre nach Basisuntersuchung geplant. Befragungen zum allgemeinen Gesundheitszustand werden alle 2-3 Jahre erfolgen., In diesem Beitrag soll ein Überblick über den Planungsstand der Studie gegeben werden, der weitere Erläuterungen zu den Besonderheiten des Studiendesigns, der eingesetzten Erhebungstechniken und den Ergebnissen der Pretests beinhalten wird.

ID: 89

Stigmatisierung und Diskriminierung gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen: Was wir trotz zahlreicher Literatur noch immer nicht wissen

Roland Büchter[1], Dawid Pieper[2]

[1]Faculty of Medical and Human Sciences, University of Manchester; *[2]Institut für Forschung in der operativen Medizin (IFOM), Universität Witten-Herdecke, Köln*

Hintergrund: Stigmatisierung beinhaltet drei Komponenten: Stereotypisierung, Vorurteile und Diskriminierung. Einer vielzitierten Definition zufolge entsteht sie, wenn Etikettierung, Stereotypisierung, Separation, Statusverlust und Diskriminierung im Kontext einer Situation mit einem Machtgefälle zusammen auftreten.[1] Obwohl psychische Krankheiten in der Bevölkerung verbreitet sind, werden gerade Menschen mit diesen Erkrankungen oft stigmatisiert und diskriminiert. Dabei findet die Stigmatisierung auf zwei Ebenen statt: Öffentlich (zum Beispiel durch Arbeitskollegen, Medien oder Fremde) und strukturell (zum Beispiel durch diskriminierende Gesetze). Ferner können Betroffenen stigmatisierende Gedanken internalisieren und gegen sich selbst richten.[2], In den letzten Jahren wurde eine zunehmende Anzahl von Primärstudien und systematischen Übersichtsarbeiten veröffentlicht, in denen die Wirksamkeit von Interventionen zu Reduktion der Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen untersucht wurde. Zu solchen Interventionen gehören zielgruppenorientierte Maßnahmen wie Aufklärungsinitiativen in Schulen oder am Arbeitsplatz, bevölkerungsbezogene Maßnahmen wie massenmediale Kampagnen und strukturelle Interventionen wie die Anpassung von Curricula in Bildungseinrichtungen, integrative Schulen oder Anti-Diskriminierungsgesetze. Anti-Stigma Interventionen lassen sich ferner nach ihrem Ansatz in edukative Maßnahmen, Kontaktinterventionen und Protestinterventionen unterscheiden.[3] Ziel dieser Arbeit ist, den aktuellen Forschungsstand zu Anti-Stigma-Interventionen systematisch aufzubereiten und methodisch zu bewerten., Methodik: Es wurde eine Recherche nach systematischen Reviews durchgeführt, die die Wirksamkeit von Anti-Stigma-Interventionen ausgewertet haben und innerhalb der letzten 10 Jahre veröffentlicht wurden. Relevante Arbeiten wurden über die Datenbanken Medline und DARE identifiziert. Alle Arbeiten, die die Einschlusskriterien erfüllten, wurden mit dem AMSTAR-Tool methodisch bewertet. Die Ergebnisse wurden narrativ ausgewertet. Auswahl und Bewertung der Übersichtsarbeiten wurden jeweils durch zwei Autoren unabhängig voneinander durchgeführt und konsentiert., Ergebnisse: Es wurden 1298 Abstracts gescreent und 24 Volltexte gesichtet. Eine Arbeit wurde aufgrund der Sprache (italienisch) und mangelnder Verfügbarkeit aus der Volltextsichtung ausgeschlossen. 15 Arbeiten erfüllten die Einschlusskriterien. Die methodische Qualität der systematischen Übersichten war überwiegend mangelhaft: Im Median erfüllten die Publikationen nur 2 von 11 AMSTAR-Kriterien (Spannweite: 1-8). Zwei systematische Übersichten hatten eine akzeptable bis hohe methodische Qualität. In einer dieser Arbeiten wurden die Auswirkungen simulierter Halluzinationen auf Empathie, Bedürfnis nach sozialer Distanz, Einstellungen und Wissen untersucht.[4] Die Interventionen erhöhten Empathie und verringerten das Bedürfnis nach sozialer Distanz. Bezogen auf die anderen Endpunkte zeigten sich heterogene Ergebnisse. Die zweite Arbeit wertete Studien aus, in denen Schulprogramme zur Verbesserung des Wissens über psychische Gesundheit evaluiert wurden.[5] Diese Arbeit fand insgesamt positive Effekte hinsichtlich Wissen, Einstellungen und Hilfesuchverhalten. Die Ergebnisse beider Arbeiten stehen unter dem Vorbehalt, dass die darin eingeschlossenen Primärstudien ein hohes Verzerrungspotential aufweisen, der Nachbeobachtungszeitraum in den meisten Studien gering war, selektive Personengruppen teilnahmen und überwiegend kognitive oder emotionale Endpunkte untersucht wurden., Schlussfolgerung: Die Anzahl der Primärstudien und systematischen Übersichtsarbeiten, in denen Anti-Stigma-Interventionen untersucht werden, nimmt zu. Bisherige Ergebnisse deuten in der Gesamtschau auf positive Effekte von Edukation und Kontaktinterventionen hin. Viele Primärstudien weisen jedoch ein hohes Verzerrungspotential auf und der Großteil der bislang durchgeführten systematischen Übersichten erfüllt aktuelle methodische Standards nicht. Zudem werden Effektmodifikatoren – etwa der Einfluss von Charakteristika der Kontaktperson in Kontaktinterventionen – in Übersichtsarbeiten nicht immer adäquat berücksichtigt. Viele Fragen bleiben unbeantwortet – etwa, wie sich die Chancen von Menschen mit psychischen Erkrankungen auf dem Wohnungs- und Arbeitsmarkt verbessern lassen.

ID: 90

Trends in gesundheitlichen Ungleichheiten bei psychosomatischen Beschwerden im Jugendalter in Europa, Nordamerika und Israel, 1994-2010

Irene Moor[1], Matthias Richter[1], Ulrike Ravens-Sieberer[2], Veronika Ottova[3], Timo-Kolja Pförtner[4]

[1]Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle; *[2]Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg*; *[3]Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg*; *[4]Universität Halle-Wittenberg, Halle*

Hintergrund, Einschlägige Studien im Erwachsenenalter verweisen auf eine Konsistenz oder auf eine Vergrößerung gesundheitlicher Ungleichheiten in den letzten Jahrzehnten. Bislang liegen kaum Studien vor, die die zeitliche Entwicklung gesundheitlicher Ungleichheiten im Kindes- und Jugendalter beleuchtet haben insbesondere fehlt eine internationale Perspektive. Das Ziel der Studie ist es, die Entwicklung sozioökonomischer Ungleichheiten bei psychosomatischen Beschwerden im Jugendalter von 1994-2010 in Europa, Nordamerika und Israel zu analysieren., Methoden, Datenbasis ist die internationale „HealthBehaviour in School-agedChildren“ (HBSC) Studie aus fünfSurveyjahren (1994, 1998, 2002, 2006 und 2010). Mit Hilfe von log-binomialenRegressionsmodellen wurde das Ausmaß gesundheitlicher Ungleichheitin multiplen psychosomatischenBeschwerden bei 11- bis 15-jährigen Heranwachsenden erfasst. Die sozioökonomische Lage wurde anhand der Einschätzung der familiären finanziellen Lage operationalisiert. , Ergebnisse, In fast allen Ländern zeigten sich zu allen Surveyjahrensozioökonomische Ungleichheiten in der psychosomatischen Beschwerdelast, vor allem seit 2002. In den meisten Ländern (32 Länder) bleiben diese Ungleichheiten über den untersuchten Zeitraum konstant, in 5 Ländern ist ein Anstieg der Ungleichheiten zu beobachten. Nur in der Ukraine verringerten sich die Ungleichheiten in der gesundheitlichen Beschwerdelast. , Diskussion/Schlussfolgerung, Diese Studie bietet erstmals Evidenz über die zeitliche Entwicklung sozioökonomischer Ungleichheiten in der psychosomatischen Beschwerdelast von Heranwachsenden in Europa, Nordamerika und Israel. Überwiegend zeigt sich eine Verfestigung gesundheitlicher Ungleichheiten über einen Zeitraum von 16 Jahren. Dies verdeutlicht, dass bisherige Maßnahmen nicht zur Verringerung gesundheitlicher Chancengleichheiten beitragen und Bemühungen der Sozial- und Gesundheitspolitik verstärkt werden müssen.

ID: 91

Priorisierung im Gesundheitswesen in Deutschland und Norwegen. Ein mentalitäts- und organisationssoziologischer Vergleich

Alfred Cassebaum[1]

[1]*Kreiskrankenhaus Frankenberg/Eder, Frankenberg*

Priorisierung im Gesundheitswesen in Deutschland und Norwegen , Ein mentalitäts- und organisationssoziologischer Vergleich , , Einleitung , Priorisierung ist ein zentraler Begriff der gesundheitsökonomischen Analyse und der Gesundheits- und Professionspolitik der letzten 10 Jahre. Internationale Systemvergleiche spielen dabei auf allen Ebenen der Diskussion eine große Rolle. Dabei stellt die Verquickung von Priorisierung mit Rationierung ein spezifisch deutsches Phänomen dar, welches sich in den gerne herangezogenen skandinavischen Ländern nur in geringem Umfang finden lässt. Nicht nur in diesem Punkt werden oft Unterschiede in Mentalitäten und auch in organisatorischen Strukturen zwischen den verglichenen Gesundheitswesen unterschätzt. Nur ein zugleich organisations- als auch mentalitätssoziologischer Zugang ermöglicht aber ein Verständnis der gesellschaftlichen Funktion von Priorisierungsdiskussionen. , Methodik , Die weitgehend in den Alltag von sowohl medizinischer Versorgung als auch Versorgungsplanung integrierte Priorisierung in Norwegen wird mit der ideologisch aufgeladenen gesundheitspolitischen Diskussion in Deutschland verglichen. Dabei werden Gesetzestexte, Funktionsbestimmungen beteiligter Institutionen, Ausführungsbestimmungen sowie gesundheitsökonomische und medizinsoziologische Forschungsergebnisse herangezogen. Mentalitätssoziologisch steht die Frage nach dem Verhältnis „öffentlicher Güter“ (A. Sen) zu staatlicher Planung im Vordergrund. , Ergebnisse , Eine wichtige Prämisse der weit fortgeschrittenen Implementierung von Priorisierung in Norwegen ist das Zusammenfallen von Versorgungsauftrag und Leistungserbringung: die institutionelle Homogenität des fast ausschließlich staatlichen Gesundheitswesens macht Priorisierung zu einer normalen systeminternen planerischen Entscheidung. Im deutschen Gesundheitssystem, das durch sektorale Grenzen und das ordnungspolitische Prinzip der Selbstverwaltung gekennzeichnet ist, wird dagegen die Legitimationslast von Entscheidungen mit unliebsamen Konsequenzen aus dem eigenen institutionellen oder professionellen Subsystem auf andere Akteure – in der Regel „die Politik“ – externalisiert. Ein prinzipiell positives Verständnis von Staatlichkeit in Norwegen steht dabei einer historisch begründeten Staatsskepsis in Deutschland gegenüber. Daher steht die Frage nach den Akteuren für die grundsätzlich notwendige Priorisierung im Gesundheitswesen vor dem Problem, dass „der Staat“ als Planungs- und Handlungsinstanz ausscheidet, während in der „Vertrauenskultur“ Norwegens staatliche Eingriffe eher als legitim angesehen werden. Zu dieser Vertrauenskultur gehört auch die hohe gesellschaftliche Wertschätzung von Konsens im Gegensatz zur eher konfliktgesteuerten politischen Kultur in Deutschland. Last not least ermöglicht der hohe Rang des Wertes „materielle Gleichheit“ in Norwegen die transparente gesellschaftliche Diskussion von Priorisierungsfragen und die konfliktarme Implementierung ihrer Resultate. Dem steht in Deutschland eine stark verrechtlichte, an Fragen der individuellen Zugangsberechtigung zu Gesundheitsleistungen orientierte Diskussion gegenüber, die offensichtlich immer noch durch archaische Erfahrungen von Mangel und Not geprägt ist. In einem detaillierten Vergleich der Institutionen und der politischen Prozesse werden diese mentalitäts- und organisationssoziologischen Unterschiede erläutert. , Schlussfolgerung , Internationale Vergleiche sind hilfreich, um Erfolgsaussichten gesundheitspolitischer Entscheidungen auszuloten. Gleichzeitig aber müssen Lösungen, die in einem Land funktionieren mögen, immer im Kontext ihrer gesellschaftlichen und politischen Voraussetzungen gesehen werden. Zu einen betrifft dies Fragen von Mentalität und Moral wie das Verhältnis von Freiheit und Gleichheit und den Stellenwert des Staates für die Verwirklichung öffentlicher Interessen. Zum anderen und eng damit zusammen hängend entscheidet die organisatorische Struktur eines Gesundheitssystems darüber, in wie weit Diskussionen über Priorisierung von Gesundheitsleistungen mit implementierbarem Ergebnis geführt werden können. Der Systemvergleich zwischen Deutschland und Norwegen zeigt, dass erfolgreiche Lösungen nicht ohne weiteres übertragen werden können, solange ihre spezifischen kulturellen und institutionellen Prämissen nicht berücksichtigt werden.

ID: 92

Burnout bei jungen Ärztinnen und Ärzten – Ergebnisse eines großen Surveys in Sachsen

Birte Pantenburg[1], Melanie Luppa[1], Christiane Roick[1], Steffi G. Riedel-Heller[1]

[1]*Universität Leipzig, Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health, Leipzig*

Einleitung: Die potentielle Abwanderung von Ärztinnen und Ärzten ins Ausland und/oder in nicht-klinische Berufsfelder wird in Deutschland intensiv diskutiert. Ein möglicher Grund für die Abwanderung könnte in der hohen Arbeitsbelastung und daraus resultierendem Burnout liegen. Ziel der Studie war es, das Vorhandensein von Burnout-Symptomen in einer Stichprobe junger Ärztinnen und Ärzte zu untersuchen. , Methoden: Alle bei der sächsischen Landesärztekammer gemeldeten Ärztinnen und Ärzte bis einschließlich 40 Jahre (n=5957) wurden für eine postalische Befragung angeschrieben. Burnout-Symptome wurden mit dem Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey gemessen. Teilnehmende mit fehlenden Werten wurden von den jeweiligen Analysen ausgeschlossen. , Ergebnisse: Es konnten 2357 Ärztinnen und Ärzte befragt werden. In die Analysen gingen die Daten von 1901 in der Patientenversorgung tätigen Teilnehmenden ein. Auf der Subskala emotionale Erschöpfung erreichten 29,78% einen hohen (≥27) und 28,64% einen mittleren (19–26) Wert (Mittelwert: 21,19 [Standardabweichung: 9,77]). Auf der Subskala Depersonalisierung erreichten 47,07% einen hohen (≥10) und 27,04% einen mittleren (6-9) Wert (Mittelwert: 9,86 [5,90]). Auf der Subskala persönliche Leistungsfähigkeit erreichten 30,99% einen niedrigen (≤33) und 33,30% einen mittleren (39-34) Wert (Mittelwert: 36,24 [6,74]). 10,93% erreichten auf allen Subskalen einen hohen Wert. In der linearen Regression (stepwise forward) waren eine höhere Arbeitszufriedenheit und die Aussage, sich wieder für den Arztberuf zu entscheiden signifikant mit geringeren Werten auf den Subskalen emotionale Erschöpfung (β-Koeffizient: -9,58 [95% Konfidenzintervall: -10,79 – -8,37] und β: -4,59 [-5,58 – -3,60], p<0,001) und Depersonalisierung (β: -2,43 [-3,23 – -1,64] und β: -1,78 [-2,43 – -1,13], p<0,001) und einem höheren Wert auf der Subskala persönliche Leistungsfähigkeit (β: 3,54 [2,63 – 4,44] und β: 3,14 [2.40 – 3.88], p<0,001) assoziiert. Das Vorhandensein von Kindern war signifikant mit einem geringeren Wert auf der Subskala emotionale Erschöpfung (β: -1,00 [-1,85 - -0,16], p=0,020) und weibliches Geschlecht und höheres Alter waren mit einem geringeren Wert auf der Subskala Depersonalisierung (β: -2,63 [-3,21 - -2,05] und β: -0,16 [-0,23 - -0,09], p<0,001) assoziiert. Eine Tätigkeit im eher stationären Setting war signifikant mit einem geringeren, eine leitende Funktion bzw. Tätigkeit in eigener Niederlassung mit einem höheren Wert auf der Subskala persönliche Leistungsfähigkeit (β: -1,75 [-2.65 - -0,86], p<0.001 und β: 1,55 [0,60 – 2,49], p=0,001) verbunden. Besaßen die Teilnehmenden die deutsche Staatsbürgerschaft, war dies mit einem höheren Wert auf der Skala persönliche Leistungsfähigkeit (β: 1,81 [0,72 – 2,90], p=0,001) assoziiert. , Diskussion: Etwa ein Drittel der Teilnehmenden erreichte auf den Subskalen emotionale Erschöpfung und persönliche Leistungsfähigkeit und etwa die Hälfte auf der Subskala Depersonalisierung einen hohen Wert. 10% der Teilnehmenden erreichten einen hohen Wert auf allen drei Subskalen. In weiteren Analysen muss untersucht werden, inwieweit erhöhte Werte in den verschiedenen Burnout-Dimensionen Risikofaktoren für ein Abwandern von Ärztinnen und Ärzten sein können und wie dem entgegengewirkt werden kann.

ID: 93

Perception of weight-bias among migrants

Birte Pantenburg[1], Claudia Sikorski[1], Melanie Luppa[1], Steffi G. Riedel-Heller[1]

[1]*Universität Leipzig, Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health, Leipzig*

Introduction: Stigmatization of overweight and obese individuals is common. However, little is known about the experience of weight-bias from the perspective of individuals with a migration background. , Methods: Data of three surveys on attitudes towards overweight was analysed: paper-pencil surveys among medical students (n=671) and health care professionals (n=773) at Leipzig University and a representative survey (computer assisted telephone interview) among the German general population (n=3003). All questionnaires included questions on socio-demographics, weight and height, whether participants perceived themselves as under-, normal-, or overweight, and whether participants had ever felt discriminated because of their weight. Migration background was defined as the participant and at least one parent not being born in Germany or participant's nationality being other than German., Results: In none of the three samples participants with and without migration background differed in regard to mean BMI (medical students: 22.06 [standard deviation 1.99] versus 22.00 [2.68], health care professionals: 23.57 [2.84] versus 23.47 [3.77], and general population: 25.43 [4.32] versus 25.62 [4.69]), or distribution among BMI categories (under-, normal-, over-, or very overweight) based on BMI or based on self-perception. Among medical students 31.43% (n=11) with migration background versus 19.19% (n=118) without migration background stated to have ever felt discriminated because of their weight (p=0.077). Among health care professionals 37.50% (n=9) with versus 19.19% (n=118) without migration background (p=0.011), and among the general population 11.52% (n=28) with versus 6.89% (n=190) without migration background stated to have ever felt discriminated because of their weight (p=0.008). In multivariable logistic regression analysis (stepwise forward) among medical students, health care professionals, and the general population migration background, female gender, BMI as well as perceiving one-self as underweight or overweight were positively associated with a higher risk of ever having felt discriminated because of their weight. , Discussion: Even in the absence of differences in actual BMI, migration background seems to be a predictor for perceived weight-bias. This finding is consistent among three different survey populations, including a representative sample of the German general public. The results may indicate that individuals with migrant background might be at an increased risk of being discriminated because of their weight. They may also suggest an increased sensitivity for stigma and bias among individuals with migrant background and may thus highlight an important area of vulnerability among this population.

ID: 94

Eine qualitative Expertenerhebung der Arbeitsbelastungen und Ressourcen von Beschäftigten in der stationären Behindertenhilfe

Sonia Petrarca[1], Sandra Schmidt[2], Frauke Koppelin[1]

[1]Jade Hochschule Wilhelmshaven/Oldenburg/Elsfleth, Oldenburg; *[2]Caritasverband für die Diözese Osnabrück e.V.*

Hintergrund, Auch die Träger der stationären Behindertenhilfe können sich den Trends der Beschäftigten-Alterung und einem generellen Wandel in der Arbeitswelt nicht entziehen. Durch die ebenfalls zunehmende Alterung behinderter Menschen in den Einrichtungen sowie die Zunahme von Menschen mit z.B. herausforderndem Verhalten und gleichzeitig einhergehendem Fachkräftemangel scheinen die Anforderungen an die Beschäftigten in der stationären Behindertenhilfe zu steigen. Zu den Arbeitsbelastungen und Ressourcen dieser Fachkräfte existieren bisher keine belastbaren Daten. Empirische Ergebnisse wurden fast überwiegend auf dem Gebiet der Gesundheits-, Kranken- und Altenpflege gewonnen. Daraus abgeleitete Konzepte für berufsgruppenspezifische Ansätze Betrieblicher Gesundheitsförderung lassen jedoch keine Ergebnisübertragung auf die stationäre Behindertenhilfe zu. Traditionell stationäre Behinderteneinrichtungen in Deutschland werden zu einem großen Anteil in kirchlicher Trägerschaft betrieben. Es stellt sich daher auch die Frage, ob die christliche Ausrichtung dieser Einrichtungen eine Ressource zur Gesunderhaltung darstellen könnte. , Methodik, Das Projekt „Arbeitsbelastungen und Ressourcen in der stationären Behindertenhilfe“ wird durch den Europäischen Fonds für Regionale Entwicklung über zwei Jahre gefördert (01.11.2012 – 31.10.2014). Mittels leitfadengestützter Interviews und in Kooperation mit dem Caritasverband für die Diözese Osnabrück e.V. werden insgesamt ca. 20 männliche und weibliche Beschäftigte befragt, die über einen Stundenanteil von mindesten 50% und über eine mindestens fünfjährige Berufserfahrung verfügen. Inhalt des Interviewleitfadens ist neben der Tätigkeitsdarstellung und Organisation die Erfragung von Belastungen und Beanspruchungen. Dabei werden nicht allein die Erwerbsarbeitsbedingungen erfragt, sondern die Arbeitsbedingungen im Kontext des heilerziehungspflegerischen Handelns berücksichtigt. Ein weiterer Schwerpunkt liegt in der Erfragung von Ressourcen, die zur Gesunderhaltung der Beschäftigten beitragen können, insbesondere mit dem Schwerpunkt auf christliche Werte und damit einhergehend den Glauben als eine Art Ressource., Die gewonnen Daten werden auf Basis der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet. Die Auswertung des Textmaterials wird mit dem Programm MAXQDA unterstützt., Ergebnisse, Die Ergebnisse der qualitativen Befragung werden im Rahmen des Kongresses vorgestellt. Sie zeigen die spezifischen Belastungen und Beanspruchungen bei Fachkräften im Setting der stationären Behindertenhilfe und in welcher Form sich diese von denen anderer Berufsgruppen und Tätigkeiten in der Pflege unterscheiden. Außerdem wird offengelegt, welche Auswirkungen die Alterung der Beschäftigten und der Wandel der Klientel für dieses Setting hat und inwieweit es den Beschäftigten gelingt, Ressourcen, insbesondere ihre christliche Spiritualität, als eine Quelle der Gesunderhaltung zu nutzen und diese in ihren beruflichen Alltag zu integrieren. Hier wird die Bedeutung der zielgruppenspezifischen Vorgehensweise deutlich., Schlussfolgerung, Fachkräfte der stationären Behindertenhilfe sind durch eine große Verantwortung und ein hohes Engagement für die ihnen anvertrauten Klienten und Klientinnen in besonderer Weise gefordert. Aufgrund fehlender Daten und in Abgrenzung zu anderen Berufsgruppen sowie Tätigkeiten in der Pflege ist eine Exploration neuer Erkenntnisse unabdingbar, um die Forschungslücke hinsichtlich der Arbeitssituation von Beschäftigten in Behindertenhilfeeinrichtungen zu schließen. Mit Hilfe dieser gewonnen Erkenntnisse wird anschließend eine schriftliche Gesamt-Beschäftigtenbefragung in den beteiligten Einrichtungen durchgeführt, die eine Erhebung von Häufigkeiten und Zusammenhängen bestimmter Merkmale ermöglichen soll. Die qualitativen und quantitativen Daten sollen im Kontext der Methodentriangulation zusammengeführt, verglichen und auf einen weiteren Erkenntnisgewinn hin untersucht werden. Die abschließende Ableitung von Zielgruppen und Setting gerechten Handlungsempfehlungen soll einen bedeutsamen und nachhaltigen Beitrag für die Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit der Beschäftigten leisten.

ID: 95

Die Förderung psychischer Gesundheit in der Schule: Evaluation des Projekts „Schulcoaches – Seelische Fitness stärken“

Sandro Corrieri[1], Ines Conrad[1], Steffi G. Riedel-Heller[1]

[1]Universität Leipzig, Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health, Leipzig

Hintergrund, Ziel ist die Evaluation der zweiten Phase des Schulcoach-Projekts (2012-2013), das vom Leipziger Verein „Irrsinnig Menschlich e.V.“ entwickelt wurde. Durch den Einsatz eines Schulcoaches und unter Einbeziehung aller Beteiligten des Systems Schule sollen sowohl ein funktionierendes Netzwerk als auch eine Kommunikationsstruktur aufgebaut werden, die nachhaltig ein gesundes Schulklima schaffen. Im Unterschied zum Schulsozialarbeiter arbeitet der Schulcoach mit personenzentriertem und strukturellem Coaching und legt den Fokus verstärkt auf die Sensibilisierung für psychische Gesundheit. , Daten/Methodik, Im Rahmen eines quantitativen longitudinalen Designs wurden Schüler der 5. und 9. Klassen (n=553) sowie deren Lehrer (n=186) und Eltern (n=535) an fünf sächsischen Projektschulen zu 2 Zeitpunkten (T1 und 6 Monate später T2) befragt. Die erste Projektphase (2010-2012) zeigte Bedarf insbesondere im psycho-sozialen Bereich auf, so dass neben den fortgesetzten Themen Schulklima und Arbeit der Schulcoaches zusätzliche Aspekte wie Mobbing unter Schülern und Lehrergesundheit (Burnout) erfasst wurden. Die Analyse der Daten erfolgte sowohl deskriptiv als auch mittels Regressionsmodellen (random-effects-models) und zweiseitiger t-tests für unabhängige Stichproben., Ergebnisse, Die Auswertung der ersten schriftlichen Befragungen zeigte, dass die Schulcoaches Teil des Systems Schule geworden sind: Alle Zielgruppen wurden erreicht und stehen in Beziehung. Der Anteil derjenigen, die den Schulcoach persönlich kennen, stieg im Projektverlauf kontinuierlich an (Projektstart 2010: Schüler 27%, Lehrer 8%, Eltern: 85%): Schüler T1: 64%, Lehrer T1: 26%, Eltern T1: 99%. Weiter konnten die Schulcoaches einer wachsenden Zahl Hilfesuchender gut bzw. sehr gut helfen (Schüler: 74%, Lehrer: 58%, Eltern: 67%), so dass ihre Arbeit zunehmend als wichtig bzw. sehr wichtig eingeschätzt wird (Schüler: 68%, Lehrer: 80%, Eltern: 78%). , Die Evaluation zeigte außerdem, dass Mobbing in allen Projektschulen verbreitet ist (Mobbing1: 7,34%, Mobbing2: 30,97% (Fragebogen: Smob)) und wesentlichen Einfluss auf Faktoren des Wohlbefindens hat (z.B. Integration, Leistungen, Lebensqualität, Optimismus). , Der Anteil der Lehrer, die hohe bzw. sehr hohe Werte in einer Burnout-Kategorie (Fragebogen: Maslach Burnout Inventory) zeigten, lag zwischen 11% und 18%. Die Evaluation zeigt Wege, wie dieser Anteil gesenkt werden kann, z.B. durch Orte für ungestörte Gespräche, angemessene Vorbereitung auf Themen der psychischen Gesundheit oder eine enge Zusammenarbeit der Schule mit lokalen Einrichtungen. , Diskussion/Schlussfolgerung, Die Evaluation zeigt, dass die Schulcoaches weiter an Einfluss gewinnen und die Beteiligten des Systems Schule zunehmend befähigen, nachhaltige Lösungen zu entwickeln. Ziel der aktuellen Evaluation ist die Überprüfung der Nachhaltigkeit der Schulcoach-Arbeit durch die fortgesetzte Erfassung der psychischen Gesundheit von SchülerInnen und Lehrern sowie des Schulklimas und der Partizipationsmöglichkeiten der Befragten. Die Ergebnisse der zweiten Befragung werden im Poster präsentiert. Langfristig steht die Erfassung von Rahmenbedingungen im Blickpunkt, die eine erfolgreiche Implementierung der Schulcoach-Arbeit jenseits des Pilotprojekts begünstigen, wie z.B. die Ausbildung der Schulcoaches.

ID: 97

Zur Wirksamkeit von Qualitätsmanagementmaßnahmen – erste Ergebnisse aus dem europäischen Forschungsprojekt DUQuE

Antje Hammer[1], Holger Pfaff[1]

[1]IMVR - Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswisschenschaft, Köln

Hintergrund: Krankenhäuser in Europa verfügen über ein breites Spektrum an Qualitätsverbesserungsstrategien, wie etwa Ereignisberichtssysteme, evidenzbasierte Leitlinien oder Audits. Das Wissen über die Wirksamkeit derartiger Strategien ist jedoch nach wie vor begrenzt. Das IMVR der Universität zu Köln beteiligte sich an dem von der EU geförderten Projekt “Deepening our Understanding of Quality Improvement in Europe (DUQuE)”, das untersucht, inwiefern durch das Qualitätsmanagement in Krankenhäusern eine Verbesserung der Versorgungsqualität erzielt wird. Ziel der Präsentation ist es, das Konzept und Design der DUQuE-Studie kurz vorzustellen sowie erste Ergebnisse zu präsentieren., Methoden: Die Daten im DUQuE-Projekt wurden auf Basis eines Multi-Methodenansatzes insgesamt 8 Europäischen Ländern (Tschechei, Frankreich, Deutschland, Polen, Portugal, Spanien, Türkei und Großbritannien) erhoben. Die Datenerhebung erfolgte sowohl auf Krankenhaus-, Abteilungs-, Mitarbeiter-, als auch Patientenebene. Für die Bewertung krankenhausweiter Qualitätsverbesserungsstrategien wurden in jedem der teilnehmenden Länder 30 zufällig ausgewählte Krankenhäuser in die Stichprobe eingeschlossen. Zusätzlich wurden in 12 dieser 30 Krankenhäuser, Daten von Patienten erhoben, die hinsichtlich einer der vier Indikationen Akuter Myokardinfarkt, Hirninfarkt, Fraktur des Femurs und Spontangeburt behandelt werden. , Ergebnisse: Die Beteiligung der Krankenhäuser in den einzelnen Ländern fiel unterschiedlich aus. Insgesamt haben 192 Krankenhäuser in den einzelnen Ländern teilgenommen. In Deutschland haben sich insgesamt 13 Krankenhäuser an der umfangreichen Datenerhebung in der DUQuE-Studie beteiligt. Mehr als 10.000 Führungskräfte und Mitarbeiter sowie mehr als 6.500 Patienten haben sich an den Befragungen beteiligt, und es wurden Daten von mehr als 9.000 Patientenakten extrahiert. , Ausblick: Erste Ergebnisse des DUQUE-Projektes zeigen, dass es zukünftig weiterer evidenzbasierter und auch lernbasierter Qualitätsentwicklungen in europäischen Krankenhäusern bedarf. Im Rahmen der Studie wurde bereits eine Bewertungsplattform für teilnehmende Krankenhäuser geschaffen. Die Plattform soll zur Reflexion und zu Diskussionen der erzielten Ergebnisse anregen. Darüber hinaus werden zurzeit auf Grundlage der Ergebnisse der DUQuE-Studie Empfehlungen für Krankenhäuser zur Verbesserung der Versorgungsqualität entwickelt. Ziel der Präsentation ist es, Konzept und Design der DUQuE-Studie sowie erste Ergebnisse kurz vorzustellen.

ID: 98

Zufriedenheit behinderter und nicht behinderter Mütter mit der medizinischen Betreuung während der Geburt

Anja Seidel[1], Marion Michel[1], Steffi G. Riedel-Heller[1]

[1]Universität Leipzig, Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health, Leipzig

Mit der Verabschiedung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK) und deren Ratifizierung in Deutschland 2009 gewann auch das Thema Behinderung und Elternschaft wieder größere öffentliche Aufmerksamkeit. Es lassen sich jedoch weiterhin Unsicherheiten in Bezug auf die medizinische Versorgung bei Kinderwunsch, Schwangerschaft und Geburt feststellen. Abraten vom Kinderwunsch, Drängen zu einem Schwangerschaftsabbruch oder Anraten von Entbindungen per Kaiserschnitt ohne hinreichende medizinische Indikation sind nur einige Probleme, die in diesem Zusammenhang immer wieder genannt werden(Hermes 1998, 2004, Specht 2006, Levc 2008 u. a.). In der im Auftrag der Roland Ernst Stiftung für Gesundheitswesen durchgeführte Studie „Einflussfaktoren auf Fertilität, Schwangerschaft, Geburt und Elternschaft behinderter und chronisch kranker Frauen und Männer“ wurde u.a. die Zufriedenheit mit der medizinischen Betreuung während der Geburt analysiert., , Die Analyse umfasst die Sekundärauswertung der Perinatalstatistik Sachsen2008/2009, und 2011 eine Screeningbefragung zumZeitpunkt der Geburt zur Erfassung des Anteils chronisch kranker/ behinderter Eltern sowie eine vertiefende teilstrukturierte schriftliche Befragung zu drei Messzeitpunkten (T0-T2). Aus den vorliegenden 1.160 Screeningbögen wurden zum Zeitpunkt T0 (innerhalb der ersten 4 Wochen nach der Geburt) 45 Mütter mit und 35 ohne Behinderung erneut befragt. Zum Zeitpunkt T0 wurden die Frauen zu ihren Geburtserlebnissen und der Zufriedenheit mit der medizinischen Betreuung während der Geburt befragt., Während die Betreuung durch den Arzt bzw. auf der Wöchnerinnenstation von gesunden Frauen etwas häufiger uneingeschränkt positiv bewertet wurde, traf das bei behinderten / chronisch kranken Frauen für die Hebammenbetreuung zu. Die Unterschiede sind jedoch nicht signifikant (Unterschiede in der Bewertung der ärztlichen Versorgung p=0,093)., Die Bewertung für die ärztliche Betreuung beruht vor allem auf den Punkten:Freundlichkeit und Kompetenz des Arztes sowie gute Aufklärung seitens der Mediziner einerseits, wahrgenommene Unnahbarkeit andererseits. Einige Frauen hatten keinen oder kaum Bedarf der Unterstützung seitens eines Arztes. , In Bezug auf die Bewertung der Hebammen konzentrieren sich die Aussagen der Mütter im Wesentlichen auf zwei Aspekte: Empathie und Kompetenz. Die Hebammen gaben Sicherheit und klare Anweisungen. Fünf Mütter hatten infolge einer Sectio kaum Kontakt zur Hebamme. , Sowohl in den Antworten zur Zufriedenheit mit den Ärzten als auch mit den Hebammen wird deutlich, dass sich alle untersuchten Frauen unter der Geburt in erster Linie eine verständnisvolle Begleitung der Geburt wünschen, dass sie selbst mit entscheiden möchten, wozu sie auch unter der Geburt Erklärungen wünschen. Die Kommunikation unter der Geburt wird somit von den Müttern als sehr wichtig angesehen. Der von der Mehrheit der Frauen berichtete Umgang zwischen Ärzten bzw. Hebammen und den Frauen stärkt letztlich das Vertrauen in das medizinische Personal und fördert die gute Führbarkeit der Frau unter der Geburt. Dass sich behinderte / chronisch kranke Frauen weniger einbezogen fühlen bzw. weniger Unterstützung bekamen als erwartet, sollte zukünftig in der Betreuung dieser Gruppe noch stärkere Beachtung finden. Wünsche und Bedürfnisse behinderter / chronisch kranker Frauen sollten weiter analysiert werden, der Umgang mit den betroffenenSchwangeren und Müttern auch in Aus- und Weiterbildungsveranstaltungen für ärztliches und pflegerisches Personal thematisiert werden.

ID: 99

Polypharmazie in der ambulanten Versorgung von Versicherten mit ausgewählten chronischen Alterserkrankungen

Anja Singer[1], Enno Swart[2]

[1]Hochschule Magdeburg-Stendal, Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie, Magdeburg; *[2]Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Magdeburg*

Hintergrund, Angesichts der demografischen Entwicklungen wächst der Anteil alter Menschen in Deutsch-land (Peters et al., S. 417). Die zunehmende Morbidität im Alter geht wiederum mit einem steigenden Medikamentenkonsum einher, weshalb der Thematik Polypharmazie heute und künftig eine hohe Relevanz beigemessen wird (Mertens 2009, S. 1). Polypharmazie kann ein erhebliches Gefährdungspotential für die Gesundheit älterer Menschen darstellen (Bjerrum et al. 1997, S. 7). Ziel des Projektes ist es neben der Ermittlung der Prävalenz von Polypharmazie im Alter den Einfluss maßgeblicher Determinanten der Inanspruchnahme (Alter, Geschlecht, Multimorbidität der Versicherten, Anzahl behandelnder Ärzte) bei der Entstehung von Polypharmazie zu analysieren. , Methodik , Unter Polypharmazie wird die Einnahme von mindestens fünf Präparaten innerhalb eines Quartals verstanden (Mukthar 2010). Datenbasis sind Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg von 2005 bis 2010 aus einem Modellprojekt zur integrierten Versorgung. Berücksichtigt wurden ausschließlich in diesem Zeitraum durchgängig Versicherte, die am 01.10.2007 mindestens 55 Jahre alt waren. Verordnungen wurden anhand der Pharma-Zentral-Nummer (PZN) identifiziert und um die anatomisch-therapeutisch-chemischen (ATC-)Codes ergänzt. Mehrfach- sowie Doppelverordnungen, Substanzen zur lokalen Anwendung (Cremes, Salben und Tropfen), Impfstoffe und andere nichttherapeutische Hilfsmittel wurden ausgeschlossen. Zur Deskription der Krankheitslast werden die häufigsten mit dem Alter assoziierten chronischen Erkrankungen Arthrose, Osteoporose, Demenz, Diabetes mellitus, Herzinsuffizienz und koronare Herzkrankheit genutzt (Gerste und Günster 2012). , Ergebnisse , Insgesamt erfüllten 8.711 von rund 10.000 Versicherten die Einschlusskriterien. Die Prä-valenz von Polypharmazie stieg innerhalb des Berichtszeitraums in dieser alternden Kohorte von 25% auf 36%, wobei Frauen häufiger betroffen sind als Männer. Die Zahl derjenigen, bei denen mindestens zwei Erkrankungen vorlagen nahm von 21% auf 31% zu, wobei der Anteil multimorbider Frauen mit 35% deutlich über dem der Männer liegt. Die Versicherten bekamen durchschnittlich 3,7 Medikamente im Quartal verordnet, im Schnitt wurden 2,6 Ärzte pro Quartal kontaktiert. Mittels logistischer Regression wurde der Einfluss des Alters, des Geschlechtes, der Morbidität und der Anzahl der an einer Behandlung beteiligten Ärzte bei der Entstehung von Polypharmazie analysiert. Multimorbidität steigert die Wahrscheinlich-keit (Odds ratio) für Polypharmazie um das 3,5-fache. Das Risiko für Polypharamzie nimmt mit jedem weiteren Arzt um rd. 28% zu. Ferner steigt das Polypharamzierisiko pro Lebensjahr um 3,3% ($p < 0,01$). Nach Berücksichtigung dieser drei Variablen ist weiterhin das Geschlecht signifikant: das Risiko für Polypharmazie liegt bei Männern um 3% höher als bei Frauen ($p < 0,05$)., Schlussfolgerung, Der Medikamentenkonsum wird nicht nur durch das Lebensalter wesentlich beeinflusst, auch die Morbidität der Versicherten und die an einer Behandlung beteiligten Ärzte spielen eine nicht unwesentliche Rolle. Multimorbidität allein kann aufgrund von leitliniengerechter Therapie mehrerer behandelnder (Fach-)Ärzte als eine mögliche Ursache von Polypharmakotherapie gesehen werden. Die Zahl der verordneten Medikamente lässt damit noch keine Aussagen über die Qualität der Pharmakotherapie zu. Die Routinedaten enthalten ausschließlich verordnete Arzneimittel, im Rahmen von Selbstmedikation eingenommene Arzneimittel fehlen. Ebenso können keine Aussagen über die Adhärenz (Einnahmetreue) der Patienten getroffen werden. Eine vertiefende Untersuchung könnte bei der Analyse spezifischer Medikamente ansetzen (PRISCUS) (Riens und Mangiapane 2012).

ID: 100

Gesundheitliche und soziale Lage in der Flensburg Neustadt

Annika Sternberg[1], Melanie Jagla[2], Petra Wihofszky[1]

[1]Universität Flensburg, Flensburg; *[2]Hochschule Magdeburg-Stendal, Magdeburg*

Gesundheitliche und soziale Lage in der Flensburger Neustadt, Hintergrund: , Das Projekt NeustadtGesund, gefördert vom Bund-Länder-Programm Soziale Stadt, ist im Flensburger Stadtteil Neustadt angesiedelt, der als so genannter sozialer Brennpunkt mit einer relativen Häufung von gesundheitlichen und sozialen Problemlagen bekannt ist. Die Kooperationspartner Stadt Flensburg, Universität Flensburg und die vier Krankenkassen AOK Nordwest, Barmer GEK, DAK und TK haben sich zum Ziel gesetzt, gesundheitsförderliche und präventive Aktivitäten im Stadtteil zu einer kommunalen Gesamtstrategie zu vernetzen und durch den Einsatz von Gesundheitsmittlern einen besseren Zugang zu bereits bestehenden Angeboten im Stadtteil zu schaffen. In der Phase der Stadtteilanalyse wurden Sekundär- und Primärdaten für ein datenbasiertes Planen zielgruppenspezifischer Maßnahmen kombiniert. , Methode und Stichprobenbeschreibung: , In der Sekundärdatenanalyse wurden Daten der Sozial- und Gesundheitsberichterstattung der Stadt Flensburg und Routinedaten der kooperierenden Krankenkassen kleinräumig ausgewertet. Die Erhebung der Primärdaten erfolgte mittels einer standardisierten aufsuchenden Bewohnerbefragung im Stadtteil von August bis November 2012. Die N=231 befragten Personen waren im Durchschnitt 38 Jahre alt (SD=16, range 18-79), 55% der Befragten waren weiblich. Die Bewohner/innen wurden in unterschiedlichen Situationen im Stadtteil persönlich angesprochen und bei Bedarf beim Ausfüllen bzw. Lesen des Fragebogens unterstützt. Erhoben wurden die gesundheitsbezogene Lebensqualität mit dem SF-12 (Morfeld, Kirchberger & Bullinger, 2011) und die soziale Unterstützung mit der Kurzform des Fragebogens zur sozialen Unterstützung (F-SozU K14 Fydrich, Sommer & Brähler, 2007). Zusätzlich wurden stadtteilbezogene Fragen entwickelt, z.B. „Welche Möglichkeiten oder Angebote im Stadtteil nutzen Sie oder haben Sie für Ihre eigene Gesundheit genutzt?“, „Wie wurden Sie über diese Angebote/Möglichkeiten informiert?“ und „Wünschen Sie sich mehr Information über solche Angebote und Möglichkeiten?“., Ergebnisse: , Bezüglich der psychischen Gesundheit (Summenskala des SF 12) wies die Untersuchungsstichprobe im Vergleich zur Norm eine deutlich geringere Lebensqualität auf (Effektstärke Cohens d= 0.92). Differenziert nach Geschlecht fanden sich hinsichtlich der psychischen Summenskala ähnlich starke Effekte (Männer d=0.70, Frauen d=1.09). Mittlere Effekte zeigten sich im Gruppenvergleich der F-SozU-Summenskala: Personen mit Schulden haben eine geringere soziale Unterstützung als Perso-nen ohne Schulden (T(195)=-2.847 p=0.05 d=0.40) und Personen mit Bezug von Leistungen nach SGB haben eine geringere soziale Unterstützung als Personen ohne Bezug von Leistungen nach SGB (T(171)=2.847 p=0.05 d=0.44). Die Ergebnisse der stadtteilbezogenen Fragen zeigten u.a. einen hohen Bedarf an Informationen zu gesundheitsbezogenen Angeboten im Stadtteil. Außerdem wurde deutlich, dass diese Informationen häufig über persönliche Kontakte ausgetauscht wurden., Schlussfolgerungen: , Im Flensburger Stadtteil Neustadt, einem so genannten sozialen Brennpunkt, ist die gesundheitsbezogene Lebensqualität, insbesondere die psychische Lebensqualität, deutlich geringer als die der Normstichprobe. Diese Ergebnisse stimmen mit den Auswertungen der Sekundärdatenanalyse überein. Ebenfalls hypothesenkonform sind die Ergebnisse der Mittelwertvergleiche des F-SozU die Effektstärken liegen hier in einem mittleren Bereich. In Kombination mit den Ergebnissen der stadtteilbezogenen Fragen wird der Vernetzungsbedarf bestehender Angebote deutlich und es können datenbasierte Ansätze für den Einsatz von Gesundheitsmittler/innen im Stadtteil abgeleitet werden.

ID: 101

'Workshop Gesundheitskonferenzen' Bestandsanalyse nach zwei Jahren Kommunaler Gesundheitskonferenzen in Baden-Württemberg

barbara leykamm[1]

[1]*Landesgesundheitsamt Baden- Württemberg, Stuttgart*

Barbara Leykamm, Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg im Regierungspräsidium Stuttgart, Einleitung, In Baden-Württemberg wurden im Jahr 2011 Kommunale Gesundheitskonferenzen als Steuerungsgremien auf Ebene der Stadt-/Landkreise eingerichtet. Zugleich werden darunter auch Prozesse verstanden in denen gemeinsam mit relevanten Akteuren über kommunale Stärken und Schwächen verhandelt wird, der kommunale Bedarf festgestellt und nach Lösungen gesucht wird., Methodik, Die vorgestellte Bestandanalyse gibt einen Überblick über die 34 Kommunalen Gesundheitskonferenzen in Baden-Württemberg und basiert auf schriftlichen Befragungen, moderierten Fachgesprächen., Ergebnisse, Mit großem Engagement wurde in 34 Stadt-/Landkreisen Kommunale Gesundheitskonferenzen initiiert. Es konnten neue Partner für Gesundheitsthemen und Dialogprozesse gewonnen werden. Darüber hinaus wurden Strukturen für Kooperation, Vernetzung und Dialoge geschaffen und erste Lösungsansätze zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung entwickelt. Ebenso wurden Prozesse in der Prävention und Gesundheitsförderung insbesondere mit Kindern, Jugendlichen und Familien sowie mit älteren Menschen intensiviert. Die Ergebnisse machen eine Vielfalt der erarbeiteten Themen, Zielgruppen, Lebenswelten und Strukturen deutlich., Diskussion/Schlussfolgerung, Der Aufbau Kommunaler Gesundheitskonferenzen hat neue Chancen für die kommunale Planungs- und Steuerungsprozesse eröffnet. Zugleich muss stärker berücksichtigt werden, dass Kommunale Gesundheitskonferenzen als komplexe Aufgabe einen verlässlichen Rahmen erfordern wie beispielsweise die strukturelle Verankerung, Finanzierung und Verbindlichkeit. Ein Austausch mit Experten aus der Praxis unterschiedlicher Gesundheitskonferenzen ermöglicht Impulse für die inhaltliche und strukturelle Weiterentwicklung in Baden-Württemberg.

ID: 103

Patientenhandeln im Gesundheitssystem – ein soziologisches Modell zum Inanspruchnahmeverhalten

Nadine Reibling[1], Monika Mischke[2], Claus Wendt[1]

[1]Universität Siegen, Siegen; *[2]Harvard School of Public Health, Boston*

Hintergrund, Patienten sind zentrale Akteure im Gesundheitssystem ihr Handeln beeinflusst den Behandlungserfolg, aber auch Effizienz und Kosten der Gesundheitsversorgung. Um Patientenhandeln beeinflussen zu können, ist es daher von fundamentaler Bedeutung zu verstehen, wie Menschen Entscheidungen zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen treffen. Empirische Forschung hat gezeigt, dass bei den allermeisten physischen und psychischen Symptomen keine Gesundheitsleistungen in Anspruch genommen werden. Darüber hinaus ist bekannt, dass nicht nur Charakteristika des Patienten (z.B. Bildung, Gesundheitseinstellungen), sondern auch soziale Netzwerke und Versorgungsstrukturen des Gesundheitssystems die Inanspruchnahme bestimmter Leistungen wahrscheinlicher machen. Dennoch fehlt ein theoretisches Verständnis wie diese unterschiedlichen Faktoren zusammenwirken und unter welchen Bedingungen Patienten medizinische Leistungen anderen Handlungsstrategien wie Selbstbehandlung oder alternativen Heilmethoden vorziehen. , Methodik, Die vorliegende Arbeit zeigt wie sozialwissenschaftliche Theorien zum Entscheidungsverhalten genutzt werden können um bestehende Modelle zum Inanspruchnahmeverhalten wie Andersens „Behavioral Model of Health Service Utilization“ oder Rosenstocks „Health Belief Model“ so zu erweitern, dass präzisere Vorhersagen darüber möglich sind, welche Leistungen wann von welchen Patienten in Anspruch genommen werden. Unser „Healthcare-seeking decision model“ zeigt, dass sowohl Gesundheitseinstellungen als auch Kosten-Nutzenerwägungen bei der Entscheidung zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen eine Rolle spielen. , Ergebnisse, Haben Personen oder enge Netzwerkpartner starke Präferenzen für eine medizinische Reaktion auf physische oder psychische Probleme, so besteht eine hohe Wahrscheinlichkeit für eine frühe und häufige Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Bei schwach verankerten oder konkurrierenden Normen spielen vor allem Kosten-Nutzen-Überlegungen eine Rolle, z.B. Zeit, Erreichbarkeit, Zuzahlungen. Soziale Ungleichheit im Inanspruchnahmeverhalten kann sowohl auf klassenspezifische Unterschiede in den normativen Überzeugungen zum Gesundheitssystem als auch auf relativ höherer Kosten für benachteiligte soziale Gruppen zurückgehen. , Diskussion/Schlussfolgerung, Das „Healthcare-seeking decision model“ integriert aktuelle sozialwissenschaftliche Erkenntnisse zum menschlichen Entscheidungsverhalten in etablierte Modelle zum Inanspruchnahmeverhalten. Das Modell ermöglicht spezifische Hypothesen über die Rolle von Normen und Kosten-Nutzen-Überlegungen bei der Entscheidung über die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Somit ermöglicht das Modell Patientenhandeln im Krankheitsfall nicht nur besser zu verstehen, sondern auch Patientengruppen zu idenfizieren, die unterschiedliche Strategien zur Navigation im Gesundheitssystem anwenden. Das Modell leistet damit einen theoretischen Beitrag zu Modellen der Versorgungsforschung mit direkter Anwendbarkeit in der empirischen Forschung zu Patientenhandeln im Gesundheitssystem.

ID: 107

Die Bedeutung der Entwicklungsaufgaben für die Erklärung des Gesundheitszustandes von Jugendlichen Beitrag für die AG: Kinder und Jugendliche

Gudrun Quenzel[1]

[1]*Universität Bielefeld, Bielefeld*

Einleitung, Zwar gilt die Lebensphase Jugend als relativ gesunder Lebensabschnitt, jedoch treten eine Reihe von psychischen und (psycho-)somatischen Symptome und Krankheiten vermehrt auf. Hier stellt sich die Frage, ob es in dieser Lebensphase Umstände, Ereignisse oder Anforderungen gibt, die ihr Auftreten begünstigen. , Methodik, Präsentiert werden Ergebnisse eines Habilitationsprojekts, in dem die empirischen Ergebnisse der Jugendgesundheitsforschung systematisch im Hinblick auf die Bedeutung von Entwicklungsaufgaben (z.B. den sich verändernden Körper zu akzeptieren, Freundschaften zu Gleichaltrigen zu schließen, sich schulisch zu qualifizieren, etc.) zur Erklärung von Einschränkungen des gesundheitlichen Wohlbefindens aufgearbeitet werden. Deutlich wird, dass das Erklärungspotential der Entwicklungsaufgaben für den Gesundheitszustand erheblich ist. , Ergebnisse, Im Vortrag wird zunächst der Frage nach den gesundheitlichen Folgen von Bewältigungsproblemen mit den Entwicklungsaufgaben des Jugendalters nachgegangen. Diskutiert werden Ergebnisse aus der nationalen und internationalen Jugend- und Gesundheitsforschung, die zeigen, dass Bewältigungsprobleme bei den Entwicklungsaufgaben das körperliche, psychische und soziale gesundheitliche Wohlbefinden stark beinträchtigen können. Beispielsweise schränkt eine im Vergleich zu den Gleichaltrigen frühe körperliche Entwicklung das psychische Wohlbefinden bei vielen weiblichen Jugendlichen stark ein, insbesondere wenn die psychischen Ressourcen zur Verarbeitung der Entwicklung noch unzureichend ausgeprägt sind. Fehlende oder unbefriedigende Freundschaften und hier insbesondere das Erlebnis wiederholter Zurückweisungen schränken ebenfalls das psychische Wohlbefinden bei vielen Jugendlichen ein. Das Gefühl, zurückgewiesen zu werden, steigert bei ihnen die soziale Ängstlichkeit, senkt das Vertrauen in die Zukunft und führt zu einer niedrigen Selbstkompetenz und einem niedrigen Selbstwertgefühl., Zweitens geht es um die Frage, wie die Bewältigungsformen der verschiedenen Entwicklungsaufgaben interagieren und wie sich diese Interaktionen auf das gesundheitliche Wohlbefinden auswirken. Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass Probleme bei der Bewältigung mehrerer Entwicklungsaufgaben auch zu verstärkten gesundheitlichen Problemen führen. Auf der anderen Seite können gesundheitliche Folgen durch Bewältigungsprobleme bei einer Entwicklungsaufgabe auch durch Erfolge in anderen Entwicklungsaufgaben kompensiert werden. Etwa können Einschränkungen im psychischen Wohlbefinden durch schulische Misserfolgserlebnisse durch eine starke Bindung an die Peers ausgeglichen werden. Im Vortrag werden einige typische Interaktionsmuster, differenziert nach Schicht und Geschlecht, vorgestellt. , Drittens geht es um Möglichkeiten, das gesundheitliche Wohlbefinden von Jugendlichen durch Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention zu steigern. Hierfür müssen die Ursachen für Probleme bei der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben in den Blick genommen werden. Unter Rückgriff auf die soziologische Rollentheorie werden deswegen typische Konfliktursachen bei der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben vorgestellt. Der Blick auf die Konfliktursachen bietet die Basis für umfassende Ansätze der Gesundheitsförderung, bei denen der Fokus nicht einseitig auf der Vermittlung von Wissen abstellt. , Schlussfolgerung, Der Vortrag kommt zu dem Schluss, dass die gesundheitlichen Folgen von Bewältigungsproblemen von Entwicklungsaufgaben ein vielfach größeres gesundheitliches Risiko darstellen, als der jugendliche Nikotin- oder Alkoholkonsum. Probleme mit den Entwicklungsaufgaben wirken sich unmittelbar belastend auf das gesundheitliche Wohlbefinden aus und zeigen auch größere Wirkungen für spätere Lebensphasen. Um das gesundheitliche Wohlbefinden von Jugendlichen empirisch zu erfassen, zu erklären und Präventionsprogramme zu erarbeiten, sollte deswegen in der gesundheitswissenschaftlichen Diskussion die Bewältigungsprobleme mit den psychosozialen Entwicklungsaufgaben stärkere Berücksichtigung finden.

ID: 108

Berufliche Einflussfaktoren auf die kognitive Leistungsfähigkeit – Ergebnisse der Gesundheitsstudie des Leipziger Forschungszentrums für Zivilisationserkrankungen (LIFE)

Francisca S. Then[1], Tobias Luck[2], Katrin Arélin[1], Matthias L. Schroeter[2], Arno Villringer[3], Markus Löffler[2], Christoph Engel[3], Joachim Thiery[2], Steffi G. Riedel-Heller[3]

[1]*Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP), Universität Leipzig*; [2]*LIFE – Leipziger Forschungszentrum für Zivilisationserkrankungen, Universität Leipzig*; [3]*Max-Planck-Institut für Kognitions- & Neurowissenschaften und Tagesklinik für kognitive Neurologie, Leipzig*;

Fragestellung: Das Arbeitsleben ist mit einem breiten – sowohl quantitativen als auch qualitativen – Spektrum von Anforderungen an die kognitive Leistungsfähigkeit verbunden. Das vorliegende Projekt hat das Ziel, entsprechende Assoziationen zwischen beruflichen Faktoren (z. B. Arbeitsumfeld, Arbeitsbedingungen, berufliche Anforderungen, berufliche Werte, Arbeitsstil) und kognitiver Leistungsfähigkeit zu identifizieren. , Methoden: Die Grundlage des vorliegenden Projektes bilden Daten der Gesundheitsstudie des Leipziger Forschungszentrums für Zivilisationserkrankungen (LIFE). Den anvisierten Analysen liegen hierbei Ergebnisse kognitiver Assessments (verbaler Wortflüssigkeitstest, Trail-Making-Test A und B, Stroop-Test, CERAD Wortliste) sowie detaillierte Angaben zur persönlichen beruflichen Situation von 3.000 Probanden (Alter ≥ 40 Jahre) zugrunde. Es erfolgen querschnittsanalytische Auswertungen einschließlich Subgruppenanalysen und multivariater logistischer Regressionsmodelle. Die Analysen werden für Alter, Geschlecht, Bildung, Intelligenzniveau sowie weitere Kofaktoren mit potentiellem Einfluss auf die kognitive Leistungsfähigkeit adjustiert., Ergebnisse und Schlussfolgerung: Die zu erwartenden Ergebnisse sollen Aufschluss darüber geben, welche beruflichen Faktoren möglicherweise (I) mit reduzierten kognitiven Leistungen assoziiert sind (putative Risikofaktoren) oder (II) mit einer erhöhten kognitiven Leistung einhergehen (protektive Faktoren). Die erzielten Ergebnisse können so die Grundlage für weiterführende längsschnittanalytische Untersuchungen als auch für mögliche arbeitsmedizinische Modifikationen beruflicher Parameter bilden.

ID: 109

Praxisworkshop: Übung zum Geschlechterhabitus

Jutta Begenau[1]

[1]*Insitut für Medizinische Soziologie*

Die Übung zum Geschlechthabitus trägt dazu bei, die eigene, durch das Geschlecht geprägte Persönlichkeit zu reflektieren. Mit ihr können latent vorhandene geschlechtertypische „Wahrnehmungs-, Denk- und Handlungskategorien“ (Bourdieu) bewusst gemacht werden. An Hand der Ergebnisse lässt sich beispielsweise die Frage diskutieren, wie durch das eigene Handeln die Geschlechterverhältnisse mit reproduziert werden und wie der Alltag, die Lehre oder das ärztliche Diagnostzieren und Therapieren davon beeinflusst werden können. Die Übung wird bisher im Unterricht für Medizinstudierende eingesetzt. Seit 2012 ist sie außerdem Bestandteil der Fortbildung von Dozentinnen und Dozenten. Sie wird jeweils zu Beginn des Semesters vor allem für Lehrende, die Kommunikation, Interaktion, Teamarbeit (KIT) im Berliner Modellstudiengang unterrichten, angeboten. , Der Workshop wendet sich an Kolleginnen und Kollegen, die etwas über ihren eigenen Geschlechterhabitus erfahren, vor allem aber Sicherheit in der Durchführung der Übung erlangen möchten und die die Möglichkeit haben, die Übung in einer Kleingruppe mit einem Stundenvolumen von mindestens zwei Stunden zu unterrichten. , Der Workshop beginnt mit einer kurzen Einführung in die Habitustheorie und die Bedeutung von durch geschlechtstypische Wahrnehmungen beeinflusstes Handeln in der Medizin. Anschließend werden Gruppen gebildet, Rollen verteilt, Materialien ausgegeben und die Übung durchgeführt. Im letzten Drittel werden die Ergebnisse vorgestellt und im Abgleich mit vorhandenen Erkenntnissen ausgewertet. , Die Veranstaltung findet statt, wenn sich wenigstens 4 Teilnehmer_innen angemeldet haben. Optimal wäre eine ausgewogene Geschlechterproportion von 6:6. Maximale Teilnehmer_innenzahl: 16. , Die Anmeldung ist per Email: jutta.begenau@charite.de bis zum 16.09.2013 oder am 18.09., dem ersten Tag der Jahrestagung der DGMS/DGSMP in Marburg, im Tagungsbüro möglich.

ID: 110

Ein Bedürfnis institutionalisiert sich

Jutta Begenau[1], Cornelia Helfferich[2]

[1]Institut für Medizinsiche Soziologie; *[2]Hochschule für Soziale Arbeit*

Die Arbeitsgruppe Frauengesundheit wurde am 07. September 1993 in Berlin gegründet. Hintergründe waren: 1. die in den 80er Jahren erstarkte Frauengesundheitsforschung, 2. das europaweit neue Interesse an der Frauengesundheit aber auch 3. ein durch die neuen Mitgliedsfrauen aus dem Osten artikulierter emanzipatorischer Gestaltungswille. , Auf der Gründungsversammlung wurden Selbstverständnis, Ziele, Struktur und Arbeitsweise formuliert. In ihrem Selbstverständnis sah sich die Arbeitsgruppe den Traditionen der Frauengesundheitsforschung und der Medizinsoziologie verpflichtet, ohne sich einer weiteren „notwendigen Interdisziplinarität" zu verschließen. Zwei Ziele wurden formuliert: 1. die Frauengesundheit in Forschung und Theorie stärken und 2. die Situation der Wissenschaftlerinnen verbessern. Was die inhaltliche Arbeit betraf, wurde festgelegt, sich für einen Zeitraum von zwei Jahren jeweils auf ein übergreifendes Thema zu einigen. Auf diese Weise sollten die Aktivitäten der Mitglieder gebündelt werden. Für die Jahre 1994 bis 1996 wurde beschlossen, die Situation der Gesundheit von Frauen in Ost und West – möglichst in komparativer Analyse – zu bilanzieren. , Der Zulauf zu der Arbeitsgruppe war beeindruckend. Im Juli 1994 konnte auf einem nationalen Treffen der Arbeitsgruppen und Fachverbände zur Frauengesundheit über eine Mitgliederzahl von 45 berichtet werden. , Beeindruckend waren aber auch andere Entwicklungen: noch im gleichen Jahr fand in Windenreuthen ein Expertinnentreffen statt. 1994 wurde das Nationale Netzwerk Frauengesundheit gegründet, 1996 zog die Arbeitsgruppe Bilanz mit einer Fachtagung in Bad Saarow, 1997 erschienen die Ergebnisse in einer eigenen Schriftenreihe., Die Gründung der Arbeitsgruppe Frauengesundheit initiierte eine Entwicklung hin zu einer thematischen Ausdifferenzierung in der DGMS. Heute gibt es insgesamt 10 Arbeitsgruppen. Neue Rahmenbedingungen sind aber auch durch die mittlerweile etablierte Gendermedizin und eine erstarkende Männergesundheitsforschung entstanden. Braucht es deshalb eine Neupositionierung der Arbeitsgruppe?

ID: 111

Sozial Kapital und Tabakkonsum: Der Einfluss unterschiedlicher Kapitaldimensionen auf das allgemeine und die sozial bedingten Ungleichheiten im Rauchverhalten von Jugendlichen im Ländervergleich.

Timo-Kolja Pförtner[1], Katharina Rathmann[1], Frank Rosenbach[1], Bart DeClerq[2], Anne Hublet[3], Michaela Lenzi[3], Alessio Vieno[4], Anton Kunst[1], Matthias Richter[1]

[1]Martin-Luther Universität Halle-Wittenberg; *[2]Department of Public Health, Ghent University*; *[3]Department of Developmental and Social Psychology, University of Padova*; *[4]Department of Public Health, Academic Medical Centre*

Hintergrund, Studien im Erwachsenen- und Jugendalter belegen, dass das soziale Kapital eine wesentliche Gesundheitsdeterminante darstellt. Als Individualressource wird dem Sozialkapital zudem ein Einfluss auf das Rauchverhalten von Individuen nachgesagt, die zudem mit dem sozialen Status variiert. Thesen, die bislang nur in Studien im Erwachsenenalter und anhand einzelner Indikatoren des sozialen Kapitals überprüft wurden. Das Ziel der vorliegenden Studie ist es daher, den Einfluss unterschiedlicher Indikatoren des sozialen Kapitals auf das allgemeine wie auch auf die Ungleichheiten im Rauchverhalten von Jugendlichen aus vier Ländern zu belegen. , Methoden, Datenbasis ist die internationale „Health Behaviour in School-aged Children“ (HBSC) Studie aus dem Jahr 2006 in Belgien, Großbritannien, Kanada und Rumänien. Mit Hilfe von logistischen Regressionsmodellen wird der Einfluss des sozialen Kapitals auf das allgemeine und die Ungleichheiten im Rauchverhalten von Jugendlichen im Alter von 11 bis 15 Jahren im Ländervergleich untersucht (n = 6.460). Als Individualressource wird das soziale Kapital in seinen unterschiedlichen Dimensionen (strukturell vs. kognitiv formal vs. informal, horizontal vs. vertikal) und in unterschiedlichen Settings (Schule vs. Nachbarschaft) dargestellt. Die sozioökonomische Lage wird anhand der etablierten Family Affluence Scale gemessen. , Ergebnisse, Erste Ergebnisse zeigen, dass ein Großteil der Berücksichtigten Indikatoren des sozialen Kapitals das allgemeine Rauchverhalten von Jugendlichen reduziert. Lediglich die formellen und informellen Kapitalindikatoren in der Nachbarschaft (Freundschaftsnetzwerk) und in der Schule (Teilhabe in der Schule) sind mit einem erhöhten Risiko des Tabakkonsums assoziiert. Die identifizierten Zusammenhänge variieren dabei nur kaum mit dem sozialen Status von Jugendlichen. Demnach operiert das soziale Kapital als Risiko- und Schutzfaktor ungeachtet der sozialen Position eines Jugendlichen. Die Ergebnisse variieren dabei nur unwesentlich zwischen den Ländern. , . , Diskussion/Schlussfolgerung, Diese Studie bietet erstmals Evidenz über die unterschiedliche Interaktion zwischen dem sozialen Kapital und dem Rauchverhalten von Jugendlichen. Entgegen bisheriger Studien, variiert der Zusammenhang zwischen dem sozialen Kapital und dem Rauchverhalten nicht mit dem sozialen Status, was auf die Besonderheit des sozialen Kapitals als Risiko- und Schutzfaktor des Rauchens im Jugendalter hinweist. Präventionsmaßnahmen im Jugendalter sollten daher die unterschiedliche „Wirkungsweise“ des sozialen Kapitals aufgreifen und in entsprechende Interventionsstrategien enthalten.

ID: 112

Auswertung von Berufskrankheiten durch physische Belastungen – am Beispiel der Erkrankung der Schleimbeutel aufgrund von ständigen Druck

Markus Thiede[1], Falk Liebers[1], Stefan Gravemeyer[2], Ute Latza[3]

[1]Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Berlin; *[2]Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, St. Augustin*; *[3]Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Berlin*

Einleitung/Fragestellung, In Deutschland gibt es aktuell drei Berufskrankheiten (BK) die Erkrankungen im Kniebereich durch physische Einwirkung berücksichtigen (Meniskusschäden, Schleimbeutel Erkrankung und seit 2009 die Gonarthrose). , Hier werden bestätigte Fälle der BK-Nr. 2105, Erkrankung der Schleimbeutel auf Grund von ständigem Druck ausgewertet. Berufskrankheiten in Deutschland sind immer eine Verbindung aus einer spezifischen berufsbedingten Exposition und einer daraus resultierenden Erkrankung. Die BK-Nr. 2105 liegt nur vor, wenn die Erkrankung der Schleimbeutel durch berufsbedingten ständigen Druck verursacht wurde. Die Erkrankung der Schleimbeutel (Bursitis) ist in der Bevölkerung eine seltene Erkrankung, von der sowohl Männer als auch Frauen betroffen sind [1]. Berufliche Tätigkeiten mit häufiger Druckbelastungen im Bereich der Knie-, Ellbogen- und Schultergelenke gibt es z.B. bei Bergleuten, Bodenlegern, Fliesenlegern, Straßenbauern, Steinsetzern, Reinigungspersonal, Glas- und Steinschleifern sowie Lastenträgern)[2]. , Daten , Datengrundlage ist eine Sekundärdatenanalyse aggregierter bestätigter BK-Fälle der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) stratifiziert nach Geschlecht und Beruf für die Jahre 2002 bis 2011. Die Berufe sind nach der International Standard Classification of Occupations (ISCO88) erfasst., Zur Abschätzung der Inzidenz werden Informationen zu Anzahl der Beschäftigten aus dem Mikrozensus verwendet., Methoden , Ein Präventionsindex (PI) wird berechnet, der Informationen der Inzidenz (I) und der absoluten Häufigkeiten verbindet und in einer Ranginformation abbildet. Für den PI wird die Inzidenz der bestätigten BK-Nr. 2105 (pro Beruf, Jahr und 100.000 Beschäftigte), mit Daten des Mikrozensus für die Anzahl der Beschäftigten, abgeschätzt und ein 95%-Konfidenzintervall (KI) berechnet. , Ergebnisse, Im Zeitraum von 2002 bis 2011 gab es 1.443 bestätigte Fälle einer BK-Nr.2105 bei Männern (für Frauen waren es n=1). Die häufigste Diagnose für die Bestätigung dieser BK ist die Bursitis praepatellaris (Schleimbeutelentzündung im Kniebereich) (ca. 83%). Die häufigsten Expositionsarten sind Druckbelastung (56%) und Arbeiten auf unterschiedlichen Bodenarten (Fußboden, Gehweg usw.) (37%). Für die BK-Nr. 2105 sind Ausbau- und verwandte Berufe (n=997, I=0,91 (95%KI:0,84-1,02), PI:1,5), Textil-, Bekleidungs- und verwandte Berufe (n=66, I=1,32 (95%KI:1,25-1,60), PI: 2,5) sowie Baukonstruktions- und verwandte Berufe (n=149, I=0,29 (95%KI:0,28-0,34), PI:2,5) diejenigen Berufe mit dem höchsten PI. , Diskussion, Die Auswertung von Sekundärdaten gesetzlich Unfallversicherter hat den Vorteil, dass Informationen über einen Großteil der Erwerbstätigen vorliegen. Nur ausgewählte Merkmale sind in den Prozessdaten der DGUV erfasst. Informationen über die Anzahl der Versicherten in den einzelnen Berufen liegen nicht vor. Aufgrund rechtlicher und administrativer Rahmenbedingungen des BK-Verfahrens geben BKen nur eingeschränkt Hinweise auf mögliches Präventionspotential in einzelnen Berufen. Die hier identifizierten Berufe entsprechen den beschrieben betroffenen Berufen mit einem hohen Anteil von männlichen Erwerbstätigen. Häufigkeit, Inzidenz und PI zeigen nur geringe Unterschiede. In den betroffenen Berufen ist der Frauen Anteil eher gering (zwischen 0,5 und 14,5%). Entgegen der Erwartungen wurden keine Reinigungsberufe als betroffen identifiziert (hier liegt der Frauenanteil unter den Beschäftigen bei ca. 73%). Dass keine Frauen betroffen sind könnte auch darin begründet sein, dass Frauen dort keinem die Gelenke belastenden Druck ausgesetzt sind oder die Belastungsdauer für eine Anerkennung dieser BK aufgrund von Teilzeitbeschäftigung zu gering ist. Ebenfalls ist nicht klar inwieweit Frauen in weiteren Berufen von Druckbelastung der Gelenke betroffen sind. In vorliegenden Studien werden meist nur Männer mit kniebelastenden Tätigkeiten eingeschlossen [3,4].

ID: 113

Vagal tone mediates the association between work stress and glycemic status: results from the Mannheim Industrial Cohort Study (MICS)

Marc N. Jarczok[1], Jian Li[2], Kristina Hoffmann[1], Daniel Mauss[3], Joachim E. Fischer[1], Julian Koenig[4], Burkhard Schmidt[1], Julian F. Thayer[5]

[1]*Mannheimer Institut für Public Health, Medizinische Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg, Mannheim*; [2]*University of Wuppertal, Wuppertal*; [3]*Department of Occupational Medicine, Allianz Germany, Munich, Germany, München*; [4]*School of Therapeutic Sciences, SRH University Heidelberg, Heidelberg*; [5]*The Ohio State University, Department of Psychology, Columbus*

Introduction, The WHO has declared work related stress as one of the primary challenges in the 21st century. More important, work stress is recognized as a significant determinant for health. We previously showed that work stress is associated with an increased risk of pre-diabetes and diabetes in apparently healthy workers. Likewise, an increased perception of work stress is negatively associated with autonomic nervous system (ANS) function as indicated by heart rate variability (HRV). We investigate to what extend the association between work stress and glycemic status is mediated through HRV. , Methods: We utilized a large secondary data set from the Mannheim Industrial Cohort Study, conducted by Health Vision Ltd.. A total of 13 study sites (Companies from the secondary sectors) from all over Germany with a total of 9924 participants collected between 2010 – 2012 were available. , The root mean squared successive differences (RMSSD) were averaged from long-term heart rate monitoring (beat to beat) for work time and nighttime as indicators of vagal tone. Due to skewed data HRV measures were log-transformed. Glycemic status was indexed by fasting plasma glucose (FPG) and glycosylated hemoglobin (HbA1c). Work stress was indexed by Effort-Reward Imbalance (ERI) to quantify the degree of failed reciprocity of social interaction in the work context. Stress is apparent if an imbalance between high ‘‘cost’’ and low ‘‘gain’’ exists (ratio >1)., We used structural equation modeling (SEM), with maximum likelihood with missing values as well as the clustered sandwich estimator relaxing the assumption of independence of observations between study sites., Through all models ERI served as independent, RMSSD as mediator and FPG or HbA1c as dependent variable. All models were additionally adjusted for age and sex. , Results: The final sample consists of 9924 individuals (mean age 41.9±10.9, 19% females). In all four models, ERI is significantly negatively associated with log(RMSSD) (path A) at day and nighttime for both FPG and HbA1c. ERI is significantly positively associated with HbA1c if log(RMSSD) is not in the model (path C). The path C’ is no longer significant when log(RMSSD) is introduced as mediator in the FPG but not in the HbA1c models. Log(RMSSD) at day and nighttime is significantly negatively associated with FPG and HbA1c. SEM results indicate that 9.5 % (HbA1c) or 24% (FPG) of the total effect appears to be mediated in the daytime models and in the nighttime models 6.7 % (HbA1c) or 14.1% (FPG)., Discussion:, In our study we investigate to what extend the association between work stress as indicated by the Effort Reward Imbalance and glycemic status is mediated through vagal tone as indicated by RMSSD. Our results suggest that glycemic status is partly mediated through vagally mediated HRV. On the basis of this data we conclude that work stress may be an additional factor promoting a diabetic metabolic state. If supported by prospective evidence, results point to a new approach towards primary prevention of diabetes.

ID: 114

Der behandelnde Onkologe im Erstgespräch und die Progredienzangst der Patienten

Sophie Elisabeth Groß[1], Nicole Ernstmann[1], Lena Ansmann[1], Tristan Daniel Gloede[1], Julia Jung[1], Holger Pfaff[1], Markus Wirtz[2], Walter Baumann[3], Anika Nitzsche[1], Melanie Neumann[4]

[1]*IMVR - Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswisschenschaft der Universität zu Köln, Köln*; [2]*Pädagogische Hochschule Freiburg, Freiburg*; [3]*Wissenschaftliches Institut der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen, Köln*; [4]*Universität Witten/Herdecke, Fakultät für Gesundheit, Department für Humanmedizin, Herdecke*

Hintergrund, Die Anzahl an Krebspatienten hat während der letzten Jahrzehnte zugenommen und wird auf Grund der demographischen Entwicklung weiter zunehmen. Ein weit verbreitetes Phänomen bei Krebspatienten ist die Angst vor dem Fortschreiten bzw. dem Wiederauftreten der Krebserkrankung (Progredienzangst). , Das Ziel dieser Studie ist es, die Progredienzangst von Patienten vor und nach dem Erstgespräch bei ihrem behandelnden niedergelassenen Onkologen zu untersuchen und zu analysieren, ob der Onkologe durch seinen Kommunikationsstil und die Vermittlung von krankheitsbezogenen Informationen die Progredienzangst von Patienten im Erstgespräch verringert oder erhöht. , Methodik, Diese Studie ist Teil des WIN ON-Projektes (Working Conditions in Oncology). Das WIN ON-Projekt ist eine interdisziplinäre, prospektive Studie zu den Auswirkungen der Arbeitsbedingungen niedergelassener Hämatologen und Onkologen auf die Arzt-Patient Kommunikation sowie in Folge auf die Patientenversorgung. , Um die Patientendaten zu erheben, wurden niedergelassene Onkologen gebeten, zwischen Juni 2012 und April 2013 Patienten mit Kolorektalkarzinom vor dem Erstgespräch in ihrer Praxis in die Studie einzuschließen. In den Patientenbefragungen werden Patienten über einen Zeitraum von sechs Monaten zu ihren Erwartungen und zu ihrer Wahrnehmung der Arzt-Patient Kommunikation sowie zu Gesundheits-Outcomes befragt. , Von etwa N=245 eingeschlossenen Patienten gaben N=165 (67,4%) Patienten ihr Einverständnis, an der Studie teilzunehmen. Für die Berechnungen werden die Daten von Patienten vor dem Erstgespräch (T0) und direkt nach dem Erstgespräch (T1) bei ihrem niedergelassenen, behandelnden Onkologen analysiert., Ergebnisse, Die Phase der Datenerhebung ist noch nicht vollständig abgeschlossen. Die Analysen zum Zusammenhang zwischen Progredienzangst und dem Kommunikationsstil des Arztes sowie der Vermittlung krankheitsbezogener Informationen im Erstgespräch werden zurzeit durchgeführt und liegen zum Zeitpunkt des Kongresses vor. , Schlussfolgerung, Die Studie soll aufzeigen, welche Kommunikationsstile und Informationen durch den Onkologen im Erstgespräch mit dem Patienten dessen Progredienzangst beeinflussen können. Die Ergebnisse können dazu dienen, Kommunikationsstrategien zum Umgang mit Patienten zu entwickeln, die unter der Angst vor dem Fortschreiten oder Wiederkehren der Krebserkrankung leiden.

ID: 115

Die veränderte Arbeitswelt als Herausforderung für die Gesundheit! Arbeitsbedingungen als Determinanten des Gesundheitsverhaltens hochgebildeter Frauen und Männer

Lena Hünefeld[1]

[1]*Goethe-Universität Frankfurt a.M.*

Die Arbeitswelt hat sich in den letzten 60 Jahren grundlegend strukturell verändert. Mit zu den zentralsten Veränderungen zählen die Flexibilisierung und Entgrenzung von Arbeitszeiten und Beschäftigungsformen (Pongratz & Voß 2000). Dies bedeutet vor allem einen Rückgang des traditionellen Normalarbeitsverhältnisses und eine Zunahme von flexiblen und prekären Arbeitsformen, die mit hohen Leistungs- und Qualifikationsanforderungen einhergehen. Die Entgrenzung der Arbeit zeigt sich neben anderen Bereichen vor allem in den Folgenden: 1. Zeitlich durch verschiedene Arbeitszeitregelungen wie Gleitzeit, Arbeiten am Wochenende oder Arbeiten auf Abruf, 2. räumlich, da immer mehr räumliche Mobilität von den Beschäftigten gefordert wird, aber auch das Arbeiten von Zuhause für Erwerbstätige häufiger zur Normalität wird und 3. bezüglich der Arbeitsinhalte und Qualifikationen. So reichen einmal erworbene Fähigkeiten nicht aus, ein lebenslanges Lernen ist gefordert und zunehmend werden überfachliche Qualifikationen gefordert. Dies führt auf Seiten der Beschäftigten vor allem zu erhöhten Leistungsanforderungen und zur verstärkten Selbstorganisation und -kontrolle (Minssen 2006). , Eine zentrale Frage, die sich hier stellt, ist ob erwerbstätige Personen angesichts entgrenzter und flexibilisierter Arbeit noch in der Lage sind, sich gesundheitsförderlich zu verhalten. Aus diesem Grund gehe ich der Frage nach, wie sich Arbeitsbedingungen, die durch hohe zeitliche Flexibilität sowie hohen Zeit- und Leistungsdruck gekennzeichnet sind, auf die Ausübung von gesundheitsrelevantem Verhalten auswirken. , Bereits zahlreiche Studien haben sich mit der Verknüpfung von Arbeit und Gesundheit unter Einbezug der beschrieben Veränderungen befasst und konnten negative Konsequenzen von Arbeitsbedingungen wie flexibilisierten Arbeitszeiten, Zeit- und Leistungsdruck sowie psychosozialem Stress auf den Gesundheitszustand nachweisen (Siegrist & Dragano 2006 Kuhn 2006 Badura & Schröder 2010). Unter der Annahme, dass das Gesundheitsverhalten eine zentrale vermittelnde Instanz zwischen den Arbeitsbedingungen und dem Gesundheitszustand ist (Hurrelmann 2010), gehe ich davon aus, dass die Arbeitsbedingungen sich nicht nur direkt auf den Gesundheitszustand von Personen auswirken, sondern diese gleichermaßen die Ausgangsbedingungen zur Ausführung von gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen darstellen. , Bei meiner Untersuchung handelt es sich um eine explorative Studie, deren Datenbasis eine Zufallsstichprobe von hochgebildeten erwerbstätigen Personen im Alter von 25-55 Jahren aus dem SoSci-Panel (N=712) bildet. Die Daten wurden anhand eines Onlinefragebogens erhoben. Mittels binärlogistischer Regressionen konnten bislang Frauen und Männer, die Zeit- und Leistungsdruck, regelmäßigen Überstunden und lange Arbeitszeiten ausgesetzt sind, als Risikogruppen für riskantes Gesundheitsverhalten ermittelt werden. So weisen Personen mit diesen Arbeitsbedingungen eine bis zu 3mal so hohe Wahrscheinlichkeit auf, sich ungesund zu ernähren und lassen zusätzlich häufiger Mahlzeiten berufsbedingt ausfallen als Beschäftigte ohne diese Bedingungen. Ebenfalls gehen diese Personen seltener sportlichen Aktivitäten nach. Dies spiegelt sich auch in einem erhöhten BMI wieder. Interessanterweise zeigt sich für die Inanspruchnahme von Vorsorgemaßnahmen wie Krebsvorsorge, gesundheitsförderliche Maßnahmen oder Gesundheitscheck kein Effekt der Arbeitsbedingungen. Hier sind eher familienbezogene Merkmale wir Partner- und Elternschaft für Frauen und Männer relevant. , Die vorläufigen Ergebnisse zeigen, dass es sich beim Gesundheitsverhaltens um einen komplexen Untersuchungsgegenstand handelt, der von einer Vielzahl von Faktoren abhängig ist. Weiterhin liefern sie erste Anhaltspunkte für den negativen Effekt von beschriebenen Arbeitsbedingungen auf die Ausübung von gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen. Dies sollte in die aktuelle Debatte, wie die Arbeitswelt gesünder gestaltet werden kann, mit aufgenommen werden.

ID: 117

Werkvertragsarbeit und Arbeitsschutz – eine Beziehung mit hohem Konfliktpotenzial

Kathrin Drews[1], Kai Beutler[1], Christoph Lenssen[1]

[1]bsb GmbH

„Werkvertragsarbeit und Arbeitsschutz – eine Beziehung mit hohem Konfliktpotenzial“, Vortragstyp: 'Organisierte Veranstaltung der AG Betriebliche Gesundheitsförderung', Kai Beutler, Christoph Lenssen, Rudi Bender, Kathrin Drews (bsb GmbH Köln) , Im Rahmen eines von der Hans-Böckler-Stiftung geförderten Projektes wurden die Arbeitsbedingungen (inkl. Arbeits- und Gesundheitsschutz) von so genannten onsite-WerkvertragsarbeitnehmerInnen (oWAN) mit dem Ziel untersucht, aus den gewonnenen Erkenntnissen Handlungsmöglichkeiten für Betriebsräte beim Einsatz dieser Beschäftigten ableiten zu können., Hintergrund:, Der Umfang der Leiharbeit hat sich seit 2004 etwa verdoppelt. Durch die Aberkennung des Gewerkschaftsstatus für die CGZP im Dezember 2010, die Überarbeitung des Arbeitnehmerüberlassungsgesetzes 2011 und die Lohnuntergrenze für LeiharbeitnehmerInnen 2012 wird sie jedoch teurer. Angesichts dessen findet in vielen Betrieben ein Ersatz der Leiharbeit durch Werkvertragsarbeit statt. Das rasante Wachstum von onsite-Werkvertragsarbeit bedroht die Sozialstandards ganzer Branchen. Entgeltniveau sowie Arbeits- und Gesundheitsschutz aller ArbeitnehmerInnen im Einsatzbetrieb und der Branchenbetriebe geraten unter Druck., Neben dem Studium der Literatur wurde folgende Methodik angewendet:, Auf der Grundlage von 40 leitfadengestützten Experten- und Betriebsakteurinterviews wurden 10 Beteiligungsinstrumente (u.a. zur Beurteilung des Arbeitsschutzes) entwickelt. Diese wurden in Betrieben erprobt und auf Branchenkonferenzen diskutiert. In Form etwa eines Leitfadens für Betriebsräte und mehrerer Fallstudien wurden die Ergebnisse analysiert. Die Freigabe durch den Auftraggeber HBS steht noch aus., Ergebnisse: Generell konnte festgestellt werden, dass die Arbeitsbedingungen von oWAN nach der Definition des DGB-Index ‚Gute Arbeit’ sowie des eigens entwickelten oWAN-Arbeitsschutz-Navigators deutlich schlechter sind als die der Stammbelegschaft. Arbeitszeiten von täglich 12 Stunden stellen in vielen Betrieben keine Ausnahmen für die oWAN dar. Auch die erhöhte Unfallhäufigkeit der oWAN konnte belegt werden., Die Untersuchung hat ergeben, dass es im Bereich des Arbeitsschutzes einen hohen Forschungs- und Regulierungsbedarf gibt., Diskussion: Die Zuständigkeit für die Gefährdungsbeurteilung, Einhaltung der ArbMedVV etc. ist in vielen Fällen in der Praxis konkret nicht geklärt – trotz der Anforderung des § 8 ArbSchG. Den Erfahrungen nach weisen die Führungskräfte der Einsatzbetriebe in den meisten Branchen die Verantwortung beim Arbeitsschutz von sich. Das führt zu teilweise drastischen Verstößen gegen Arbeitsschutzbestimmungen., Die wirksamste Institution zur Einhaltung der Arbeitsschutzregeln für oWAN sind die Betriebsräte im Einsatzbetrieb. Sie haben im Einzelfall schon Erfolge erzielt, informieren ggf. die staatliche Aufsichtsbehörde bzw. den Zoll. Die Handlungsmöglichkeiten von Betriebsräten bei Einsatz von oWAN sind allerdings begrenzt:, - Ansatzpunkte ergeben sich im Bereich der Personalplanung (§92 BetrVG) und im Falle eingegliederter Beschäftigung (§99 BetrVG) sowie im Rahmen der personellen Auswahl (§ 95 Abs. 3 BetrVG)., - Grundlage für das Tätigwerden des Betriebsrats im Bereich Arbeitsschutz findet sich in den allgemeinen Aufgaben im Arbeitsschutz auf dem Werksgelände im § 80 BetrVG. Danach ist der Betriebsrat zur Überwachung der Einhaltung aller im Betrieb geltenden Normen berechtigt und verpflichtet, auch des Arbeitszeit- und Arbeitsschutzgesetzes. Ein Argument aus dem ArbSchG lässt sich aus § 8 Abs. 2 ableiten. Hier wird deutlich, dass der Arbeitsschutz von oWAN einen mittelbaren Einfluss auf die Arbeitsicherheit der Stammarbeitnehmer/innen StAN hat und alleine deshalb beachtet bzw. verbessert werden muss. Der eigene Arbeitgeber muss mitwirken. Damit begründet sich der Mitbestimmungsanspruch nach § 87 Abs.1 BetrVG., - Einen wichtigen Ansatzpunkt bilden zudem Beschäftigungssicherungsprojekte nach § 92a BetrVG.

ID: 118

DRG-konforme Leistungserfassung Klinischer Fachsozialarbeit

Gabriele Trilhof[1], Reinhard Busse[2], Markus Borchelt[1]

[1]DRG-Kompetenzteam Geriatrie (DKGER); *[2]Technische Universität Berlin Fachgebiet Management im Gesundheitswesen*

Hintergrund, Die Koordination und Steuerung fallabschließender Versorgung multimorbider, chronisch kranker und behinderter Patientinnen und Patienten erfordert nicht nur die Mobilisierung von Funktionseinschränkungen des Bewegungsapparates oder den Ausgleich entgleister biochemischer Normwerte. Die eingehende Beschäftigung mit Fragen zur sozioökonomischen (Ab)Sicherung, zum Vorhandensein bzw. Fehlen von Netzwerkstrukturen, zur Qualität von Wohn- und Lebensbedingungen sind oftmals unvermeidlich, wenn tragfähige Entwicklungen zur Realisierung einer zeitnahen Entlassung vorangetrieben werden sollen., Material und Methode, 'Das Geld folgt der Leistung' - so lautet das Prinzip des DRG-Systems. Die Berücksichtigung fach- und sachgerechter Dienstleistung im ökonomisch-medizinischen Klassifikationssystem stationärer Behandlungsfinanzierung erzwingt deren operationalisierbare Darstellung. Vor diesem Hintergrund wurde ein Instrument zur differenzierten Leistungserfassung des klinischen Sozialdienstes entwickelt – der OPS-analoge, kontinuierlich plausibilitätsgeprüfte Sozialdienstprozedurenkatalog, SozOPS-G© – um die zentralen, mit Multimorbidität und Chronizität einhergehenden Anforderungen zur sozialdienstlichen Bearbeitung psychosozialer und sozioökonomischer Belastungen und Ressourcen zu erfassen. Die Untersuchung von 6.459 konsekutiven akutgeriatrischen und frührehabilitativen Behandlungsfällen eines geriatrischen Fachkrankenhauses (Vollerhebung) zeigt, dass sich die mittels seiner DRG-konformen Leistungsziffern kodierten psychosozialen Maßnahmen differenziert und strukturiert abbilden lassen. Die statistisch signifikanten Untersuchungsergebnisse erweisen sich dabei im Verlauf als sehr robust., Ergebnisse, Unter Anwendung einer Faktorenanalyse lassen sich die 37 differenzierten Einzelleistungen des Krankenhaus-Sozialdienstes zu 13 unterschiedlichen komplexeren Leistungsmodulen (Faktoren) reliabel zusammenfassen (unter Erhalt von 65% der Gesamtvarianz). Anhand reproduzierbarer Regressionsanalysen wird der Nachweis geführt, dass die professionsspezifische Kernkompetenz Klinischer Fachsozialarbeit nachfrage- und nicht angebotsinduziert erbracht wird. Ihr Leistungsaufwand lässt sich zu 43% durch unabhängige Patientenmerkmale wie Morbiditätsstruktur, Nachsorgesetting, Verweildauer und Behandlungsform vorhersagen ($R^2=0,434$ $F=119,597$ $df=24/3739$ $p<0,001$)., Schlussfolgerung, Der fortwährende Umbau sozialrechtlicher Sicherungssysteme in Kombination mit den sich weitreichend auswirkenden demografischen Verschiebungen erzeugt Interaktionsfelder von zunehmend expandierender Akteursdichte. Krankenhaus-Sozialdienste können sich in ihrer breiten Expertise individueller Versorgungs- und Teilhabesicherung auf eine lange Tradition berufen. Trotz nachhaltiger Berücksichtigung vielschichtiger Lebensbedingungen und pluraler Lebenskontexte findet ihr Know-how um Bedeutung und Tragweite psychosozialer Resilienz- und Risikofaktoren in den diagnosebezogenen Fallgruppen (DRG) jedoch bislang keinen entgeltwirksamen Niederschlag.

ID: 119

Möglichkeit der Teilnahme von Brustkrebspatientinnen an Tumorkonferenzen

Lena Ansmann[1], Nicole Ernstmann[1], Christoph Kowalski[1], Rachel Würstlein[2], Markus Wirtz[3], Holger Pfaff[1]

[1]IMVR - Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswisschenschaft der Universität zu Köln, Köln; *[2]Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Klinikum der Universität München, München*; *[3]Pädagogische Hochschule Freiburg, Freiburg*

Hintergrund, Tumorkonferenzen sind regelmäßige Treffen innerhalb eines multidisziplinären Behandlungsteams, in denen die Diagnose und Behandlung von Krebspatienten diskutiert wird. Laut den Zertifizierungskriterien für Brustzentren der Ärztekammer Westfalen-Lippe müssen mind. 95% der operierten Primärfälle postoperativ in Tumorkonferenzen vorgestellt werden. Betroffene Patientinnen können auf Wunsch an der Konferenz teilnehmen., Studien liefern erste Hinweise auf den Nutzen von Tumorkonferenzen für das Patientenmanagement und Überleben [1]. Jedoch haben sich bisher kaum Studien mit der Teilnahme von Patienten an der Tumorkonferenz beschäftigt[2]. In dieser Untersuchung gehen wir der Frage nach, welchen Brustkrebspatientinnen die Teilnahme an der Tumorkonferenz angeboten wird und welche Patientinnen dieses Angebot nutzen., Methoden, Es werden Querschnittsdaten der jährlich in den nordrhein-westfälischen Brustzentren stattfindenden Patientinnenbefragung von Februar bis Juli 2010 (n=3856 Patientinnen aus 86 Krankenhäusern) ausgewertet. Patientinnen wurden gefragt, ob Ihnen die Teilnahme an der Tumorkonferenz angeboten worden ist und ob sie das Angebot genutzt haben. In logistischen Regressions- und Mehrebenenmodellen wird untersucht, (1) ob sich das Angebot der Teilnahme hinsichtlich soziodemografischer und krankheitsbezogener Merkmale von Patientinnen unterscheidet, und (2) ob sich Patientinnen, die das Angebot teilzunehmen genutzt haben von Patientinnen unterscheiden, die das Angebot nicht genutzt haben. In der logistischen Mehrebenenanalyse wird außerdem untersucht, wie sehr die Tatsache, ob einer Patientin die Teilnahme an der Tumorkonferenz angeboten wird, vom jeweiligen Krankenhaus abhängt., Ergebnisse, Laut der Patientinnenbefragung wurde 14% der Patientinnen angeboten, an der Tumorkonferenz teilzunehmen. Von diesen nahmen 58% an der Tumorkonferenz teil. Die Mehrebenenanalyse ergab, dass Patientinnen mit fortgeschrittenem Erkrankungsstadium seltener und jüngeren Patientinnen häufiger eine Teilnahme an der Tumorkonferenz angeboten wurde. Hinsichtlich der Nutzung des Angebotes zeigte sich im logistischen Regressionsmodell, dass Patientinnen, die neoadjuvant behandelt wurden und ein höheres Grading aufwiesen, häufiger an der Tumorkonferenz teilnahmen. Patientinnen mit Mastektomie nahmen seltener teil. Zudem beurteilten Patientinnen, die die Tumorkonferenz nutzten, die Beteiligung an Entscheidungen als höher. , Der Anteil der befragten Patientinnen, denen die Teilnahme angeboten worden ist, variiert zwischen den Krankenhäusern von 0 bis 100% (MW=14,5% SD=19,4). Die Mehrebenenanalyse ergab, dass das Angebot der Teilnahme an der Tumorkonferenz zu ca. 28% davon abhängt, in welchem Krankenhaus die Patientin behandelt wurde. , Schlussfolgerungen, Die Analysen ergeben, dass das Angebot der Teilnahme von Brustkrebspatientinnen an Tumorkonferenzen nach Erkrankungsstadium und Alter differenziert wird. , Patientinnen mit komplexer Erkrankungslage nahmen eher an der Tumorkonferenz teil, da in diesen Fällen möglicherweise mehr bzw. schwierigere Entscheidungen getroffen werden müssen, bei denen die Anwesenheit und die Präferenzen der Patientin hilfreich sein können. Patientinnen nach Mastektomie nehmen möglicherweise aufgrund einer klareren Indikation und eines höheren Alters seltener an der Tumorkonferenz teil. Die Daten weisen trotz fehlendem Kausalitätsnachweis darauf hin, dass Patientinnen, die an der Tumorkonferenz teilgenommen haben, sich stärker an Entscheidungen beteiligt fühlten. , Außerdem verdeutlicht die Mehrebenenanalyse, dass das Einladen von Patientinnen in die Tumorkonferenz deutlich zwischen den Krankenhäusern variiert. Neben der Beantwortung der wichtigen Frage, ob die Teilnahme einer Patientin an der Tumorkonferenz für die Patientin und das Behandlungsteam von Vorteil und umsetzbar ist, sollten sich weitere Studien damit befassen, wie das Angebot und die Teilnahme an der Tumorkonferenz in Krankenhäusern geregelt ist.

ID: 120

Betriebliche Gesundheitsförderung in Deutschland: Verbreitung und Inanspuchnahme

David Beck[1], Uwe Lenhardt[1], Britta Schmitt[1], Sabine Sommer[1]

[1]Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Berlin

Vortrag für eine organisierte Veranstaltung der AG 'Betriebliche Gesundheitsförderung' (Sprecher T Elkeles, U Lenhardt), , Im Beitrag wird die aktuelle Verbreitung und Inanspruchnahme von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung in Betrieben in Deutschland berichtet, differenziert für Betriebsgrößenklassen und Wirtschaftszweige. Dargestellt wird zum einen, wie hoch die Anteile der Beschäftigten sind, die Maßnahmen zur Gesundheitsförderung in ihrem Betrieb angeboten bekommen und diese gegebenfalls in Anspruch nehmen. Zum anderen wird dargestellt, welcheMaßnahmen zur Gesundheitsförderung von den Betrieben angeboten werden., Die Darstellungen beruhen zum einen auf den Angaben von 17.669 Arbeitern, Angestellten, Beamten und mithelfenden Familienangehörigen aus der Erwerbstätigenbefragung 2012 des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB) und der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA). Zum anderen beruhen sie auf Ergebnissen einer 2011 erfolgten Befragung von 6.500 Arbeitgebern, die für die Zwecke der Dachevaluation der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA) durchgeführt wurde., 44% der befragten abhängig Beschäftigten bestätigten, dass in ihrem Betrieb in den letzten zwei Jahren Maßnahmen zur Gesundheitsförderung durchgeführt wurden. Davon nahmen 62% an durchgeführten Maßnahmen teil. Den Auswertungen der Arbeitgeberbefragung zufolge führen etwa 45% der Betriebe in Deutschland Analysemaßnahmen (Mitarbeiterbefragungen, Krankenstandsanalysen) und/oder Maßnahmen zur Individualprävention (Gesundheitschecks, Betriebssport, Suchtprävention) durch. 9% der Betriebe kombinieren diese Maßnahmen mit Gesundheitszirkeln, weitere 2% führen nur Gesundheitszirkel durch. 44% der befragten Arbeitgeber gaben an, gar keine dieser Maßnahmen durchzuführen. Sowohl das Angebot als auch die Inanspruchnahme von Maßnahmen der Gesundheitsförderung variieren erheblich in Abhängigkeit von der Größe und dem Wirtschaftszweig der Betriebe. Während Maßnahmen zur Gesundheitsförderung bereits in der Mehrheit der großen Betriebe – vor allem im öffentlichen Dienst und in der Industrie – umgesetzt werden, sind sie in Kleinst- und Kleinbetrieben nach wie vor selten., Verglichen mit den Ergebnissen früherer Befragungen ist der Anteil der Betriebe, die Maßnahmen zur Gesundheitsförderung durchführen, leicht gestiegen. Gleichwohl deuten die Ergebnisse auf einen weiterhin erheblichen Beratungs- und Unterstützungsbedarf insbesondere der kleinen Betriebe hin. Wertet man Gesundheitszirkel als einen Indikator für die Umsetzung einer verhältnispräventiv und partizipativ ausgerichteten betrieblichen Gesundheitsförderung, erscheint der nach wie vor geringe Anteil der Betriebe, die Gesundheitszirkel durchführen, ernüchternd. Die vorgelegten Ergebnisse legen nahe, dass die Praxis der betrieblichen Gesundheitsförderung in Deutschland vor allem durch Krankenstandsanalysen, Mitarbeiterbefragungen und individualpräventive Maßnahmen repräsentiert ist.

ID: 121

Kosten der Pflege im Lebensverlauf

Rolf Müller[1]

[1]*Zentrum für Sozialpolitik (ZeS), Universität Bremen, Bremen*

Einleitung/Hintergrund, Angaben über die Gesamtkosten, die für Pflegebedürftigkeit von ihrem Eintritt bis, zum Ende anfallen (Gesamtlebenszeitkosten), lagen bis zur Veröffentlichung des Pflegereports 2012 für Deutschland nicht vor – weder für die Ausgaben der Pflegeversicherung, noch für die privat zu tragenden Anteile. Gerade die Gesamtsumme der privat zu finanzierenden Aufwendungen ist aber wichtig, sollen individuell informierte Vorsorgeentscheidungen getroffen werden. Dabei ist nicht nur die durchschnittliche Höhe dieser Ausgaben, sondern auch ihre Verteilung von Interesse., Daten/Methodik, Um die Gesamtlebenszeitkosten zu ermitteln, wurden die Ausgaben der Pflegeversicherung und die privaten Pflegeaufwendungen der Pflegeeintrittskohorte des Jahres 2000 der ehemaligen GEK-Versicherten im Alter von mindestens 60 Jahren bis zum Jahr 2011 kumuliert. Für den Teil der Versicherten, der am Ende des Betrachtungszeitraums noch nicht verstorben war, wurden weitere Ausgabenverläufe modelliert und diese Ausgaben hinzugerechnet. Die Ergebnisse wurden anhand von Alter und Geschlecht auf die Bevölkerung des Jahres 2000 standardisiert. Mittels dieser Daten können die Gesamtlebenszeitausgaben der Pflegeversicherung ebenso wie die privat getragenen und die von der Sozialhilfe übernommenen Gesamtlebenszeitkosten berechnet werden., Ergebnisse, Für pflegebedürftige Frauen ergeben sich im Lebensverlauf durchschnittliche, Pflegekosten in Höhe von insgesamt 84.000 €. Davon entfallen 39.000 € auf die, Pflegeversicherung, und 45.000 € sind privat zu tragen. Für Männer sind die, durchschnittlichen Pflegekosten mit insgesamt 42.000 € nur halb so hoch und werden, zu gleichen Teilen von der Pflegeversicherung und privat getragen. Die privat, zu tragenden Aufwendungen werden bei finanzieller Bedürftigkeit vom Sozialhilfeträger, übernommen. Begründet sind die höheren Kosten für Frauen durch eine, längere Lebenserwartung, verbunden mit längeren Zeiten in vollstationärer Pflege., Diskussion/Schlussfolgerung, Vor dem Hintergrund der stetig steigenden Zahl älterer Menschen in der Bevölkerung kombiniert mit der höheren Wahrscheinlichkeit der Pflegebedürftigkeit stellt sich vielen Personen und Körperschaften die Frage nach der Finanzierbarkeit. Privatpersonen werden mit der Frage konfrontiert, ob es sich lohnt privat vorzusorgen. Die Kommunen stehen als Finanziers der

ID: 124

Versorgung mit Zahnersatz in Deutschland in den Jahren 2001 bis 2009

Thomas Schäfer[1], Andrea Hartmann[1], Rugzan Hussein[1], Eva Maria Bitzer[1], Friedrich-Wilhelm Schwartz[1]

[1]*Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung (ISEG), Hannover*

Einleitung: Über die Versorgung mit Zahnersatz ist wenig bekannt. Versichertenbezogene Abrechnungsdaten zum Zahnersatz wurden bisher nicht ausgewertet, weil der Heil- und Kostenplan (HKP) als Datenquelle komplex aufgebaut und schwer zu erfassen ist. Bei der hier vorgestellten Untersuchung handelt es sich um die erste systematische und bevölkerungsbezogene Darstellung der Versorgung mit Zahnersatz in Deutschland., Daten und Methoden: Es wurden, bezogen auf die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (BEMA Teil 5), die pseudonymisierten Daten der HKPs der Versicherten der ehemaligen Gmünder Ersatzkasse (GEK) der Abrechnungsjahre 2001 bis 2009 mit einem Schwerpunkt auf dem Querschnitt des Jahres 2009 ausgewertet. In diesem Jahr war ein Anteil von rund 2% der Bevölkerung bei der GEK versichert. Im Zentrum der Untersuchung stand die Inanspruchnahmerate, d. h. der Anteil der Versicherten mit mindesten einem HKP im Jahr, der geschlechts- und altersstandardisiert berechnet wurde. Zur Interpretation der Variation auf Länderebene wurden ökologischen Regressionsanalysen herangezogen., Querschnittsergebnisse: Im Jahr 2009 wurde für einen Anteil von 11,5% der Versicherten mindestens ein zahnersatzbezogener HKP abgerechnet (Männer: 10,7% Frauen:12,3%). Die Zahl der pro Jahr und betroffenem Versi¬cherten abgerechneten HKPs lag bei rund 1,3. 56% aller HKPs entfallen auf Reparaturen und Wiederherstel¬lungsmaßnahmen. Die Inanspruchnahmerate steigt mit dem Alter stetig und fast linear an und erreicht in der Altersgruppe der 75- bis unter 80-Jährigen einen Gipfel von 27%. Die mittleren Kosten für Neueingliederungen betrugen 1.382 Euro je Betroffenem, für Frauen rund 75 Euro mehr als für Männer. Die regionalen Disparitäten sind erheblich. So variiert die Inanspruchnahmerate auf Länderebene von 8,8% (Saarland) bis zu 13,8% (Hamburg). Anders als im Bereich der konservierenden und chirurgischen Leistungen weisen der Tendenz nach die neuen Länder niedrigere Werte auf als die alten und die Stadtstaaten höhere als die Flächenländer. Die Gliederung der Kosten nach Ländern vermittelt interessante Aufschlüsse: In den Stadtstaaten sind die mittleren Gesamtkosten vergleichsweise hoch, in den neuen Ländern eher niedrig. Die Länder mit den höchsten Eigenleistungen der Versicherten, die zum Teil weit über dem bundesweiten Durchschnitt liegen, sind Baden-Württemberg, Hamburg, Bayern und Hessen. In einer Modellanalyse konnte die Eigenbeteiligung der Versicherten auf Länderebene gut vorhergesagt werden vom mittleren Winkler-Index für die soziale Schichtung (mit positivem) und dem Arbeitslosenanteil (mit negativem Vorzeichen)., Längsschnittsergebnisse: Die Dreijahresverlustrate für Zahnkronen lag zwischen 2,1% und 2,7%. Die zeitliche Entwicklung der Inanspruchnahme und der Kosten von Zahnersatz (Neueingliederungen) in den Jahren 2001 bis 2009 ist geprägt von der Einführung der Festzuschüsse mit Wirkung vom 1. Januar 2005. In den Jahren 2003 und vor allem 2004 stieg die Inanspruchnahmerate bis auf einen Wert von über 7% an (Vorholeffekt), um dann im Jahr 2005 auf einen Wert von ca. 5% zu fallen. Nach Abklingen des Interventionseffektes blieb die Inanspruchnahmerate etwa einen Prozentpunkt unterhalb des Niveaus, auf dem sie sich in den Jahren 2001 und 2002 befunden hat. Die Kostenanteile der privaten Haushalte und der Privatversicherungen an den Gesamtkosten für Zahnersatz sind seit 2005 kontinuierlich angestiegen. , Schlussfolgerung: Die Leistungsdaten der gesetzlichen Krankenkassen bieten die Möglichkeit, die Gesundheitsberichterstattung in Deutschland vielfach eine Basis für vertiefende Versorgungsforschung auf den Bereich der Versorgung mit Zahnersatz zu erweitern.

ID: 125

Bildungsstatus bei Rückenschmerzpatienten

Carolin Holzmann[1], Jasmin Honold[1], Pia-Maria Wippert[1]

[1]Universität Potsdam, Potsdam

Obwohl die Existenz eines sozialen Gradienten bei chronisch-degenerativen Erkrankungen bereits häufig festgestellt wurde, sind Zusammenhänge zwischen chronisch-orthopädischen Erkrankungen und sozioökonomischen Variablen bislang kaum erforscht. Der Bildungsstatus kann als Indikator für den sozio-ökonomischen Status herangezogen werden. Erste Befunde lassen eine inverse Beziehung zwischen der Prävalenz von Rückenschmerz und dem Bildungsstatus vermuten (Dione et al., 2001 Schmidt et al., 2007). Die Studie untersucht daher die Zusammenhänge zwischen dem Bildungsstatus und chronischem Rückenschmerz. , Die Stichprobe umfasst Männer und Frauen im Alter zwischen 18 und 45 Jahren aus einer Längsschnittstudie mit gesunden Personen und Schmerzpatienten (N = 75). Der Bildungsstatus wird nach der internationalen CASMIN-Klassifikation erhoben. Chronischer Rückenschmerz wird anhand der Schmerzgraduierung nach von Korff (1992) gemessen, die Schmerzintensität und wahrgenommene Beeinträchtigung durch Rückenschmerz erfasst. Die Rolle des Bildungsstatus als Risikofaktor für Schmerzintensität und Beeinträchtigung wird anhand von mehrfaktoriellen Varianzanalysen analysiert. , Erste Studienergebnisse werden im Sommer 2013 vorliegen. Wir erwarten für den ersten Messzeitpunkt eine signifikant negative Beziehung zwischen Bildungsstatus und Rückenschmerzen, die durch das Geschlecht moderiert wird., Die Ergebnisse werden vor dem Hintergrund bildungsbezogener beruflicher Expositionen, sozialer Ressourcen und lebensstilbezogener Unterschiede diskutiert. Die Studie trägt dazu bei, neue Erkenntnisse zum sozialen Bildungsgradienten bei chronisch-orthopädischen Erkrankungen aufzuzeigen.

ID: 126

Erhebung der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch Primär- oder Sekundärdaten: Gibt es einen Königsweg?

Enno Swart[1]

[1]*Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Magdeburg*

Hintergrund: Die Erhebung der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen gehört zum festen Fragenkatalog zahlreicher epidemiologischer Studien. Gleichwohl hat sich hier noch kein Standardmodul herausgebildet, die Ergebnisse unterscheiden sich demnach je nach eingesetztem Instrument. Auch die Validität erinnerungsgestützter Selbstangaben über einen Zeitraum von zwölf Monaten ist unklar. Insofern bietet sich die Erfassung der Inanspruchnahme über GKV-Routinedaten an, die ein vollständiges Bild der Inanspruchnahme liefern. Allerdings fehlen in Sekundärdaten zahlreiche soziodemographische und sozioökonomische Angaben zu Determinanten der Inanspruchnahme., Material und Methode: Die Arbeitsgruppe Versorgungsforschung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie (DGMS) gibt ein Buch zu Theorie, Methoden und Ergebnissen der Inanspruchnahmeforschung heraus. Darin werden in zwei separaten Kapiteln die Chancen wie die Limitationen der Erhebung der Inanspruchnahme über die direkte Befragung von Studienteilnehmern (Primärdaten) und über Sekundärdaten (GKV-Daten) dargestellt. In diesem Beitrag erfolgt eine vergleichende Gegenüberstellung der beiden methodischen Zugänge und eine Diskussion der Chancen, die in einem Datenlinkage von Primär- und Sekundärdaten zur Inanspruchnahme liegen., Ergebnisse: Weder Primärdaten noch Sekundärdaten zeigen ein vollständiges Bild der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und seiner Determinanten. In Primärdaten liegen in der Regel eine Vielzahl soziodemographischer und sozioökonomischer Variablen vor, ebenso Angaben zum individuellen gesundheitsverhalten und Risikofaktoren. Beispiele liefern die bevölkerungsrepräsentativen Surveys des Robert-Koch-Instituts. Die Angaben zur Inanspruchnahme beschränken sich dagegen meist auf die Zahl der ambulanten Kontakte, ggf. differenziert nach Fachrichtung der behandelnden Ärzte, und der Krankenhausaufenthalte, ergänzt um Fragen zu präventive Leistungen und Art verordneter Medikamente. In den Routinedaten der GKV, deren Nutzung sich in den letzten Jahren im Rahmen der Versorgungsforschung etabliert, lässt sich dagegen die Inanspruchnahme versichertenbezogen, sektorübergreifend und längsschnittlich abbilden. Gegenüber den Primärdaten enthalten Sekundärdaten auch detaillierte Angaben zu abgerechneten ambulanten Leistungen (EBM-Katalog), zu Details von Medikamentenverordnungen (ATC kodiert) und zu operativen Eingriffen (OPS-Katalog). Auch die Verknüpfung von Leistungen mit Diagnosen möglich. Dagegen fehlen weitgehend soziodemographische und sozioökonomische Angaben zum Versicherten., Diskussion: (GKV-)Sekundärdaten bieten sich zur Abbildung des reinen Inanspruchnahmegeschehens an. Sie sind vollständig im Sinne aller zu Lasten der GKV abgerechneten Leistungen. Nicht erfasst werden dagegen selbst finanzierte (IGeL-)Leistungen oder frei verkäufliche Medikamente. Ebenso wenig stehen in gleichem Umfang Daten der PKV für eine wissenschaftliche Nutzung bereit. Insofern kann können Primärdaten zur Inanspruchnahme systematische Lücken in der GKV-Daten schließen. Zusätzlich können nur über Primärdaten wesentliche Determinanten des Andersen-Modells erfasst werden, in dem die Determinanten der Inanspruchnahme in die Kategorien „Predisposing Characteristics“, „Enabling Resources“ und „Need“ zusammengefasst werden. Insofern bietet sich für eine umfassende Analyse der Inanspruchnahme ein individuelles Datenlinkage von Primär- und Sekundärdaten an.

ID: 126

Erhebung der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch Primär- oder Sekundärdaten: Gibt es einen Königsweg?

Enno Swart[1]

[1]*Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Magdeburg*

Hintergrund: Die Erhebung der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen gehört zum festen Fragenkatalog zahlreicher epidemiologischer Studien. Gleichwohl hat sich hier noch kein Standardmodul herausgebildet, die Ergebnisse unterscheiden sich demnach je nach eingesetztem Instrument. Auch die Validität erinnerungsgestützter Selbstangaben über einen Zeitraum von zwölf Monaten ist unklar. Insofern bietet sich die Erfassung der Inanspruchnahme über GKV-Routinedaten an, die ein vollständiges Bild der Inanspruchnahme liefern. Allerdings fehlen in Sekundärdaten zahlreiche soziodemographische und sozioökonomische Angaben zu Determinanten der Inanspruchnahme., Material und Methode: Die Arbeitsgruppe Versorgungsforschung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie (DGMS) gibt ein Buch zu Theorie, Methoden und Ergebnissen der Inanspruchnahmeforschung heraus. Darin werden in zwei separaten Kapiteln die Chancen wie die Limitationen der Erhebung der Inanspruchnahme über die direkte Befragung von Studienteilnehmern (Primärdaten) und über Sekundärdaten (GKV-Daten) dargestellt. In diesem Beitrag erfolgt eine vergleichende Gegenüberstellung der beiden methodischen Zugänge und eine Diskussion der Chancen, die in einem Datenlinkage von Primär- und Sekundärdaten zur Inanspruchnahme liegen., Ergebnisse: Weder Primärdaten noch Sekundärdaten zeigen ein vollständiges Bild der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und seiner Determinanten. In Primärdaten liegen in der Regel eine Vielzahl soziodemographischer und sozioökonomischer Variablen vor, ebenso Angaben zum individuellen gesundheitsverhalten und Risikofaktoren. Beispiele liefern die bevölkerungsrepräsentativen Surveys des Robert-Koch-Instituts. Die Angaben zur Inanspruchnahme beschränken sich dagegen meist auf die Zahl der ambulanten Kontakte, ggf. differenziert nach Fachrichtung der behandelnden Ärzte, und der Krankenhausaufenthalte, ergänzt um Fragen zu präventive Leistungen und Art verordneter Medikamente. In den Routinedaten der GKV, deren Nutzung sich in den letzten Jahren im Rahmen der Versorgungsforschung etabliert, lässt sich dagegen die Inanspruchnahme versichertenbezogen, sektorübergreifend und längsschnittlich abbilden. Gegenüber den Primärdaten enthalten Sekundärdaten auch detaillierte Angaben zu abgerechneten ambulanten Leistungen (EBM-Katalog), zu Details von Medikamentenverordnungen (ATC kodiert) und zu operativen Eingriffen (OPS-Katalog). Auch die Verknüpfung von Leistungen mit Diagnosen möglich. Dagegen fehlen weitgehend soziodemographische und sozioökonomische Angaben zum Versicherten., Diskussion: (GKV-)Sekundärdaten bieten sich zur Abbildung des reinen Inanspruchnahmegeschehens an. Sie sind vollständig im Sinne aller zu Lasten der GKV abgerechneten Leistungen. Nicht erfasst werden dagegen selbst finanzierte (IGeL-)Leistungen oder frei verkäufliche Medikamente. Ebenso wenig stehen in gleichem Umfang Daten der PKV für eine wissenschaftliche Nutzung bereit. Insofern kann können Primärdaten zur Inanspruchnahme systematische Lücken in der GKV-Daten schließen. Zusätzlich können nur über Primärdaten wesentliche Determinanten des Andersen-Modells erfasst werden, in dem die Determinanten der Inanspruchnahme in die Kategorien „Predisposing Characteristics“, „Enabling Resources“ und „Need“ zusammengefasst werden. Insofern bietet sich für eine umfassende Analyse der Inanspruchnahme ein individuelles Datenlinkage von Primär- und Sekundärdaten an.

ID: 127

Soziale Ungleichheiten bei reha-bezogenen Parametern in der stationären Kinderrehabilitation – Erste Ergebnisse der laufenden rekju-Studie

Nadine Schumann[1], Eva-Maria Fach[1], Sebastian Günther[1], Matthias Richter[1]

[1]Martin-Luther-Universität Halle-WittenbergMedizinische FakultätInstitut für Medizinische Soziologie, Halle/Saale

Einleitung/Hintergrund, Trotz steigender Prävalenz chronischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter, sind in den letz-ten Jahren kontinuierlich sinkende Antragszahlen im Bereich der stationären Kinderrehabilitation zu verzeichnen (DRV Bund, 2012). Eine zentrale Frage ist dabei, ob soziale Ungleichheiten in der stationären Kinderrehabilitation existieren. Belastbare Erkenntnisse über den Einfluss sozialer Ungleichheiten auf reha-bezogene Parameter in der stationären Kinderrehabilitation liegen bislang kaum vor (Friedl-Huber et al., 2003). Ziel des Beitrages ist es, erste Ergebnisse aus der laufenden rekju-Studie vorzustellen und zu analysieren, ob soziale Unterschiede in der Kinderrehabilitation mit reha-bezogenen Parametern assoziiert sind., Daten/Methodik, Die rekju-Studie ist eine Arzt-Eltern-Befragung und untersucht den Einfluss sozialer Ungleichheiten auf die Inanspruchnahme von stationären Rehabilitationsmaßnahmen bei Kindern und Jugendlichen. In der retrospektiven Teilstudie wurden von Oktober 2012 bis Mai 2013 Eltern (n=100) chronisch kranker Kinder und Jugendlicher im Alter von 7-17 Jahren (M=12,9 SD=2,7) befragt. Rekrutiert wurden Eltern, deren Kinder eine durch die DRV Mitteldeutschland oder DRV Bund stationäre Rehabilitationsmaßnahme bewilligt und in einer der drei kooperierenden Rehabilitationseinrichtungen in Mitteldeutschland erhielten. Folgende reha-relevante Parameter wurden in die Analyse eingeschlossen: „Indikation“, „Komorbidität“, „Krankheitsschwere“, „Rehainitiierung“, „Beurteilung der Diagnosestellung“, „Rehazufriedenheit“. Der sozioökonomische Status der Eltern wurde mit dem Winkler-Index berechnet (Winkler & Stolzenberg, 1999). Um die Assoziation zwischen soziökonomischen Status und den ausgewählten Parametern zu untersuchen, wurden Kreuztabellen sowie lineare und logistische Regressionsmodelle unter Kontrolle von Alter, Geschlecht und Indikation berechnet. , vorläufige Ergebnisse, Kinder mit einem hohen sozioökonomischen Status weisen häufiger eine Erkrankung der Wirbelsäule auf, seltener dagegen Adipositas oder Verhaltensstörungen. Eine Komorbidität weist knapp die Hälfte der Kinder der oberen Statusgruppen auf (47%), während bei den mittleren und unteren Statusgruppen weniger Kinder davon betroffen sind (30% bzw. 28%). In Bezug auf die Krankheitsschwere zeigten sich in den Analysen keine signifikanten Unterschiede zwischen den sozialen Statusgruppen. Keine sozioökonomischen Unterschiede zeigen sich zudem bei der Zufriedenheit mit der Diagnosestellung durch den behandelnden ambulanten Arzt sowie der Rehazufriedenheit. Bei der Initiierung der Rehabilitationsmaßnahme gaben Eltern mit einem hohen sozialen Status häufiger an, die Reha mit initiiert zu haben (75%), als Eltern mit einem mittleren oder niedrigen sozialen Status (68%, 55,2%). , Diskussion/Schlussfolgerung, Eine sinkende Inanspruchnahme stationärer Rehabilitationsmaßnahmen bei Heranwachsenden ist vor dem Hintergrund steigender Prävalenzen bei chronischen Erkrankungen als kritisch zu bewer-ten. Unsere Ergebnisse lassen vermuten, dass soziale Unterschiede nicht zum Tragen kommen, wenn die Kinder und Jugendlichen den Sprung in die Reha erst einmal geschafft haben. Offen ist, inwieweit soziale Ungleichheiten im Zugang bzw. der Nicht-Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen wirken und dabei auch Einfluss auf das Antragsverfahrens nehmen. Dies wird in der derzeit laufenden prospektiven rekju-Teilstudie analysiert, die erstmalig belastbare Erkenntnisse über soziale Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen erbringen wird.

ID: 129

BARMER GEK Zahnreport 2013: Methodische Aspekte zur Auswertung von Heil- und Kostenplänen zur Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen

Rugzan Hussein[1], Thomas Schäfer[2], Andrea Hartmann[1], Eva Maria Bitzer[3], Friedrich-Wilhelm Schwartz[1]

[1]Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung (ISEG), Hannover; *[2]Westfälische Hochschule, Gelsenkirchen Bocholt Recklinghausen, Bocholt*; *[3]Pädagogische Hochschule Freiburg, Freiburg*

Hintergrund: Für die Versorgung mit Zahnersatz ist vor dem Behandlungsbeginn vom Zahnarzt ein Heil- und Kostenplan zu erstellen und bei der zuständigen Krankenkasse einzureichen. Der hier betrachtete Teil 1 des Heil- und Kostenplans enthält Zeilen zum Befund, zur Regelversorgung und zur Therapieplanung, in die von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung vorgegebene Kürzel und deren mögliche Kombinationen bei Neueingliederungen von Zahnersatz eingetragen werden. Die Kosten für die Regelversorgung werden vollständig von der Krankenkasse übernommen. Zusätzliche Leistungen wie keramikvollverblendete Kronen oder ein Implantat statt einer Brückenversorgung gelten als gleichartige bzw. andersartige Versorgung. Die zusätzlichen Kosten werden vom Patienten selbst getragen., Daten und Methoden: Ausgewertet wurden pseudonymisierte Daten zur prothetischen Versorgung der GEK-Versicherten aus dem Jahr 2009. Als Vorbereitung für die Datenauswertung wurden die vorhandenen Kürzel der o.g. Zeilen gesichtet und inhaltlich unter Berücksichtigung der Fachliteratur und in Abstimmung mit der zuständigen Fachabteilung der BARMER GEK in Gruppen klassifiziert. Die Kürzel wurden soweit möglich nach Behandlungsnotwendigkeit, Zahnzustand bzw. Zahnersatzkategorie (Zahn komplett vorhanden, Zahn fehlend, Krone, Brückenglied, herausnehmbarer und Kombinationszahnersatz, Implantate und Suprakonstruktionen) und der Versorgungsform (Regelversorgung, gleich-, andersartige Versorgung) kategorisiert., Ergebnisse: Die im Jahr 2009 abgerechneten Heil- und Kostenpläne (n= 107.769) beinhalteten Informationen über 3.017.532 Zähne. Der häufigste Befund war mit 58,9% Zahn komplett vorhanden mit den Kürzel pw, ww, x, ur oder kein Eintrag, fehlende Zähne (Kürzel Lückenschluss)(oder f) machten einen Anteil von 8,4% aus. Die häufigsten bereits vorhandenen Versorgungen waren Kronen mit den Kürzel k, pk, kw, kx (16,4%) und herausnehmbarer Zahnersatz mit folgenden Kürzel e, r, t, tr, ew, rw, tw, tx (11,6%). Bei der Klassifizierung der Befunde nach bestehender Behandlungsnotwendigkeit waren fehlende Zähne mit 36,2% und herausnehmbarer Zahnersatz mit 20,7% die häufigsten Anlässe. In der Klassifikation der Kürzel der Regelversorgung wurden folgende Kürzel K, PK, KO, KH, KV, KVO und KVH in die Kategorie Kronen und E, H, R, T und TV in die Kategorie herausnehmbarer Zahnersatz erfasst. Bei Betrachtung dieser Zeile stellte sich dar, dass für 20,5% der Zähne eine Behandlung geplant war, 13,4% wurden mit herausnehmbarem Zahnersatz und 6,0% mit Kronen versorgt. Behandlungsbedürftige Zähne (n= 623.946) wurden zu 70,5% im Rahmen der Regelversorgung behandelt, zu 19,8% mit gleichartigem und zu 8,4% mit andersartigem Zahnersatz versorgt. Bezüglich der Versorgungsform hatten herausnehmbarer Zahnersatz mit 17,1% bei der Regelversorgung und Kronen mit 80,9% bei der gleichartigen Versorgung das größte Gewicht. Bei andersartiger Versorgung waren der herausnehmbare Zahnersatz (28,7%) und Implantate, die die Kürzel SKM, SEO, ST, STV, STM, SBM, SBV, SR beinhalteten (26,3%) am stärksten vertreten. Nur 0,1% (n= 434) Implantate wurden im Rahmen der Regelversorgung angefertigt im Vergleich zur Therapieplanung mit 5,2%., Schlussfolgerungen: Auf Basis der Heil- und Kostenpläne liefert der BARMER GEK Zahnreport 2013 eine erste Darstellung der Versorgung mit Zahnersatz. Die Auswertung der drei Zeilen im Heil- und Kostenplan stellte aufgrund der Komplexität des Themas und der Tatsache, dass die Daten nacherfasst wurden eine Herausforderung dar. Es ist weitgehend gelungen, die Kürzel in inhaltlich passenden Kategorien zusammenzufassen und darzustellen. Nur für 330 Zähne konnten die Daten nicht ausgewertet werden (sie waren fehlend oder unplausibel).

ID: 133

Stabilität des Zusammenhangs zwischen sozioökonomischen Status (SES) und Chronifizierungsgrad von Rückenschmerzen bei unterschiedlicher Operationalisierung des SES

Michael Fließer[1], Pia-Maria Wippert[1], Katharina Maria Klaus[1]

[1]*Universität Potsdam, Potsdam*

Einführung:, Eine große Anzahl empirischer Befunde verweist darauf, dass in Gruppen mit niedrigem sozioökonomischen Status (SES) das Risiko für bestimmte Krankheiten oder eines früheren Versterbens höher eingeschätzt werden muss. Hinsichtlich der Forschungsarbeiten lässt sich jedoch eine erhebliche Heterogenität der Messung des SES resümieren. Das erschwert zum einen eine systematische Bewertung des Forschungsstandes und zum anderen bleibt offen, inwieweit die unterschiedliche Operationalisierung des SES dessen berechneten Einfluss auf Gesundheitsvariablen systematisch verändert. , Fragestellung:, In der vorliegenden Studie soll untersucht werden, inwieweit die berechnete Stärke des Zusammenhangs zwischen SES und Chronifizierungsgrad von Rückenschmerzen variiert, wenn der SES auf unterschiedliche Weise operationalisiert wird., Methode: , Die querschnittliche Stichprobe umfasst 130 Probanden, die nach einem Bandscheibenvorfall (Krankheitsdauer ≥ 3 Monate ≤ 1 Jahr) in zwei Brandenburger Rehabilitationskliniken behandelt wurden. Diese wurden zu Beginn des Klinikaufenthalts anhand des Korff-Fragebogens über das Ausmaß der Chronifizierung befragt. Zudem werden demographische Variablen nach den Empfehlungen der Arbeitsgruppe „Epidemiologische Methoden“ erhoben. , In der Auswertung werden zunächst unterschiedliche Varianten des SES mithilfe unterschiedlicher Einzelindikatoren (Bildung nach CASMIN, Berufsstatus nach ISCO-88, Netto-Haushaltsäquivalenzeinkommen in 5 Stufen) und mithilfe eines mehrdimensionalen Schichtindex (entwickelt im Rahmen der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie und später von Joachim Winkler für das RKI modifiziert) gebildet. , Anschließend erfolgt die Berechnung der Korrelationen zwischen diesen Operationalisierungen und dem Chronifizierungsgrad mithilfe der Spearman Rangkorrelation., Ergebnisse, Ergebnisse liegen aktuell noch nicht vor. Es wird vermutet, dass sich die Art der Operationalisierung auf die festgestellte Stärke des Zusammenhanges von SES und dem Chronifizierungsgrad auswirkt., Diskussion:, Sollten sich Unterschiede zeigen, ist zu diskutieren, inwiefern Forschungsergebnisse, welche mit verschiedenen Operationalisierungen arbeiten, miteinander vergleichbar sind. Zudem wäre dies ein Argument dafür, eine größere Homogenität der Berechnung des SES in Bezug auf die Erforschung gesundheitlicher Ungleichheit innerhalb der Forschercommunity anzustreben.

ID: 134

Soziale Ungleichheit in der stationären medizinischen Rehabilitation: Ein systematischer Literaturüberblick

Kerstin Hofreuter-Gätgens[1], Corinna Bergelt[1], Anika Hergert[1], Uwe Koch[1], Hanne Melchior[1], Birgit Pfau-Effinger[2], Holger Schul1[1], Birgit Watzke[1], Matthias Morfeld[3]

[1]*Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg*; [2]*Universität Hamburg, Hamburg*; [3]*Hochschule Magdeburg Stendal, Stendal*

Hintergrund: Soziale Ungleichheiten in der gesundheitlichen Versorgung werden seit einigen Jahren in Deutschland kontrovers unter dem Stichwort „Zwei-Klassen-Medizin“ diskutiert (Lauterbach 2007, Tiesmeyer et al. 2008). Bislang fehlt es allerdings an einer systematischen Forschung, um diese Diskussion auf eine rationale Grundlage zu stellen (Knesebeck et al. 2009). Dieses Forschungsdefizit ist insbesondere für die stationäre medizinische Rehabilitation zu verzeichnen (Janßen et al. 2009). Dabei kommt gerade diesem Versorgungssektor angesichts des demographischen Wandels und des damit einhergehenden Anstiegs an chronischen Erkrankungen eine wesentliche Bedeutung zu. Ziel des Beitrags ist es, durch eine gezielte Literaturrecherche Studien zu sozialen Einflüssen (Bildung, Einkommen und berufliche Stellung) im Rehabilitationsprozess und -ergebnis zu identifizieren., Methoden: Es wurde eine systematische Recherche in gängigen Datenbanken (MEDLINE, EMBASE, Psyndex, Psycinfo und Web of Science) durchgeführt, die durch eine gezielte Handsuche in einschlägigen Fachdatenbanken (Dissonline der Nationalbibliothek, thieme-connect.de) und in den Referenzlisten der identifizierten Studien ergänzt wurde. Eingeschlossen wurden seit 1990 publizierte, englisch- und deutschsprachige Studien. Dabei wurde auf eine umfangreiche Syntax zur Verschlagwortung „sozialer Ungleichheit“ zurückgegriffen. In einem weiteren Schritt erfolgte dann eine eingehende Analyse der Treffer, wobei nur solche Publikationen berücksichtigt wurden, die die stationäre medizinische Rehabilitation untersuchen und multivariate Analyseverfahren anwenden. Eine Bewertung der Studienqualität wurde durch eine Checkliste in Anlehnung an Qualitätsanforderungen für Beobachtungsstudien und Studien über prognostische Faktoren vorgenommen (Kahn et al. 2004 Altmann 2001, Eggers et al. 2007)., Ergebnisse: Mithilfe der gewählten Suchstrategie konnten 18 Studien identifiziert werden, die soziale Einflüsse im rehabilitativen Behandlungsprozess und -ergebnis untersuchen. Die Qualität der Studien ist als mäßig bis gut einzustufen. Die meisten Studien analysieren einzelne soziale Einflüsse in der Rehabilitation im Rahmen von Prädiktorenanalysen. Während sich die rehabilitative Behandlung insgesamt für alle soziale Schichten als effektiv erweist, bestehen Hinweise dahingehend, dass die unteren Sozialschichten am Ende der Rehabilitation nicht das gleiche gesundheitliche Niveau erreichen, wie die höheren sozialen Schichten. Hinsichtlich der langfristigen Ergebniskriterien wie die Wiedereingliederung in das Erwerbsleben zeigen sich die größten Unterschiede zwischen den Sozialschichten. Die Ergebnisse zum Behandlungsprozess oder zu anderen Ergebniskriterien wie die Symptomverbesserung sind dagegen inkonsistent. Auf Grund des fehlenden theoretischen Hintergrundes in der Mehrzahl der Studien kann keine Bewertung über eine ungleiche gesundheitliche Versorgung in der Rehabilitation vorgenommen werden., Diskussion: Die bisherige Forschung lässt vermuten, dass sich gesundheitliche Ungleichheiten in der Rehabilitation fortsetzen und zwischen den sozialen Schichten unterschiedliche Chancen bestehen, erzielte Rehabilitationseffekte langfristig beizubehalten. Allerdings ist es auf Basis der bisherigen Forschung unklar, inwieweit diese Ungleichheiten auf den rehabilitativen Behandlungsprozess, personale Faktoren oder auf die (beruflichen) Lebensbedingungen der Rehabilitandengruppen zurückgeführt werden können. Es bleibt zu diskutieren, inwiefern die Rehabilitation im Sinne einer Patientenorientierung dazu beitragen kann, bestehende gesundheitliche Ungleichheiten zu reduzieren. Dafür ist weitere, theoriegeleitete Forschung unerlässlich.

ID: 135

Verknüpfung von individuellen Krankenkassendaten und Befragungsdaten im Rahmen der lidA-Studie

Stefanie March[1], Janett Powietzka[1], Christoph Stallmann[1], Enno Swart[1]

[1]*Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Magdeburg*

Einleitung / Hintergrund:, Die vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderte lidA – leben in der Arbeit – Studie (Förderkennzeichen: 01ER0826), eine Kohortenstudie zu Gesundheit und Älterwerden in der Arbeit (www.lidA-Studie.de), versucht u. a. individuelle Krankenkassendaten mit den Befragungsdaten zu verknüpfen. Hierfür muss ein schriftliches Einverständnis der Befragten vorliegen (informed consent), da es sich nach § 67b SGB X um personenbezogene Daten handelt. In Deutschland sind derzeit ca. 85 % der Bevölkerung in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert, verteilt auf 134 Krankenkassen (GKV SV 2013). , Daten und Methoden:, Im Rahmen eines computergestützten Interviews (CAPI) wurden in der ersten Befragungswelle 6585 Erwerbstätige der Jahrgangskohorten 1959 und 1965 befragt. Die Stichprobe enthielt keine Selbstständigen und Beamten. Der informed consent beinhaltete u. a. die Abfrage der Versichertennummer und der Krankenkassennummer. Über das in der Kassennummer enthaltene Institutskennzeichen können die einzelnen Krankenkassen identifiziert werden. Alle betroffenen Krankenkassen werden bzgl. einer möglichen Kooperation kontaktiert. , Ergebnisse:, Von ca. 55 % der Befragten, die gesetzlich versichert sind, liegt ein schriftliches Einverständnis zur Zuspielung ihrer individuellen Krankenkassendaten vor (Schröder et al. 2013). Dabei geben Frauen häufiger ihr Einverständnis als Männer. Die Einverständnisse verteilen sich auf rund 70 % der gesetzlichen Krankenkassen. Bislang wurden neun Kooperationsverträge mit Krankenkassen geschlossen. Diese decken ca. 44 % der vorhandenen Einverständniserklärungen ab. , , Diskussion / Schlussfolgerungen:, Die Vielfalt der Krankenkassen, für die ein informed consent vorliegt, bedingt einen hohen organisatorischen und zeitlichen Aufwand. Langfristig wird die Reduzierung der gesetzlichen Krankenkassen die Quote der realisierten Datenverknüpfungen erhöhen, da mit weniger Kassen verhandelt werden muss. Derzeit wird geprüft, welche Daten für das Datenlinkage im Rahmen der lidA-Studie tatsächlich zur Verfügung stehen. Es wird erwartet, dass nicht für alle Personen von denen eine gültige Einverständniserklärung vorliegt und mit deren Krankenversicherung kooperiert wird, auch tatsächlich Daten verknüpft werden können. Gründe hierfür sind u. a. Kassenwechsel der befragten Personen oder Fehler bei der manuellen Erfassung der KV-Nummer. Die Einführung der lebenslangen Krankenversicherungsnummer eröffnet zukünftig die Option, GKV-Routinedaten von Befragten auch nach Kassenwechsel lückenlos den Befragungsdaten zuzuspielen.

ID: 136

Harninkontinenz und erektile Dysfunktion ein Jahr nach der Krankenhausbehandlung von Prostatakrebs – Prävalenz und Determinanten

Silke Neusser[1]

[1]*Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung (ISEG), Witten*

Hintergrund: Im Zuge der demographischen Entwicklung stieg in Deutschland die Zahl der Krankenhausaufenthalte mit der Diagnose Prostatakrebs zwischen 1994 und 2010 um 40%. In Abhängigkeit vom Patientenalter und von der Tumorausdehnung stehen verschiedene Therapieverfahren zur Auswahl, die allerdings mit Harninkontinenz und erektilen Dysfunktionen in Verbindung gebracht werden. Am Beispiel von Patienten knapp ein Jahr nach der stationären Behandlung eines Prostatakarzinoms werden die Häufigkeit dieser erkrankungsspezifischen Beschwerden überprüft sowie patienten- und behandlungsspezifische Einflussfaktoren untersucht., Methodik: Die Analyse beruht auf einer 2011 durchgeführten schriftlichen Befragung von 1.165 BARMER GEK-versicherten Männern ein Jahr nach einem Krankenhausaufenthalt mit der Hauptentlassungsdiagnose „Prostatakrebs“ (ICD-C61). Von 901 eingegangen Fragebögen (Bruttorücklauf: 77,3%) waren 825 auswertbar (Nettorücklauf: 70,8%). Mit dem Erhebungsinstrumentarium wurden u.a. Angaben zu Begleiterkrankungen und Komplikationen sowie zur erkrankungsspezifischen Lebensqualität (PSM: Prostataspezifisches Modul mit Scorewerten zwischen 0 und 100, vgl. Bestmann et al. 2006) u.a. mit den Skalen „Harninkontinenz“, „Erektile Dysfunktionen“ und „Sexualität“ erfasst. Ergänzend wurden die in den Abrechnungsdaten dokumentierten Prozeduren (OPS) sowie die Dauer des Krankenhausaufenthalts berücksichtigt. Unter gleichzeitiger Einbeziehung mehrerer Variablen wurden Einflussfaktoren auf die Harninkontinenz und erektile Dysfunktionen ca. ein Jahr nach dem Krankenhausaufenthalt eruiert (logistische Regression). Geschätzt wurde die Wahrscheinlichkeit, dass die Beschwerden ausgeprägter sind als im Median der Befragungsteilnehmer (Harninkontinenz). Für Skalen mit hohen Deckeneffekten (Erektile Dysfunktion, Sexualität) wird die Wahrscheinlichkeit maximaler Beeinträchtigung modelliert. , Ergebnisse: Die Männer waren im Mittel 67,6 Jahre alt. Bei 8 von 10 Befragten war eine radikale Prostatektomie durchgeführt worden (bei 63,1% der Patienten während des Index-Aufenthalts und bei 15,2% bei einem späteren Krankenhausaufenthalt). Für die restlichen Männer sind alternative Behandlungen wie partielle Prostatektomie oder Strahlentherapie dokumentiert. Ein Fünftel (20,2%) aller Befragten berichtet von Komplikationen im Zusammenhang mit der Behandlung im Krankenhaus. Zum Befragungszeitpunkt sind die Einschränkungen, die mit den Skalen „Erektile Dysfunktion“ (MW 89,9) und „Sexualität“ (MW 77,6) erfasst werden, besonders ausgeprägt. Der durchschnittliche Scorewert der Skala „Harninkontinenz“ beträgt 28,3. Die multivariate Analyse zeigt, dass sich die Chance auf weniger stark ausgeprägte erektile Dysfunktionen durch ein jüngeres Lebensalter (OR 0,35 bzw. OR 0,53) sowie bestimmte Behandlungsformen erhöht. Insgesamt wirken sich die Brachytherapie (OR 0,25) sowie im Vergleich zu einer herkömmlichen Prostatektomie Gefäß- und nervenschonende Operationstechniken (OR 0,30) protektiv aus., Schlussfolgerungen: Unabhängig von der Therapieform geht die Behandlung eines Prostatakarzinoms oft mit langfristigen Nebenwirkungen einher, die insbesondere die sexuelle Funktionsfähigkeit betreffen. Internationale Längsschnittstudien (Sanda et al. 2008, Smith et al. 2009, Stanford et al. 2000) kommen unter der Verwendung verschiedener Instrumente zu einem vergleichbaren Ergebnis.

ID: 138

Prävention von Blutbahninfektionen bei intensivmedizinisch betreuten Patienten. HTA zur medizinischen Wirksamkeit von Minocyclin/Rifampicin-beschichteten zentralen Venenkathetern

Silke Neusser[1], Ingeborg Mieth[2], Christian Krauth[3], Eva Maria Bitzer[2]

[1]Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung (ISEG), Witten; *[2]nstitut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung (ISEG), Hannover*; *[3]Medizinische Hochschule Hannover, Hannover*

Hintergrund: Zentrale Venenkatheter (ZVK) werden in der Intensivmedizin routinemäßig eingesetzt. Nach Schätzungen gab es in 2010 in Deutschland ca. 5 Millionen ZVK-Patiententage in intensivmedizinischer Betreuung. Allerdings sind ZVK mit Komplikationsrisiken verbunden, zu denen auch die ZVK-assoziierte Blutbahninfektion gehört. Daher wird der Einsatz von ZVK diskutiert, die mit den Antibiotika Minocyclin und Rifampicin beschichtet sind (MR-beschichtete ZVK). Auf der Basis der Evidenzlage 2011 wird überprüft, ob MR-beschichtete ZVK bei intensivmedizinisch betreuten Patienten zu einer Reduktion von ZVK-bezogenen Blutbahninfektionen beitragen. , Methodik: Es wurde ein Health Technology Assessment (HTA) erstellt, das vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation (DIMDI) beauftragt und aus Mitteln der öffentlichen Hand finanziert wurde. Im September 2011 fand die systematische Literaturrecherche in 32 medizinischen Datenbanken statt. Die Suche erstreckte sich auf den gesamten verfügbaren Zeitbereich der jeweiligen Datenbank und wurde auf die Sprachen Deutsch, Englisch und Französisch beschränkt. In einem ersten Schritt wurden die Treffer anhand von Selektionskriterien auf der Basis von Titel und Abstract geprüft. Im zweiten Schritt wurde die Relevanz der Publikationen auf der Basis der Volltextversion bewertet. Die Selektion erfolgte in jedem Schritt durch zwei unabhängige Reviewer. Primäres Outcome für die medizinische Bewertung ist „ZVK-bezogene Blutbahninfektion“. Als sekundäre Outcomes werden „Kolonisation des ZVK“ und „Mortalität aufgrund ZVK-bezogener Blutbahninfektion“ einbezogen., Ergebnisse: Im Rahmen der Literaturrecherche wurden 737 Publikationen identifiziert. Für die Bewertung der Wirksamkeit wurden acht randomisierte kontrollierte Studien (RCT) und sieben systematische Übersichtsarbeiten einbezogen. , Die RCT weisen deutliche methodische Unterschiede auf und beziehen heterogene, nur bedingt auf die Zielgruppe „intensivmedizinisch betreute Patienten“ übertragbare Studienpopulationen ein. Dennoch zeigen alle Studien einen protektiven Effekt der MR-beschichteten ZVK. Für den Vergleich MR-beschichteter ZVK mit herkömmlichen ZVK zeigt sich in dem qualitativ gut gemachten RCT, der am ehesten auf die Zielgruppe „intensivmedizinisch betreute Patienten“ übertragbar ist, für das Outcome „ZVK-bezogene Blutbahninfektion“ ein relatives Risiko von 0,53 (0,20 bis 1,39) und für das Outcome „ZVK-Kolonisation“ ein relatives Risiko von 0,43 (0,26 bis 0,70). Die übrigen RCT weisen noch deutlichere, teilweise auch statistisch signifikante protektive Effekte auf, sind aber auch mit einem hohen Risiko für systematische Verzerrungen behaftet. Die Metaanalysen der systematischen Übersichtsarbeiten bestätigen die protektiven Effekte der MR-beschichteten ZVK. , Aus ethischer Perspektive stellen sich Fragen zur Patientensicherheit und zur Resistenzentwicklung, die allerdings in den acht RCT allenfalls ansatzweise adressiert werden., Schlussfolgerungen: Die Anwendung MR-beschichteter ZVK trägt bei intensivmedizinisch betreuten Patienten dazu bei, Blutbahninfektionen zu vermeiden. Dennoch kann ihr Einsatz nicht uneingeschränkt empfohlen werden. Die RCT weisen eine heterogene methodische Qualität auf und umfassen eher kleine Stichproben. Auffallend ist, dass seit 2002 keinRCT zur medizinischen Wirksamkeit MR-beschichteter ZVK durchgeführt wurde, dass alle bislang vorliegenden RCT mit Unterstützung der Herstellerfirma entstanden und fünf der acht RCT aus demselben Autorenkollektiv stammen. Zudem bestehen Unsicherheiten in Bezug auf die Gefahr von Resistenzentwicklungen.

ID: 139

Umwelt, Soziale Lage und Gesundheit bei Kindern in Frankfurt am Main: Ergebnisse nach Sozialer Schicht der Kinder.

Manuela Schade[1], Ursel Heudorf[1], Claudia Hornberg[1]

[1]*Universität Bielefeld, Bielefeld*

Zielsetzung, Die Stadt Frankfurt möchte „Umweltgerechtigkeit“ in der Gesundheitsberichterstattung verstärkt thematisieren. Dazu wurden Daten zu Umweltbelastungen und -ressourcen im Wohnumfeld, zur sozialen Lage sowie dem Gesundheitszustand bei Kindern im Alter von 3-10 Jahren in vier Frankfurter Stadtteilen erhoben und verglichen, u. a. auch um soziale Ungleichheiten in Bezug auf umweltbezogene Belastungen und Ressourcen aufzeigen zu können., Methoden, Durch die Berechnung eines Umwelt- und Sozial-Index mithilfe der Nutzung von vorhandenen Aggregatdaten auf Stadtteilebene, wurden vier Stadtteile ausgewählt. Die Datenerfassung der Vollerhebung (Gesamt: 5341 Kinder) mit quantitativem Querschnittsstudiendesign erfolgte mittels standardisiertem Fragebogen. Berücksichtigt wurden Angaben der Eltern (oder Bezugspersonen) mit Kindern im Alter von 3-10 Jahren. Der Zugang erfolgte in Grundschulen und Kindergärten und ca. 2000 Eltern wurden postalisch angeschrieben. Die soziale Schicht wurde mit dem Winkler-Index ermittelt., Ergebnisse, 2172 Eltern füllten einen Fragebogen aus (Rücklauf 40,8%). Die Stichprobe entspricht bzgl. der Alters-, Geschlecht- und Stadtteilverteilung der Grundgesamtheit. Die Soziale Schichtverteilung in den Stadtteilen unterscheidet sich signifikant: Kinder aus den Stadtteilen Gallus und Höchst zeigen eine schlechteres Soziales Schichtniveau als Kinder aus Dornbusch und Bergen-Enkheim. Auswertungen mit Bezug auf die soziale Schichtzugehörigkeit aller Kinder zeigen signifikante Unterschiede beim subjektiven Gesundheitszustand, beim Gewichtsstatus, der Lebensqualität, den Wohn- und Lebensbedingungen, bei der empfundenen Sicherheit im Stadtteil, bei der Lärmbetroffenheit und -belästigung, bei der empfundenen Luftverschmutzung, bei der Versorgung mit Grün und bei der Zufriedenheit mit den Wohnbedingungen ($p < 0,05$). Kinder von Familien mit niedrigerem Sozialgradient sind häufiger betroffen und zeigen schlechtere Befunde als Kinder aus besseren sozialen Familienverhältnissen., Schlussfolgerung, Die Primärerhebung zur Thematik „Umwelt, Soziale Lage und Gesundheit bei Kindern in Frankfurt“ zeigt, dass Umweltgerechtigkeit auch in Frankfurt thematisiert werden sollte, da sozial benachteiligte Eltern mit ihren Kindern größeren Umweltbelastungen ausgesetzt, schlechteren Wohnbedingungen ausgesetzt sind und weniger Ressourcen zur Verfügung stehen. Die Daten können Grundlage sein für konkrete Handlungsempfehlungen, mit dem Ziel in Frankfurt mehr Umweltgerechtigkeit zu erreichen.

ID: 139

Umwelt, Soziale Lage und Gesundheit bei Kindern in Frankfurt am Main: Ergebnisse nach Sozialer Schicht der Kinder.

Manuela Schade[1], Ursel Heudorf[1], Claudia Hornberg[1]

[1]*Universität Bielefeld, Bielefeld*

Zielsetzung, Die Stadt Frankfurt möchte „Umweltgerechtigkeit“ in der Gesundheitsberichterstattung verstärkt thematisieren. Dazu wurden Daten zu Umweltbelastungen und -ressourcen im Wohnumfeld, zur sozialen Lage sowie dem Gesundheitszustand bei Kindern im Alter von 3-10 Jahren in vier Frankfurter Stadtteilen erhoben und verglichen, u. a. auch um soziale Ungleichheiten in Bezug auf umweltbezogene Belastungen und Ressourcen aufzeigen zu können., Methoden, Durch die Berechnung eines Umwelt- und Sozial-Index mithilfe der Nutzung von vorhandenen Aggregatdaten auf Stadtteilebene, wurden vier Stadtteile ausgewählt. Die Datenerfassung der Vollerhebung (Gesamt: 5341 Kinder) mit quantitativem Querschnittsstudiendesign erfolgte mittels standardisiertem Fragebogen. Berücksichtigt wurden Angaben der Eltern (oder Bezugspersonen) mit Kindern im Alter von 3-10 Jahren. Der Zugang erfolgte in Grundschulen und Kindergärten und ca. 2000 Eltern wurden postalisch angeschrieben. Die soziale Schicht wurde mit dem Winkler-Index ermittelt., Ergebnisse, 2172 Eltern füllten einen Fragebogen aus (Rücklauf 40,8%). Die Stichprobe entspricht bzgl. der Alters-, Geschlecht- und Stadtteilverteilung der Grundgesamtheit. Die Soziale Schichtverteilung in den Stadtteilen unterscheidet sich signifikant: Kinder aus den Stadtteilen Gallus und Höchst zeigen eine schlechteres Soziales Schichtniveau als Kinder aus Dornbusch und Bergen-Enkheim. Auswertungen mit Bezug auf die soziale Schichtzugehörigkeit aller Kinder zeigen signifikante Unterschiede beim subjektiven Gesundheitszustand, beim Gewichtsstatus, der Lebensqualität, den Wohn- und Lebensbedingungen, bei der empfundenen Sicherheit im Stadtteil, bei der Lärmbetroffenheit und -belästigung, bei der empfundenen Luftverschmutzung, bei der Versorgung mit Grün und bei der Zufriedenheit mit den Wohnbedingungen ($p < 0,05$). Kinder von Familien mit niedrigerem Sozialgradient sind häufiger betroffen und zeigen schlechtere Befunde als Kinder aus besseren sozialen Familienverhältnissen., Schlussfolgerung, Die Primärerhebung zur Thematik „Umwelt, Soziale Lage und Gesundheit bei Kindern in Frankfurt“ zeigt, dass Umweltgerechtigkeit auch in Frankfurt thematisiert werden sollte, da sozial benachteiligte Eltern mit ihren Kindern größeren Umweltbelastungen ausgesetzt, schlechteren Wohnbedingungen ausgesetzt sind und weniger Ressourcen zur Verfügung stehen. Die Daten können Grundlage sein für konkrete Handlungsempfehlungen, mit dem Ziel in Frankfurt mehr Umweltgerechtigkeit zu erreichen.

ID: 140

Associations between supportive leadership and employees' self-rated health in a German industrial cohort

Burkhard Schmidt[1], Adrian Loerbroks[2], Raphael Herr[1], Marc N. Jarczok[1], Jos A. Bosch[2], Joachim E. Fischer[1]

[1]Universität Heidelberg, Mannheim; *[2]Institut für Medizinische Soziologie, Düsseldorf*; *[2]University of Amsterdam, Faculty of Social and Behavioural Sciences, Amsterdam*

Purpose: To explore potential associations between supportive leadership style (SLS), an aspect of leadership behavior, and self-rated health (SRH) among employees., Methods: We drew on cross-sectional data from a cohort of industrial workers (n=3331), collected in 2009. We assessed employees' ratings of supportive, employee-oriented leadership behavior at their job, their SRH and work stress as measured by the Job Demand Control Support and Effort-Reward scales. Logistic regression estimated odds ratios (OR) and corresponding 95% confidence intervals (CI) for the association between the perception of poor SLS and SRH controlling for work-related stress and other confounders. Sensitivity analyses stratified models by employees' sex, age and managerial position to test the robustness of associations., Results: Perception of poor SLS was associated with poor SRH [OR 2.39 (95% CI 1.95-2.92)]. Although attenuated following adjustment for measures of work-related stress [OR 1.58 [95% CI 1.24-2.01]), the magnitude, direction and significance of this association remained robust in stratified models in most subgroups., Conclusion: SLS appears to be relevant to health in the workplace. Leadership behavior may represent a promising area for future research with potential for promoting better health in a large segment of the adult population.

ID: 141

Pflegerisiko und Pflegekosten im ersten Jahr nach einem Schlaganfall. Analyse auf Grundlage von Routinedaten einer gesetzlichen Krankenkasse in Deutschland

Susanne Schnitzer[1], Martin Kohler[1], Dirk Peschke[2], Adelheid Kuhlmey[1], Liane Schenk[1]

[1]Charité, Institut für Medizinische Soziologie; *[2]Technische Universität Berlin. Fachgebiet Strukturentwicklung und Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen*

Hintergrund - Mit der wachsenden Anzahl älterer Menschen in den Industrienationen wird davon ausgegangen, dass die Prävalenz der Schlaganfall-Patienten steigt. Schlaganfall ist eine Hauptursache von chronischer Behinderung und Pflegebedürftigkeit im Erwachsenenalter. Trotz dieser Kenntnisse existieren nur wenige Studien, die das Pflegerisiko nach einem Schlaganfall untersuchen. Darüber hinaus ist Pflegebedürftigkeit infolge eines Schlaganfalls mit hohen Kosten assoziiert, die längerfristig den größten Effekt auf die mit einem Schlaganfall assoziierten Gesamtkosten aufweisen. Die Datenlage zu den Pflegekosten nach einem Schlaganfallereignis ist defizitär, detaillierte Analysen zum Kostenverlauf und zu Einflussfaktoren auf Pflegekosten sind kaum vorhanden. Im vorliegenden Beitrag werden das Pflegerisiko und die Pflegekosten im ersten Jahr nach einem Schlaganfall untersucht. , Methoden - Die Untersuchung beruht auf Routinedaten einer gesetzlichen Krankenkasse in Deutschland mit ca. 1 Million Versicherten. Die Analysen schließen alle akutstationären Aufenthalte zwischen dem 01.01.2007 und dem 31.12.2007 mit den Hauptdiagnosen ischämischer Schlaganfall (ICD-10-GM: I63), hämorragischer Schlaganfall (ICD-10-GM: I60, I61) sowie transitorische Attacken (G45) in die Stichprobenziehung ein (N=4464). Ab Initialereignis wurden die Daten der Versicherten für ein Jahr erfasst. Der Eintritt in Pflegebedürftigkeit wird anhand von Cox-Regressionen ermittelt. Die Berechnung des Pflegerisikos und der Pflegekosten erfolgt mit Hilfe von Verallgemeinerten Linearen Modellen. Als unabhängige Variablen gehen Schlaganfalldiagnose (TIA, Ischämie, Blutung), Schlaganfall im Vorjahr, Geschlechtszugehörigkeit, Alter, Ost-West-Zugehörigkeit und geriatrietypische Multimorbidität in die Analysen ein., Ergebnisse – Von 3.526 Patienten, die im ersten Jahr nach einem Schlaganfall überleben, werden 17,5% infolge des Initialereignisses pflegebedürftig. Nach einem Jahr ist die Hälfte der ältesten Patientengruppe pflegebedürftig, während nur 5% der jüngsten Altersgruppe pflegebedürftig werden. Hervorzuheben ist das Ergebnis, dass das Pflegerisiko zwar erwartungsgemäß hoch signifikant mit dem Alter der Patienten assoziiert ist ($p<0.001$) - bei den Pflegekosten spielt das Alter jedoch keine Rolle mehr ($p=0.24$). Auch Geschlechtszugehörigkeit oder eine Schlaganfall-Diagnose im Vorjahr beeinflussen die Pflegekosten nicht. Entscheidend ist hier der Krankheitszustand: Die stärksten Zusammenhänge mit Pflegekosten bestehen zwischen einer Pflegebedürftigkeit, die bereits vor dem Initialereignis im Beobachtungszeitraum bestand ($p<0.001$) und dem Vorhandensein von geriatrietypischer Multimorbidität ($p<0.001$). Geriatrietypische Multimorbidität weist – neben Schlaganfalldiagnose und Alter – auch den stärksten Zusammenhang mit dem Pflegerisiko infolge eines Schlaganfallereignisses auf. , Diskussion – Die Ergebnisse verdeutlichen Implikationen für die medizinische Praxis: Während Alter und Geschlechtszugehörigkeit keine Ansatzpunkte für Prävention bieten, können Verlauf und Ausmaß von geriatrietypischen Morbiditäten potentiell beeinflusst werden. Medizinische Leistungserbringer sind gefordert, rehabilitative Maßnahmen zur Reduzierung schlaganfallassoziierter Komorbiditäten zu verstärken, mit der Zielsetzung das Pflegerisiko und die Pflegekosten infolge eines Schlaganfalls zu senken. Weitere Studien sind notwendig, um die geriatrietypischen Morbiditäten genauer zu untersuchen.

ID: 142

Sozial-erwünschtes Antwortverhalten von Grundschülern bei Angaben zur Tabakrauchexposition:Primär – und Sekundärprävention von Tabak- und Alkoholkonsum bei Kindern (PriSeTA-Studie)

Ulrike Zier[1], Bernd Roßbach[1], Daniel Spahn[1], Eva Münster[1]

[1]*Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin der Universitätsmedizin Mainz, Mainz*

Einleitung, Um wichtige Handlungsfelder im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention zu identifizieren aber auch um die Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen zu bewerten, wird häufig auf Selbstangaben der Befragten zurückgegriffen. Auch bei der Untersuchung von gesundheitsrelevantem Verhalten, Einstellungen und Prävalenzraten bei Kindern und Jugendlichen in der Suchtforschung ist das häufig der Fall. Insbesondere bei Fragestellungen, die gesellschaftlich abweichendes oder gesetzeswidriges Verhalten betreffen, kann sozial erwünschtes Antwortverhalten auftreten, sodass die Ergebnisse nur über eine begrenzte Gültigkeit verfügen. Dies betrifft auch Angaben zum Alkohol- und Tabakkonsum. Ziel der Studie war es, die Qualität Selbstangaben zu Tabakkonsum und Passivrauchbelastung von Grundschülern der 3. und 4. Klassen mit Hilfe des Biomarkers Cotinin im Speichel zu validieren., Methode, An 49 zufällig ausgewählten Grundschulen (kontaktiert: n=280) im Regierungsbezirk Darmstadt (Hessen) wurde 2010/11 eine standardisierte schriftliche Querschnittsbefragung durchgeführt. Bei vorliegender Zustimmung wurden bei den teilnehmenden Grundschülern auch Speichelproben genommen. Die Durchführung der Studie wurde durch die Deutsche Krebshilfe gefördert. Datenschutzbeauftragter, Ethikkommission, Kultusministerium, Grundschulen, Erziehungsberechtigte sowie die befragten Kinder bewilligten die Studie bzw. ihre Teilnahme an Befragung und Speichelprobeschriftlich. Das Erhebungsinstrument wurde speziell für die Zielgruppe entwickelt und umfasst 65 geschlossene Fragen zu Risikoverhalten, -einstellungen und -wissen in Bezug auf Alkohol- und Tabakkonsum sowie zum sozialen Kontext. Die Speichelproben wurden unmittelbar nach der Befragung gewonnen und mittels Gaschromatographie/Massenspektrometrie auf Cotinin, ein Abbauprodukt von Nikotin, untersucht. Proben mit einem Volumen von weniger 500 µL wurden ausgeschlossen. Die Nachweisgrenze des Verfahrens lag bei 0,3 µg/L. , Ergebnisse, Die Selbstangaben von 1806 Schülern der dritten (n=786) und vierten Klasse (n=1020) konnten analysiert werden. Mädchen (n=927) und Jungen (n=879) waren etwa gleich stark vertreten. Von dem durchschnittlich 9,44 ± 0,73 Jährigen gaben 14 Kinder (0,8%) an, aktiv zu rauchen. 33,6% der Kinder gaben an, dass zu Hause in ihrer Anwesenheit geraucht wird. Eine Speichelprobe wurde von 1421 (78.7%) Kindern abgegeben. Von diesen Proben zeigten 12,6% (n=145) eine Cotininkonzentration über der Nachweisgrenze. Alle Kinder, deren Speichel einen Cotininwert über der Nachweisgrenze aufwies, gaben an, in den letzten 2 Tagen nicht geraucht zu haben und 7,4% (n=33) der betroffenen Kinder gaben keine Passivrauchbelastung an. , Schlussfolgerung, Bei 7,4% der Kinder lag damit eine Diskrepanz zwischen Selbstangaben und objektivierter Tabakexposition vor, die auf sozial erwünschtes Antwortverhalten hindeutet. Bei der Durchführung von Prävalenzstudien wie auch bei Interventionsstudien erscheinen Maßnahmen zur Objektivierung der Angaben daher als unabdingbar.

ID: 143

Inanspruchnahme von Leistungen zur Individuellen Gesundheitsförderung bei Erwerbstätigen - Ergebnisse der lidA-Studie

Nadine Ladebeck[1], Stefanie March[2], Enno Swart[2]

[1]Hochschule Magdeburg-Stendal, Magdeburg; *[2]Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Magdeburg*

Einleitung / Hintergrund:, Der wachsende Anteil an älteren Beschäftigen in der Erwerbsbevölkerung wird voraussichtlich dazu führen, dass immer mehr Erwerbstätige mit gesundheitlichen Einschränkungen im Arbeitsprozess stehen werden (Hasselhorn und Rauch 2013). Dieser Problematik widmet sich die lidA - leben in der Arbeit – Studie, eine Kohortenstudie zu Gesundheit und Älterwerden in der Arbeit (www.lida-studie.de). Die vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderte Studie (Förderkennzeichen: 01ER0826) untersucht u. a. die Gesundheit älterer Erwerbstätiger in Deutschland, ihre Entwicklung im zeitlichen Verlauf sowie arbeitsplatzbezogene Ressourcen und Risikofaktoren für Gesundheit. Daraus sollen der Interventionsbedarf und Ansätze zur Gesundheitsförderung bei älteren Arbeitnehmern abgeleitet werden (Schröder et al. 2013). , Daten und Methoden:, Im Rahmen der ersten Befragungswelle wurde mit 6.585 sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten der Geburtsjahrgänge 1959 und 1965 ein computergestütztes Interview (CAPI) geführt. Beide Geburtskohorten gehören zu den Jahrgängen des deutschen Babybooms und stehen kurz vor dem Eintritt in das höhere Erwerbsalter (Tisch/Tophoven 2011). Es wurden u. a. Arbeitserfahrungen, gesundheitsrelevante Verhaltensweisen und Angaben zur Gesundheit erhoben. Eine Frage befasst sich mit der Inanspruchnahme individueller Maßnahmen zur Gesundheitsförderung (GF) in den letzten 12 Monaten. Die drei häufigsten Leistungen - Maßnahmen zur Rücken- und Wirbelsäulengymnastik, zur Entspannung und zu Bewegung, Sport und Fitness - wurden auf geschlechts- und kohortenspezifische Unterschiede untersucht. Zusätzlich wurden Assoziationen der individuellen Teilnahme an GF in Bezug auf gesundheitliche Einschränkungen (z. B. Schmerzen in verschiedenen Körperregionen) und Arbeitsbelastungen analysiert. , Ergebnisse:, Die Untersuchung zeigt, dass ein großer Teil der Befragten mindestens eine Leistung in den letzten 12 Monaten in Anspruch genommen hat (45,0 %). Die-ser Anteil weist bezüglich der individuellen Inanspruchnahme geschlechtsbe-dingte Unterschiede auf. So nehmen Frauen häufiger an Maßnahmen zur individuellen GF teil (54,1 % vs. 35,4 % mit mindestens einer dieser drei Leis-tung in den letzten 12 Monaten). Unterschiede in der Teilnahme beider Kohor-ten sind nur gering ausgeprägt (Geburtsjahr 1965: 44,9 %, Geburtsjahr 1959: 46,0 %). Knapp über die Hälfte der Teilnehmer, an mindestens einer Leistung, berichtet gleichzeitig von Schmerzen im unterem Rücken sowie der Nacken- und der Schulterregion (im Durchschnitt 50,3 %). Ähnliches lässt sich bei Teilnehmern feststellen, die gleichzeitig von Arbeitsbelastungen berichten., Diskussion / Schlussfolgerungen:, Die Untersuchung der individuellen Inanspruchnahme von Maßnahmen zur GF zeigt geschlechts- und kohortenspezifische Unterschiede auf. Bezüglich der Teilnahme an Maßnahmen der Gesundheitsförderung und subjektiv berichteten Einschränkungen der Gesundheit lassen sich bis jetzt aufgrund der derzeit nur einmaligen Befragung (Querschnittsdaten) lediglich Assoziationen finden. Erst durch die Angaben weiterer Befragungen im Zeitverlauf kann die Richtung des Zusammenhanges bestimmt werden., Aus den Angaben der individuellen Inanspruchnahme sowie Arbeitsbelastungen können der Interventionsbedarf konkretisiert und daraus Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung abgeleitet werden.

ID: 144

Effektivität und Kosteneffektivität von Versorgungsmanagement-Programmen für die Indikationen Alzheimer-Demenz und Multiple Sklerose - Ergebnisse einer empirischen Befragung der gesetzlichen Krankenversicherungen

Sonja Ivancevic[1], Lennart Weegen[1], Lasse Korff[1], Anke Walendzik[1], Jürgen Wasem[1], Sarah Mostardt[1]

[1]Lehrstuhl für Medizinmanagement Universität Duisburg-Essen, Essen

Hintergrund:, Vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung und der damit einhergehenden steigenden Prävalenz altersassoziierter Krankheitsbilder spielt die Versorgung von Alzheimer-Demenz Erkrankten eine große Rolle im deutschen Gesundheitswesen. Gegenwärtig leben in Deutschland rund 1,5 Mio. Demenzkranke und es kommen jährlich bis zu 300.000 Neuerkrankungen dazu. Zwei Drittel der Erkrankten leiden an der Form der Alzheimer-Demenz [1]. Ebenfalls von erheblicher Bedeutung ist der Versorgungsprozess bei Multiple Sklerose, der durch einen umfassenden interdisziplinären und sektorübergreifenden Behandlungsbedarf geprägt ist. Die jährliche Neuerkrankungsrate liegt hier bei circa 3,5 bis 5 pro 100.000 Einwohner [2]. Insgesamt leben derzeit ca. 120.000-180.000 MS-Erkrankte in Deutschland [3]. Beide Indikationen zeichnen sich durch einen hohen Versorgungs- und Betreuungsaufwand aus und sind aufgrund des damit einhergehenden erheblichen Ressourcenverbrauchs von großer volkswirtschaftlicher Bedeutung. Zur Vernetzung der bislang eher separat agierenden Versorgungssektoren werden Versorgungsmanagement-Programme etabliert um den Behandlungsprozess effektiver zu gestalten. Es stellt sich die Frage nach der Effektivität und Kosten-Effektivität solcher Versorgungsmanagement-Programme bei den Indikationen Alzheimer-Demenz und Multiple Sklerose. , , Methodik:, Im Rahmen einer empirischen qualitativen Erhebung wurden im November 2012 gesetzliche Krankenversicherungen hinsichtlich ihrer Versorgungsmanagement-Programme zu den Indikationen Alzheimer-Demenz und Multiple Sklerose befragt. Diese Befragung wurde initiiert, da keine systematische Übersicht zu Versorgungsmanagement-Programmen bei diesen Indikationen existiert und eine Befragung der gesetzlichen Krankenkassen als geeignete Methode zur Identifikation aller Programme und deren Evaluationen gesehen wird. Gegenstand der Befragung waren das Vorhandensein und die inhaltliche Ausgestaltung der Versorgungsmanagement-Programme sowie Evaluationen zur Effektivität und/oder Kosten-Effektivität. Die Repräsentativerhebung erfolgte durch eine schriftlich-postalische Befragung ausgewählter gesetzlicher Krankenversicherungen. Es wurden aus einer Grundgesamtheit von 144 gesetzlichen Krankenversicherungen die 40 größten Krankenversicherungen, basierend auf deren Versichertenanzahlen, in die Untersuchung einbezogen, so dass eine Versichertenerfassung von über 90% zugrunde liegt. Die Auswertung erfolgt in anonymisierter Form. , Ergebnisse (work in progress): , Die empirische Befragung wurde im März 2013 abgeschlossen. Die Rücklaufquote der Befragung liegt bei 67%. Es wurden 12 Versorgungsmanagement-Programme angegeben. Davon beziehen sich 6 Programme auf die Versorgung von Multiple Sklerose und 6 Programme auf die Versorgung von Alzheimer-Demenz Patienten. Von den bestehenden Versorgungsmanagement-Programmen wurden 4 Versorgungsprogramme zu Multiple Sklerose und ein Versorgungsprogramm zu Alzheimer-Demenz hinsichtlich ihrer Effektivität und/oder Kosteneffektivität evaluiert. Derzeit erfolgt die Analyse und Bewertung dieser Evaluationen. , Diskussion und Schlussfolgerungen, Durch die Analyse der bestehenden Evaluationen lassen sich Aussagen über den Einfluss von Versorgungsmanagement-Programmen auf die Effektivität und Kosteneffektivität der Versorgung treffen. Dies bildet die Grundlage zur Ableitung von Möglichkeiten und Bedingungen für eine effiziente Gestaltung von Versorgungsmanagement-Programmen für die Indikationen Alzheimer-Demenz und Multiple-Sklerose.

ID: 145

Die Erschließung ergänzender Gesundheits- und Sozialdaten in der Nationalen Kohorte: Das „Kompetenznetz Sekundär- und Registerdaten“

Christoph Stallmann[1], Janett Powietzka[1], Stefanie March[1], Enno Swart[1]

[1]Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Magdeburg

Einleitung/Hintergrund: Im Rahmen des Prätests zur prospektiven Kohortenstudie „Nationale Kohorte“ fand bis April 2013 die Erschließung von Sekundär- und Registerdaten sowie die Prüfung ihrer Nutzungsmöglichkeiten statt. Hierzu wurde mit drei Studienzentren kooperiert. Technische, logistische und rechtliche Voraussetzungen der Zuspielung und individuellen Verknüpfung von Sekundär- und Registerdaten mit den primären Erhebungsdaten wurden geprüft und Lösungsansätze für die Hauptstudie entwickelt. , Daten/Methodik: In Kooperation mit zahlreichen Dateneignern (u. a. Krankenversicherungen, Krebsregister etc.) wurden datenkörperspezifische Nutzungskonzepte unter Beachtung geltender datenschutzrechtlicher Bestimmungen erstellt. Zudem wurden organisatorische und rechtlich zulässige Abläufe in den Zentren zur Einholung eines informed consent festgelegt. Die Analyse der Probendencharakteristika und der Zustimmungsbereitschaft zur Zuspielung von Sekundär- und Registerdaten erfolgte nach Abschluss des Prätests anhand pseudonymisierter Datensätze., Ergebnisse: Insbesondere die Ausgestaltung dateneignerspezifischer Teilnehmerinformationen und Einverständniserklärungen stellte eine Herausforderung im Prätest dar. Zudem wurden zwei Anträge nach § 75 SGB X bei der jeweiligen Aufsichtsbehörde gestellt. Von insgesamt 579 Studienteilnehmern in den drei Studienzentren wurden 429 Probanden nach ihrem Krankenversicherungsstatus befragt. 91,5% gaben an gesetzlich, 8,5% privat krankenversichert zu sein. Von den Probanden wechselten insgesamt 4,2% ihre Krankenversicherung innerhalb der letzten zwölf Monate vor der Befragung. 427 Probanden wurden um ihre Einwilligung zur Zuspielung ergänzender Sekundär- und Registerdaten gebeten. Es wurden Einwilligungsquoten von 92,9 bis 100% erreicht. Der Zeitpunkt der Information der Teilnehmer beeinflusste dabei in besonderem Maße die Bereitschaft individuelle Gesundheits- und Registerdaten für die wissenschaftliche Forschung freizugeben., Diskussion/Schlussfolgerung: Mit der Vielzahl der in der Nationalen Kohorte gleichzeitig zu erschließenden Sekundär- und Registerdaten wird wissenschaftliches Neuland betreten. Die kooperative Zusammenarbeit mit den verschiedenen Dateneignern erleichtert dabei den Prozess von der Erfassung des Einverständnisses bis zur Zuspielung der Sekundär- und Registerdaten erheblich. Die Analyse des Versichertenstatus ermöglicht bereits eine erste Schätzung über die in der Hauptstudie zu erwartende Verteilung gesetzlicher und privater Krankenversicherungen., Die Ergebnisse des Prätests bilden die Grundlage für das Konzept des „Kompetenznetz Sekundär- und Registerdaten“ der Nationalen Kohorte, das noch während der Pilotstudie der Nationalen Kohorte umgesetzt werden soll. Dem Kompetenznetz obliegt die Aufgabe in der Hauptstudie, ab 2014, ergänzende Sekundär- und Registerdaten zu den Primärdaten der Probanden zuzuspielen. Das Kompetenznetz wird dabei aus drei Institutionen, sog. „Knoten“, gebildet, die ihre Arbeiten dateneignerspezifisch verrichten: (i) das Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg (ISMG), (ii) das Deutsche Krebsforschungszentrum Heidelberg (DKFZ) und (iii) das Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie (BIPS) Bremen. , Das Netzwerk soll von drei aktiven Expertenpanels zu den Themenkreisen Krebsregister, gesetzliche und private Krankenversicherungen sowie weiteren Sozialversicherungsträger unterstützt werden. Für datenkörperübergreifende Fragen, etwa des Datenschutzes oder der Modifikation maßgeblicher gesetzlicher Grundlagen, soll ein „Beirat Sekundär- und Registerdaten“ etabliert werden., Das „Kompetenznetz Sekundär- und Registerdaten“ bietet die bestmögliche Gewähr, einzelne Datenkörper zeitnah für die Nationale Kohorte verfügbar zu machen und die im wissenschaftlichen Kontext angelegten Synergieeffekte unterschiedlicher Akteure zu nutzen.

ID: 145

Die Erschließung ergänzender Gesundheits- und Sozialdaten in der Nationalen Kohorte: Das „Kompetenznetz Sekundär- und Registerdaten“

Christoph Stallmann[1], Janett Powietzka[1], Stefanie March[1], Enno Swart[1]

[1]Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Magdeburg

Einleitung/Hintergrund: Im Rahmen des Prätests zur prospektiven Kohortenstudie „Nationale Kohorte“ fand bis April 2013 die Erschließung von Sekundär- und Registerdaten sowie die Prüfung ihrer Nutzungsmöglichkeiten statt. Hierzu wurde mit drei Studienzentren kooperiert. Technische, logistische und rechtliche Voraussetzungen der Zuspielung und individuellen Verknüpfung von Sekundär- und Registerdaten mit den primären Erhebungsdaten wurden geprüft und Lösungsansätze für die Hauptstudie entwickelt. , Daten/Methodik: In Kooperation mit zahlreichen Dateneignern (u. a. Krankenversicherungen, Krebsregister etc.) wurden datenkörperspezifische Nutzungskonzepte unter Beachtung geltender datenschutzrechtlicher Bestimmungen erstellt. Zudem wurden organisatorische und rechtlich zulässige Abläufe in den Zentren zur Einholung eines informed consent festgelegt. Die Analyse der Probendencharakteristika und der Zustimmungsbereitschaft zur Zuspielung von Sekundär- und Registerdaten erfolgte nach Abschluss des Prätests anhand pseudonymisierter Datensätze., Ergebnisse: Insbesondere die Ausgestaltung dateneignerspezifischer Teilnehmerinformationen und Einverständniserklärungen stellte eine Herausforderung im Prätest dar. Zudem wurden zwei Anträge nach § 75 SGB X bei der jeweiligen Aufsichtsbehörde gestellt. Von insgesamt 579 Studienteilnehmern in den drei Studienzentren wurden 429 Probanden nach ihrem Krankenversicherungsstatus befragt. 91,5% gaben an gesetzlich, 8,5% privat krankenversichert zu sein. Von den Probanden wechselten insgesamt 4,2% ihre Krankenversicherung innerhalb der letzten zwölf Monate vor der Befragung. 427 Probanden wurden um ihre Einwilligung zur Zuspielung ergänzender Sekundär- und Registerdaten gebeten. Es wurden Einwilligungsquoten von 92,9 bis 100% erreicht. Der Zeitpunkt der Information der Teilnehmer beeinflusste dabei in besonderem Maße die Bereitschaft individuelle Gesundheits- und Registerdaten für die wissenschaftliche Forschung freizugeben., Diskussion/Schlussfolgerung: Mit der Vielzahl der in der Nationalen Kohorte gleichzeitig zu erschließenden Sekundär- und Registerdaten wird wissenschaftliches Neuland betreten. Die kooperative Zusammenarbeit mit den verschiedenen Dateneignern erleichtert dabei den Prozess von der Erfassung des Einverständnisses bis zur Zuspielung der Sekundär- und Registerdaten erheblich. Die Analyse des Versichertenstatus ermöglicht bereits eine erste Schätzung über die in der Hauptstudie zu erwartende Verteilung gesetzlicher und privater Krankenversicherungen., Die Ergebnisse des Prätests bilden die Grundlage für das Konzept des „Kompetenznetz Sekundär- und Registerdaten“ der Nationalen Kohorte, das noch während der Pilotstudie der Nationalen Kohorte umgesetzt werden soll. Dem Kompetenznetz obliegt die Aufgabe in der Hauptstudie, ab 2014, ergänzende Sekundär- und Registerdaten zu den Primärdaten der Probanden zuzuspielen. Das Kompetenznetz wird dabei aus drei Institutionen, sog. „Knoten“, gebildet, die ihre Arbeiten dateneignerspezifisch verrichten: (i) das Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg (ISMG), (ii) das Deutsche Krebsforschungszentrum Heidelberg (DKFZ) und (iii) das Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie (BIPS) Bremen. , Das Netzwerk soll von drei aktiven Expertenpanels zu den Themenkreisen Krebsregister, gesetzliche und private Krankenversicherungen sowie weiteren Sozialversicherungsträger unterstützt werden. Für datenkörperübergreifende Fragen, etwa des Datenschutzes oder der Modifikation maßgeblicher gesetzlicher Grundlagen, soll ein „Beirat Sekundär- und Registerdaten“ etabliert werden., Das „Kompetenznetz Sekundär- und Registerdaten“ bietet die bestmögliche Gewähr, einzelne Datenkörper zeitnah für die Nationale Kohorte verfügbar zu machen und die im wissenschaftlichen Kontext angelegten Synergieeffekte unterschiedlicher Akteure zu nutzen.

ID: 146

Determinanten der seelischen Gesundheit von Frauen im höheren Lebensalter - Ergebnisse des Stuttgarter Alterssurveys 2012 zu Depressionsneigungen der Altersgruppe 50plus

Birgit Keller[1], Jodok Erb[2], Robert Gaissmaier[1], Bertram Szagun[1]

[1]Hochschule Ravensburg-Weingarten, Weingarten; *[2]Gesundheitsamt, Stuttgart*

Einleitung: Depressionen zählen zu den häufigsten psychischen Störungen im höheren Lebensalter. Frauen leiden häufiger darunter als Männer [3,7,12,13,14]. Insbesondere die sozioökonomische Lebenssituation steht in Zusammenhang zum seelischen Wohlbefinden [6,10]. Darüber hinaus spielt die soziale Integration und das Vorhandensein sozialer Unterstützung eine wesentliche Rolle [1,9,15]. , Methode: Zur Erfassung der gesundheitlichen und sozialen Lage älterer Menschen wurde 2012 der Stuttgarter Alterssurvey durchgeführt. Auf dieser Datenbasis erfolgt eine Analyse zur seelischen Gesundheit der Frauen mit Hilfe des PHQ-2-Fragebogens [17]. 1933 Frauen der Stuttgarter-Bevölkerung über 49 Jahren nahmen an der postalischen Befragung teil (Beteiligungsquote 52%). Gruppenspezifische Prävalenzen zur seelischen Gesundheit nach Alter, Armutsgefährdung, Erwerbsstatus, Wohnsituation und sozialer Unterstützung werden mittels Kreuztabellen ermittelt und auf signifikante Unterschiede geprüft. , Ergebnis: Insgesamt berichten 10,6% der Frauen von häufiger Niedergeschlagenheit und Interessenverlust. Die daraus abgeleitete Depressionsneigung zeigt bei Frauen nach Alter eine U-förmige Verteilung: Frauen zwischen 55 und 59 Jahre (14,7%) und ab dem 70. Lebensjahr ansteigend zeigen die höchste Prävalenz für Depressionsneigung. Ein Einkommen auf Grundsicherungsniveau (RP 2,3 $p<0.001$) und etwas darüber (RP 2,2 $p<0.001$) steht für Frauen in hochsignifikantem Zusammenhang mit der Depressionsneigung. Im Erwerbsalter sind nicht erwerbstätige Frauen häufiger von Depressionsneigung betroffen, als die erwerbstätigen (RP 1,6 $p=0.019$). Zur sozialen Unterstützung zeigt sich für Frauen ein signifikanter inverser Zusammenhang zwischen Netzwerkgröße und Depressionsneigung. Die Wohnsituation (alleine leben vs. in Ehe/Partnerschaft/ Mehrpersonenhaushalt) lässt auf keine Unterschiede in der Depressionsneigung der Frauen schließen. , Diskussion: Frauen zwischen 50 bis 59 und im hochbetagten Lebensalter zeigen die höchsten, Frauen ab 65 bis 69 weisen die geringsten Prävalenzraten von Depressionsneigung auf. Für die seelische Gesundheit kann demnach bei Frauen von unterschiedlich vulnerablen Altersphasen ausgegangen werden [3]. Von Armut betroffene oder bedrohte Frauen weisen eine erhöhte seelische Belastung auf [6,10]. Erwerbstätige Frauen leiden seltener unter Depressionsneigungen als die nicht-erwerbstätige Vergleichsgruppe. Dieser Befund untermauert die Ergebnisse der gesetzlichen Rentenversicherung, wonach eine psychische Störung bei Frauen die häufigste Ursache für verminderte Erwerbsfähigkeit darstellt [16]. Die soziale Einbettung – hier erfasst über das Wissen um soziale Unterstützung in schwierigen Situationen – scheint für Frauen höchst relevant für die seelische Gesundheit zu sein [1,9,15]. Aufgrund des Querschnittsdesigns der Studie lassen sich allerdings keine kausalen Zusammenhänge klären.

ID: 147

Kosten und Nutzen als Kriterien für eine Priorisierung in der Onkologie: eine quantitative Erhebung

Marina Otten[1], Adele Diederich[1]

[1]*Jacobs University, Bremen*

Hintergrund: Die Berücksichtigung von Kosten und Nutzen bei der Entscheidungsfindung in der Onkologie ist von zentraler Bedeutung. Trotz enormer medizinischer Fortschritte, die häufig sehr kostspielig sind, erzielen die angebotenen Therapien nicht selten eine nur geringe Verbesserung des Gesundheitszustandes und bringen häufig starke Nebenwirkungen und gelegentlich schwerwiegende Schädigungen des Patienten mit sich. In dem Teilprojekt „Kriterien und Präferenzen in der Priorisierung medizinischer Leistungen: Eine empirische Untersuchung“ der DFG-Forschergruppe FOR655 „Priorisierung in der Medizin“ wurden die Präferenzen verschiedener Interessengruppen bei der onkologischen Versorgung empirisch untersucht und deren Kriterien hinsichtlich der Verteilung medizinischer Leistungen in der Onkologie erhoben. Die vorliegende Untersuchung beschäftigt sich mit Einstellungen zu Kosten und Nutzen als Kriterien für eine Priorisierung medizinischer Leistungen., Methodik: In einer standardisierten Erhebung wurden bisher 123 Krebspatienten, Pflegekräfte, Ärzte und Verwaltungsmitarbeiter aus dem Klinikum Bremen Mitte interviewt. Kosten und Nutzen wurden in verschiedenen Formen abgefragt, zum einen mit typischen Fragebogentechniken und zum anderen mit Hilfe von Rankings und Szenarien. Mittels deskriptiver und inferenzstatistischer Analysen wurden Präferenzunterschiede zwischen den verschiedenen Befragtengruppen untersucht. Als weitere, erklärende Variablen wurden sozidemographische Daten der Befragten herangezogen., Ergebnisse: Die Anwendung von Kriterien bei der Ressourcenverteilung ergab folgendes Ranking nach Wichtigkeit: Heilung durch die Behandlung Lebensqualität des Patienten Lebensverlängerung des Patienten Wirksamkeit einer Behandlung durch Studien nachgewiesen Aufwand, den ein Patient für eine Behandlung auf sich nimmt Alter des Patienten Kosten einer Behandlung. Das Ergebnis macht die Wichtigkeit des medizinischen Nutzens für die Befragten insbesondere im Vergleich zu den Kosten deutlich. Diese Meinung bleibt auch bei den weiteren Fragen konstant, z.B. ist eine deutliche Mehrheit der Befragten dagegen, dass die Höhe der Kosten eine Rolle bei der Entscheidung über die Durchführung einer Behandlung spielen sollte. Sie sind zudem der Meinung, dass eine Behandlung, die 30.000 Euro kostet und das Leben des Patienten um 4 bis 5 Monate verlängert, auf jeden Fall von der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werden sollte. Ebenso entscheiden sie sich für die Durchführung einer Behandlung, die 25.000 Euro kostet und den Patienten mit geringen Nebenwirkungen heilt, anstelle einer Behandlung, die 5.000 Euro kostet und starke Nebenwirkungen mit sich bringt. Weiterhin stellt ein Szenario die Situation eines fiktiven, 80-jährigen Patienten dar, der noch sehr fit für sein Alter ist. Derzeit schreitet die Erkrankung nicht weiter voran und der Patient hat keine Beschwerden. Sollte sich die Erkrankung allerdings verschlimmern, wäre eine Heilung sehr unwahrscheinlich. Die Befragten sollten nun entscheiden, ob sie sich in der Situation einer Chemotherapie mit erheblichen Nebenwirkungen unterziehen würden. Die Mehrheit sprach sich gegen eine solche Therapie aus. In einer anderen Version des Szenarios wird der Patient als weniger fit dargestellt und die Ablehnung der Befragten gegenüber einer Therapie erhöhte sich. Alle Kriterien spielten bei den Entscheidungen eine wichtige Rolle (Nebenwirkungen, Heilung, Alter), insbesondere die Nebenwirkungen., Diskussion: Die Studie zeigt die Wichtigkeit des medizinischen Nutzens bei der Verteilung von Ressourcen in der Onkologie und macht deutlich, dass dieses Kriterium mit anderen Kriterien (wie z.B. Alter) korreliert. Das Kriterium Kosten hingegen sollte nach Meinung der Befragten keine Rolle spielen.

ID: 148

Methodisch und pflegewissenschaftlich begründete Änderungen bei der Stichprobenbildung der Pflege-Transparenzvereinbarungen: Stationäre Pflegeeinrichtungen

Holger Dressel[1], Armin Monecke[2], Hans Gerber[3], Jürgen Brüggemann[1], Christoph Molnar[4], Ulrike Höhmann[3], Helmut Küchenhoff[5]

[1]*MDK Bayern, München*; [2]*Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin, LMU München, München*; [3]*Statistisches Beratungslabor, LMU München, München*; [4]*MDS, Essen*; [5]*Evangelische Hochschule Darmstadt, Darmstadt*

Einleitung / Hintergrund:, Wissenschaftliche Evaluationen zeigen Nachbesserungsbedarf bei der Stichprobenbildung nach der Pflege-Transparenzvereinbarung stationär (PTVS) auf. Es liegen verschiedene Änderungsvorschläge zur Bildung der Personenstichprobe vor. Ziel der Untersuchung war, diese Vorschläge nach methodischen und pflegewissenschaftlichen Aspekten zu untersuchen sowie ggf. weitere Vorschläge zu erarbeiten., Daten / Methodik:, Durch die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) in Bayern, Berlin-Brandenburg und Westfalen-Lippe wurden in 8 stationären Pflegeeinrichtungen Datenvollerhebungen durchgeführt. Insgesamt konnten 448 Bewohner eingeschlossen werden. Es wurden bei allen Teilnehmern die Bewertungskriterien für die Pflegequalität der stationären Pflegeeinrichtungen gemäß PTVS erhoben. Auf Grundlage dieser Daten wurde in einer Simulationsstudie für 6 verschiedene Stichprobendesigns der Stichprobenfehler für die Qualitätsbewertungen nach PTVS berechnet. Der Fokus lag auf den aggregierten Bereichen (z.B. rechnerisches Gesamtergebnis) auf dem Niveau der so genannten Skalenwerte. Weiterhin wurden die Vergleichbarkeit der Bewertungen zwischen den Einrichtungen sowie Praktikabilität und Aufwand berücksichtigt. Aufbauend auf diesen Erkenntnissen wurde ein optimiertes Stichprobendesign entwickelt., Ergebnisse:, Die besten Ergebnisse in Bezug auf die oben genannten Anforderungen ergaben sich bei einem Stichprobendesign, bei dem unabhängig von der Einrichtungsgröße jeweils 3 Bewohner aus den Pflegestufen 1, 2 und 3 gezogen wurden und eine einheitliche Gewichtung von 1/3 pro Pflegestufen-Schicht verwendet wurde., Diskussion / Schlussfolgerungen:, Im Rahmen dieser Studie wurden erstmalig verschiedene Stichprobendesigns anhand von Vollerhebungen einem Praxistest unterzogen. Es liegt ein geprüfter Verbesserungsvorschlag vor, der die gesetzlich geforderte Vergleichbarkeit von Qualitätsbewertungen zwischen stationären Einrichtungen ermöglicht. Hierbei war der Stichprobenfehler für das rechnerische Gesamtergebnis deutlich besser - besonders bei kleinen Einrichtungen - als bei der Stichprobenziehung nach der aktuellen PTVS und ausreichend genau. Dies gilt auch für Bereichswerte, aber nicht für einzelne Kriterien., , Das Projekt „Methodisch und pflegewissenschaftlich begründete Änderungen bei der Stichprobenbildung der Pflege-Transparenzvereinbarungen: Stationäre Pflegeeinrichtungen“ wurde im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes durch dieSozialmedizinische Expertengruppe „Pflege“ der MDK-Gemeinschaft (SEG 2) in Kooperation mit dem MDK Bayern und dem MDS sowie dem Statistischen Beratungslabor der LMU München durchgeführt.

ID: 149

Priorisierung von präventiven Leistungen

Daniela Salzmann[1], Adele Diederich[1]

[1]Jacobs University Bremen, Bremen

Einleitung/Hintergrund, Prävention hat in der Bevölkerung einen höheren Stellenwert als andere Versorgungsbereiche wie z.B. im Vergleich zur Kuration (Kneeshaw, 1997 Mossialos & King, 1999). Wenig ist über die Präferenzen der Versicherten innerhalb der präventiven Versorgung bekannt. Daher untersucht die vorliegende Studie die Einstellungen der allgemeinen Bevölkerung in Deutschland in Bezug auf die Wichtigkeit von verschiedenen präventiven Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung. Darüber hinaus wird untersucht, ob diese Einstellungen abhängig von den möglichen Einflussfaktoren: Geschlecht, Alter, sozioökonomischer Status, Krankheitsstatus und dem Gesundheitsverhalten sind. , Daten / Methodik:, Im Rahmen der Studie sollen die Teilnehmer folgende präventive Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nach ihrer Wichtigkeit in ein Ranking überführen: „Kurse zur gesunden Ernährung“, „Behandlungsprogramme für chronisch Kranke“, „Bewegungskurse“, „Gesundheitsfördernde Projekte, z.B. in Schulen, Altenheimen“, „Impfungen“, „Kinder- und Jugenduntersuchungen“, Krebsfrüherkennungsuntersuchungen“, „Kurse zum Stressabbau“, „Kurse zur Suchtentwöhnung“, „Rehamaßnahmen“, „Gesundheitscheck-Ups“, „Zahnvorsorge“. Als Merkmale, die auf Priorisierungsentscheidungen Einfluss nehmen können, werden soziodemographische Merkmale (Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status), Merkmale der körperlichen Gesundheit (Krankheitsstatus) sowie das Gesundheitsverhalten (körperliche Aktivität, Body-Mass-Index als Maß für den Gewichtsstatus, Alkohol- und Tabakkonsum) untersucht. Die Datenerhebung erfolgt mittels eines Onlinesurveys. Die Teilnehmer werden nach den Kriterien Geschlecht, Alter und sozioökonomischen Status ausgewählt. Die Datenanalyse umfasst Chi-Quadrat Tests- und T-Tests., Ergebnisse , Die Studie wird derzeit durchgeführt und es werden erste Ergebnisse vorgestellt. Es wird erwartet, dass die Teilnehmer medizinische präventive Leistungen wie z.B. Impfungen einen höheren Stellenwert geben, als Leistungen die z.B. im Zusammenhang mit Selbstverschulden stehen, wie z.B. Suchtprävention. Es werden zudem die stratifizierten Ergebnisse der möglichen Einflussfaktoren präsentiert., Diskussion / Schlussfolgerung, Für die Festlegung der zu finanzierenden präventiven Leistungen ist von großer Bedeutung, dass die Präferenzen unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen wie z.B. kranke und gesunde Bürger festgestellt und berücksichtigt werden.

ID: 150

Wie gesund sind die Kohorten der lidA – leben in der Arbeit – Studie? Ein Vergleich mit den Bevölkerungssurveys des RKI

Janett Powietzka[1], Christoph Stallmann[1], Stefanie March[1], Enno Swart[1]

[1]Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Magdeburg

Hintergrund: Die vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (Förderkennzeichen: 01ER0826) geförderte „lidA – leben in der Arbeit – Kohortenstudie' untersucht den Zusammenhang zwischen Gesundheit und Älterwerden in der Arbeit (www.lida-studie.de). Durch den schrittweisen Anstieg des Renteneintrittsalters steht die Wirtschaft vor der Herausforderung, die zu erwartenden gesundheitlichen Einschränkungen in einem entsprechenden Rahmen vorauszusehen und geeignete Strategien für anhaltende Gesundheit ihrer Arbeitnehmer zu entwickeln. , Methodik: Im Rahmen eines computergestützten Interviews (CAPI) wurden Fragen zur Erwerbstätigkeit und der Arbeitsbelastung gestellt. Es werden Erwerbstätige der Alterskohorten 1959 und 1965 zu mehreren Zeiträumen befragt. Zudem werden auch Fragen zu Gesundheitsthemen gestellt wie z. B. zu vorhandenen Erkrankungen. Um vergleichbar mit anderen Studien zu sein, wurden ähnliche bzw. identische Formulierungen anderer RKI-Surveys verwendet, so z. B. des Bundes-Gesundheitssurvey (BGS) von 1998, des Telefonsurveys 2003 (GSTel) und des Telefonsurveys Gesundheit in Deutschland Aktuell (GEDA) von 2009. Da bislang lediglich die Ergebnisse der 1. Befragungswelle in lidA vorliegen, kann die Auswertung derzeit nur im Querschnitt erfolgen. In bivariaten Analysen werden die Krankheitsindikatoren geschlechts- und kohortenspezifisch untersucht und mit den Ergebnissen der genannten Studien verglichen. , Ergebnisse: Im Rahmen der lidA-Studie wurden 6.585 Personen befragt. Da in lidA nur die Jahrgänge 1959 und 1965 im Fokus stehen, wurde die Analyse der Surveys auf die entsprechenden Jahrgangsgruppen eingegrenzt. Ca. 23,4 % der lidA-Kohorten gaben u. a. Bluthochdruck an. Im Vergleich zu anderen Studien waren diese Angaben deutlich höher, als bspw. im BGS mit ca. 9,6 %. Zum einen gibt es deutliche Abweichungen, andererseits aber auch Übereinstimmungen in den Ergebnissen. Dabei ist zu beachten, dass die Grundgesamtheit schwankt, da die Beschränkung auf die zwei Jahrgangskohorten sowie die Anzahl der Krankheitsfälle etc. immer unterschiedlich ausfällt. So sinkt z. B. bei der GEDA-Studie die Zahl von über 21.000 auf 924 Befragte der beiden Jahrgänge. Andere Studien, mit ohnehin geringeren Teilnehmerzahlen als GEDA, haben oftmals endpunktspezifische Fallzahlen weit unter 500 Personen. , Diskussion: Die kohortenspezifische Untersuchung verringert die Fallzahlen in allen anderen Studien deutlich und vergrößert damit Zufallseffekt. Aus diesem Grund bietet sich eine Ausweitung auf zwei Jahre rund um die beiden Ausgangs-Jahrgänge 1959 und 1965 an (1958-1960 sowie 1964-1966), um die Fallzahl zu erhöhen. Da die Studien zu unterschiedlichen Zeiten und mit unterschiedlichem Studiendesign durchgeführt worden sind (BGS 1998, GEDA 2009, lidA 2011), ist eine Vergleichbarkeit der Daten nur bedingt gegeben trotz ähnlicher/gleicher Instrumente. Bei Befragungen handelt es sich in der Regel um subjektiv berichtete Krankheiten, zu denen keine Angaben über deren Validität vorliegen. Um diesem Problem zu begegnen, werden in lidA zusätzlich beim Vorliegen eines Einverständnisses des Befragten individuelle Krankenkassendaten den CAPI-Daten zugespielt. Dies ermöglicht eine Validierung der subjektiven Angaben und verbessert daher die Aussagequalität.

ID: 152

Einschränkung der Teilhabe am Arbeitsleben bei Erwerbstätigen mit chronisch entzündlicher Darmerkrankung

Jana Langbrandtner[1], Angelika Hüppe[2], Heiner Raspe[1]

[1]Universität zu Lübeck, Seniorprofessur für Bevölkerungsmedizin, Lübeck; *[2]Universität zu Lübeck, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Lübeck*

Hintergrund: Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (CED) gehören zu den multifokalen Krankheitsbildern und gehen oft mit vielfältigen und erheblichen Aktivitäts- und Teilhabeeinschränkungen einher [1]. Die Datenlage zu Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit gilt als unzureichend [2,3]. In einer niederländischen Fall-Kontrollstudie berichteten CED-Betroffene 19 Arbeitsunfähigkeits (AU)-Tage im vergangenen Jahr (Md=3), gesunde Kontrollpersonen gaben im Schnitt 12 AU-Tage (Md=0) an [4]. In vergleichbarer Weise erinnern in einem Survey unserer Arbeitsgruppe aus dem Jahr 2005 Erwerbstätige mit CED im Mittel 20 AU-Tage im zurückliegenden Jahr [1]. Unklar ist, welche soziodemografischen und krankheitsspezifischen Parameter mit der passageren Einschränkung der Erwerbsfähigkeit assoziiert sind. , Methodik: Versicherte der Techniker Krankenkasse (TK) mit mind. zwei AU-Diagnosen und/oder mind. zwei Krankenhausdiagnosen (ICD-10 K50 'Morbus Crohn', K51 'Colitis ulcerosa') wurden zur Teilnahme an einer randomisierten kontrollierten Studie eingeladen. Ziel war die Prüfung der Wirksamkeit einer proaktiven individualisierten Patienteninformation. Die Teilnehmer erhielten einen Assessment-Fragebogen, der somatische und psychosoziale Problemfelder, Daten zur Inanspruchnahme sowie als primäre Zielgrößen gesundheitsbezogene Lebensqualität und erlebte Einschränkung der sozialen Teilhabe erfasste. Nach der Randomisierung erhielt die Interventionsgruppe (IG) eine schriftliche Rückmeldung über ihr persönliches Problemprofil zusammen mit individuellen Versorgungsempfehlungen (Kontrollgruppe KG usual care). Zur 12-Monats-Katamnese bearbeiteten alle Teilnehmer einen zweiten Fragebogen. Von der TK wurden Daten zu den AU-Tagen ein Jahr vor und nach Studieneinschluss zur Verfügung gestellt (sekundäre Zielgröße). , Die hier vorgestellten Analysen fokussieren auf die AU-Tage von mindestens halbtags arbeitenden Versicherten beider Gruppen. Es wurden univariate (Chi²-Test, t-Test) wie multivariate (logistische Regression, Methode: Einschluss) Berechnungen zu den AU-Tagen im Jahr nach Studieneinschluss durchgeführt. , Ergebnisse: 337 der 462 Studienteilnehmer sind zu Studienbeginn in Vollzeit oder Teilzeit beschäftigt (IG 164, KG 173). Sie sind im Mittel 41 Jahre alt, 50 % sind Frauen, 50 % haben Morbus Crohn, die mittlere Erkrankungsdauer liegt bei 13 Jahren. Im Mittel sind die Erwerbstätigen im Jahr nach Studieneinschluss 25 Tage (SD 46 Md=11 alle Diagnosen) arbeitsunfähig gemeldet (CED-Diagnosen: MW 8 AU-Tage, SD 30 Md=0). 77 % (alle Diagnosen) bzw. 33 % (CED-Diagnosen) aller Studienteilnehmer waren mindestens einmal krankgeschrieben. Unterschiede in der AU zwischen IG und KG zeigten sich nicht (kein Interventionseffekt). Die AU-Tage waren weder mit Geschlecht, Alter, Schulbildung noch mit der Diagnose assoziiert. Ein hoch signifikanter Zusammenhang zeigte sich hinsichtlich der Krankheitsaktivität und des -verlaufs (mehr AU-Tage bei höherer Aktivität und schwererem Verlauf). Multivariat erwiesen sich für das Auftreten CED-bedingter AU-Tage (mindestens ein AU-Fall) das Ausmaß der Komorbidität (OR=1,7), die Einnahme von Biologika (OR=3,2) sowie das Auftreten von AU-Tagen im Vorjahr (OR=3,5) als signifikante Prädiktoren (Nagelkerkes R^2=0,24). , Diskussion: Die mittlere Anzahl von AU-Tagen der an der Studie teilnehmenden TK-Versicherten mit CED liegt mit 25 Tagen deutlich über dem mittleren Wert der TK-Versichertengesamtgruppe (2012: 14 Tage je Versicherten [5]). Dies ergänzt die Beobachtung, dass unter erwerbstätigen CED-Erkrankten die Gefährdung der Erwerbstätigkeit als häufigstes Problemfeld identifiziert wurde [6]. Für CED-Betroffene mit komplexerem Krankheitsbild könnten daher verstärkt Leistungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation in Betracht gezogen werden.

ID: 154

Ambulante Kodierqualität bei Zustand nach Transplantation - Analyse der Leistungsdaten der AOK PLUS

Anja Schramm[1], Jörg Klewer[2], Joachim Kugler[1]

[1]TU Dresden, Dresden; *[2]Westsächsische Hochschule Zwickau, Zwickau*

Hintergrund: Mit dem 2012 in Kraft getretenen Versorgungsstrukturgesetz wurde die geplante Einführung der ambulanten Kodierrichtlinien, die ursprünglich zusammen mit dem Morbi-RSA im Jahr 2009 eingeführt werden sollte, aufgehoben. Seither gibt es kein verbindliches Regelwerk zur Absicherung der Qualität der Diagnoseverschlüsselung. Im Morbi-RSA finden explizit Krankheiten Berücksichtigung, die gesichert diagnostiziert und behandelt wurden. Hierfür ist die Verwendung des richtigen Zusatzkennzeichens grundlegend. Ziel der Analyse war es, anhand der Diagnosen Z94.- (Zustand nach Organ- oder Gewebetransplantation) die Verwendung der Zusatzkennzeichen zu untersuchen. , Methode: Die Auswertung wurde auf den Leistungsdaten der AOK PLUS (2,7 Mio.) für die Jahre 2008 bis 2011 durchgeführt. Hierfür wurden ungefähr 330 Mio. abgerechnete Diagnosen von 11 Tsd. Vertragsärzten in Sachsen und Thüringen zugrunde gelegt. Die Kodierung einer Z94.- Diagnose mit dem Zusatzkennzeichen Z zeigt eine falsche Kodierung des Zustandes nach einer Organ- oder Gewebetransplantation an, denn die Aussage des ICD-Schlüssels impliziert bereits das Zurückliegen der Transplantation mit dem Ziel, den Behandlungsaufwand nach einem Akutereignis anzuzeigen. Aus diesem Grund sind diese Diagnosen gesichert zu verschlüsseln. , Ergebnisse: Im Jahr 2008 wurden 17,1% aller Z94.- mit Z verschlüsselt. Seither ist eine kontinuierliche Verbesserung zu verzeichnen (16,11% 2009 13,32% 2010 7,76% 2011). Die Zahl der betroffenen Versicherten reduzierte sich von 809 (2008) auf 553 (2011). Am häufigsten verschlüsselten Allgemeinmediziner, Augenärzte und Nephrologen (jeweils mit einem Anteil von 20%) den Zustand nach einer Transplantation mit Zusatzkennzeichen Z., Schlussfolgerung: Die Kodierqualität hat sich leicht verbessert, es wurden im Jahr 2011 jedoch noch immer 553 Versicherte mit einer unzureichenden Verschlüsselung identifiziert. Diese Diagnosen sind in den HMGs 174 bis 177 subsumiert und werden mit bis zu 17.120,92 EUR (HMG 174) ausgeglichen. Eine unzureichende Kodierung kann demzufolge erhebliche Allokationsverwerfungen erzeugen. Für die 2011 selektierten Versicherten ergab sich, bewertet nach dem Morbi-RSA, ein Fehlbetrag von 1,8 Mio. Euro.

ID: 155

Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen bei älteren Menschen: Der Einfluss sozialer Netzwerke

Nadine Reibling[1], Claus Wendt[1], Monika Mischke[1], Dorothea Böhr[1], Sibel Altin[2]

[1]Universität Siegen, Siegen; *[2]Universität Köln, Köln*

Hintergrund, Menschen stehen während ihres Lebens wiederholt vor dem Entscheidungsproblem, wie sie auf Krankheitssymptome reagieren sollen. Da Krankheit und Gesundheit einen maßgeblichen Einfluss auf die Lebensbedingungen und die Lebensqualität haben, ist die Untersuchung dieses Entscheidungsproblems von zentraler Bedeutung. Darüber hinaus beeinflusst das individuelle Verhalten im Krankheitsfall den Gesundheitszustand der Gesamtbevölkerung sowie die Leistungsfähigkeit und Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems. Besonders ältere Menschen stehen häufig vor der Frage wie Sie auf körperliche und psychische Symptome reagieren sollen. , Methodik, Eine zentrale Rolle bei dieser Entscheidung spielen soziale Netzwerke wie Familie, Freunde und Kollegen. Soziale Netzwerke bieten Normen, Informationen und praktische Hilfe bei der Entscheidung und der Inanspruchnahme. Die meisten Studien zum Einfluss sozialer Netzwerke konzentrieren sich auf die Größe und Intensität des sozialen Netzwerks. Empirisch zeigt sich jedoch nur ein geringer Einfluss dieser Aspekte auf die Inanspruchnahme. Unsere Hypothese ist, dass die Stärke und Richtung des Netzwerkeinflusses vom sozialen Setting also den Normen, Informationen und Ressourcen, die die Netzwerkpartner zur Verfügung haben, abhängig ist. , Ergebnisse, In unserem Forschungsprojekt (2012-2015) zum Entscheidungsverhalten älterer Menschen im Kranheitsfall erheben wir repräsentative Daten zu den gesundheitlichen Bedürfnissen, der Interpretation von Symptomen, der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und alternativen Handlungsstrategien sowie Informationen zur Rolle sozialer Netzwerke und bestehender Versorgungsstrukturen bei Menschen über 65 Jahren in Deutschland. Ziel des Forschungsdesigns ist es insbesondere den Einfluss sozialer Netzwerke besser abzubilden. So werden nicht nur die Befragten zu den Einstellungen, Informationen und Ressourcen ihrer wichtigsten Netzwerkpartner, sondern auch die Netzwerke selbst, befragt. Ziel ist es dabei den Einfluss sozialer Netzwerke in konkreten Entscheidungssituationen innerhalb der letzten 4 Wochen abzubilden. Neben der Einbindung des Projektes in den allgemeinen Forschungskontext sollen das allgemeine Forschungsdesign sowie konkrete Items aus den drei Fragebögen (Ersterhebung Follow-up, Befragung der Netzwerkpartner) vorgestellt werden., Diskussion, Eine adäquate und kosteneffektive Behandlung älterer Menschen sowie eine morbiditätsorientierte Bedarfsplanung erfordern die systematische und zielgerichtete Einbindung sozialer Netzwerke. Unsere Studie liefert hierfür die zentralen Informationen indem sie das Entscheidungsverhalten älterer Menschen untersucht und die Bedeutung sozialer Netzwerke im Diagnose- und Behandlungsprozess abbildet., gieren sollen.

ID: 156

Gratifikationskrisen in der Haus- und Familienarbeit – Gibt es Unterschiede zwischen ost- und westdeutschen Müttern?

Stefanie Sperlich[1], Siegfried Geyer[1]

[1]*Medizinische Soziologie, Medizinische Hochschule Hannover*

Hintergrund und Fragestellung: Aus medizinsoziologischen Studien ist bekannt, dass eine Gratifikationskrise, d.h. ein Ungleichgewicht zwischen hoher Verausgabung und geringer Anerkennung bzw. Belohnung im Erwerbsleben mit erheblichen Gesundheitsrisiken assoziiert ist (Siegrist 1996). Im Rahmen einer von der DFG geförderten Studie wurde diese Theorieannahme auf den unbezahlten Arbeitsplatz Haushalt und Familie übertragen. In diesem Beitrag wird der Frage nachgegangen, ob sich zwischen ost- und westdeutschen Müttern Unterschiede in dem Ausmaß von Gratifikationskrisen ermitteln lassen und wenn ja, auf welche sozialstrukturellen Determinanten dies zurückgeführt werden kann. , Methode: Der neu entwickelte Fragebogen zur Messung von 'Gratifikationskrisen im Tätigkeitsfeld Haushalt und Familie' (Sperlich et al. 2009) wurde an einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe von Müttern minderjähriger Kinder aus den alten (n=2582) und neuen Bundesländern (n=433) eingesetzt. Dieser enthält Fragen zu vorwiegend quantitativen Arbeitsanforderungen und zu potenziellen Belohnungen der Haus- und Familienarbeit in den vier Bereichen 'ideeller Lohn/Sinnhaftigkeit der Arbeit', 'gesellschaftliche Wertschätzung', 'Anerkennung vom Partner' sowie 'Zuneigung vom Kind'. Zudem kam ein Kurzfragebogen zur Verausgabungsneigung ('Overcommitment') zum Einsatz, der eine die Gratifikationskrise verstärkende Persönlichkeitseigenschaft erfasst. Das Vorhandensein einer Gratifikationskrise wurde berechnet als Quotient von Verausgabungs- und Belohnungsitems, eine Gratifikationskrise lag vor, wenn der Quotient über 1 lag. Zur Ermittlung signifikanter Unterschiede im Gratifikationskrisenrisiko zwischen ost- und westdeutschen Müttern wurden χ^2 Tests nach Pearson gerechnet. Die Bedeutung von sozialen, familiären und beruflichen Einflussfaktoren auf bestehende Ost-West-Unterschiede wurde im Rahmen von aufeinander aufbauenden logistischen Regressionsrechnungen bestimmt., Ergebnisse: Die Mütter in Ost- und Westdeutschland sind im Durchschnitt 37 bzw. 39 Jahre alt, das jüngste Kind ist im Mittel neun bzw. zehn Jahre alt. Eine Gratifikationskrise im Tätigkeitsfeld Haushalt und Familie lag bei 20,3% der westdeutschen, hingegen nur bei 13,5% der ostdeutschen Frauen vor. Differenzierte Analysen ergaben, dass westdeutsche Frauen eine deutlich geringere soziale Anerkennung und einen geringen ideellen Lohn der Haus- und Familienarbeit wahrnahmen. Das Ausmaß der Verausgabung in der Haus-und Familienarbeit sowie die Verausgabungsneigung (Overcommitment) unterschieden sich hingegen zwischen ost- und westdeutschen Müttern nicht. Von den untersuchten Einflussfaktoren erwiesen sich insbesondere die Erwerbssituation, die Zufriedenheit mit der Betreuungssituation der Kinder und die partnerschaftliche Aufgabenteilung als bedeutsam für die ermittelten Ost-West-Unterschiede., Schlussfolgerungen: Westdeutsche Mütter weisen im Vergleich zu ostdeutschen Müttern signifikant häufiger eine Gratifikationskrise auf, die auf eine kritischere Beurteilung der Belohnung der Hausfrauen- und Mutterrolle zurückzuführen ist. Familiäre und sozialstrukturelle Merkmale leisten einen signifikanten Beitrag zur Erklärung dieser Unterschiede. Zu vermuten ist, dass hinter diesen strukturellen Merkmalen auch unterschiedliche kulturelle Leitbilder der Mutterrolle wirksam sind.

ID: 157

Risiko und Risikokompensation im Lebenslauf. Eine erweiterte ungleichheitssoziologische Perspektive

Martin Diewald[1], Reinhard Schunck[1]

[1]*Fakultät für Soziologie, Universität Bielefeld*

Mit dem Konzept von Risiko und Risiko-Kompensation wird ein bisher wenig verbreiteter Ansatz vorgestellt, um die Entwicklung sozialer Ungleichheiten im Lebenslauf theoretisch und empirisch zu analysieren. , Risiken im Lebensverlauf umfassen sowohl diskrete, einschneidende Ereignisse, wie bspw. den Arbeitsplatzverlust oder Perioden von Arbeitslosigkeit, die Bildung oder Auflösung von Partnerschaften oder die Geburt eines Kindes, als kleinere und konstanter auftretende Ereignisse oder Lebensbedingungen, wie bspw. die Belastungen und Gratifikationen in Beschäftigungsbeziehungen, denen Personen durch die Einbettung in ihre (soziale) Umwelt ausgesetzt sind. , Sowohl die Auftrittswahrscheinlichkeit als auch die Inzidenz und Dauer dieser Risiken sowie Möglichkeiten sie zu kompensieren sind sozial strukturiert. Die Auswirkungen dieser Risiken im Lebenslauf werden dabei durch Interaktionen zwischen individuellen Faktoren sowie der (sozialen) Umwelt auf mehreren Ebenen moderiert. Unterschiedliche wohlfahrstaatliche Arrangements, Eigenschaften der individuellen Nahumgebung, individuelle Ausstattungen mit Ressourcen und Kapitalien, psychische und auch genetische Faktoren führen zu heterogenen Auswirkungen der erlebten Risiken. , Ein entscheidender Vorteil des Konzepts von Risiko und Risiko-Kompensation ist, einen einheitlichen Rahmen zur Verfügung zu haben, der mit genetischer Variation beginnt, sowohl psychische und somatische Entwicklung als auch Stationen des Lebenslaufs umfasst und bis zur Genese und Kompensation von Risiken durch den Wohlfahrtsstaat reicht. Implikationen für die Gesundheitsforschung werden beispielhaft angedeutet.

ID: 157

Risiko und Risikokompensation im Lebenslauf. Eine erweiterte ungleichheitssoziologische Perspektive

Martin Diewald[1], Reinhard Schunck[1]

[1]*Fakultät für Soziologie, Universität Bielefeld*

Mit dem Konzept von Risiko und Risiko-Kompensation wird ein bisher wenig verbreiteter Ansatz vorgestellt, um die Entwicklung sozialer Ungleichheiten im Lebenslauf theoretisch und empirisch zu analysieren. , Risiken im Lebensverlauf umfassen sowohl diskrete, einschneidende Ereignisse, wie bspw. den Arbeitsplatzverlust oder Perioden von Arbeitslosigkeit, die Bildung oder Auflösung von Partnerschaften oder die Geburt eines Kindes, als kleinere und konstanter auftretende Ereignisse oder Lebensbedingungen, wie bspw. die Belastungen und Gratifikationen in Beschäftigungsbeziehungen, denen Personen durch die Einbettung in ihre (soziale) Umwelt ausgesetzt sind. , Sowohl die Auftrittswahrscheinlichkeit als auch die Inzidenz und Dauer dieser Risiken sowie Möglichkeiten sie zu kompensieren sind sozial strukturiert. Die Auswirkungen dieser Risiken im Lebenslauf werden dabei durch Interaktionen zwischen individuellen Faktoren sowie der (sozialen) Umwelt auf mehreren Ebenen moderiert. Unterschiedliche wohlfahrstaatliche Arrangements, Eigenschaften der individuellen Nahumgebung, individuelle Ausstattungen mit Ressourcen und Kapitalien, psychische und auch genetische Faktoren führen zu heterogenen Auswirkungen der erlebten Risiken. , Ein entscheidender Vorteil des Konzepts von Risiko und Risiko-Kompensation ist, einen einheitlichen Rahmen zur Verfügung zu haben, der mit genetischer Variation beginnt, sowohl psychische und somatische Entwicklung als auch Stationen des Lebenslaufs umfasst und bis zur Genese und Kompensation von Risiken durch den Wohlfahrtsstaat reicht. Implikationen für die Gesundheitsforschung werden beispielhaft angedeutet.

ID: 158

Instabilitäten in Erwerbs- und Partnerschaftsverläufen. Mögliche Auswirkungen auf Gesundheit

Karin Kurz[1], Sten Becker[1]

[1]*Institut für Soziologie, Georg-August-Universität Göttingen*

In den letzten Jahrzehnten sind die Lebensläufe von Menschen instabiler geworden: Erwerbsbiographien sind brüchiger geworden, befristete Beschäftigungsverhältnisse - vor allem zu Beginn des Erwerbslebens - haben eine große Verbreitung gefunden, das Risiko von Arbeitslosigkeit ist gestiegen. Auch Partnerschaften sind instabiler geworden, Trennung und Ehescheidungen sind verbreitet und Kinder wachsen zumindest phasenweise mit nur einem Elternteil auf. Diese Wandlungsprozesse sind in der Soziologie gut untersucht und werden oftmals im Hinblick auf Fragen sozialer Ungleichheit diskutiert. Dabei werden jedoch mögliche Auswirkungen auf Gesundheit nur selten thematisiert. Der geplante Beitrag will der Frage nach möglichen gesundheitlichen Auswirkungen systematisch nachgehen., Zunächst werden zentrale empirische Befunde zum Wandel von Erwerbs- und Partnerschaftsbiographien nachgezeichnet und im Anschluss diskutiert, welche Auswirkungen diese potentiell auf (physische und psychische) Gesundheit haben könnten. Gefragt wird auch, welches die vermittelnden Me-chanismen sind, die zu einem solchen Zusammenhang führen könnten. Angeschlossen wird schließlich die Frage nach möglichen kumulativen Effekten, die zu zusätzlich erhöhten Gesundheitsrisiken innerhalb bestimmter Bevölkerungsgruppen führen könnten. Dazu werden verschiedene Modelle der Kumulation von Benachteiligung vorgestellt.

ID: 158

Instabilitäten in Erwerbs- und Partnerschaftsverläufen. Mögliche Auswirkungen auf Gesundheit

Karin Kurz[1], Sten Becker[1]

[1]*Institut für Soziologie, Georg-August-Universität Göttingen*

In den letzten Jahrzehnten sind die Lebensläufe von Menschen instabiler geworden: Erwerbsbiographien sind brüchiger geworden, befristete Beschäftigungsverhältnisse - vor allem zu Beginn des Erwerbslebens - haben eine große Verbreitung gefunden, das Risiko von Arbeitslosigkeit ist gestiegen. Auch Partnerschaften sind instabiler geworden, Trennung und Ehescheidungen sind verbreitet und Kinder wachsen zumindest phasenweise mit nur einem Elternteil auf. Diese Wandlungsprozesse sind in der Soziologie gut untersucht und werden oftmals im Hinblick auf Fragen sozialer Ungleichheit diskutiert. Dabei werden jedoch mögliche Auswirkungen auf Gesundheit nur selten thematisiert. Der geplante Beitrag will der Frage nach möglichen gesundheitlichen Auswirkungen systematisch nachgehen., Zunächst werden zentrale empirische Befunde zum Wandel von Erwerbs- und Partnerschaftsbiographien nachgezeichnet und im Anschluss diskutiert, welche Auswirkungen diese potentiell auf (physische und psychische) Gesundheit haben könnten. Gefragt wird auch, welches die vermittelnden Me-chanismen sind, die zu einem solchen Zusammenhang führen könnten. Angeschlossen wird schließlich die Frage nach möglichen kumulativen Effekten, die zu zusätzlich erhöhten Gesundheitsrisiken innerhalb bestimmter Bevölkerungsgruppen führen könnten. Dazu werden verschiedene Modelle der Kumulation von Benachteiligung vorgestellt.

ID: 159

Interaction of disease-associated genetic variants by socioeconomic status: Is there potential to explore socioeconomic inequalities in health?

Börge Schmidt[1], André Scherag[1], Nico Dragano[2], Sonali Pechlivanis[1], Per Hoffmann[3], Markus M. Nöthen[3], Raimund Erbel[4], Susanne Moebus[1], Karl-Heinz Jöckel[1]

[1]*Institut für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie, Universitätsklinikum Essen, Essen*; [2]*Universitätsklinikum Düsseldorf Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf*; [3]*Institut für Humangenetik, Universität Bonn, Bonn*; [4]*West-German Heart Center, Universitätsklinikum Essen, Essen*;

Background: The concept of gene by environment interaction (G×E) has been extensively discussed in the sociological literature, but how it might contribute to the exploration of socioeconomic inequalities in health has hardly been evaluated so far. By regarding the incorporation of G×E in the explanation of health inequalities it is hypothesized that the effects of genetic variants on disease may be not of the same size or direction across socioeconomic groups, but modified by socioeconomic status (SES) and its related conditions such as diet, physical activity or exposure to environmental pollutants. Twin studies already suggest that disease variance explained by genetic factors is decreasing with higher SES levels. The aim of our study was (1) to evaluate the empirical evidence for G×SES interaction on health outcomes by focusing on recent genetic findings for common complex diseases and (2) to exemplify the concept of G×SES interaction by exploring effect modifications of a 9p21 genetic variant – which has been shown to be robustly associated with cardiovascular disease (CVD) in different study populations – by indicators of SES., Methods: (1) Literature research was conducted to identify empirical studies which have explored G×SES interactions for health outcomes. (2) In 4,116 participants of the Heinz Nixdorf Recall Study the genetic effect of a 9p21 genetic variant on incident CVD was analyzed by including G×SES interaction terms as well as stratified analyses of the genetic effect by SES (separately for education and income) using sex- and age-adjusted multiple regression models to calculate hazard ratios (HR) and their respective 95% confidence intervals (95%-CI)., Results: (1) Published study results reporting G×SES interactions with regard to recent genetic findings for common complex diseases are sparse, but studies have been identified which have explored genetic variants and their modification by environmental factors such as dietary intake and smoking status that have been shown to be related to SES in different study populations. (2) In the exemplary analyses of the genetic effect of the 9p21 variant on CVD a significant G×SES interaction was observed using income as SES indicator (pG×SES=0.04 with a HR of 1.60 [95%-CI: 1.22, 2.10] for the lowest and a HR of 0.95 [95%-CI: 0.64, 1.42] for the highest income quartile), but not for using education as SES indicator., Discussion: There is a lack of studies exploring G×SES interactions for genetic variants of common complex diseases, but the overall idea that genetic factors do not operate independently of an individual's environment seems to be plausible and has the potential to contribute to the exploration of health inequalities. It represents a more likely approach to examine how the (social) environment "get under the skin" to produce social inequalities in health rather than assuming putative differences in the distribution of disease-related genetic variants across SES groups. As the exemplary analyses have shown, the effect of a 9p21 variant on CVD appears to be modified by income in a population-based cohort. This supports the hypothesis that better material conditions enable higher SES groups to reduce their genetic susceptibility to disease.

ID: 160

Lebenslauf, Gesundheit und gesundheitliche Ungleichheit:Eine sozialisationstheoretische Perspektive

Matthias Richter[1], Klaus Hurrelmann[2]

[1]Martin-Luther Universität Halle-Wittenberg, Halle; *[2]Hertie School of Governance*

Hintergrund: Einflüsse des Lebenslaufs werden zunehmend als der Schlüssel zu einem besseren Verständnis von Gesundheit und gesundheitlichen Ungleichheiten gesehen. Das Potential einer epidemiologischen Lebenslaufperspektive wurde bislang nur unzureichend ausgeschöpft, da zentrale Konzepte aus anderen Disziplinen selten berücksichtigt wurden. Ziel ist es, das Potential einer breiteren Lebenslaufperspektive auszuloten, welche die Erkenntnisse der psychologischen und soziologischen Lebenslaufforschung integriert und den interdisziplinären Dialog zwischen Epidemiologie und den Sozialwissenschaften fördert., Methoden: Der Vortrag prüft und analysiert zentrale Prinzipien und Konzepte, die in den unterschiedlichen Disziplinen, die sich mit dem Lebenslauf auseinandersetzen, Anwendung finden und schlägt einen theoriegeleiteten Forschungsrahmen vor, der den interdisziplinären Austausch fördert. Er veranschaulicht ebenso, wie eine bio-psycho-soziale Perspektive des Lebenslaufs stärker in die epidemiologische Gesundheitsforschung eingebracht werden kann. , Ergebnisse: Wir argumentieren, dass die paradigmatischen Prinzipien der interdisziplinären Lebenslaufforschung (human agency, timing in lives, linked lives und historical context) einen überzeugenden Rahmen für eine umfassende und theoriegeleite Sichtweise auf den Lebenslauf und die ineinander verwobenen Mechanismen bieten. Das ‘agency within structure’ Paradigma, auf welchem diese Prinzipien aufbaue, ist ein essentieller Part der Sozialisationstheorie. Wir stellen heraus, dass die Sozialisationstheorie das Potential hat, als ein theoretisches Bindeglied zwischen der Epidemiologie und den Sozialwissenschaften zu fungieren und einen multikausalen Rahmen bietet, um den Zusammenhang zwischen Sozialstruktur und Gesundheit über den Lebenslauf zu analysieren. , Schlussfolgerungen: Um Gesundheit und gesundheitliche Ungleichheiten über den Lebenslauf besser verstehen zu können, ist ein interdisziplinärer Ansatz hilfreich, der theoretische Ideen der soziologischen und psychologischen Lebenslaufforschung aufgreift. Die stärkere Berücksichtigung und Einbindung sozialisationstheoretischer Prinzipien stärkt den Dialog zwischen Sozialwissenschaften und Epidemiologie und hilft den engen biomedizinischen Fokus weiter zu öffnen.

ID: 161

RISCA – Risiko und Schutzfaktoren für eine Entwicklungsgefährdung erfassen und prognostizieren - Studiendesign und erste Ergebnisse zur Rekrutierung

Hanna Pradel[1], Heidi Kuttler[2], Ulrich S. Zimmermann[3], Eva Maria Bitzer[1]

[1]*Pädagogische Hochschule Freiburg*; [2]*Villa Schöpflin*; [3]*Universitätsklinikum Dresden*

Abstract:, Hintergrund: Bisher gibt es kaum Erkenntnisse zum weiteren Entwicklungsverlauf nach stationär behandelten Alkoholvergiftungen im Kindes- und Jugendalter und keine evidenzbasierte Möglichkeit zu unterscheiden, ob eine Kurzintervention wie z.B. im Rahmen des Präventionsprojektes „Hart am Limit“ (HaLT) ausreicht oder ob intensiverer Beratungsbedarf besteht und ggf. Maßnahmen zur Abwehr von Kindeswohlgefährdung getroffen werden müssen. Daher soll ein Instrument zur Erhebung von Risiko- und Schutzfaktoren bei Alkoholvergiftungen im Kindes- und Jugendalter (RiScA) entwickelt und hinsichtlich seines prognostischen Wertes für mittel- und langfristige Entwicklungsgefährdungen validiert werden. , Methodik: In einer prospektiven Kohortenstudie werden 400 Minderjährige vor der HaLT-Kurzintervention mittels einer Testversion des RiScA am Krankenbett und nach 6 Monaten telefonisch nachbefragt. Die Testversion des RISCA basiert auf mehrheitlich validierten (Sub)Skalen und Einzelitems (u.a. Communities That Care-Programm, Kinder- und Jugendsurvey des Robert-Koch-Instituts, Rostocker-Suchtstärke-Interview, European School Project on Alcohol and other Drugs, CRAFFT-d, Childhood Trauma Questionnaire, AUDIT-C) und umfasst 55 Frageblöcke bestehend aus 283 Items aus den Bereichen Wohngegend, Familie, Freunde, Schule und Individuum. Geplant sind zunächst Auswertungen zur psychometrischen Güte und in einem weiteren Schritt zur Prognosefähigkeit des Fragebogens., Ergebnisse: Die Rekrutierung der Jugendlichen für die Erstbefragung begann in 06/2012 an 9 HaLT-Standorten in 6 Bundesländern. In 03/2013 liegen 176 Fragebögen vor. Die bislang rekrutierten Jugendlichen sind im Mittel 15,9 Jahre alt (SD=1,87) und zu 44% weiblich. Ca. 90% der Fragebogen sind vollständig ausgefüllt, auch bei Fällen mit bestehender Entwicklungsgefährdung. Erste Analysen zur psychometrischen Güte sind vielversprechend. 12/2012 begann die Nachbefragung, bisher wurden 45 Telefoninterviews durchgeführt., Diskussion/ Ausblick: Die bisherigen Erfahrungen aus der Feldphase belegen die Machbarkeit des Vorgehens bei Erstbefragung und Telefoninterviews. Die bislang rekrutierten Jugendlichen entsprechen hinsichtlich ihrer demographischen Daten gut den im Allgemeinen durch die Kurzintervention erreichten Jugendlichen. Vorgestellt werden Erfahrungen zur Machbarkeit der Studie und erste Ergebnisse zur psychometrischen Prüfung., , Kontakt:, Hanna Pradel (BA Gesundheitspädagogik), (hanna.pradel@ph-freiburg.de), Eva Maria Bitzer (Prof. Dr. med.), (evamaria.bitzer@ph-freiburg.de), Tel. 0761 682 142, Fax. 0761 682 558, Pädagogische Hochschule Freiburg, Public Health & Health Education, Kunzenweg 21, 79117 Freiburg, Heidi Kuttler (Dipl.-Päd.), (heidi.kuttler@villa-schoepflin.de), Tel. 07621 914 909 1, Fax 07621 914 90 99, Villa Schöpflin gGmbH, Franz-Ehret-Straße 7, 79541 Lörrach, Kontakt RISCA-Group, Ulrich S. Zimmermann (PD Dr. med), UlrichS.zimmermann@uniklinikum-dresden.de , Tel. 0351 458 -5422, Fax 0351 458 5396, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, an der Technischen Universität Dresden, Fetscherstr. 74, 01307 Dresden

ID: 162

„Ich sehe nur, wie sich die Menschen plagen“: GESUNDHEITSVORSTELLUNGEN, -RISIKEN UND –VERHALTEN VON BERUFSPOLITIKERN - eine empirische Analyse

Deike Böning[1]

[1]*Georg-August Universität Göttingen, Göttingen*

Hintergrund, Berlin, Deutschland. Berufspolitiker: Entscheidungsträger, Repräsentanten, Vorbilder, Meinungsbildner – als was betrachten sie sich nicht selbst und werden auch von außen als solche betrachtet und benannt: die Abgeordneten des Deutschen Bundestages. Doch: heißt dies nicht auch im Umkehrschluss: Kranke Berufspolitiker: kranke Entscheidungsträger, kranke Repräsentanten, kranke Vor- und Meinungsbild(n)er? In den letzten Jahren wurden subjektiv zunehmend die hohen Belastungen dieser Subgruppe in den medialen Vordergrund gerückt. Eine Reihe prominenter Beispiele wollte beziehungsweise - so schien es zeitweise - musste der Öffentlichkeit ihre Erkrankungen und Krisen offenbaren. Öffentliche Diskussionen schlossen sich an. , Das Leben eines Berufspolitikers scheint keineswegs überwiegend von gesundheitsfördernden Einflüssen gesteuert. Die politische Tätigkeit steht an einer herausgehobenen – mit Anstrengungen verbundenen – gesellschaftlichen Position. Ist es dort möglich sich im Ernstfall krankschreiben zu lassen, der Arbeit fern zu bleiben, Tätigkeiten im Bedarfsfall zu reduzieren und sich (vollständig) auszukurieren? Wie entscheidend sind Konkurrenzdruck und öffentliches Ansehen, wenn es um private, persönliche Krisen geht? Wird der Politiker durch die Öffentlichkeit, durch seine exponierte berufliche Stellung oder sogar durch sich selbst „gezwungen“ fortwährend zu funktionieren? Und weiterführend: Hat eine Krankheit Einflüsse auf die jeweilige politische Strategie des Betroffenen? Könnte diese daher eine – ob symbolisch oder real – destabilisierende Wirkung auf unser gesellschaftliches und politisches System ausüben, sollten gesellschaftliche Schlüsselfunktionen durch (zeitweise) erkrankte Personen ausgefüllt werden?, Eine Studie, welche sowohl die Gesundheitsvorstellungen, die Gesundheitsrisiken sowie das Gesundheitsverhalten Bundestagsabgeordneter hinterfragt, lag zum Untersuchungszeitpunkt weder im deutschsprachigen Raum noch weltweit vor (Forschungslücke). Vereinzelte Ansätze, welche jedoch jeweils nur einen Teilbereich der Thematik abdecken, werden auf internationaler Ebene von dänischen, niederländischen und englischen Forschern präsentiert., Daten und Methodik, Leitfadengestützt wurden zur Datenerhebung der qualitativ angelegten Studie insgesamt 21 Interviews mit Bundestagsabgeordneten der 17. Wahlperiode aller zum Untersuchungszeitpunkt (2010 – 2013) im Deutschen Parlament vertretenen Parteien (CDU/CSU, SPD, FDP, Bündnis 90 / Die Grünen, Die Linke) geführt. Die Datenanalyse erfolge mittels Grounded Theory (Glaser / Strauss). Der Methode der maximalen Kontrastierung folgend wurden Interviews solange miteinander in Beziehung gesetzt bis eine theoretische Sättigung erreicht wurde. Zusätzlich wurde eine Typenbildung angestrebt. Basierend auf dem Salutogenesebegriff Antonovskys, verschiedensten Stress- und Bewältigungstheorien sowie eingebettet in den Kontext der Medizin- und Gesundheitssoziologie wurden Gesundheitsvorstellungen, -risiken und –verhalten der Repräsentanten nähergehend analysiert und Bezüge von subjektiven Krankheits- und Krisenerfahrungen zu gesundheitspolitischen Konzepten der Befragten hergestellt., Ergebnisse und Diskussion, Im Zuge der Analyse offenbar wurden Differenzen im Gesundheits- und Krankheitsverhalten der Abgeordneten u.a. bezüglich Alter, Geschlecht sowie politischer Orientierung. Copingmechanismen verschiedenster Arten traten hervor. Das Gesundheitsverhalten modulierende Faktoren wie beispielsweise Arbeitseinteilung, Arbeitsplatzgestaltung, Freizeit- und Reiseaktivitäten, Ernährungsverhalten, Präventionsmaßnahmen, Ressourcen, Bewegung im Alltag, Konkurrenzdruck und Stigmatisierbarkeit traten explizit hervor. Gesundheitsvorstellungen und –risiken des Berufsalltag im Deutschen Bundestag wurden reflektierend den Interviewteilnehmern aufgezeigt. Es konnten sechs klar voneinander abgrenzbare Typen gebildet werden, welche deutliche Kontraste im Gesundheitsverhalten zueinander bilden., Interessanterweise sprachen nahezu alle Studienteilnehmer – trotz ihrer prominenten gesellschaftlichen Position – recht offen über Gesundheitsstatus und zurückliegende Krankheits- und Krisenerfahrungen. , Die Studie leistet einen wichtigen Beitrag zur Förderung eines optimierten Gesundheitsverhaltens sowie zur Prävention berufsbedingter Erkrankungen und wurde bereits u.a. in Verona, Trondheim präsentiert.

ID: 163

Umsetzung eines Empowerment-basierten Projekts mit Senioren zu gesunder Ernährung – Ergebnisse der Prozessevaluation

Julika Loss[1], Janina Curbach[1], Jana Rüter[1], Verena Lindacher[1], Susanne Brandstetter[1]

[1]*Medizinische Soziologie, Universität Regensburg, Regensburg*

Hintergrund: Empowerment ist ein Prozess, in dem Individuen in Gruppen ermächtigt werden, ihr Verhalten und ihr Lebensumfeld selbst aktiv zu verändern. Der Empowerment-Ansatz ist in der Gesundheitsförderung bewährt, zum Thema Ernährung aber noch nicht angewendet worden. Im Rahmen des Projekts „GENIESSER Oberpfalz" („Gesunde Ernährung nachhaltig implementieren") wurden in zwei ländlichen Gemeinden Seniorengruppen gegründet. Ziel war, dass die Gruppen in wöchentlichen Treffen selbst bedürfnisgerechte Projekte zu gesunder Ernährung entwickeln und realisieren. Es sollte untersucht werden, wie die Umsetzung des Empowerment-Ansatzes gelingt (Prozessevaluation)., Methoden: Die Prozessevaluation erfolgte auf Basis von mehrzeitigen Interviews mit Teilnehmern und detaillierten, strukturierten Beobachtungsprotokollen zu den einzelnen Treffen. Untersucht wurde der Zeitraum von 12 Monaten (27 Treffen, Gruppe 1) bzw. 5 Monaten (15 Treffen, Gruppe 2). Die Daten wurden mittels Inhaltsanalyse ausgewertet. , Ergebnisse: Die Gewinnung von Teilnehmern erwies sich als aufwendig. Durch die Einbindung von Multiplikatoren und aufsuchende Maßnahmen konnten initial 15 (Gruppe 1) bzw. 27 (Gruppe 2) Senioren gewonnen werden. Das von einer normalen Ernährungsschulung abweichende Format war für die Teilnehmer zunächst ungewohnt und führte zu einer Reduktion der Gruppengröße auf 8-12 bzw. 6-8, die konstant über den Beobachtungszeitraum an den Treffen teilnahmen. Durch einen partizipativen Führungsstil und interaktive Arbeiten konnte ein erfolgreicher Gruppenbildungsprozess erreicht werden, in dem die Teilnehmer schrittweise aktiviert wurden, sich selbständig für Ernährungsthemen zu engagieren. Der Fokus der von den Senioren entwickelten Themen unterschied sich zwischen den Gemeinden und lag in Gruppe 1 v.a. auf Verbraucherschutz sowie Verbesserung der strukturellen Ernährungsverhältnisse in der Gemeinde (z.B. Einrichtung eines Gemeinschaftsgarten), in Gruppe 2 v.a. auf Möglichkeiten zur individuellen Verbesserung der Ernährungsgewohnheiten und Weitergabe dieses Wissens innerhalb der Gemeinde (z.B. Entwicklung einer regionalen Einkaufskarte, Einrichtung eines Infostandes bei Gemeindefest). Die Gruppenteilnehmer erweisen sich durch Ortskenntnis und Vernetzung zu Schlüsselpersonen als Experten für ihr Gemeindeumfeld. Andererseits erwies es sich als schwierig, die Verantwortung von den Gruppenleitern auf die Teilnehmer zu übertragen, wie es der Empowerment-Ansatz prinzipiell vorsieht., Schlussfolgerung: Die Umsetzung von Empowerment für gesunde Ernährung erfordert thematische Offenheit für die Bedürfnisse der Zielgruppe, den Aufbau von Vertrauensbeziehungen und eine schrittweise Aktivierung. In der Zielgruppe der Senioren konnte in zwei Gemeinden Empowerment-Prozesse bei den Teilnehmern initiiert werden, diese entwickelten sich allerdings erst über einen längeren zeitlichen Verlauf und erforderten erhebliche Unterstützung.

ID: 164

The history of NWIn (Netzwerk Inanspruchnahme gesundheitsbezogener Leistungen in Deutschland / Health Care Utilization in Germany)

Christian Janßen[1], Enno Swart[2], Thomas von Lengerke[3]

[1]*Hochschule für Angewandte Wissenschaften München, München*; [2]*Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Magdeburg*; [3]*Medizinische Hochschule Hannover, Hannover*

Given decades of socio-epidemiological research, the social gradients in health-related quality of life, morbidity, and mortality that favor higher and disadvantage lower social status groups are factually a truism. This holds true for Germany and Europe in general as well as for other industrialized countries such as the US or Canada. In Germany, for instance, differences in life expectancy between the highest and lowest income groups range up to 10 years. Against this background, a crucial scientific and political question is whether the health care system increases or decreases this gap. Initial research findings in Germany indicate that the gap might be influenced more by differences in utilization than in supply., In 2002, the working group “Health Care Research” was founded within the German Association of Medical Sociology (DGMS), consisting of about 30 scientists. In the following years, several workshops at national and international conferences were held by members of this group. In 2007, a first book resulted from this collaboration, which was published by Juventa and presented medical sociological health care research in its full scope [1]. Subsequently, the special importance of the utilization of health care triggered a proposal to the German Research Foundation [Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG)] for funding a scientific network on ”Health care utilization in Germany”., After its approval (grant no.: JA-1849, 1-1), the network started off under the designation “NWIn Research Network” [NWIn: “Netzwerk Inanspruchnahme” (German for “Utilization Network”)] in January 2010 for a three-year funding period. Prior to the book publication eventually intended by NWIn, a special issue of GMS Psycho-Social-Medicine (P-S-M) was published [2-8]. This publication already referred to the same theoretical approach, namely one of the leading frameworks for health care utilization research: the Behavioral Model of Health Care Utilization (BM) [9] [10] by the US medical sociologist and health services researcher Ronald M. Andersen. Among other things, it systematically reviews empirical studies that explicitly draw on the BM [3], scrutinizes the comparability of estimated prevalences of medical services use in large-scale population surveys in Germany [4], and presents first empirical findings. , The present book carries this endeavor forward by being, to our knowledge, the first edited volume to analyze the social determinants of health care utilization in Germany via systematic use of Andersen and colleagues’ BM as its recurrent theoretical approach throughout all chapters (starting with Chapter 2 in Part I), including a systematic update on relevant quantitative and qualitative research methods (Part II) and empirical results on selected predisposing and enabling factors (Part IIIa), need factors (Part IIIb), and sectors of care (Part IIIc).

ID: 165

Soziale Online-Netzwerke– ein neues “Setting“ für Gesundheitsförderung?

Julika Loss[1], Verena Lindacher[1], Janina Curbach[1]

[1]Medizinische Soziologie, Universität Regensburg, Regensburg

Hintergrund: Insbesondere unter Heranwachsenden und jungen Erwachsenen sind soziale Online-Netzwerke (engl. social networking sites, SNS) wie Facebook mittlerweile beliebte Plattformen für tägliche soziale Interaktion. Daher werden sie zunehmend als ‘neue’ oder ‘virtuelle’ Settings bezeichnet, die für Gesundheitsförderung genutzt werden können. Allerdings wurde bislang nicht untersucht, inwieweit es sich bei SNS wirklich um Settings im Sinne der WHO-Definition handelt, und ob der auf dem sozio-ökologischen Gesundheitsförderungs-Modell beruhende Setting-Ansatz sich in Online-Netzwerken realisieren lässt. , Methodik: In der Literatur zur Gesundheitsförderung wurden Schlüssel-Charakteristika für (1) Settings sowie für (2) den Setting-Ansatz identifiziert. Anschließend wurde systematisch analysiert, inwieweit diese Eigenschaften auf soziale Online-Netzwerke zutreffen bzw. sich auf diese übertragen lassen. , Ergebnisse: (1) SNS haben zwar keine geographischen Grenzen, erfüllen aber ansonsten viele Setting-Kriterien, z.B. indem sie für viele Menschen einen integralen Bestandteil des täglichen Lebens darstellen, eine Organisationsstruktur aufweisen, in ihnen soziale Interaktion stattfindet und das Verfolgen von individuellen Aktivitäten ermöglicht wird - wenngleich diese nur aus Kommunikation bestehen. Inwieweit SNS und die hier stattfindenden Aktivitäten einen Einfluss auf die Gesundheit der Teilnehmer haben, ist bislang wenig untersucht. (2) Die wenigen Gesundheitsförderungs-Projekte, die bislang auf SNS vermittelt wurden, beruhen auf gesundheitlicher Aufklärung der Nutzer, die über Feedback-Optionen in einen Diskurs über die Themen einbezogen werden. Weitere Elemente, die zusätzlich zu Informationsvermittlung für den Setting-Ansatz essentiell sind, sind z.B. der Aufbau von Partnerschaften und die Änderung der Verhältnisse und strukturellen Bedingungen wie diese auf SNS umgesetzt werden können, ist derzeit unklar. SNS ermöglichen Nutzern das eigenständige Gestalten von Inhalten und die Vernetzung mit Gleichgesinnten und bieten daher prinzipiell die Möglichkeit zu aktiver Partizipation und Empowerment, wie sie der Setting-Ansatz vorsieht diese sind bislang nicht für Gesundheitsförderungszwecke genutzt worden. , Schlussfolgerung: Insbesondere bei jungen Menschen sind SNS mittlerweile ein wichtiger sozialer Ort der Kommunikation und sollten daher als potenzielles Einsatzfeld für Prävention und Gesundheitsförderung angesehen werden. Allerdings gibt es bislang wenig gesundheitsförderliche Projekte, die auf sozialen Online-Netzwerken angeboten werden. Daher gibt es wenig Anhaltspunkte darüber, ob SNS tatsächlich für Ansätze genutzt werden können, die über interaktive Gesundheitserziehung hinausgehen. Daher sollte man derzeit zurückhaltend sein, SNS unkritisch als neues Setting für Gesundheitsförderung zu bezeichnen.

ID: 166

Qualitätssicherung der sozialmedizinischen Begutachtung der Deutschen Rentenversicherung mit dem Peer Review-Verfahren

Heiner Vogel[1], André Strahl[1], Christian Gerlich[1], Hans-Dieter Wolf[1], Annette Müller-Garnn[2], Jörg Gehrke[2]

[1]Universität Würzburg, Abteilung Medizinische Psychologie und Rehabilitationswissenschaften, Würzburg; [2]DRV Bund, Bereich Sozialmedizin, Berlin

Hintergrund: Die sozialmedizinische Begutachtung zur Feststellung eines Anspruchs auf Erwerbsminderungsrente (EM-Rente) für Versicherte der Deutschen Rentenversicherung wird mit persönlicher Untersuchung des Versicherten oder auf Grundlage der vorhandenen Aktenlage durchgeführt. Für diesen Prozess hat die Kommission zur Weiterentwicklung der Sozialmedizin in der gesetzlichen Rentenversicherung (SOMEKO) ein Qualitätssicherungskonzept entwickelt, welches im Kern ein Peer Review-Verfahren umfasst (VDR, 2004). Die manualisierte Qualitätsbewertung der Gutachten orientiert sich an einem hierarchischen Konzept mit sechs Einzelkriterien (Formale Gestaltung, Verständlichkeit, Transparenz, Vollständigkeit, Medizinisch-wissenschaftliche Grundlagen, Wirtschaftlichkeit) sowie einem übergeordneten Kriterium (Nachvollziehbarkeit des Gutachtens) (DRV, 2013). Als wesentliches Gütekriterium ist für das Peer Review-Verfahren die (Interrater-)Reliabilität zu überprüfen (Goldman, 1994), die im Allgemeinen ab 0,70 als gut interpretiert werden kann (Wirtz & Caspar, 2002). Mehrere Studien und die Metaanalyse von Goldman (1994) zeigen jedoch, dass in der Praxis eher niedrigere Reliabilitätskennwerte um 0,30 erreicht werden. , Methodik: Im Rahmen einer Pilotstudie zur Überprüfung der Reliabilität des Peer-Reviews der sozialmedizinischen Begutachtung wurden 260 Erstgutachten zur Erwerbsminderungsrente unterschiedlicher Indikationen von zwölf teilnehmenden Rentenversicherungsträgern einbezogen. Davon wurden 20 zufällig ausgewählte Gutachten von allen Peers sowie 20 Gutachten pro teilnehmendem Träger anhand eines Verteilungsschemas durch jeweils zwei Peers beurteilt. Insgesamt gingen 771 Reviews von 19 Peers als Datengrundlage in die Auswertung ein. Zur Beurteilung der Interrater-Reliabilität wurde Kendalls Konkordanzkoeffizient W für mehr als zwei Beurteiler herangezogen. , Ergebnisse: Die Reliabilitätskennwerte der Einzelkriterien liegen in einem Range von 0,09 bis 0,88. Das übergeordnete Kriterium, welches die Nachvollziehbarkeit der Gutachten misst, erreicht eine Interrater-Reliabilität von 0,37. Betrachtet man die prozentuale Übereinstimmung der Bewertung des übergeordneten Kriteriums innerhalb der Gutachten, schwankt der Range auch hier von 88% bis 29% und liegt im Mittel bei 48,9%. Die Koeffizienten der indikationsspezifischen Reliabilitätsberechnung zeigen ähnliche Ausprägungen wie die indikationsübergreifenden Kennwerte. Dabei reduziert die statistische Auswahl der einzelnen Indikationen jedoch stark die Zahl der Fälle, die in die Berechnung eingehen, sodass einzelne Koeffizienten nicht berechnet werden können oder auf nur sehr wenigen Fällen beruhen. , Diskussion: Die in der Literatur idealistisch geforderte Reliabilität von > 0,70 erreicht das Peer Review der sozialmedizinischen Begutachtung auf Basis des vorliegenden Manuals nicht. Jedoch liegen für die Interpretation der Reliabilitätskennwerte lediglich grobe Empfehlungen vor, gemäß denen sich die Beurteilung immer an den Bedingungen des jeweiligen Kontextes orientieren sollte. So bewegt sich im Praxisvergleich der Kennwert des übergeordneten Kriteriums in demselben Bereich wie die Kennwerte beim Peer Review der Reha-Entlassungsberichte in der letzten veröffentlichen Fassung (Erhebungsrunde 2000/2001/Somatik Farin et al., 2003). Zudem beeinflusst die Anzahl der Skalenkategorien und die Definition des zu messenden Merkmals die Höhe der Konkordanz. Während wenige Skalenkategorien die Höhe der Reliabilitätskoeffizienten verringern können, ist ein breit definiertes, komplexes Merkmal wie das übergeordnete Kriterium schwer zu operationalisieren und einheitlich zu erfassen., Schlussfolgerung: Die gefundene Reliabilität des Manuals erweist sich, im Kontext vorhandener Forschungsdaten und Studien, als ausreichend. Die Konstruktion als indikationsübergreifendes Bewertungsinstrument kann durch die Daten bestätigt werden. Eine Erhöhung der Reliabilität des Manuals erfolgt durch Überarbeitung bzw. Kürzung einzelner Prüffragen. Um künftig einheitlichere Bewertungsmaßstäbe der Peers herzustellen bzw. zu sichern, bedarf es vor Anwendung des Manuals einer Peer-Schulung sowie eines praxisbegleitenden kontinuierlichen Auffrischungstrainings.

ID: 168

Demographic losses related to socio-economic inequalities in adult mortality in Lithuania: evidence from census-linked longitudinal data

Domantas Jasilionis[1]

[1]*Max-Planck-Institut für demografische Forschung, Rostock*

Introduction, Health status and mortality indirectly measure wellbeing in a society and also point to the fairness of distribution of wealth across socioeconomic groups and individuals. Increasing attention of scientists and policy makers for health inequality issues is related to both ethical dimensions of inequality and social and economic consequences of health inequalities. According to the recent study by Mackenbach, Meerding and Kunst (2011), at the EU level, elimination of health inequalities would allow to save about 15-20% of the health and social security budgets. According to their estimates, overall loss of GDP due to health inequalities may reach as much as about 1.4% (Mackenbach, Meerding ir Kunst, 2011). It is obvious that in countries with higher mortality and health inequalities (such as Lithuania) demographic and economic burden of inequality may be even higher. If compared to other members of European Union, Lithuania show a very unfavourable situation with male life expectancy at birth. Despite very recent significant improvements, the country is classified as the worst performing EU country according to this criterion. Previous research suggests that one of the most important determinants of such unfavourable situation in life expectancy in Lithuania concerns striking mortality differences by socio-demographic group. , Data and methods, The current study presents the comprehensive analysis of socio-economic differences in adult mortality in Lithuania using high quality census-linked longitudinal data covering entire adult population for the period 2001–2005. The study simultaneously uses three socioeconomic dimensions: education, economic activity status, and occupation. Socio-economic mortality differentials are assessed using both traditional range-type measures (Poisson regression mortality rate ratios) and advanced Gini-type measures accounting for both mortality in all socio-economic groups and group-specific population weights. The public health burden attributable to socioeconomic mortality differentials is measured using the method of cause-specific population attributable fractions. , Results, The study found that distinctive features of the Lithuanian pattern of socioeconomic mortality differentials concern higher magnitude of mortality differentials and strikingly unfavourable health situation of farmers and farm workers. Differently from the ‘old’ EU member states, this group in Lithuania showed the worst mortality indicators if compared to other occupational groups. For the majority of causes of death, both relative and absolute mortality inequalities were higher than they are in the ‘old’ EU member states. The highest absolute demographic losses related to socioeconomic differences in adult mortality are attributable to excess mortality due to cardiovascular system diseases, external causes of death, digestive system diseases, and alcohol-related deaths. This suggests the striking prevalence of unhealthy life styles (smoking and alcohol consumption), poor psychosocial conditions, and lack of access to modern medical treatment and prevention among the lower socioeconomic groups at working ages in Lithuania. , Conclusion, These new findings on socio-economic differentials in adult mortality in Lithuania will allow to perform more objective judgements about the effectiveness of the existing public health policies and to create preconditions for designing and implementation of more effective programs devoted to reduction of demographic burden of inequalities.

ID: 170

Zusammenhang von arbeits- und gesundheitsbezogenen Faktoren bei Servicepersonal im Hotelbetrieb - ein Geschlechtervergleich

Reingard Seibt[1], Silvia Spitzer[1], Bettina Hunger[2], Vera Ulbricht[1]

[1]Technische Universität Dresden, Institut und Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin; *[2]Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gastgewerbe ASD*BGN, Koordinationsstelle Potsdam*

Einleitung: , Etwa drei Viertel aller Erwerbstätigen in Deutschland sind im Dienstleistungssektor beschäftigt (Statistisches Bundesamt 2009). Insbesondere im Hotel- und Gaststättengewerbe ist die Arbeit durch hohen psychosozialen Druck gekennzeichnet, der sich in zahlreichen Überstunden, geringer Bezahlung und Zeitdruck widerspiegelt. Ein hohes Maß an psychosozialer Arbeitsbelastung und -stress, bei gleichzeitiger schlechter Trennung zwischen Beruf und Freizeit, wird als eine der wichtigsten Ursachen für arbeitsassoziierte Gesundheitsprobleme angesehen (Lundberg 2007). Vor diesem Hintergrund wurden die Ausprägungen von arbeits- und gesundheitsbezogenen Faktoren bei männlichem und weiblichem Servicepersonal verglichen und der Zusammenhang von Tätigkeitsmerkmalen und Gesundheit auf Moderator- (Geschlecht) und Mediatoreffekte (Lebensstilfaktoren, Erholungsunfähigkeit) geprüft. , Methodik: , Es wurden 59 männliche und 85 weibliche Beschäftigte (Durchschnittsalter: 35±10 Jahre) mit einer arbeitsmedizinisch-psychologischen Screening-Diagnostik untersucht. Arbeitsintensität und Tätigkeitsspielraum wurden anhand des Anforderungs-Kontroll-Modells nach Karasek & Theorell (1990) ermittelt. Als gesundheitsbezogene Variablen dienten Herzkreislaufparameter, Körpermaße, ärztliche Diagnosen und Beschwerden. Personenbezogene Faktoren umfassten Nikotin- und Alkoholkonsum sowie Erholungsunfähigkeit., Ergebnisse:, Arbeitsbedingungen und -anforderungen werden von männlichem und weiblichem Serviceper-sonal nicht signifikant unterschiedlich eingeschätzt. Das Servicepersonal beurteilt im Gruppenmittel die Arbeitsintensität (MW = 2.8 ± 0.6) und den Tätigkeitsspielraum (MW = 3.2 ± 0.6) ihrer Arbeit hoch. Danach nehmen 65 % ihre Arbeit als Active-Job, jeweils 8 % als High-Strain-Job bzw. Passive-Job und 19 % als Low-Strain-Job wahr., In den gesundheitlichen Faktoren unterscheiden sich Erkrankungen des Herz-Kreislauf- (13 %) und Muskel-Skelett-Systems (19 %) sowie Verletzungen durch Unfälle (16 %) und muskuloskelettale Beschwerden im Nacken- (65 %), Schulter- (59 %) und Rückenbereich (48 %) zwischen beiden Geschlechtern nicht Männer (46 %) geben lediglich im Vergleich zu Frauen (79 %) signifikant weniger Nackenbeschwerden (p = .000) an. Erwartungsgemäß weisen Männer signifikant höhere Werte für systolischen Blutdruck (p = .002), BMI (p = .000), LDL-Cholesterin (p = .008) und Triglyceride (p = .003) auf und geben einen höheren durchschnittlichen täglichen Alkoholkonsum (46 %) an (Frauen: 32 % p = .002). Männer wiesen gegenüber Frauen - trotz vermutlich höherer körperlicher Aktivität - keine bessere kardiovaskuläre Fitness auf. Bezüglich der Erholungsunfähigkeit gaben 27% der Männer und 20% der Frauen auffällige bis sehr auffällige Werte an (p = .011). , Zusammenhänge zwischen arbeits-, gesundheits- und personenbezogenen Faktoren fanden sich kaum die bivariaten Korrelationen zwischen Lebensstilfaktoren und Tätigkeits- bzw. Gesundheitskomponenten sind sehr gering und nicht signifikant. Aufgrund dieser fehlenden Zusammenhänge konnten weder Moderatoreffekte des Geschlechts noch Mediatoreffekte personenbezogener Variablen festgestellt werden. , Schlussfolgerung: , Beim Vergleich von Männern und Frauen wurden nur wenige gesundheitsbezogene Unterschiede festgestellt. Erwartungsgemäß wiesen die männlichen Beschäftigten schlechtere Werte in den kardiovaskulären Risikofaktoren (Blutdruck, BMI, Fettstoff-wechsel, Alkoholkonsum) auf. Diese Risikofaktoren zeigen, dass es notwendig ist, frühzeitig in die Gesundheit dieser Berufsgruppe zu investieren. Aufgrund fehlender Zusammenhänge zwischen arbeits- und gesundheitsbezogenen Faktoren empfiehlt es sich in weiterführenden Untersuchungen ein anderes Arbeitsstress-Gesundheits-Modell für diese Berufsgruppe zu untersuchen.

ID: 171

Kommunale Sozial- und Armutsberichterstattung. Methodik und Perspektiven

Hans-Joachim Boschek[1]

[1]*Ennepe-Ruhr-Kreis, Schwelm*

Kommunale Sozial- und Armutsberichterstattung. Methodik und Perspektiven., Einleitung: Armut und ihre sozialen und gesundheitlichen Folgen sind ein wichtiges Thema für die kommunale Gesundheits- und Sozialplanung. Allerdings stehen differenzierte Daten zur Einkommensverteilung auf Gemeindeebene nicht zur Routineauswertung zur Verfügung. Eine Armuts- und Sozialberichtserstattung, die sich an internationalen Armutsbegriffen orientiert, ist den Kommunen in der Regel nicht möglich. Hier werden die Möglichkeiten einer kommunalen Berichterstattung beschrieben, die sich aus der Auswertung von Verwaltungsdaten aus dem Sozialbereich ergeben., Methodik: Die benutzte Armutsquote für den Ennepe-Ruhr-Kreis erfasst alle Menschen, die zur Sicherung ihrer Grundbedürfnisse von staatlichen Transferleistungen abhängig sind. Dazu gehören die Beziehenden von Grundsicherung für Arbeitssuchende (SGB II: Arbeitslosengeld II und Sozialgeld), Beziehende Laufender Hilfe zum Lebensunterhalt (außerhalb von Einrichtungen, SGB XII), bei Grundsicherung im Alter und bei dauerhafter Erwerbsminderung (SGB XII) sowie Beziehende von Regelleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylblG). , Ergebnisse: Mit der Armutsquote wird nur eine Kernarmut beschrieben, dafür stehen die Daten kontinuierlich auf Gemeindeebene zur Verfügung. Eine Differenzierung, besonders für Daten aus dem SGB II, ist möglich nach Geschlecht, nach Staatsangehörigkeit, nach Bedarfsgemeinschaften (Gesamtzahl, Zusammensetzung), Kindern und Jugendlichen (unter 15 und bis 25 Jahren), Zahl der Alleinerziehenden und der erwerbstätigen Menschen, die Ergänzungsleistungen zum Erwerbseinkommen beziehen., Diskussion: Die Daten der Arbeits- und Sozialverwaltung beschreiben primär das Leis-tungsspektrum der Behörden. Dies zeigt sich beispielsweise an der Erfassung der ver-schiedenen Leistungsarten. Obwohl für andere Zwecke erhoben, erlaubt die Auswertung dieser Routinedaten ein kontinuierliches Monitoring der Entwicklung einer Kernarmut in den Kommunen. Die Situation bestimmter Gruppen wie Kinder, Alleinerziehende, soge-nannte Aufstocker, ältere Menschen und Asylbewerber kann mit wenig Aufwand gut beschrieben werden. Die Geschlechterverteilung bei Armutsverhältnissen können dargestellt werden. So ergeben sich wichtige Hinweise auf die wachsende Altersarmut und die zunehmende Zahl von Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen, die Hilfe zum Lebensunterhalt erhalten. , Es bestehen methodische Einschränkungen: Die kleinräumige Datenanalyse einzelner Sozialräume ist ohne weiteren Aufwand nicht möglich. Die Beschränkung auf die Erfas-sung der Staatsbürgerschaft schränkt die differenzierte Betrachtung von Migrationseffek-ten ein. , Der auf der beschriebenen Methode basierende Armutsbericht des Ennepe-Ruhr-Kreises von 2010 zeigt eine höchst unterschiedliche räumliche Verteilung von Armut, insbesondere die Ausprägung der Kinderarmutsquote. Die Analyse erlaubt eine bessere Planung bestimmter kommunaler Angebote wie „frühe Hilfen im Kindesalter“ oder einer Schuldner- und Wohnberatung. Möglicherweise können die Erkenntnisse aus dem Armutsbericht auch bei der Gestaltung von Bildungsangeboten genutzt werden. , In einer zweiten Stufe können die Basisdaten mit den Fakten aus anderen Datenquellen wie der Schuleingangsuntersuchung (qualifiziert durch die Erfassung von Sozialdaten) und etwa der Schuldenstatistik für differenzierte Analysen genutzt werden. , Zusammenfassung: Eine kommunale Armuts- und Sozialberichterstattung aus Routinedaten ist mit Einschränkungen möglich. Insbesondere für den Fragenkomplex Migration müssen differenzierte Methoden entwickelt werden. Auf dieser Datenbasis können Interventions- und Präventionsmaßnahmen entwickelt und gesteuert werden. Ansätze bieten hier die Kooperationen in Projekten der „frühen Hilfen“ und die sozialräumliche angepasste Sprachförderung in Kindertagesstätten zur Minimierung von Bildungsnachteilen.

ID: 172

NWIn (Netzwerk Inanspruchnahme gesundheitsbezogener Leistungen in Deutschland / Health Care Utilization in Germany): Summary of the Results-Chapter

Christian Janßen[1], Christoph Kowalski[2]

[1]Hochschule für Angewandte Wissenschaften München, München; *[2]Universität zu Köln, Köln*

First Birgit Babitsch and Cornela Bormann give an overview on gender and health care use. Picking up one, if not the key explanatory factor from a medical sociology viewpoint, Jens Klein, Kerstin Hofreuter-Gätgens, and Olaf von dem Knesebeck systematically review the associations of socioeconomic status and health care utilization in Germany. The review indicate that the strongest inequalities exist in the area of prevention, in that the lower the social status, the less people utilize prevention or early detection programs. Subsequently, Cristina Carmen Ciupitu-Plath, Daniela Gohl, and Birgit Babitsch give an overview on migration and health care utilization in the European context. Next, Daniel Lüdecke, Eva Mnich, and Christopher Kofahl discuss that home care and support of dependent elderly people are primarily provided by relatives, friends, or close acquaintances. Predisposing and need factors turn out to be most relevant to explaining family caregivers' attitudes and opinions regarding service utilization as well as and service utilization itself. , Two major burdens of disease in the decades ahead will be dementia and obesity. Thus , Elmar Gräßel and colleagues, present two timely studies on predictors of the use of care and support services, the use of non-drug therapies, and the use of health and care services by community-dwelling persons with dementia and their family caregivers. Overall, predisposing factors such as patient age as well as caregiver age or education level are not as consistently predictive as the need for a service. , Regarding obesity, Thomas von Lengerke and colleagues provide a systematic review based on population studies on the obesity-associated utilization of outpatient primary care physician care by adults in Germany, and they empirically examine the associations between moderate and severe obesity on the one hand and the utilization of outpatient general practitioner care on the other. Finally, Holm Thieme and Bernhard Borgetto look at rheumatic diseases and, in this context, at the use of physiotherapists as a relevant allied health profession (H. Thieme and B. Borgetto) and the participation in self-help activities as an important part of the lay health care system (B. Borgetto and H. Thieme)., Mirjam Körner, Birte Maschke, and Christian Janßen examine psychotherapy as a field gaining in importance for the health care system as the rate of mental disorders in Germany increases. All studies included show that patients with a higher level of education often have better access to psychotherapy than those with a lower level, although the latter more commonly suffer from mental disorders. Following this, Christoph Kowalski and colleagues focus on the field of disease prevention and health promotion. Most of the analyzed studies provide quite clear evidence of an association between higher social status, female gender, and non-migrant status on one hand and the use of prevention or health promotion services on the other. Finally, Achim Siegel and Ulrich Stößel report results of an integrated care study that is well-known in Germany, namely "Gesundes Kinzigtal Integrated Care" (Healthy Kinzigtal Integrated Care [GKIC]). It represents one of the few population-based integrated care systems in Germany.

ID: 173

Essen und Trinken im Alltag von Familien mit Kita-Kindern: Ergebnisse einer qualitativen Studie im Land Bremen

Silke Böttcher[1], Ingeborg Jahn[1]

[1]Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie - BIPS GmbH, Bremen

Hintergrund/Ziel: , Verpflegung in Kindertagesstätten (Kita) dient zunächst dazu, die Kinder gut zu ernähren. Häufig sind damit jedoch weitere Ziele verbunden, wie z.B. Anregungen für ein möglichst gesundheitsförderliches Ernährungsverhalten und –handeln der Kinder zu geben und auch die Eltern bzw. die Familie mit einzubinden. Ziel der Studie war es, ein vertieftes Verständnis des alltäglichen Ernährungshandelns und –verhaltens in Familien zu gewinnen, wobei insbesondere Handlungsspielräume und Handlungsbarrieren interessierten. Ein weiterer Schwerpunkt war die Frage nach der Rolle der Kitas in Bezug auf die Entwicklung des Ernährungshandelns und –verhalten der Kinder und Familien aus der Sicht der Eltern. , , Daten/Methodik: , Im Rahmen der Studie wurden halbstrukturierte Leitfadeninterviews mit Eltern von Kita-Kindern durchgeführt, die über 6 Kitas in Bremen und Bremerhaven rekrutiert wurden. Die Themen des Interviews waren Essen und Trinken im Familienalltag, Ernährungsverhalten und Wahrnehmung der Ernährungsaktivitäten in der Kita sowie die Gestaltung des Ernährungsalltags in den Familien: z.B. wer übernimmt welche Aufgaben, wie sehen typische Mahlzeitenmuster in Familien aus, welche Rolle spielen biographische Ereignisse und Verläufe als Einflussfaktoren. Die Auswertung der Interviews erfolgte mit der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring. Zielgruppen waren Familien aus sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen. , , Ergebnisse: , Die Interviews wurden zwischen Juli 2010 und Juli 2011 durchgeführt. Es wurden 17 Interviews mit 16 Müttern und einem Vater geführt. Insgesamt wurden sehr vielfältige Lebensmittel und Speisen für alle Mahlzeiten (Frühstück, Mittag- und Abendessen, Zwischenmahlzeiten) genannt. In den Familien wurden die Mahlzeiten ähnlich zubereitet. Gleichwohl war die Bedeutung verschiedener kultureller und ethnischer Wurzeln sowie unterschiedlicher Einstellungen und Werte zu erkennen. Die Interviewpartner/innen berichteten, dass die Kinder, seitdem sie eine Kita besuchen, häufiger ihnen unbekannte oder zuvor abgelehnte Speisen essen und probieren. Dadurch, dass die Kinder zu Hause gezielt Wünsche nach Gerichten und Speisen äußerten, werde auch die familiäre Ernährung beeinflusst. Ebenfalls holten sich die Eltern in der Kita gezielt Anregungen für Gerichte: z.B. durch Nachfragen nach Rezepten, den Speiseplan oder ausgehängte Rezepte. Interviewpartner/innen berichteten ebenfalls, dass sie nach dem Kita-Vorbild zu Hause einen wöchentlichen Speiseplan eingerichtet und auch die Ess-Regeln aus der Kita übernommen haben, z.B. beim Essen sitzen bleiben. Es wurde berichtet, dass die Kinder zu Hause stärker in die Zubereitung eingebunden werden und ihnen mehr Eigenständigkeit zugetraut wird. Zugleich verneinten die Eltern einen Bezug zwischen dem eigenen Ernährungsalltag und den ernährungsbezogenen Aktivitäten der Kita. Veränderungen der familiären Ernährungsweisen wurden eher mit den eigenen ernährungsrelevanten Einstellungen und Veränderungen im Lebenslauf in Verbindung gebracht als mit Aktivitäten der Kitas. , , Diskussion/Schlussfolgerung: , Einerseits beschreiben Eltern in den Interviews Veränderungen des kindlichen Ernährungsverhaltens und auch des familiären Ernährungshandelns und bringen diese mit den ernährungsbezogenen Aktivitäten der Kitas in Verbindung. Andererseits werden Veränderungen des Ernährungsalltags in den Familien eher biographischen Veränderungen, wie Mutterschaft oder Trennungen in Verbindung gebracht. Dies erscheint als Widerspruch. Eine Erklärung könnte darin liegen, dass Veränderungen auf verschiedenen Ebenen angesprochen werden: einerseits kleinere, eher schleichende Veränderungen von Alltagsroutinen, wie Essregeln oder der Speiseplan, und andererseits größere Veränderungen der ernährungsbezogenen Alltagsstruktur, wie z.B. die Einführung von Familienmahlzeiten, die mit Veränderungen von Lebenssituationen einhergehen.

ID: 176

Wie gehen Frauen mit den ungesunden Essgewohnheiten ihrer Männer um? Qualitativ-explorative Ergebnisse zu sozialen Ernährungsstrategien im Rahmen des Projekts „GENIESSER Oberpfalz“

Janina Curbach[1], Susanne Brandstetter[1], Jana Rüter[1], Verena Lindacher[1], Julika Loss[1]

[1]*Universität Regensburg, Regensburg*

Hintergrund: , Aus zahlreichen repräsentativen Studien zum Ernährungsverhalten der deutschen Bevölkerung weiß man, dass Ernährungsverhalten stark geschlechterspezifisch differenziert ist: Männer essen mehr Fleisch und weniger Gemüse und Frauen bevorzugen tendenziell gesündere, vegetarische Kost (MRI 2008, TK 2013). Ungesunde Ernährung wird deshalb als ein verhaltensbezogener Faktor für die Erklärung der geringeren Lebenserwartung von Männern im Geschlechtervergleich gehandelt. Auch in der Gesundheitsförderung gelten Männer generell als eine schwer erreichbare Zielgruppe – insbesondere in Bezug auf ihr geringes Interesse an gesunder Ernährung., Gleichzeitig ist aus der sozialwissenschaftlichen Forschung zu Ernährungsverhalten bekannt, dass Ernährung nicht ausschließlich ein natürlich-biologischer Vorgang ist, sondern dass Ernährung als eine soziale Praktik verstanden werden muss, eingebettet in soziale Ess-Kontexte der Familie und des Haushalts und geprägt von sozio-kulturelle Rollenvorstellungen zu dem, was ein angemessenes und „legitimes“ Ernährungsverhalten von Männern und Frauen ausmacht (Schubert 2008 Setzwein 2004)., Bislang gibt es noch wenig wissenschaftliche Erkenntnisse darüber, wie im Versorgungskontext Haushalt soziale Interpretationen und Arrangements für geschlechterspezifische Ernährungspräferenzen (re-)produziert werden. Um Interventionen im Ernährungsbereich effektiver und geschlechtsspezifisch zu gestalten ist es für die Gesundheitsförderung notwendig, ein besseres Verständnis hiervon zu entwickeln, Ziel:, Ziel ist es, soziale Interpretationen und Strategien zu verstehen, mit deren Hilfe Frauen mit den geschlechterspezifischen Ernährungsgewohnheiten ihrer Männer im Haushaltskontext umgehen, Methode:, Im Rahmen des BMBF-Projekts „Genießer Oberpfalz“ konnten bei offener Rekrutierung für eine Intervention zu gesunder Ernährung wie erwartet (fast) ausschließlich weibliche Teilnehmerinnen gewonnen werden. Im Rahmen des Projekts wurden semi-strukturierte qualitative Leitfadeninterviews (n=20) mit älteren Frauen (60-80 Jahre) in der ländlichen Oberpfalz zu ihren Ernährungsgewohnheiten geführt, transkribiert und inhaltsanalytisch (nach Mayring 2003) ausgewertet. Für den vorliegenden Beitrag wurden die Erzählpassagen aus den Interviews zu den Interpretationen und Ernährungsstrategien der Befragten in Bezug auf ihre im Haushalt lebenden Männer ausgewertet., Vorläufige Ergebnisse: , In den Interviewdaten wurde eine Bandbreite von verschiedenen Ernährungsarrangements gefunden, wobei sich geschlechterspezifisch unterschiedliche Ernährungspräferenzen in vielen Interviews wiederspiegeln und durch die Befragten klassische Geschlechterrollen reproduziert werden („Mein Mann ist ein Fleischfresser“). Die befragten Frauen interpretieren die wahrgenommenen Differenzen jedoch sehr unterschiedlich und haben verschiedene Strategien entwickelt damit umzugehen: Während einige „kapituliert“ haben und sich im Alltag den Ernährungspräferenzen ihrer Männer weitgehend anpassen berichten andere von Strategien der Vermeidung und Mehrfachversorgung durch Beilagen-Essen oder das Kochen von mehreren Gerichten zu einer Mahlzeit. Gleichzeitig fühlen sich viele Befragte für die Gesundheit ihrer Männer zuständig und „achten darauf“, dass sich ihre Männer – v.a. bei Erkrankungen wie Diabetes oder Unverträglichkeiten – gesundheitsbewusst ernähren. Manche setzen hierfür sogar manipulative Strategien ein, wie z.B. das Ersetzen von Wurst durch magere Streichwurst beim Frühstück., Diskussion:, Eine solche explorativ-qualitative Herangehensweise kann dazu beitragen zu verstehen wie im Haushaltskontext soziale Ernährungsarrangements trotz geschlechterspezifischer Differenzen konstruiert werden. Für die Gesundheitsförderung mit der Zielgruppe Männer ist das subjektive Erfahrungswissen der Ehefrauen aufschlussreich, um soziale Voraussetzungen für ein gesundes Ernährungsverhalten von Männern zu verstehen.

ID: 177

Bestandsaufnahme zu Versorgungsdefiziten und Versorgungsmanagementprogrammen gesetzlicher Krankenversicherungen für die Indikation Alzheimer-Demenz

Lasse Korff[1], Lennart Weegen[1], Sarah Mostardt[1], Sonja Ivancevic[1], Jürgen Wasem[1], Anke Walendzik[1]

[1]Lehrstuhl für Medizinmanagement/ Universität Duisburg-Essen, Essen

Hintergrund: , Die Versorgung chronisch Kranker im deutschen Gesundheitswesen gilt als defizitär. Angesichts von Über-, Unter- und Fehlversorgung werden hier noch Effizienzreserven gesehen, die es zu heben gilt. Der Gesetzgeber hat in den letzten 20 Jahren mit der Einführung von neuen Versorgungsformen sukzessive für Kostenträger und Leistungserbringer die Möglichkeit geschaffen, die Versorgung, insbesondere chronisch Kranker, im Rahmen von Versorgungsmanagementprogrammen zu verbessern. Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels wird eine starke Zunahme an Demenzerkrankungen prognostiziert. Während derzeit ca. 1,1 Mio. Demenzerkrankte in Deutschland leben, wird die Anzahl auf voraussichtlich 2,6 Mio. Erkrankte im Jahr 2050 steigen. Die Alzheimer-Demenz stellt dabei die häufigste Form bei Demenzerkrankungen dar. Vor diesem Hintergrund ist es Ziel der Studie für die Indikation Alzheimer-Demenz zu untersuchen, welche Defizite in der Versorgung betroffener Personen bestehen und inwieweit Versorgungsmanagementprogramme existieren, die solche Versorgungsdefizite adressieren. , Methodik:, Eingangs wurde eine systematische Literaturrecherche zu Versorgungsdefiziten und Versorgungsmanagementprogrammen für die Indikation Alzheimer-Demenz in den medizinischen Datenbanken Embase und Scopus durchgeführt. Diese Suche wurde anschließend um eine teilsystematische Literaturrecherche im Internet ergänzt. Ferner wurden die Existenz und die inhaltliche Ausgestaltung von Versorgungsmanagementprogrammen bei den 40 größten gesetzlichen Krankenkassen (Versichertenabdeckung > 90%) mittels eines standardisierten Fragebogens abgefragt. Derzeit werden Experteninterviews zu Versorgungsdefiziten mit Vertretern von Leistungserbringerverbänden, medizinischen Fachgesellschaften und Krankenkassen sowie mit Patientenvertretern und weiteren Entscheidungsträgern des Gesundheitswesens durchgeführt. Die Auswertung der empirischen Analysen wird in anonymisierter Form erfolgen. , Ergebnisse:, Bisher liegen die Ergebnisse der systematischen und teilsystematischen Literaturrecherchen vor. Bei der Indikation Alzheimer-Demenz fanden sich u. a. Defizite struktureller Art. In diesem Kontext ist z. B. ein Mangel an speziellen Einrichtungen für Diagnose und Therapie (Gedächtnisambulanzen/ Memory Clinics) erkennbar. Zudem besteht ein Defizit in der vielfach verspätet gestellten Diagnose. Geriatrische und gerontopsychiatrische Wissenslücken beim Hausarzt führen dazu, dass bei einer Vielzahl an Demenzerkrankten dieses Erkrankungsbild übersehen wird. Bei der Alzheimer-Demenz wird im therapeutischen Bereich einerseits der unzureichende Einsatz spezifischer Arzneimittel, andererseits aber auch ein hohes Verschreibungsvolumen von Arzneimitteln ohne nachgewiesene Wirksamkeit bemängelt. Psychiatrische und neurologische Begleiterkrankungen werden vielfach inadäquat therapiert. Pflegeheime, in denen eine Vielzahl an Demenzerkankten lebt, sind für deren Bedürfnisse häufig nicht angemessen eingerichtet. Derzeit erfolgt die Auswertung der Fragebögen, deren Rücklaufquote bei 67,5% liegt. Die Durchführung der Experteninterviews soll Ende Mai 2013 abgeschlossen sein. , Diskussion/Schlussfolgerung:, Für die Indikation Alzheimer-Demenz werden in der Literatur zahlreiche Versorgungsdefizite genannt, sowohl struktureller Art als auch hinsichtlich Diagnose, Therapie und Pflege. Mittels der Experteninterviews soll nun zum einen überprüft werden, ob diese Defizite von den an der Versorgung Beteiligten in dieser Form bestätigt werden können, zum anderen soll diese empirische Datenerhebung zeigen, ob weitere Versorgungsdefizite existieren. Die Befragung der Krankenkassen zum Vorhandensein und zur Ausgestaltung von demenzspezifischen Versorgungsprogrammen soll einen aktuellen Überblick darüber geben, inwieweit sich die gesetzlichen Kostenträger den identifizierten Problemen annehmen.

ID: 179

Gesundheitszustand, Risikofaktoren und Protektivfaktoren der Babyboomer in NRW

Brigitte Borrmann[1], Monika Mensing[1]

[1]Landeszentrum Gesundheit NRW

Hintergrund: Die Generation der Babyboomer wird in ca. 10-20 Jahren das Rentenalter erreichen. Die gesundheitlichen Lage dieser Geburtsjahrgänge wird maßgeblich dazu beitragen, wie nah unser Versorgungssystem an seine Belastungsgrenze gelangt., Methodik: Repräsentative, telefonische Bevölkerungsbefragung zur Verbreitung chronischer Erkrankungen sowie Risiko- und Schutzfaktoren insbesondere im Hinblick auf die Entwicklung eines Diabetes mellitus Typ 2 und die Entwicklung psychischer Erkrankungen., Erste Ergebnisse der Untersuchung liegen im August 2013 vor.

ID: 180

Prävention und Rehabilitation vor Pflege - eine systematische Betrachtung

Elisabeth Nüchtern[1]

[1]*MDK Baden-Württemberg, Lahr im Schwarzwald*

Hintergrund: Die absehbaren demographischen Veränderungen lassen nach der zukünftigen Versorgung pflegebedürftiger Menschen fragen. Präventions- und Rehabilitationsleistungen, die dem Auftreten und dem Fortschreiten von Pflegebedürftigkeit entgegenwirken, sind vor dem Hintergrund wirtschaftlicher Erfordernisse und des demographischen Wandels, aber auch aus humanitären Gründen (§ 70 SGB V) eine wichtige Option. Nicht zufällig stärkt das Pflegeneuausrichtungsgesetz das Prinzip „Rehabilitation vor Pflege“ und steht ein Präventionsgesetz aktuell auf der Agenda des Gesetzgebers. Vor diesem Hintergrund werden die Ansatzpunkte für Präventions- und Rehabilitationsleistungen vor und bei Pflegebedürftigkeit aus sozialmedizinischer Perspektive systematisch im Überblick dargestellt., Methodik: Für die Darstellung wird die Systematik der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) und ihr Modell der Wechselbeziehungen zwischen Krankheit, Krankheitsauswirkungen und externen sowie internen Einflussfaktoren genutzt. Anhand der Struktur der ICF werden Ansatzpunkte, Ziele und Inhalte von Leistungen zur Prävention vor und bei Pflegebedürftigkeit voneinander abgegrenzt., Ergebnisse: Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI entsteht aus krankheitsbedingten Schädigungen und setzt daraus resultierende Beeinträchtigungen von Aktivitäten des täglichen Lebens sowie der Teilhabe an Lebensbereichen voraus. Prävention zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit kann daher auf die Primär- und Sekundärprävention der zugrundeliegenden Krankheiten ausgerichtet sein, Prävention bei bereits bestehender Pflegebedürftigkeit darauf, den Krankheitsauswirkungen auf Aktivitäten und Teilhabe entgegenzuwirken., Primärpräventive Leistungen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit setzen an Umweltfaktoren an (beispielsweise altersgerechte Gestaltung des Wohnumfeldes oder Nutzung der Einstellungen anderer Menschen im Umfeld für Verhaltensänderungen im Rahmen eines Setting-Ansatzes) und an personbezogenen Faktoren wie beispielsweise Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten., Leistungen zur Sekundärprävention von Krankheiten, die Pflegebedürftigkeit begründen, zielen vor allem auf Gesundheitsprobleme und funktionelle sowie strukturelle Schädigungen. Sie umfassen ein breites Spektrum von Maßnahmen von der Krankheitsfrüherkennung über ärztliche Behandlung und verordnete Leistungen wie Heilmittel bis zu komplexen Vorsorgeleistungen., Tertiärpräventive Leistungen zielen darauf, Beeinträchtigungen von Aktivitäten und der Teilhabe entgegenzuwirken. Hierzu gehören neben z. B. Hilfsmitteln oder rehabilitierender Pflege die komplexen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Letztere sind indiziert, wenn nicht nur vorübergehenden Aktivitäts- und / oder Teilhabebeeinträchtigungen entgegengewirkt werden kann, dafür jedoch einzelne, unabgestimmte Maßnahmen nicht ausreichen. Bei geriatrischen Patienten, die den größten Anteil pflegebedürftiger Menschen ausmachen, steht grundsätzlich mit der geriatrischen Rehabilitation ein spezifisch auf ihre Situation ausgerichtetes Rehabilitationsangebot zur Verfügung., Diskussion: „Rehabilitation vor Pflege“ als Gebot des SGB XI, auch durch komplexe, interdisziplinär im Rahmen eines abgestimmten Rehabilitationsplans unter ärztlicher Leitung erbrachte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken, und „Rehabilitation in der Pflege“, die Pflege mit dem Ziel der Teilhabeermöglichung gestaltet, sind zu unterscheiden und nicht konkurrierend zu verstehen. In einigen Bundesländern werden keine geriatrischen Rehabilitationsleistungen nach § 40 SGB V angeboten. Dennoch sind kurative Krankenhausbehandlung und komplexe medizinische Rehabilitationsleistungen zu unterscheiden., Vorbehalte gegenüber Präventions- und Rehabilitationsleistungen betreffen oft Zweifel an deren Notwendigkeit, Realisierbarkeit und ihrem Erfolg. Prävention und Rehabilitation können als unübersichtliche und unkalkulierbare „black box“ erscheinen. Eine klärende Beschreibung der unterschiedlichen Ziele, Inhalte und Indikationen der verschiedenen möglichen Maßnahmen kann dem entgegenwirken., Die Nutzung der ICF als Bezugssystem für eine systematische Betrachtung der Ansatzpunkte für Präventions- und Rehabilitationsleistungen vor und bei Pflegebedürftigkeit erleichtert es, fundierte Empfehlungen für diese Leistungen abzugeben und gleichzeitig den Zusammenhang der Ansätze im Blick zu behalten.

ID: 182

Design und erste Ergebnisse einer Untersuchung zur Gestaltung der Transitionsversorgung bei Seltenen Erkrankungen am Beispiel von Patientinnen mit genitalen Fehlbildungen (BMBF Förderkennzeichen 01GY1125)

Elisabeth Simoes[1], Andrea Kronenthaler[2], Monika A. Rieger[3], Kristin Katharina Ralf[4], Norbert Schaeffeler[2], Dagmar Gröber-Grätz[5], Hanna Hiltner[4], Esther Ueding[6], Sara Yvonne Brucker[2]

[1]*Universitätsklinikum Tübingen, Tübingen*; [2]*Universitätsfrauenklinik, Institut für Frauengesundheitsforschung, Tübingen*; [3]*Universität Tübingen, Tübingen*; [4]*Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung, Tübingen*; [5]*Medizinische Universitätsklinik, Tübingen*; [6]*Lehrbereich Allgemeinmedizin, Tübingen*

Einleitung: Über vier Millionen Menschen in Deutschland leben mit einer Seltenen Erkrankung.Mehr als 7.000 der 30.000 bekannten Krankheiten zählen zu den Seltenen Erkrankungen. Die Transition in der Gesundheitsversorgung meint die Übergangszeit vom Jugend- ins Erwachsenenalter, in der die Überleitung von jungen Menschen mit speziellem medizinischem Versorgungsbedarf zur Erwachsenenmedizin stattfindet. Bei Seltenen Erkrankungen ist die Transitionsphase in besonderem Maß durch Probleme gekennzeichnet. Zu den Seltenen Erkrankungen zählt auch das Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser-Syndrom (MRKH), eine Fehlbildung am weiblichen Genitale, die durch ein kongenitales Fehlen von Uterus, Zervix und oberen zwei Dritteln der Vagina (1: 4000-5000 weibliche Lebendgeburten) gekennzeichnet ist. Ziel der Studie ist die Erstellung eines koordinierenden Versorgungs- und Unterstützungsmodells für die Phase des Übergangs von der Kinder- in die Erwachsenenmedizin für junge Mädchen und Frauen mit dieser genitalen Fehlbildung als Beispiel einer Seltenen Erkrankung. Das Modell soll sich orientieren an den Bedarfen und Präferenzen derBetroffenen und ihres Umfelds.Die Forschungsfragen richten sich auf die besonderen Bedarfe an Versorgung und unterstützenden Maßnahmen, die Identifikation von Defiziten und Hindernissen bei der Bereitstellung von medizinischer Versorgung/Betreuung, zusätzlicher Unterstützung und Kommunikation, wie sie von den Patientinnen erlebt bzw. von den Anbietern, Eltern, Partner/-innen und einem erweiterten interessierten Personenkreis wie z.B. Patientenorganisationen wahrgenommen werden. Methodik: Die Untersuchung bezieht über fünf Phasen verschiedene Zielgruppen ein, die ein sich ergänzendes Bild erwarten lassen. Aufgrund der Vielfalt der zu beantwortenden Fragen und der Unterschiedlichkeit der Datenquellen findet ein multi-methodischer Ansatz mit qualitativen (u.a. problemzentrierte Leitfaden-gestützte Interviews, Szenarienentwicklung) und quantitativen Elementen Anwendung. Der Prozess ist partizipativ gestaltet. Das Qualitätskonzept schließt neben Elementen der Qualitätssicherung zum methodischen Vorgehen auch einen wissenschaftlichen Beirat und eine abschließende Kommunikative Validierung (Open Space Technologie) ein. Es erfolgte eine international angelegte strukturierte Recherche zurEvidenz von publizierten Versorgungsmodellen zur Übergangsversorgung, zur Spiegelung der Transition in Leitlinien, zupartizipativem Vorgehen im Forschungsfeld, zur besonderen Situation von Umfeld und speziell Partner_innen der betroffenen jungen Mädchen und Frauen. Ergebnisse: Die Forschungsliteratur zum MRKH-Syndrom zwischen 1960 und 2013 konzentriert sich in verschiedenen Phasen auf die Beschreibung und Definition, Zuschnitt der Therapie, psychische Belastungen und inzwischen die genetischen Ursachen. Die speziellen Problemfelder der Transition unter mehrdimensionalem Einbezug des Umfelds wurden bisher nicht aufgegriffen, in keiner Untersuchung ein partizipativer Ansatz realisiert. Dies bestätigt den fortbestehenden Forschungsbedarf, insbesondere an auf die Betroffenen und ihr Umfeld ausgerichteter Forschung, um aus verschiedenen Perspektiven bedarfsorientierte Eckpunkte zur Versorgungsgestaltung in der Transitionsphase zu erarbeiten. Schlussfolgerung: Wir erwarten Verbesserungen beim Erkennen und Zugang, bei Koordination und Kooperation in der Versorgungskette, wenn aufgezeigt werden kann, wo und welches Verbesserungspotenzial aus unterschiedlichen Blickwinkeln besteht. Außerdem sind erhöhte Chancen auf einen guten Outcome und eine verbesserte Compliance seitens der Jugendlichen bei an ihren Bedürfnissen ausgerichteten Versorgungskonzepten zu erwarten, darüber hinaus eine verbesserte soziale Integration der Betroffenen aus passgerechten Supportleistungen, da auch die Integration in Lebens-und Schul-/Berufswelt Komponenten des Outcome der Transitionsversorgung darstellen. Ein Zusatznutzen ergibt sich für Frauen mit Operationen am weiblichen Genitale und nach Genitalmutilationen, die sich in Teilen vergleichbaren Problemen gegenübergestellt finden, sowie aus der Übertragbarkeit von strukturellen Erkenntnissen auf die Übergangsversorgung bei anderen Seltenen Erkrankungen.

ID: 183

Die Rolle des freiwilligen Engagements in der Pflege nach SGB XI

Sarah Salge[1], Ilse Heberlein[1], Werner Hofmann[1]

[1]Hochschule Fulda, Fulda

Hintergrund: Freiwilliges Engagement ist seit jeher ein wichtiger Bestandteil der Pflege und wird auch aktuell in den Rahmenbedingungen des SGB XI gefestigt, als eine Möglichkeit Versorgungsengpässen entgegenzuwirken [1]. Im ersten Engagementbericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend wird dem freiwilligen Engagement in Zeiten demographischer und wirtschaftlicher Herausforderungen eine hohe Bedeutung zugesprochen [2]. Durch die Zunahme der Lebenserwartung wird die Anzahl der Pflegebedürftigen weiter ansteigen, gleichzeitig geht durch veränderte familiäre Strukturen die Anzahl der pflegenden Angehörigen zurück [3]., Fragestellungen: Die vorliegende Untersuchung befasst sich mit der Frage, welche Anreize und Schwierigkeiten die Beteiligten auf Mikro-, Meso- und Makroebene sehen und unter welchen Umständen alle Beteiligten voneinander profitieren können. Von besonderem Interesse sind die Unterschiede in der Rollenvorstellung aller Beteiligten., Methoden: Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurden sieben leitfadengestützte Expert*inneninterviews durchgeführt: mit einer freiwillig Engagierten, einer Pflegekraft und einer Pflegedienstleitung auf der Mikroebene, einer Heimleitung auf der Mesoebene sowie mit Mitarbeiter*innen einer Gewerkschaft, eines Landessozialministeriums und des Bundesministeriums für Gesundheit auf der Makroebene. Alle Interviews auf Mikro- und Mesoebene wurden in stationären Pflegeeinrichtungen geführt. Die Auswertung der Daten erfolgte nach Meuser und Nagel., Ergebnisse: Die vier in die Erhebung eingeschlossenen Pflegeeinrichtungen unterscheiden sich hinsichtlich Lage (zwei Häuser in ländlicher und zwei in städtischer Lage) und Träger (zwei Häuser mit kirchlichem und zwei mit privatem Träger). Der Einsatz der freiwillig Engagierten erfolgt in zwei Häusern überwiegend in der Einzelbetreuung, in den anderen überwiegend in Gruppenangeboten. Die Pflegedienst- und die Heimleitung befürworten Schulungen und Fortbildungen der Freiwilligen, um die Qualität ihrer Dienste zu erhöhen, die Freiwillige und die Pflegekraft sahen in Schulungen eine unnötige Hürde für das Engagement. Hauptanreiz für freiwilliges Engagement in der Pflege war auf allen Ebenen der Nutzen für die Pflegebedürftigen, indem ihnen Zeit geschenkt wird, die Hauptamtliche nicht aufbringen können. Zu Abgrenzungsproblemen zwischen freiwillig Engagierten, Betreuungspersonal nach § 87 b SGB XI und professionellen Pflegekräften kommt es aufgrund der klaren Aufgabenverteilung in keinem der Häuser. Die Interviewten auf Makroebene sehen jedoch Abgrenzungsprobleme (hinsichtlich Aufgabengebiet und Aufwandsentschädigung) insbesondere im ambulanten Setting. In allen Einrichtungen sind überwiegend ältere Menschen engagiert und der Wunsch sowie die Notwendigkeit, jüngeren Nachwuchs zu gewinnen, wurden geäußert. , Schlussfolgerungen: Die Schulung der freiwillig Engagierten sind ein wichtiger Bestandteil der Rahmenbedingungen des Engagements in der Pflege. Die Interviewten auf Makro- und Mesoebene sehen darin eine Möglichkeit, die Qualität der Freiwilligenpflege sicherzustellen. Die Beteiligten auf Mikroebene sehen Schulungen überwiegend als unnötige Hürde für den Einstieg in das Engagement und die Entwicklung neuer, kreativer Ideen in der Pflege. Besondere Relevanz hat die genaue Abgrenzung der Handlungsfelder von Freiwilligen und Professionellen vor allem im ambulanten Pflegesetting. Im stationären Setting hat sich bereits durchgesetzt, dass Freiwillige keinerlei pflegerische, sondern zusätzliche soziale, kommunikative und mobilisierende Leistungen erbringen. Damit der Bedarf an freiwillig Engagierten auch zukünftig gedeckt werden kann, muss besonders in die Akquise junger Freiwilliger investiert werden. Die Akquise durch Printmedien oder durch Präsenz auf Messen zeigten diesbezüglich wenig Erfolg. Es ist zu prüfen, ob akquirierende Tätigkeiten im Internet und in Freiwilligenagenturen mehr junge Menschen zu einem Engagement in der Pflege führen.

ID: 186

Grenzen des Sparens - “European Public Health” unter den Bedingungen von Wirtschaftskrise und Sparpolitik

Helmut Brand[1], Nicole Rosenkoetter[1], Timo Clemens[1], Kai Michelsen[1], Peter Schroeder-Baeck[1]

[1]Universität Maastricht, die Niederlande, Maastricht

Einleitung/Hintergrund, Die WHO- und EU-Mitgliedstaaten haben sich zu Prinzipien von “good governance” sowie einer Verringerung von gesundheitlichen Ungleichheiten bekannt., Gleichzeitig wirken in der EU die gegenwärtige Wirtschafts- und Finanzkrise und eine darauf reagierende Austeritätspolitik auf die sozialen Determinanten von Gesundheit und auf die Gesundheitssysteme. Welche gesundheitlichen Folgen haben die Krise und die politischen Reaktionen? Wie sind die politischen Krisenreaktionen der EU-Mitgliedstaaten sowie der EU unter Berücksichtigung der Prinzipien von “good governance” zu bewerten?, Daten/Methodik, Ausgewertet wurden deutsch- und englischsprachige Konzepte und Studien zu den Auswirkungen von Krise und Krisenpolitik auf die sozialen Determinanten von Gesundheit und gesundheitliche Ungleichheiten in der EU. Veröffentlichungen internationaler Institutionen (EU, WHO und OECD), europäischer Institute (z.B. European Observatory of Health Systems and Policies) und Netzwerke (z. B. EuroHealthNet, European Hospital and Healthcare Federation etc.) wurden einbezogen., Ergebnisse, Politische Interventionen zielen auf Einsparungen in den öffentlichen Haushalten, Ausgabenbegrenzungen und insbesondere in der Gesundheitspolitik auf eine größere Effektivität und Effizienz. Im Hinblick auf gesundheitliche Auswirkungen dieser politischen Interventionen sind jedoch ethische, politische, juristische und ökonomische Grenzen zu bedenken., Die Finanz- und Wirtschaftskrise und die entsprechenden politischen Reaktionen haben sich in mehreren Ländern negativ auf die sozialen Determinanten von Gesundheit ausgewirkt. Insbesondere in Ländern mit ressourcenärmeren Gesundheitssystemen haben gesundheitspolitische Maßnahmen den negativen Auswirkungen der Krise oftmals nicht entgegengewirkt. Mitunter haben sie diese sogar verstärkt (insbesondere in Griechenland, Portugal und Spanien). Hier ist eine Verschlechterung der sozialen und gesundheitlichen Lage insbesondere vulnerabler Bevölkerungsgruppen, eine Zunahme der Prävalenz psychischer Gesundheitsproblemen (Depressionen, Angstzustände und Selbstmorde) sowie ein Anstieg in der Rate von Infektionserkrankungen (HIV in Griechenland) zu beobachten., Weitere negative bzw. mittel- und langfristige Auswirkungen lassen sich aufgrund eines Datenmangels derzeit nicht belegen, aber aufgrund von Studien über die gesundheitlichen Auswirkungen vorangegangener Krisen und soziale Ungleichheiten begründet erwarten., Die Verschlechterung von Bevölkerungsgesundheit und Gesundheitsinfrastruktur kann zu zusätzlichen Kosten führen, die dem Ziel von Einsparungen in öffentlichen Haushalten zuwiderlaufen. Vorgebliches Sparen ist mitunter lediglich eine Verlagerung von Belastungen, die mit einem Anstieg gesundheitlicher Ungleichheit einhergeht., Diskussion/Schlussfolgerung, Politische Entscheidungen müssen im Licht ihrer Auswirkungen bewertet werden – insbesondere, wenn sie nur schwer rückgängig zu machen sind (z.B. Privatisierungen). Kurzfristige Entlastungen öffentlicher Haushalte sollten in Relation zu zukünftigen Kosten evaluiert werden., Laut WHO-Tallinn Charter soll Gesundheitspolitik an Solidarität, Bedarfsangemessenheit (equity), Investitionen in Gesundheit, Transparenz, Verantwortlichkeit und einer Einbeziehung von „Stakeholdern“ in Politikentwicklung und Implementierung ausgerichtet werden. Die WHO Rahmenstrategie “Gesundheit 2020” und EU-Dokumente beinhalten Bekenntnisse zu “good governance” und einer Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit. Es gilt, diese Bekenntnisse zu stärken und zu Prüfsteinen von politischen Entscheidungen mit Auswirkungen auf die Bevölkerungsgesundheit zu machen. Dies gilt aufgrund zunehmender gesundheitspolitischer Einflussnahme auch für die EU. Darüber hinaus gilt es, dem verfügbaren Wissensstand Geltung zu verschaffen, ihn durch die Weiterentwicklung der Gesundheitsberichterstattungs- und –informationssysteme zu erweitern und in die Auseinandersetzung um die Ausgestaltung von Politik – unter besonderer Berücksichtigung der Grenzen des Sparens – einzubringen.

ID: 187

Zentrenbildung im Krankenhaus am Beispiel des Klinikverbunds Gesundheit Nord

Karin Hochbaum[1]

[1]*Gesundheit Nord Krankenhausverbund*

Im Kontext der zunehmenden Bedeutung sowohl interdisziplinärer Behandlungsführung als auch der Erschließung von Synergien durch größere Behandlungseinheiten etablieren sich mehr und mehr „Zentren“ im Krankenhaus. Da der Begriff Zentrum im verschiedensten Kontext verwandt wird, ist eine klare Zuordnung zu definierten Strukturen im Krankenhaus nicht möglich. Grundsätzlich kann eine Einteilung in Zentrumsbildungen als vorwiegend medizinische Schwerpunkt- oder Qualitätsstrukturen und Zentrumsstrukturen als primäre Organisationseinheiten im Rahmen der Steuerung eines Unternehmens erfolgen. Gleichzeitig sind Mischformen möglich. In den meisten Fällen der Zentren im Krankenhaus handelt es sich um vorrangige Qualitätsstrukturen. , Hier sind insbesondere die Organkrebszentren in der Systematik der Zertifizierungen nach DKG bekannt . Wesentliche Grundlage ist hier die interdisziplinäre Sicht auf den Patienten durch verschiedene am Behandlungsprozess beteiligte Fachdisziplinen. , Das Zentrum im Krankenhaus als Führungsstruktur ist von den Qualitätszentren abzugrenzen. Hier werden verschiedene Fachabteilungen und ggf. auch ambulante Bereiche zu einer den einzelnen Abteilungen übergeordneten Organisationseinheit im Sinne eines „Departements“ gebündelt. Die Zusammensetzung des Zentrums erfolgt in der Regel orientiert an fachlichen oder prozessualen Kriterien . So werden z.B. benachbarte Fachgebiete wie Gynäkologie, Geburtshilfe und Pädiatrie beispielhaft zu einem „Eltern-Kind Zentrum“ oder auch Abteilungen mit grundlegend ähnlichen Prozessstrukturen wie verschiedene operative Abteilungen zu einem „operativen Zentrum“ zusammengefasst., Weiterhin werden Querschnittsfachbereiche im klinischen oder administrativen Bereich im Sinne eines Servicecenters aufgestellt., Bedeutsam ist hier das Ausmaß der Steuerungsverantwortung des Zentrums. Durch Übertragung eines definierten Budgets für Personalstruktur und Sachkosten bzw. Investitionen an das Zentrum wird im Top down Ansatz die Verantwortung für die Einhaltung der vorgegebenen Rahmenbedingungen dem Zentrum übertragen. Weiterhin können dezentral hier Themen der Unternehmensführung wie Personalmanagement, Einhaltung gesetzlicher Vorgaben etc. angesiedelt werden. , Besonders bedeutsam ist die konzeptionelle strategische Planung auf der Zentrumsebene. Diese kann bei Nähe zum Kerngeschäft der Krankenversorgung basisnah erfolgen. Hierdurch entsteht Identifikation und Motivation . Das Prinzip der basisnahen Steuerung direkt am Klinikgeschehen ermöglicht ferner die direkte Umsetzung von Maßnahmen ohne Zeitverlust über verschiedene Hierarchieebenen . , Am Beispiel des Klinikverbundes Gesundheit Nord werden Struktur und Auswirkungen der Zentrenbildung aufgezeigt.

ID: 188

Sozialmedizinische Begutachtung: Automatisierte Textanalyse von Mängeln in Gutachten bei Anträgen auf Erwerbsminderungsrente

Jörg Gehrke[1], Annette Müller-Garrn[1]

[1]*Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin*

Hintergrund und Fragestellung: Medizinische Gutachten bilden im Antrags- und Leistungsfeststellungsverfahren der Deutschen Rentenversicherung die fachliche Grundlage zur Feststellung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben. Sind die versicherungsrechtlichen und medizinischen (persönlichen) Voraussetzungen erfüllt, erhalten die Antragsteller Leistungen zur Teilhabe oder Rente wegen Erwerbsminderung. In der Regel sind Gutachten immer dann erforderlich, wenn die zur Verfügung stehenden Unterlagen, z. B. Befundberichte oder Reha-Entlassungsberichte, für eine sachgerechte Prüfung der medizinischen Voraussetzungen nicht ausreichen. Damit dieses Informationsdefizit in der notwendigen Weise ausgeglichen wird, sind diese Gutachten so zu erstellen, dass sie den Anforderungen der sozialmedizinischen Dienste in der Rentenversicherung entsprechen. , Im Zusammenhang mit dem Aufbau eines Peer Review-Verfahrens zur Prüfung der Qualität von Gutachten bei Erwerbsminderungsrenten sollte daher die Frage untersucht werden, inwieweit Gutachten diese Anforderungen erfüllen bzw. welche formalen und inhaltlichen Mängel in Gutachten auftreten. Gleichzeitig sollte geprüft werden, welchen Nutzen die verwendete Methode zur inhaltsanalytischen Auswertung der Mängel für die Qualitätssicherung in den Häusern der Rentenversicherungsträger hat., Daten und Methodik: Insgesamt 260 Gutachten aus den Fachgebieten Orthopädie, Neurologie/Psychiatrie und Innere Medizin (Allgemeinmedizin) wurden von 19 Ärzten aus den Sozialmedizinischen Diensten der Rentenversicherungsträger, die über eine langjährige Begutachtungspraxis verfügen, geprüft. Die Gutachten waren anonymisiert und wurden im Rahmen eines Antrags auf Erwerbsminderungsrente erstellt., Die Bewertung der Gutachten erfolgte über einen standardisierten Fragenkatalog, der verschiedene Inhaltsdimensionen eines Gutachtens operationalisiert. Jede Frage war dahingehend zu beantworten, ob ein Mangel vorliegt (ja/nein). Beim Vorliegen eines Mangels war dieser zu graduieren (leichter Mangel, deutlicher Mangel, gravierender Mangel) und in Stichworten kurz und prägnant zu benennen. Für die Untersuchung der Fragestellung wurden die freitextlichen Begründungen der von den Ärzten festgestellten Mängel über eine linguistisch basierte, automatisierte Textanalyse mittels SPSS STAfS ausgewertet. Hierbei wurde in der Art des Data Minings der Mangel erfasst und kategorisiert. Ziel war es, Schlüsselbegriffe, Konzepte und typische Problemkonstellationen für Gutachtenmängel zu entwickeln., Ergebnisse: Über die in der Untersuchung realisierten Kombinationen aus Gutachten und Ärzten ergaben sich insgesamt 771 Bewertungen. Die Ergebnisse zeigen, dass die untersuchten Gutachten in der Mehrzahl den Anforderungen genügen. Auf der formalen Ebene wird häufig die geforderte Gliederung nicht eingehalten, wodurch das Navigieren im Gutachten erschwert ist. In der Kategorie sozialmedizinische Terminologie war die Verwendung veralteter oder falscher Begriffe auffällig, z. B. „vollschichtig“ statt „mehr als 6 Stunden“ oder „Wegefähigkeit“ statt „Gehstrecke“. Bei den für die Epikrise relevanten Befunden fehlen häufig entscheidende Angaben. So ist in manchen Gutachten nicht dargelegt, ob Befunde von anderen Ärzten zitiert werden oder es sich um Angaben des Antragsstellers handelt. Vereinzelt fehlen auch die Kernaussagen der aufgezählten Befunde, während andere Befunde im Gutachten mehrfach wiederholt werden., Diskussion und Fazit: Die in den Gutachten aufgetretenen Mängel lassen sich einem begrenzten Set von Kategorien zuordnen. Aus diesen Kategorien können wiederum Handlungsfelder für die Qualitätssicherung in den Sozialmedizinischen Diensten abgeleitet werden, beispielsweise die Darstellung der Befunde im Gutachten oder der Gebrauch sozialmedizinischer Begriffe. Hinsichtlich ihres Nutzens ist der Schluss zu ziehen, dass die durchgeführte Inhaltsanalyse der Mängel konkrete Rückmeldungen zu spezifischen Problemkonstellationen in Gutachten liefert, die über die sonst in anderen Qualitätssicherungsverfahren übliche quantitative Betrachtungsweise hinausgeht.

ID: 189

Sind Alleinerziehende öfter von Rückenschmerzen betroffen als in Partnerschaft lebende Mütter und Väter? Ergebnisse der GEDA-Studie 2009/10

Olga Domanska[1], Petra Rattay[1], Elena von der Lippe[1]

[1]*Robert Koch-Institut, Berlin*

Hintergrund, Trotz eines steigenden Anteils von alleinerziehenden Müttern und Vätern gibt es in Deutschland nur wenige repräsentative Daten zu ihrer gesundheitlichen Lage. Die vorliegende Analyse beschäftigt sich mit chronischen Rückenschmerzen von Müttern und Vätern in Abhängigkeit davon, ob sie mit oder ohne Partner(in) in einem Haushalt leben. In der Literatur werden als Risikofaktoren für unspezifische Rückenschmerzen überwiegend arbeitsbezogene und psychische Faktoren sowie der Sozialstatus genannt. Zusammenhänge zwischen dem Partnerstatus von Eltern und chronischen Rückenschmerzen wurden hingegen bislang kaum analysiert., , Daten/Methodik, Die Fragestellung wurde mit Daten der GEDA-Studie untersucht, die das Robert Koch-Institut in den Jahren 2009-2010 durchführte. Die Daten wurden mittels telefonischer Interviews (CATI) erhoben. Die Stichprobe besteht aus 11.904 Personen im Alter von 18-59 Jahren, die in einem Haushalt mit mindestens einem Kind unter 18 Jahren leben. Analysiert wurde die Bedeutung der Lebensform von Eltern (alleinerziehend: ja/nein) für chronische Rückenschmerzen in den letzten 12 Monaten mittels nach Geschlecht stratifizierter logistischer Regressionen. Es erfolgten zudem eine Adjustierung der Odds Ratios nach Alter, sozialem Status, Erwerbstätigkeit, sozialer Unterstützung, sportlicher Aktivität, Übergewicht und seelischer Belastung sowie die Aufnahme von Interaktionstermen zwischen der Lebensform und den genannten Einflussgrößen in das Modell., Ergebnisse, Die 12-Monats-Prävalenz für länger anhaltende Rückenschmerzen liegt bei alleinerziehenden Müttern mit 26,3% (95%-KI: 23,5%-29,3%) signifikant höher als bei Müttern, die in einem Partnerhaushalt leben (18,0% 95%-KI: 16,9%-19,2%). Bei den Vätern zeigen sich keine signifikanten Unterschiede in der 12-Monats-Prävalenz zwischen denjenigen, die ohne Partnerin (15,6% 95%-KI: 10,2%-23,3%) und mit Partnerin (14,8% 95%-KI: 13,5%-16,2%) in einem Haushalt leben. Auch nach Adjustierung für die oben genannten Risikofaktoren haben alleinerziehende Mütter im Vergleich zu in Partnerschaft lebenden Müttern eine um das 1,32-fach erhöhte „Chance“ für Rückenschmerzen (95%-KI: 1,09-1,59). Sowohl für Mütter als auch für Väter zeigen die multivariaten Analysen, dass starke seelische Belastungen und ein niedriger oder mittlerer Sozialstatus einen größeren Einfluss auf Rückenschmerzen besitzen als die Lebensform. Bei Männern stellen darüber hinaus sportliche Inaktivität, geringe soziale Unterstützung und insbesondere Nicht-Erwerbstätigkeit weitere bedeutende Einflussgrößen da. Die Berechnung von Interaktionen zwischen den Risikofaktoren und der Lebensform ergab keine signifikanten Ergebnisse. , Diskussion/Schlussfolgerung, Alleinerziehende Mütter haben ein signifikant höheres Risiko für chronische Rückenschmerzen als Mütter, die in Partnerschaft leben. Dies hat auch nach Berücksichtigung einiger wichtiger Risikofaktoren für Rückenschmerzen Bestand und ist somit nur zum Teil auf eine ungleiche Verteilung der Risikofaktoren zwischen alleinerziehenden und in Partnerschaft lebenden Müttern zurückzuführen. Für Väter scheint das Leben in Partnerschaft in Bezug auf Rückenschmerzen hingegen keine bedeutende Rolle zu spielen. Unsere Ergebnisse weisen darauf hin, dass alleinerziehende Frauen und Männer aufgrund ihrer teils unterschiedlichen Lebenssituation (alleinerziehende Väter sind älter, häufiger verwitwet und erwerbstätig und leben häufiger mit nur einem älteren Kind zusammen als alleinerziehende Mütter) geschlechtsspezifische Gesundheitsrisiken aufweisen. Bei der Bewertung der Ergebnisse für die alleinerziehenden Väter ist allerdings zu berücksichtigen, dass die Fallzahl in einer repräsentativen Studie aufgrund ihres geringen Anteils in der Bevölkerung sehr klein ist.

ID: 191

Partizipative Gesundheitsforschung – methodische Herausforderungen: Fallbeispiele aus dem Netzwerk für Partizipative Gesundheitsforschung und der International Collaboration for Participatory Health Research

Daniela Manke[1], Michael Wright[2], Petra Wihofszky[3], Bianca Neuhold[4]

[1]*Universität Heidelberg*; [2]*Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin, Berlin*; [3]*Universität Flensburg, Flensburg*; [4]*FH Joanneum*

Partizipative Gesundheitsforschung (PGF) bedeutet eine partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft, Praxiseinrichtungen und engagierten Bürger/inne/n, um gemeinsam neue Erkenntnisse zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung zu gewinnen. , , Dieser Ansatz findet zunehmend Anwendung in der Entwicklung innovativer Strategien zur Minderung der Effekte sozialer Ungleichheit auf den Gesundheitszustand sozial benachteiligter Menschen. PGF kann auf Projektebene in unterschiedlichem Ausmaß eingesetzt werden. Der Workshop setzt den Schwerpunkt auf die methodische Umsetzung von partizipativen Ansätzen in der Gesundheitsforschung. Als Leitfrage dient: Wie kann Gesundheitsforschung „partizipativ/er" gestaltet werden? Anhand von 2 Fallbeispielen aus der Praxis sollen Gütekriterien partizipativer Forschung diskutiert werden. , , 1. Beitrag: , Petra Wihofszky, Anette Krogh, Anne Marie Detlefsen, Stephan Rehberg, Michael Kraus: „Gesund und aktiv im Alltag – ein deutsch-dänischer Ansatz zur Stärkung gesundheitlicher und sozialer Ressourcen" , , 2. Beitrag: , Bianca Neuhold, Daniela Grach, Helmut Simi, Elisabeth Krahulec: „Partizipative Gesundheitsberichterstattung – SchülerInnen berichten über ihre Gesundheit"

ID: 191

Partizipative Gesundheitsforschung – methodische Herausforderungen: Fallbeispiele aus dem Netzwerk für Partizipative Gesundheitsforschung und der International Collaboration for Participatory Health Research

Daniela Manke[1], Michael Wright[2], Petra Wihofszky[3], Bianca Neuhold[4]

[1]*Universität Heidelberg*; [2]*Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin, Berlin*; [3]*Universität Flensburg, Flensburg*; [4]*FH Joanneum*

Partizipative Gesundheitsforschung (PGF) bedeutet eine partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft, Praxiseinrichtungen und engagierten Bürger/inne/n, um gemeinsam neue Erkenntnisse zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung zu gewinnen. , , Dieser Ansatz findet zunehmend Anwendung in der Entwicklung innovativer Strategien zur Minderung der Effekte sozialer Ungleichheit auf den Gesundheitszustand sozial benachteiligter Menschen. PGF kann auf Projektebene in unterschiedlichem Ausmaß eingesetzt werden. Der Workshop setzt den Schwerpunkt auf die methodische Umsetzung von partizipativen Ansätzen in der Gesundheitsforschung. Als Leitfrage dient: Wie kann Gesundheitsforschung „partizipativ/er" gestaltet werden? Anhand von 2 Fallbeispielen aus der Praxis sollen Gütekriterien partizipativer Forschung diskutiert werden. , , 1. Beitrag: , Petra Wihofszky, Anette Krogh, Anne Marie Detlefsen, Stephan Rehberg, Michael Kraus: „Gesund und aktiv im Alltag – ein deutsch-dänischer Ansatz zur Stärkung gesundheitlicher und sozialer Ressourcen" , , 2. Beitrag: , Bianca Neuhold, Daniela Grach, Helmut Simi, Elisabeth Krahulec: „Partizipative Gesundheitsberichterstattung – SchülerInnen berichten über ihre Gesundheit"

ID: 192

Workshop der DGSMP AG-GBE: Neue Zugänge zu gesundheitsrelevanten Daten im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung

Jeffrey Butler[1]

[1]*Bezirksamt Mitte von Berlin, Berlin*

Die Gesundheitsberichterstattung (GBE) besteht längst nicht mehr aus der Auswertung von sogenannten 'Routinedaten' wie die Krankenhausinanspruchnahme- und Todesursachestatistiken, die meist nicht nach sozialer Lage oder Lebenssituation der betroffenen Population, geschweige davon auch für Subpopulationen, wie z.B. für Nachbarschaften oder ethnische Gruppen, auswertbar sind. Um präventionsrelevante Daten für einzelne Bevölkerungsgruppen bzw. differenzierte Informationen für ganze Bevölkerungen für die GBE zu erhalten, sind neue Zugangswege notwendig. Die in unserem Workshop vorgestellten Beiträge stellen gesundheitsrelevante Ergebnisse bzw. Ansätze von innovativen Erhebungen in einer Reihe von Settings vor, u.a. bei den Studierenden in einer Hochschule, für verschiedene Bevölkerungsgruppen in Kommunen sowie für die erwachsene Bevölkerung bundesweit. Wir hoffen, dass sowohl die Ergebnisse als auch die Zugangsweisen für andere Interessierten vom Nutzen sind.

ID: 193

Bestandsaufnahme zu Versorgungsdefiziten und Versorgungsmanagementprogrammen bei Multiple Sklerose in Deutschland

Lennart Weegen[1], Lasse Korff[1], Sarah Mostardt[1], Sonja Ivancevic[1], Jürgen Wasem[1], Anke Walendzik[1]

[1]*Universität Duisburg-Essen, Essen*

Hintergrund:, Die Versorgung chronisch Kranker im deutschen Gesundheitswesen gilt als defizitär. Um die Qualität der Versorgung chronisch Kranker zu bessern und die Kosten der Versorgung zu senken, hat der deutsche Gesetzgeber seit Anfang der 1990er Jahre sukzessive neue Versorgungsformen in die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) eingeführt. An der chronischen Erkrankung Multiple Sklerose (MS) sind nach aktuellen Schätzungen zwischen 120.000 und 180.000 Menschen in Deutschland erkrankt [1]. MS hat eine hohe volkswirtschaftliche Bedeutung, welche sich unter anderem aus Frühberentungen, von denen etwa ein Drittel aller MS-Patienten betroffen sind [2], ergibt. MS weist zudem durch das breite Spektrum an neurologischen Symptomen die Notwendigkeit interdisziplinärer wie auch sektorübergreifender Versorgungsansätze auf. Vor diesem Hintergrund ist es Ziel dieser Studie, existierende Defizite in der MS-Versorgung zu identifizieren. Die Identifikation von Versorgungsdefiziten ist Grundlage für eine effiziente Gestaltung der Versorgung. In einem zweiten Schritt gilt es zu prüfen, inwieweit bereits Versorgungsmanagementprogramme für MS existieren, die solche Versorgungsdefizite adressieren., Methodik:, Zunächst wurde eine systematische Literaturrecherche zu Versorgungsdefiziten und Versorgungsmanagementprogrammen für MS in den medizinischen Datenbanken Embase und Scopus durchgeführt. Diese wurde anschließend um eine teilsystematische Internetrecherche ergänzt. Derzeit werden Experteninterviews zu Versorgungsdefiziten mit Vertretern von Krankenkassen, Interessenvertretungen von Leistungserbringern, medizinischen Fachgesellschaften, Patientenvertretern und weiteren Entscheidungsträgern des Gesundheitswesens durchgeführt. Zudem wird die Existenz und die inhaltliche Ausgestaltung von Versorgungsmanagementprogrammen bei den 40 größten gesetzlichen Krankenkassen mittels eines standardisierten Fragebogens abgefragt, womit eine Versichertenabdeckung von über 90% zugrunde liegt. Die Auswertung der empirischen Analysen wird in anonymisierter Form erfolgen., Ergebnisse:, Bisher liegen die Ergebnisse der systematischen und teilsystematischen Literaturrecherchen vor. Eine mangelnde Abstimmung an interdisziplinären und sektorübergreifenden Schnittstellen im Bereich der MS-Versorgung weist auf Defizite struktureller Art hin. Im Bereich der Diagnostik wird bemängelt, dass im Durchschnitt 3,5 Jahre vergehen, bis die Diagnose MS gestellt wird, obwohl neue Diagnoseverfahren und -kritierien eine Diagnosestellung innerhalb weniger Monate nach Einsetzen der Erkrankung erlauben. Im Bereich der Therapie werden bei MS ein zu geringer Einsatz immunmodulatorischer Basistherapie, eine zu hohe Abbruchquote bei dieser Therapieform sowie ein unzureichender Einsatz symptomatischer Therapien als Defizite genannt. Derzeit erfolgt die Auswertung der Fragebögen, deren Rücklaufquote bei 67,5% liegt. Die Durchführung der Experteninterviews soll Mitte Juni 2013 abgeschlossen sein., Diskussion und Schlussfolgerungen:, Für MS werden in der Literatur zahlreiche Versorgungsdefizite genannt, sowohl struktureller Art als auch hinsichtlich Diagnose und Therapie. Mittels der Experteninterviews soll nun zum einen überprüft werden, ob diese Defizite von den an der Versorgung Beteiligten in dieser Form bestätigt werden, zum anderen soll erhoben werden, ob weitere Versorgungsdefizite existieren. Die Befragung der Krankenkassen zum Vorhandensein und der Ausgestaltung von MS-spezifischen Versorgungsprogrammen soll einen aktuellen Überblick darüber geben, inwieweit sich die gesetzlichen Kostenträger diesen Problemen bislang annehmen.

ID: 194

Erreichbarkeit sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen durch mobile Prävention und Gesundheitsförderung im Stadtteil - Das Kindergesundheitsmobil Essen

Funda Klein-Ellinghaus[1], Tilman Brand[1], Ingeborg Jahn[1]

[1]Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie BIPS, Bremen

Hintergrund: Der Stadtteil ist ein wichtiges Setting für die Erreichbarkeit von Kindern/Eltern im Rahmen von Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung. Hier werden auch die Kinder und Familien in ihrer Lebenswelt angetroffen, für die der Zugang zu etablierten Versorgungssystemen sich eher schwierig gestaltet. Mit dem Modellprojekt Kindergesundheitsmobil (KIGEMO) wird ein regelmäßiges, niedrigschwelliges, aufsuchendes Angebot der Prävention und Gesundheitsförderung schwerpunktmäßig für Kinder bis 10 Jahren und deren Eltern umgesetzt. Das KIGEMO startete im Herbst 2012 und erprobte den Zugang über Kindertagesstätten und öffentliche Plätze in verschiedenen Stadtteilen der Stadt Essen. Es bietet eine Kombination von Aktivitäten der Prävention und Gesundheitsförderung (Ernährung, Bewegung, Umwelt, Entspannung, Gesundheitsinformation) und kinderärztlicher Beratung. Die begleitende Evaluation beinhaltet eine Untersuchung der Konzept-, Struktur- und Prozess- und Ergebnisqualität. In diesem Beitrag werden erste Ergebnisse der Struktur- und Prozessevaluation in der Erprobungsphase berichtet., Methodik: Die Struktur- und Prozessevaluation erfolgte zunächst quantitativ, in dem systematisch Informationen über zentrale Zugangsparameter dokumentiert werden (Wer hat wann was für/mit wem durchgeführt?). Des Weiteren wurde in drei Internen Qualitätsdiskursen (vor Ort und Telefonkonferenz) gemeinsam mit dem Team das Konzept und die Erfahrungen der Umsetzung vor Ort reflektiert. Im April 2012 startete weiterhin die qualitative Prozessevaluation u.a. mit ethnographischen Methoden (Beobachtungen) und leitfadengestützten Interviews mit dem KIGEMO-Team. , Ergebnisse: Im Berichtszeitraum 10/2012-4/2013 wurden 153 Aktivitäten dokumentiert. Inhaltliche Schwerpunkte waren ernährungs- und bewegungsbezogene Aktivitäten. Es wurden insgesamt neun Standorte angefahren, davon drei Kitas und sechs öffentliche Plätze. Somit wurde jeder Standort im Durchschnitt 17mal „angefahren“. An den Aktivitäten nahmen über 2.200 Kinder zwischen 3 und 15 Jahren sowie 435 Erwachsene teil. Mehr als 90% der erreichten Kinder waren bis 10 Jahre alt. Während das Geschlechterverhältnis bei den Kindern insgesamt balanciert ist (M/F: 52%/48%) ist es bei den Erwachsenen M/F: 30%/70%. Im Laufe des betrachteten Erprobungszeitraums erfolgte eine Schwerpunktverlagerung des Settings durch Reduzierung der Kita-bezogenen Standorte und Ergänzung der zentralen Plätze in Stadtteilen. Es zeigt sich eine Tendenz dazu, dass im Laufe der Erprobungsphase zunehmend mehr Kinder und Eltern pro Standort erreicht werden., Diskussion/Schlussfolgerungen: , Die Auswahl geeigneter Standorte als ein bedeutsamer Faktor für das Erreichen der Zielgruppe stand im Mittelpunkt der Erprobungsphase. Die Ergebnisse zeigen, dass die Zielgruppen bezogen auf das Alter der Kinder erreicht werden. Ob an den Standorten ein nachhaltiger Zugang zu besonders vulnerablen sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen erreicht werden kann, wird Gegenstand der weiteren Evaluation und insbesondere auch der qualitativen Prozessevaluation sein.

ID: 195

„Vielen Frauen wird von vornherein eingeredet: Das wird ein Kaiserschnitt!“Einflussfaktoren auf Geburt und Wochenbett behinderter und chronisch kranker Mütter

Marion Michel[1], Anja Seidel[1], Sabine Wienholz[1], Steffi G. Riedel-Heller[2]

[1]Universität Leipzig, Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health, Leipzig; *[2]Universität Leipzig, Medizinische Fakultät, Leipzig*

Die Betreuung behinderter/chronisch kranker Frauen gewinnt für die Geburtsmedizin an Bedeutung. Einerseits nehmen heute etwa zwei Drittel der behinderten Frauen ihr Recht auf selbstbestimmte Mutterschaft wahr. Andererseits wird die Realisierung des Kinderwunsches in Altersgruppen mit höherem Risiko der Manifestation chronischer Erkrankungen verlagert. Für Schwangere mit Behinderungen/chronischen Erkrankungen werden in der Literatur überwiegend keine höheren Risiken für Schwangerschaft und Geburt bei gutem Monitoring beschrieben, ebenso keine höhere Indikation zur Entbindung per Sectio., Die vorgestellte prospektive Studie analysierte Einflussfaktoren auf Fertilität, Schwangerschaft und Geburt bei Frauen mit Behinderungen. Ergänzend erfolgte eine qualitative Analyse zur erhöhten Sectio-Rate bei behinderten Müttern. , Aus einer Screeningbefragung im Zeitraum 04/2011 bis 09/2011 in drei Leipziger Geburtskliniken (N=1.620), rekrutierten wir eine Stichprobe von 47 behinderten und 33 nichtbehinderten Frauen für schriftliche Befragungen zu drei Messzeitpunkten (Wochenbett, 1. Halbjahr, 2. Halbjahr). Im Rahmen einer qualitativen Analyse führten wir von 12/2012 bis 03/2013 leitfadengestützte Experteninterviews mit vier Müttern und sechs Geburtsmedizinern/Hebammen. , Zwei Forschungsfragen werden im Beitrag diskutiert: , 1.Wie verlaufen Geburt und Wochenbett bei behinderten Frauen? , 2.Welche Ursachen lassen sich für die erhöhte Sectio-Rate bei behinderten Frauen erkennen? , Ergebnisse: Insgesamt 13% der Frauen gaben chronische Erkrankungen/Behinderungen an. Die mittlere Schwangerschaftsdauer betrug für behinderte Frauen 38+3 Wochen (bei geringfügig erhöhter Komplikationsrate im Schwangerschaftsverlauf), in der Vergleichsgruppe 38+6 Wochen. Bei behinderten Frauen kommen häufiger geburtsmedizinische Maßnahmen zum Einsatz, einschließlich geplanter/indizierter Sectiones, was die Klinikverweildauer beeinflusst. Behinderte Schwangere werden oft von ihren niedergelassenen Gynäkologen frühzeitig auf eine Sectio orientiert. Das erschwert die spätere Geburtsplanung in der Klinik. Geburtsvorbereitungskurse werden diesbezüglich nur bedingt als hilfreich erlebt. , Auf Unterstützungsangebote wurde bei Klinikentlassung kaum hingewiesen, auch nicht auf die Möglichkeit der erweiterten Hebammenbetreuung. Spezifische Hilfen für behinderte Mütter waren unbekannt., Behinderte Frauen erholten sich langsamer nach der Geburt, in den ersten sechs Monaten post partum erkrankten sie signifikant häufiger, vorrangig an Infektionen. , Rückblickend äußerten sich alle vier Mütter in den Experteninterviews ambivalent zur erfolgten Sectio. Sie beschrieben psychische und physische Probleme in der Verarbeitung der Geburt und in der Wochenbettphase. , Die Geburtsmediziner/Hebammen äußerten sich sehr differenziert zur Notwendigkeit geplanter Sectiones bei behinderten Frauen. Eine generell erhöhte Indikation zur Sectio für behinderte Schwangere bestätigten sie nicht. Sie berichteten aber über Unsicherheiten gegenüber dieser Müttergruppe, über ökonomische, strukturelle und juristische Faktoren, die die Entscheidung zum Geburtsmodus beeinflussen und verwiesen auf die Notwendigkeit sich über die Situation der Frauen zu informieren und eine enge konsiliarische Zusammenarbeit mit Fachärzten. Die Experten betonten den Bedarf an evidenzbasierten Studien zum Thema sowie an Weiterbildungen., Diskussion:Aus den vorliegenden Ergebnissen zeigt sich, dass eine gute Aufklärung der Mütter durch qualifizierte Geburtsmediziner ebenso notwendig ist wie weitere evidenzbasierte Studien zum Verlauf von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett behinderter Frauen sowie die Einbindung des Themas Behinderung und chronische Erkrankung in die Aus- und Weiterbildung von Gynäkologen und Hebammen. , Um Überlastungen der jungen Mütter vorzubeugen, ist die Beratung über spezielle Hilfsangebote in der Geburtsvorbereitung oder bei Klinikentlassung und die Bereitstellung dieser Angebote nach der Geburt zu verbessern. Damit könnte möglicher Weise auch die Erkrankungsrate der Mütter nach der Geburt gesenkt werden.

ID: 197

Die Qualität der fachärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern mit Demenz: Ergebnisse eines Soll-Ist-Vergleichs

Katrin Balzer[1], Stefanie Butz[1], Dagmar Lühmann[2]

[1]Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Universität zu Lübeck; *[2]Institut für Allgemeinmedizin, UKE*

Hintergrund, Rund zwei Drittel der Pflegeheimbewohner in Deutschland leiden an einer demenziellen Erkrankung (1). Aufgrund der krankheitstypischen kognitiven und psychosozialen Veränderungen sowie häufig ausgeprägter somatischer Komorbidität stellen die Betroffenen besondere Anforderungen an die medizinische Versorgung. Die Qualität der fachärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern mit Demenz war daher ein Schwerpunkt eines vom Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) beauftragten Health Technology Assessment (HTA) (2). Die Arbeit zielte darauf, herauszufinden, inwieweit es Belege für eine Unter-, Fehl- oder Überversorgung gibt. , Methodik, Die Beantwortung der Fragestellung erfolgte mittels einer systematischen Übersichtsarbeit. Um das Risiko inadäquater fachärztlicher Versorgung zu bewerten, wurden Daten zur Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen (Ist) mit Empfehlungen zur medizinischen Versorgung demenziell erkrankter Personen (Soll) verglichen. , Folgende Datenquellen, jeweils bezogen auf den deutschen Versorgungskontext, wurden eingeschlossen: i) versorgungsepidemiologische Studien zur Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen durch Bewohner mit Demenz und ii) Empfehlungen aus aktuellen evidenzbasierten, konsentierten Leitlinien zur fachärztlichen Versorgung von Personen mit Demenz. Die Recherchen (Recherchezeitraum 2000 bis 2011) umfassten Suchen in 34 Literatur- und 6 Leitliniendatenbanken sowie in Zeitschriftenportalen, Referenzlisten relevanter Artikel und weiteren Informationsressourcen. Die Qualität der eingeschlossenen Studien und Leitlinien wurde nach anerkannten Standards (3, 4) kritisch bewertet. Die Informationssynthese und der Soll-Ist-Vergleich erfolgten strukturiert-narrativ. , Ergebnisse, Fünf versorgungsepidemiologische Studien (Median n=304 Bewohner) und zwei Leitlinien (5, 6) konnten zur Beantwortung der Fragestellung herangezogen werden. Die Validität von vier der fünf Studien ist durch stichprobenbedingte Unsicherheiten und ein hohes Confounding-Risiko limitiert. Die Leitlinien erwiesen sich als methodisch zuverlässig. , Die versorgungsepidemiologischen Befunde zeigen eine hohe hausärztliche Versorgungsdichte (100 % mit ≥1 Arztkontakt/Quartal). Eine neurologische oder psychiatrische Mitbetreuung ist für circa 30 % der demenziell erkrankten Bewohner ausgewiesen, die Beteiligung anderer Facharztrichtungen für ≤20 %. Auswertungen von Diagnosedaten signalisieren ein 30%iges Risiko falsch-negativer und ein 15%iges Risiko falsch-positiver Demenz-Diagnosen bei insgesamt oft unzureichend differenzialdiagnostischer Abklärung. Bis zu 70 % der Betroffenen nehmen laut Verordnungsdaten mindestens ein Psychopharmakon ein. Am häufigsten werden Neuroleptika (bei ca. 20 bis 50 %) verschrieben, gefolgt von Antidepressiva (bei bis zu 30 %) und Antidementiva (bei bis zu 17 %). Heilmittel werden seltener verordnet (bei ca. 20 %)., Gegenüber verfügbaren Leitlinienempfehlungen deuten diese empirischen Befunde auf mehrere Bereiche der inadäquaten Versorgung hin: ungenaue Diagnostik der kognitiven Einschränkungen (Unter- und Fehlversorgung), Unterversorgung mit Antidementiva und Heilmitteln sowie Fehlversorgung mit Psychopharmaka, insbesondere Neuroleptika. Nebenbefunde der ausgewerteten Studien legen nahe, dass diese Defizite multifaktoriell bedingt sind, z.B. durch unzureichend evidenzbasiertes Handeln und eine unbefriedigende Zusammenarbeit der beteiligten professionellen Akteure (Hausärzte, Fachärzte, Pflegekräfte)., Diskussion/Schlussfolgerungen, Durch den Soll-Ist-Vergleich konnten Bereiche der inadäquaten (fach-)ärztlichen Versorgung von Bewohnern mit Demenz identifiziert werden. Diese Ergebnisse haben ausschließlich hinweisenden Charakter. Unsicherheiten in den versorgungsepidemiologischen Daten, aber auch in den Leitlinienempfehlungen (teils schwache Empfehlungsstärken, unzureichende Berücksichtigung der Multimorbidität) lassen es nicht zu, das Ausmaß der Unter-/Fehlversorgung oder mögliche gesundheitliche Konsequenzen für die Bewohner valide abzuschätzen. Auch ist eine eindeutige Differenzierung zwischen haus- und fachärztlichen Leistungen schwierig. , Dennoch gibt dieser HTA-Bericht wichtige Hinweise für die Verbesserung der medizinischen Versorgung von Pflegeheimbewohnern mit Demenz. Entsprechende Strategien sollten an den identifizierten Problembereichen und Barrieren ansetzen und mit robusten Methoden evaluiert werden (2).

ID: 198

Nutzerrelevante technische und formale Aspekte von Websites zur Darmkrebsfrüherkennung

Birgit Borutta[1], Maren Dreier[2], Gabriele Seidel[2], Inga Kreusel[2], Marie-Luise Dierks[2], Ulla Walter[2]

[1]*Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitsystemforschung, Hannover*;
[2]*Medizinische Hochschule Hannover, Hannover*

Einleitung/Hintergrund:, Evidenzbasierte Informationsmaterialien können die informierte Entscheidung hinsichtlich der Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen unterstützen. Basierend auf vorhergehenden Analysen von Printmaterialien zur Darmkrebs-Früherkennung, untersucht diese Studie die Qualität von webbasierten Angeboten in Bezug auf nutzerrelevante formale und technische Aspekte. , Daten/Methodik:, Websites zur Darmkrebsfrüherkennung aus Deutschland wurden auf mehreren Wegen systematisch recherchiert. Eingeschlossen wurden direkt zugängliche Websites, die sich an Laien mit durchschnittlichem Darmkrebsrisiko richten. Ausgeschlossen wurden Presseartikel/-mitteilungen sowie Websites von Arztpraxen, Krankenhäusern, Apotheken und Arzneimittelherstellern. Die identifizierten Websites wurden mit einem Kriterienkatalog bestehend aus 107 web-spezifischen Kriterien in den Kategorien „Formalia“ (Anbieter, Haftungsausschluss, Impressum, Qualitätslogo, Datenschutz, Werbung, Aktualität), „Benutzerfreundlichkeit/Usability“ (z.B. Such- und Druckfunktion, Menü, Scrollen, Sitemap, Links), „Zugänglichkeit/Barrierefreiheit“ (z.B. Pop-Ups, Browser-Kompatibilität, Schriftgrößenänderung) bewertet. Die Antwortkategorien lauteten „ja“, „nein“ und teilweise „trifft nicht zu“. Die Bewertung erfolgte unabhängig voneinander durch zwei Experten mit anschließender Konsensbildung., Ergebnisse:, Es wurden 36 Websites zum Thema „Früherkennung von Darmkrebs“ bewertet. Die Websites sind von heterogener Qualität. Alle Seiten können ohne Qualitätsverlust mit unterschiedlichen Browser betrachtet werden. Nahezu alle Websites sind frei von Animationen und Akustik. Die Mehrheit der Websites ist frei von Pop-ups, Flash und Java-Script. Inhalte bleiben zumeist auch bei Änderung der Schriftgröße gut lesbar. Die Suchfunktion liefert in vielen Fällen keine optimalen Treffer und über die Druckfunktion werden auch inhaltlich nicht relevante Informationen ausgegeben. Bei der Hälfte der Websites ist übermäßig viel senkrechtes Scrollen nötig, um alle Inhalte lesen zu können. Oftmals werden elementare Anforderungen nicht erfüllt. Dazu gehören beispielsweise ein vollständiges Impressum, eine Datenschutzerklärung, Angaben zur Aktualität der Informationen. Nur ein sehr geringer Anteil der Websites ist frei von Werbung. Sehr viele Websites sind überladen und dadurch sehr unübersichtlich. Auch die Menüstruktur ist in vielen Fällen sehr komplex., Diskussion/Schlussfolgerung:, Der Webkriterienkatalog ist ein umfangreiches Instrument, mit dessen Hilfe sehr detailliert Qualitätsmerkmale von gesundheitsrelevanten Websites erhoben werden können. Die generischen Kriterien erlauben es, den Kriterienkatalog auch für andere Gesundheitsthemen einzusetzen. Die Empfehlungen bzw. internetspezifische Standards, insbesondere zu Transparenz, Usability und Barrierefreiheit wurden auf den Websites zur Darmkrebsfrüherkennung oftmals nicht erfüllt. Es zeigt sich daher ein klarer Optimierungsbedarf im Bereich der formalen und technischen Aspekte der untersuchten Websites.

ID: 200

Assessment procedures as basis of reimbursement decisions for medical devices– an international overview

Kirsten van der Linde[1], Jürgen Wasem[1], Barbara Buchberger[2]

[1]Lehrstuhl für Medizinmanagement, Universität Duisburg-Essen; *[2]Universität Duisburg-Essen, Berlin*

Background: Worldwide, various cost and benefit assessment programs for medical devices with different methodology are performed. The aim of this study is highlighting characteristics of some selected countries concerning this matter., Methods: A systematic literature search in Medline, Embase, the Cochrane Library and INAHTA-database was conducted. Additionally, hand searches on websites of country-specific healthcare facilities and single HTA organizations were performed., For the international overview, the countries Australia, the United Kingdom, Canada and the United States of America were selected. Expert consultations were conducted, using a standard questionnaire, supplemented by country-specific questions., Results: Various assessment procedures for medical devices were identified and differences in the influence of cost and benefit assessments on reimbursement decisions were discovered. Because of the heterogeneity of healthcare systems, country-specific programs have different health policy impacts, which complicates a direct comparison. In the selected countries, the methodology for assessing an innovation, the required evidence, patient-relevant outcome parameters and reference methods are determined specifically to the product. To identify relevant medical innovations for benefit assessments, systems of Horizon Scanning are established. Pilot projects for accompanying technology assessments of innovations are promising, but currently not finalized., Conclusion: Benefit assessments and HTA of medical devices become more and more important to ensure the financial sustainability of healthcare systems. Pilot projects for accompanying technology assessment in some healthcare systems are expedited and offer the potential for an adaptation to other countries. Horizon Scanning is a useful method for the identification of promising innovations for subsequent benefit assessment. Rapid HTA can quickly answer limited research questions.

ID: 201

Association between stress intensity and headache frequency

Sara Schramm[1], Nils Lehmann[1], Eva Bock[1], Zaza Katsarava[2], Susanne Moebus[1]

[1]Institute for Medical Informatics, Biometry and Epidemiology, University Hospital of University Duisburg-Essen; *[2]Department of Neurology, Evangelisches Krankenhaus Unna*

Background , According to the WHO headache disorders are a public-health concern given the large amount of associated disability and financial costs to society. Headache disorders result in personal and societal burdens of pain, disability, damaged quality of life and high financial costs. However, evidence based knowledge about headache triggering factors is lacking. Especially studies are missing, evaluating the effect of stress on headache frequency with regard to subtypes of headaches. Therefore we studied the effect of stress intensity on headache frequency for the main headache subtypes tension type headache (TTH), migraine and migraine with coexisting TTH using data of a prospective population-based cohort study., Methods, We analysed data of the German Headache Consortium Study including 5,159 participants aged 21-71 years, screened quarterly from 2010–2012, using validated questionnaires. Headache subtypes were defined according to the criteria of the International Headache Society. Poisson log-linear regression in the framework of Generalized Estimating Equations was used to investigate the effect of stress intensity (visual analogue scale from 0-100%) and headache frequency (0-30/31 days/month) on different headache subtypes by estimating percent change with 95% confidence intervals (95%CI), adjusting for gender, age and frequent intake of acute pain drugs, drinking, smoking and body mass index., Results, At baseline, TTH was observed in 1,598 (31%) participants (aged 48.1±12.5 years, 51.5% women) with self-reported 2.2±3.9 mean headache days/month, and a mean stress intensity of 52.3%±26.7%. Participants with migraine (14.0%) were on average younger (44.8±11.3 years), more often women (73.3%) and reported a higher frequency of headaches (4.5±5.2 days/month) and a higher stress intensity (62.4%±23.3%). Similar results could be observed for those with migraine with coexisting TTH (10.6%, 43.5±11.5 years, 61% women), however with a lower frequency of headaches (3.6±4.8 days), and stress intensity (58.6%±24.1%) in 19.9% of the participants the headache type was not classifiable. During follow up, participants experienced an increase of headache frequency with increasing stress intensity independently of headache subtype. Notably, highest effects were observed in participants with TTH: a 10% increase of stress intensity resulted in a 6.2% (95%CI: 4.2-8.1%) increase of headache days/month. In participants with migraine and in participants with migraine with coexisting TTH the increase was identical with an increase of resp. 3.9% (2.0-5.8%) and 4.0% (1.8-6.2%)., Conclusion , This is the first prospective population-based cohort study which shows that increasing stress resulted in increasing headache days, which was particularly pronounced in participants with TTH. Consideration of these findings is of importance for tailored anti-stress treatment approaches in headache patients with different subtypes of headaches.

ID: 202

Der Einfluss tätigkeitsspezifischer Belastungen und Ressourcen auf das Burnout-Risiko in der stationären Langzeitversorgung

Michaela Brause[1], Thomas Kleina[2]

[1]*Fachhochschule Bielefeld, Bielefeld*; [2]*Universität Bielefeld, Bielefeld*

Hintergrund: , Aufgrund des demografischen Wandels ist es für Einrichtungen der stationären Langzeitversorgung von besonderer Bedeutung, Fachkräfte an sich zu binden. Denn der Fachkräftemangel ist schon heute zu beobachten und die Anzahl Pflegebedürftiger wird allen Prognosen nach ansteigen. Die Arbeitsbedingungen in der stationären Langzeitversorgung sind jedoch weder attraktiv noch gesundheitsförderlich. Pflegekräfte in der stationären Langzeitversorgung gelten sowohl mit Blick auf psychische/psychosomatische Erkrankungen als auch mit Blick auf Burnout als besonders vulnerabel, nicht zuletzt aufgrund der hohen tätigkeitsspezifischen psychischen Belastungen., Burnout gehört laut ICD 10 (F00 bis F99) nicht zu den psychischen und Verhaltensstörungen, sondern wird hier als „Problem mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung“ (Code Z 73) definiert. Trotzdem ist Burnout in der Diskussion um Arbeitsbelastungen „zur Metapher für psychische Leiden geworden“(DAK/IGES, 2013, S. 29). , Vor diesem Hintergrund werden Ergebnisse aus der Studie „Qualität und Gesundheit in der stationären Altenhilfe“ vorgestellt. Im Fokus steht das Burnout-Risiko von MitarbeiterInnen und welchen Einfluss tätigkeitsspezifische Belastungen und Ressourcen auf dieses Risiko haben. Denn nur wenn wir die komplexen Zusammenhänge und Wechselwirkungen im Setting der stationären Langzeitversorgung verstehen, können langfristig passgenaue präventive Konzepte entwickelt werden., Methodik: , In acht Einrichtungen der stationären Langzeitversorgung wurden alle in der pflegerischen Versorgung tätigen MitarbeiterInnen mittels einer standardisierten, schriftlichen Erhebung zu ihrer Arbeits- und Gesundheitssituation befragt. Für den Fragebogen wurde weitestgehend auf validierte Instrumente und Skalen zurückgegriffen. Die Teilnahme war freiwillig und die Rückspiegelung der Ergebnisse erfolgte vollständig anonymisiert anhand aggregierter Daten. Zur Auswertung wurden deskriptive Verfahren verwendet sowie Korrelations- und Strukturgleichungsanalysen durchgeführt. , Ergebnisse: , Der Rücklauf lag insgesamt bei 54% (n=297), schwankte jedoch einrichtungsabhängig zwischen 34% und 79%. 37% der befragten MitarbeiterInnen haben ein erhöhtes Burnout-Risiko. Es sind vor allem „Müdigkeit“ und „körperliche Erschöpfung“, die zu erhöhten Skalenwerten führen. Jedoch fühlt sich auch jede fünfte Mitarbeiterin oft „emotional erschöpft“. Fast die Hälfte der Mitarbeiterinnen (47,4%) steht (sehr) oft unter Zeitdruck. Qualitative Arbeitsbelastungen sind dagegen eher selten. Rund 38,8% der Befragten stimmen (voll) zu, dass sie wegen beruflicher Verpflichtungen, ihre familiären oder privaten Pläne ändern müssen. Jedoch scheinen die Zustimmungsraten zu Aspekten, die auf einen Konflikt zwischen Arbeits- und Familienleben hinweisen auf den ersten Blick gering. Das Netzwerkkapital ist insgesamt groß. Bei keinem der durchwegs positiv formulierten Items stimmen mehr als ein Viertel der Befragten nicht zu. Das Führungskapital wird im Mittel sogar noch größer eingeschätzt. Die quantitativen und qualitativen Arbeitsbelastungen und der Arbeit-Familie-Konflikt nehmen – laut des überprüften Modells – direkten Einfluss auf das Burnout-Risiko. Netzwerk- und Führungskapital dagegen nicht. Allerdings hängt das Ausmaß der Belastungen stark mit der Ausprägung des Führungskapitals zusammen. , Schlussfolgerungen: , Belastungen, wie der für die stationäre Langzeitversorgung charakteristische Zeitdruck oder der Konflikt zwischen Arbeit und Familie nehmen maßgeblich Einfluss auf das Burnout-Risiko. Jedoch gelingt es einigen Führungskräften anscheinend besser als anderen ihr „Kapital“ zu nutzen und ein eher salutogenes Arbeitsumfeld zu schaffen. Zukünftig sollte das Verhalten von Führungskräften in der stationären Langzeitversorgung in empirischen Untersuchungen verstärkt in den Blick genommen werden, um langfristig Konzepte zu entwickeln, die Führungskräfte darin unterstützen, ihre Aufgaben belastungssenkend, gesundheitsförderlich und familienfreundlich wahrnehmen zu können.

ID: 203

Qualitätsunterschiede in Pflegeheimen zwischen den alten und den neuen Bundesländern

Fiona Blanchaud[1], Daniel Schumacher[1], Max Geraedts[1]

[1]*Universität Witten/Herdecke, Witten*

Einleitung/Hintergrund:, In der Literatur wird eine höhere Auslastung der Pflegeheimen sowie weniger Personal pro Patienten in den neuen Bundesländern beschrieben. Dies sind Faktoren, die sich mutmaßlich negativ auf die Pflegequalität auswirken. Es wurde bisher aber nicht untersucht, ob sich die Pflegequalität tatsächlich unterscheidet. Ziel dieser Studie war es, genau diesen Sachverhalt zu erforschen., Daten/ Methodik:, Basis der Analysen waren die Begutachtungsergebnisse der gesetzlichen Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste aus den Jahren 2011 oder 2012.Von den untersuchten 10435 stationären Pflegeheimen befanden sich 8564 (82,1%) in den alten und 1871 (17,9%) in den neuen Bundesländern. Im Rahmen der gesetzlichen Qualitätsprüfungen beurteilt der MDK die Pflegequalität anhand von 82 Beurteilungskriterien, wovon die 18 Kriterien der Bewohnerbefragung und 5 Kriterien wegen fehlender Werte in dieser Arbeit nicht berücksichtigt wurden. Bei den 59 untersuchten Kriterien lagen für mehr als 50% der Pflegeheime individuelle Daten vor. 33 der Kriterien waren als Schulnoten und 26 der Kriterien waren dichotom (1 oder 5) erfasst. Die Kriterien wurden zu 9 inhaltlich definierten Scores zusammengefasst, die zwischen 1 und 23 gleich gewichtete Kriterien beinhalteten. Die Scores spiegelten folgende Aspekte der Pflegequalität wider: Pflegeergebnisse I & II, Betreuungsprozesse, klinische Pflegeprozesse, besonders ergebnisrelevante Pflegeprozesse, Pflegedokumentation, Einrichtungsstruktur und Qualitätsmanagement I & II. Mithilfe von Mann-Whitney Tests wurden die Scores der alten und neuen Bundesländer verglichen, im Falle der dichotomen Scores wurde Chi2-Tests verwendet. Bei letzteren wurde jeweils verglichen, wie viel Prozent der Pflegeheime alle Kriterien (zwischen 1 und 16) der einzelnen Scores erfüllten. Multiples Testen wurde nach Bonferroni korrigiert., Ergebnisse:, Pflegeheime in den neuen Bundesländern schnitten bei den meisten betrachteten Scores besser ab als diejenigen in den alten Bundesländern. Es zeigten sich in den Scores ‚klinische Pflegeprozesse' (Median 1,45 vs. 1,51) und ‚Pflegedokumentation' (Median 1,2 vs. 1,29) signifikante Unterschiede ($p < 0,00$) zugunsten der Pflegeheime in den neuen Bundesländern. Die gleiche Tendenz ergab sich beim Score ‚besonders ergebnisrelevante klinische Pflegeprozesse' (Median 1,62 vs. 1,67), allerdings war dieses Ergebnis nach Bonferroni-Korrektur nicht mehr signifikant ($p = 0,014$). Bei den Scores ‚Pflegeergebnisse I' und ‚Qualitätsmanagement I' lagen keine Unterschiede vor (Median jeweils 1). Die Analyse der dichotomen Scores zeigte, bis auf den Score ‚Pflegeergebnisse II', signifikante ($p<0,00$) Unterschiede. Mehr östliche Heime erfüllten alle Kriterien der Scores ‚Einrichtungsstruktur' (96,3% vs. 93,3%), ‚Qualitätsmanagement II' (89,2% vs. 79,1%) und ‚Betreuungsprozesse' (87,4% vs. 82,2%) als westliche. , Diskussion/ Schlussfolgerung:, Pflegeheime in den neuen Bundesländern schneiden bei den MDK-Prüfungen insgesamt besser ab als in den alten Bundesländern. Ob die beschriebenen Unterschiede zwischen östlichen und westlichen Heimen auf eine unterschiedliche Benotungspraxis der verschiedenen MDKs oder aber auf einen tatsächlichen Qualitätsunterschied zurückgehen, bleibt zu erforschen. Für Letzteres spricht möglicherweise, dass auch die dichotomen Scores, bei denen eine Verzerrung weniger wahrscheinlich ist, die gleiche Tendenz zeigen. Besonders groß sind die Unterschiede beim Score ‚Qualitätsmanagement II', was möglicherweise eine erste Erklärung für das Ergebnis liefern kann. Weitere Studien, insbesondere zum Einfluss der MDKs auf die Noten, müssen sich anschließen.

ID: 205

Burnout bei Pflegekräften in nordrhein-westfälischen Brustzentren. Welche Rolle spielen das organisationale Sozialkapital und die Work-Life Balance?

Anika Nitzsche[1], Christoph Kowalski[1], Lena Ansmann[1], Holger Pfaff[1]

[1]IMVR - Universität zu Köln, Köln

Hintergrund, Die Studie untersucht, welcher Zusammenhang zwischen dem organisationalen Sozialkapital, Work-Life Balance und Burnout besteht. Während eine gemeinsam geteilte Wertebasis sowie gegenseitiges Vertrauen (organisationales Sozialkapital) als Ressource im Zusammenhang mit gesundheitlichen Outcomes, wie beispielsweise Burnout, bereits untersucht wurde, ist bisher wenig über die Rolle des organisationalen Sozialkapitals hinsichtlich des Zusammenspiels der Sphären Erwerbsarbeit und Privatleben (Work-Life Balance) bekannt. Des Weiteren sollen die unterschiedlichen Wirkrichtungen eines konflikthaften Zusammenspiels der Lebensbereiche Erwerbsarbeit und Privatleben (Work-Life Conflict und Life-Work-Conflict) hinsichtlich ihres Zusammenhangs mit den verschiedenen Dimensionen des Burnouts - emotionale Erschöpfung, Depersonalisation und persönliche Erfüllung –des Maslach Burnout Inventars analysiert werden., Methodik, Die vorliegenden Daten stammen aus einer Querschnittstudie, in der die in nordrhein-westfälischen Brustzentren tätigen Pflegekräfte zwischen November 2010 und März 2011 postalisch befragt wurden. Die Befragung war Bestandteil einer größeren Befragung, bei der alle in den teilnehmenden Brustzentren beschäftigten und mit der Versorgung von Brustkrebspatienten betrauten Berufsgruppen befragt wurden. An der Befragung beteiligten sich 330 Pflegekräfte aus insgesamt 33 Brustzentren (Rücklaufquote 50,2%). Die postulierten Zusammenhänge zwischen den Konstrukten wurden mittels eines Strukturgleichungsmodells analysiert., Ergebnisse, Die Ergebnisse zeigen, dass das organisationale Sozialkapital als protektiver Faktor mit allen Dimensionen des Burnouts assoziiert ist. Dagegen zeigt es nur mit dem Work-Life Conflict einen negativen Zusammenhang, während zu der anderen Konfliktskala Life-Work Conflict kein signifikanter Zusammenhang besteht. Des Weiteren konnte festgestellt werden, dass der Work-Life Conflict den Zusammenhang zwischen Sozialkapital und emotionaler Erschöpfung partiell mediiert., Die beiden Skalen des konflikthaften Zusammenspiels zwischen Erwerbsarbeit und Privatleben weisen ebenfalls Zusammenhänge mit den Burnout-Skalen auf: Während der Work-Life Conflict ausschließlich mit der emotionalen Erschöpfung stark positiv assoziiert ist, zeigt der Life-Work Conflict einen negativen Zusammenhang mit der persönlichen Erfüllung und einen positiven Zusammenhang mit der Depersonalisation., Schlussfolgerung, Die Ergebnisse verdeutlichen die Gesundheitsrelevanz des organisationalen Sozialkapitals und der Work-Life Balance. Neben direkten Effekten auf die verschiedenen Dimensionen des Burnouts konnte ebenfalls ein indirekter Effekt des Sozialkapitals über die Skala Work-Life Conflict auf die emotionale Erschöpfung festgestellt werden. Folglich kann Sozialkapital in Organisationen (neben seinem direkten Effekt) ebenfalls dazu beitragen, dass der Work-Life Conflict und dadurch das Risiko an emotionaler Erschöpfung zu leiden reduziert wird. Insbesondere der Zusammenhang zwischen dem Work-Life Conflict und der emotionalen Erschöpfung ist stark ausgeprägt. Im Zuge einer Burnout-Prävention sollte neben einem Aufbau des Sozialkapitals Maßnahmen zur Förderung der Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben vorangetrieben werden. Derartige Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung werden auch in Zukunft vor dem Hintergrund bereits bestehender hoher Belastungen (z.B. durch Arbeitsverdichtung) und einem zunehmenden Mangel an Pflegekräften in Krankenhäusern noch bedeutsamer werden.

ID: 206

Erste Ergebnisse der internen Evaluation des Programms „Starke Muskeln - Feste Knochen“ für Osteoporose-Patienten der regionalen integrierten Vollversorgung Gesundes Kinzigtal

Timo Schulte[1], Alexander Fischer[1]

[1]OptiMedis AG, Hamburg

Hintergrund, Das Programm Starke Muskeln - Feste Knochen wird Osteoporose-Patienten der AOK und LKK aus der Region Kinzigtal in Baden-Württemberg im Rahmen der Integrierten Vollversorgung Gesundes Kinzigtal angeboten und richtet sich an Patienten, die ein erhöhtes Risiko aufweisen, Osteoporose zu entwickeln bzw. bereits an Osteoporose erkrankt sind. Es basiert auf drei Bausteinen der Osteoporose-Prävention:, 1. ärztliche Betreuung, engmaschige Begleitung und Motivierung und medikamentöse Therapie, 2. gezielte Bewegungsangebote im Verein oder beim Physiotherapeuten zum Muskelaufbau und zur Sturzprophylaxe, 3. begleitende Ernährungsberatung und Unterstützung der Selbstmanagementkompetenz, Ziel des Programmes ist es, Osteoporose mittels präventiver Maßnahmen zu verhindern oder durch individualisierte Behandlungen zumindest den Verlauf der Krankheit zu verbessern und so krankheitsbedingte Frakturen zu vermeiden. Hierbei arbeiten Hausärzte, Fachärzte, Physiotherapeuten und Vereine zusammen., Methodik, Mittels Sekundärdatenanalyse (Routinedaten der IV-Vertragspartner AOK-BW & LKK-BW) werden qualitative und ökonomische Kennzahlen von Versicherten, die in das Programm Starke Muskeln - Feste Knochen eingeschrieben sind, relativ zu ihrem jeweils individuellen Einschreibezeitunkt betrachtet. Die Ergebnisse werden im Rahmen eines Matched-Pair-Vergleichs einer alters- und geschlechteradjustierten Vergleichsgruppe gegenübergestellt, welche Patienten umfasst, die ebenfalls an Osteoporose erkrankt sind, jedoch weder an der IV teilnehmen noch von einem am Programm teilnehmenden Leistungspartner behandelt werden., Ergebnisse, Im Rahmen der Analyse zeigt sich, dass die Deckungsbeiträge der Versicherten, die an der Intervention teilnehmen in jedem der betrachteten acht Quartale nach Programmbeginn positiver sind als in der Vergleichsgruppe. Dies ist hauptsächlich auf geringere Kosten zurückzuführen (ca. 225€ weniger pro Quartal), da die risikoadjustierten Zuweisungen aus dem Morbi-RSA zum Baseline-Zeitpunkt (Einschreibung des Teilnehmers in das Programm) nahezu identisch sind. Ebenfalls lassen sich im Matched-Pair-Vergleich in der Untersuchungsgruppe Effekte erkennen, welche als Erfolg für die Programmumsetzung gelten können. Dies ist zum einen ein größerer Anteil von Patienten mit eingelöster Bisphosphonat-Verordnung im ersten Jahr nach Programmbeginn (43,2% gegenüber 22,2%), wobei zwei Jahre vor Programmbeginn der Anteil in der Vergleichsgruppe sogar noch etwas höher war (17,3% gegenüber 18,1%). Zum anderen ist der Anteil von Patienten mit Kontakt zu einem niedergelassenen Orthopäden nach Programmstart in der Untersuchungsgruppe mehr als doppelt so hoch wie in der Vergleichsgruppe (+1. Jahr: 86,3% gegenüber 41,2%). Nicht zuletzt gilt der Anteil der Osteoporose-Patienten mit Fraktur als wichtiger Indikator für die Effektivität der Osteoporose-Prävention und -Behandlung. Bereits im zweiten Jahr nach Programmstart zeigt sich eine um fünfzig Prozent geringere Anzahl von Frakturdiagnosen in der Untersuchungsgruppe, welche stationär versorgt werden mussten., Diskussion, Eine spezielle Herausforderung liegt darin, die beobachteten Effekte um externe Einflussfaktoren und bias-Quellen zu bereinigen, um so ermittelte Erfolge eindeutig auf die Intervention zurückführen zu können. Hier gilt es in der Folge die Annahmen und die Methodik des Matched-Pair-Verfahrens zur Diskussion zu stellen. In weiterführenden Analysen müssen zudem weitere statistische Verfahren genutzt werden, um eine noch genauere Risikoadjustierung zu erreichen. , Die Bausteine und der Ablauf des Osteoporose-Programmes stellen die Grundlage für die dargestellten Effekte dar. Die Wirksamkeit dieser Elemente muss grundlegend diskutiert werden, um eventuelle Änderungen hieraus für die Intervention ableiten zu können. Interventionslösungen in Gesundes Kinzigtal erfolgen generell im Rahmen eines PDCA-Zyklus, welcher die kontinuierliche Weiterentwicklung von diesen vorsieht.

ID: 207

Lebensstile als fester Bestandteil der GBE. Plädoyer für ein Konzept der modernen Ungleichheitsforschung

Ralph Schilling[1]

[1]*Freie Universität Berlin*

Hintergrund:, Die Planung, Umsetzung und Bewertung von präventiven Strategien in Public Health erfordert Infor-mationen über Zielgruppen und zielgruppenorientierte Zugänge. In der kommerziellen Markt- und Meinungsforschung werden dafür Lebensstil- und Milieuansätze routinemäßig eingesetzt (Diaz-Bone, 2004). Im Rahmen der gesundheitswissenschaftlichen Forschung findet ihr Einsatz jedoch nur spora-disch und unsystematisch statt. In Ergänzung zu objektiven Ungleichheitdimensionen, wie Bildung, Einkommen und beruflichem Status, liefern Lebensstile einen lebensweltlichen Bezug und geben Aufschluss zu den Handlungslogiken von Menschen in der Auseinandersetzung mit ihrer sozialen Stellung. Dieser Vortrag knüpft an die Diskussion um den Einsatz von Lebensstilansätzen in der ge-sundheitswissenschaftlichen Forschung an und dient dabei der Beantwortung folgender Fragestel-lungen:, 1. Sind mithilfe der bestehenden Ansätze gesundheitswissenschaftlich relevante Aussagen auf Be-völkerungsebene möglich?, 2. Sind die Ergebnisse für sozialstrukturelle Trendanalysen reproduzierbar und damit über den Zeit-verlauf vergleichbar? , 3. Wie aufwendig ist der Einsatz der jeweiligen Instrumentarien im Rahmen sozialepidemiologischer Befragungen?, 4. Welchen Gewinn bringt die Anwendung für die Entwicklung von zielgruppenorientierten Maß-nahmen und Strategien zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheit? , Methoden:, Mittels Literaturrecherchen werden die Stärken und Schwächen der Referenzansätze der Lebensstil-forschung von Sinus Sociovision und Gerhard Schulze (1992) sowie Gunnar Otte (2008) hinsichtlich nachvollziehbarer und für den systematischen Einsatz im Rahmen der GBE wichtiger Kriterien ver-gleichend untersucht. Dazu gehören ihr Informationsgehalt, ihre Reproduzierbarkeit, ihr Realitätsge-halt und der mit ihrer Verwendung verbundene Erhebungsaufwand. , Ergebnisse:, Die Ergebnisse der vergleichenden Analyse zeigen, dass Lebensstil- und Milieuansätze eine Vielfalt von Informationen zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit und zur Identifikation von Zielgrup-pen für primärpräventive Interventionen liefern können. Zum Teil entziehen sich die untersuchten Ansätze aber aufgrund ihrer kommerziellen Ausrichtung der intersubjektiven Überprüfbarkeit. Des Weiteren sind die auf einem induktiv-empiristischen Vorgehen basierenden Ansätze mit einem gro-ßen Erhebungsaufwand verbunden und weisen erhebliche Probleme bezüglich ihrer Reproduzierbar-keit auf. Eine deduktiv-theoretische Variante von Otte (2008) kann diese Probleme überwinden und basiert auf lediglich zehn Indikatoren für den Einsatz in der empirischen Forschung., Diskussion / Schlussfolgerungen:, Im Gegensatz zu den induktiv-empiristischen Ansätzen der Lebensstilforschung, kann das theoriege-leitete Lebensführungskonzept Ottes für raum-zeitlich stabile Analysen im Rahmen der gesundheits-wissenschaftlichen Forschung eingesetzt werden. Neben Ansatzpunkten für die Verbesserung prä-ventiver Strategien in Public Health zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit liefert der An-satz auch Informationen, wo und wie eine zielgruppenorientierte und adressatengerechte Botschaft platziert und gestaltet werden könnte. Durch die Ergänzung objektiver Ungleichheitsdimensionen durch Lebensstile im Rahmen der GBE ließe sich ein wichtiger Beitrag leisten, das Verständnis von gesundheitlicher Ungleichheit zu erweitern.

ID: 208

Bewegung und Gesundheit bei jungen Erwachsenen – Ergebnisse einer Befragung der Eltern der Schulanfänger im Bezirk Berlin Mitte

Jeffrey Butler[1]

[1]*Bezirksamt Mitte von Berlin, Berlin*

Hintergrund: , Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung für das Schuljahr 2010/11 führte das Bezirksamt Berlin-Mitte eine Erhebung zur Gesundheit und zum Gesundheitsverhalten der Eltern der Schulanfänger durch. Hierbei handelte es sich um die zweite derartige Befragung dieser Bevölkerungsgruppe im Bezirk (erstmals im Schuljahr 2006/2007), die sich insbesondere mit dem inhaltlichen Schwerpunkt „Bewegungsverhalten“ befasste. , Methoden:, Die Fragebögen wurden bei der Schulanmeldung ausgeteilt, von beiden Eltern bzw. Part-nern zu Hause ausgefüllt und beim Termin für die Schuleingangsuntersuchung wieder abgegeben. Hierdurch gab es eine relativ ausgeglichene Teilnahme beider Geschlechter (615 Frauen, 489 Männer). Da in Mitte ein hoher Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund lebt, wurde in den Schulen mit einem Poster auf die Befragung in türkischer, arabischer und englischer Sprache aufmerksam gemacht. Übersetzungen des Fragebogens in diesen Sprachen standen den Eltern auf Anfrage zur Verfügung. Die Verlosung von zwei Warengutscheinen über je 100 € von einem lokalen Kaufhaus diente dazu, die Motivation zur Teilnahme zu erhöhen. , Neben Fragen zum Migrationshintergrund und zur sozialen Lage der Befragten gab es Fragen zum Sport sowie zur körperlichen Aktivität, zur Einschätzung der eigenen Gesundheit, zu Größe und Gewicht und zum Rauch- und Trinkverhalten. Darüber hinaus enthielt der Fragebogen standardisierte Instrumente zur Einschätzung der wahrgenommenen sozialen Unterstützung (ESSI), zur Zufriedenheit mit ihrer Lebenssituation (MLDL) sowie zum De-pressionsrisiko (HADS). Abschließend wurde anhand einer Liste die Häufigkeit von alltäg-lichen Aktivitäten und Kontakten der befragten Eltern erfragt, woraus ein Bewegungsindex entwickelt wurde. , Ergebnisse:, Insbesondere die Auswertung der verschiedenen Möglichkeiten zur Messung des Bewegungsverhaltens in Zusammenhang mit einer Reihe von gesundheitsrelevanten Indikatoren ergab interessante Resultate. Während sich kein klarer Zusammenhang zwischen der Häu-figkeit des Sporttreibens bzw. der körperlichen Aktivität (Schwitzen, außer Atem geraten) und gesundheitlich relevanten Indikatoren zeigte, gab es eine gute Übereinstimmung zwi-schen dem Bewegungsindex und gesundheitlich relevanten Indikatoren wie selbst einge-schätzte Gesundheit, Gewichtsstatus, Depressionsrisiko und krankheitsbedingte Fehltage. Auf den Punkt gebracht: Je aktiver die Befragten sich verhielten, desto gesünder waren sie. Interessant ist auch, dass dieser Zusammenhang z.T. unterschiedlich stark je nach Geschlecht ausfällt., Schlussfolgerungen:, Die Erkenntnisse dieser Untersuchung in Hinblick auf die gesundheitsförderliche Auswir-kung von Bewegung bestätigen die Erkenntnisse andere Befragungen sowie die bisherigen Bemühungen der bezirklichen Gesundheitsförderung und zeigen die Notwendigkeit laufende Projekte unbedingt fortzusetzen. Gegenwärtig wird die dritte Auflage dieser Befragung vorbereitet – diesmal mit einem Schwerpunkt auf die Elternwahrnehmung der U-Untersuchungen.

ID: 210

Diabetes mellitus mit Augenkomplikation richtig kodiert? Eine Analyse der ambulanten Abrechnungsdaten der AOK PLUS.

Anja Schramm[1], Jörg Klewer[2], Joachim Kugler[3]

[1]Institut und Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin, Dresden; [2] Westsächsische Hochschule Zwickau; [3] Medizinische Fakultät TU Dresden

Hintergrund: Das Klassifikationssystem des Morbi-RSA stellt höchste Ansprüche an die Kodierpraxis der Vertragsärzte, um eine valide Versichertenklassifikation und die damit einhergehende Verteilung von Beitragsgeldern sicher zu stellen. Eine unzureichend spezifische Verschlüsselung von Krankheitsausprägungen kann zu einer Unterschätzung der behandelten Morbidität und dem damit verbundenen Aufwand führen. Ziel der Analyse war zu untersuchen, ob bei Vorliegen eines Diabetes mellitus und einer Augenkomplikation die spezifische Diagnose verschlüsselt wurde. Methode: Datengrundlage für die Analyse waren die Abrechnungen der AOK PLUS (2,7 Mio. Versicherte) für die Jahre 2009 bis 2011. Es wurden knapp 250 Mio. Diagnosen und 3,1 Mio. DMP-Dokumentationen von ca. 11 Tsd. Vertragsärzten in Sachsen und Thüringen ausgewertet. Als Augenkomplikationen wurden die diabetische Katarakt (H28.0) und die diabetische Retinopathie (H36.0) herangezogen und auf das Vorliegen einer Diabeteskodierung mit Augenkomplikation (E10.3, E11.3, E12.3, E13.3, E14.3) geprüft. Weiterhin diente die Dokumentation des DMP Diabetes mellitus, in welcher die diabetische Retinopathie als Begleiterkrankung vermerkt werden kann, als Prädiktor für das Vorliegen einer Augenkomplikation. Ergebnisse: In der Analyse zeigte sich, dass von ca. 430.000 Diabetes mellitus Patienten 12.848(2009, 14.990 (2010) und 12.865 (2011) trotz Augenkomplikation nicht die spezifische Diabeteskodierung erhalten haben. Dabei wurde der größte Anteil über das Vorliegen der Diagnose H36.0 identifiziert. Von 2009 zu 2010 stieg der Anteil von 69,7% auf 73,8%. Im Jahr 2011 war der Anteil rückläufig (71,2%). Bei einem guten Viertel der Patienten wurde jedoch keine Augenkomplikation verschlüsselt, aber im DMP Diabetes nellitus die diabetische Retinopathie vermerkt. Diese Patienten weisen eine doppelte Kodierlücke auf. Zum einen wurden der spezifische Diabetes und zum anderen die Augenkrankheit nicht kodiert. Die Anzahl der betroffenen Versicherten war nach einem leichten Anstieg von 2009 zu 2010 im Jahr 2011 ebenfalls leicht rückläufig (3.725, 3.866, 3.485). Schlussfolgerung: Die Dokumentation der Krankheit Diabetes mellitus gemäß dem Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) verlangt eine sehr differenzierte Anzeige des Krankheitszustandes, weil die krankheitsspezifischen Kosten sehr heterogen ausgeprägt sind. Die Analyse zeigte, dass in der hausärztlichen Versorgung diese Differenzierung nur begrenzt Berücksichtigung findet. Es wurde vornehmlich unspezifisch kodiert, obwohl gemäß der Abrechnung eine Augenkomplikation diagnostiziert und behandelt wurde. Im besonderen Maße galt dies für die durch das DMP identifizierten Versicherten, weil hier eine doppelte Kodierlücke angezeigt wurde. Im Morbi-RSA wird die gemessene Morbidität in diesen Fällen unterrepräsentiert und die Zuordnung zu den HMGs beeinflusst.

ID: 211

Analyse der ambulanten Kodierqualität von Diabetes mellitus - Abrechnung der budgetbefreienden Laborziffer 32005 bei der AOK PLUS

Anja Schramm[1], Jörg Klewer[2], Joachim Kugler[3]

[1]Institut und Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin, Dresden; [2] Westsächsische Hochschule Zwickau; [3] Medizinische Fakultät TU Dresden

Hintergrund: Mit dem 2012 in Kraft getretenen Versorgungsstrukturgesetz wurde die geplante Einführung der ambulanten Kodierrichtlinien, die ursprünglich zusammen mit dem Morbi-RSA im Jahr 2009 eingeführt werden sollte, aufgehoben. Seither gibt es kein verbindliches Regelwerk zur Absicherung der Qualität der Diagnoseverschlüsselung. Ziel der Analyse war anhand der Abrechnung der budgetbefreienden Laborziffer 32005 (Manifester Diabetes mellitus) das Vorliegen der Indikationsdiagnosen zu untersuchen. Methode: Die Auswertung wurde auf den Leistungsdaten der AOK PLUS (2,7 Mio. Versicherte) für die Jahre 2009 bis 2011 durchgeführt. Hierfür wurden 340 Mio. Diagnosen und 605 Mio. EBM-Ziffern herangezogen, die von 11 Tsd. Vertragsärzten in Sachsen und Thüringen abgerechnet wurden. Ausgewertet wurde, ob bei der Verwendung der Laborziffer eine entsprechende Diabetes mellitus Diagnose (E10.- bis E14.-) angegeben wurde. Ergebnisse: Im Jahr 2011 wurden 1.257 Versicherte mit der abgerechneten Laborziffer identifiziert, die keine Diabetesdiagnose erhielten. Zu den Jahren zuvor zeigte sich ein leicht ansteigender Trend (916 Vers. in 2009, 1.227 Vers. in 2010). Abgerechnet wurden die Ziffern vornehmlich von Hausärzten und Labormedizinern, wobei der Hauptanteil mit 42,3% im Jahr 2009 auf die Allgemeinmediziner und 2011 mit 39,6% auf die Labormediziner entfiel. Absolut war bei den Allgemeinmedizinern ein Anstieg der Fälle von 11% (2009 vs. 2010) zu beobachten. Im Jahr 2011 blieb die Zahl relativ konstant. Anders verhielt es sich bei den Labormedizinern. Hier waren erhebliche Steigerungen zu verzeichnen. 2009 waren noch 352 Versicherte auffällig und 2011 bereits 727. Schlussfolgerung: Über die budgetbefreiende Laborziffer wurden Versicherte identifiziert, bei denen ein manifester Diabetes mellitus vorliegen sollte. Es ist jedoch anhand der Abrechnungsdaten nicht nachzuvollziehen, ob es sich hierbei um eine fehlerhafte Anwendung der Abrechnungsziffer oder um eine fehlende Diagnosekodierung handelt. Beide Fälle verweisen auf eine inkonsistente Abrechnung, die sich entweder auf die Verteilung der vertragsärztlichen Gesamtvergütung oder aber auf die Verteilung der Beitragsgelder durch den Morbi-RSA auswirkt. Labormediziner sind von der Kodierpflicht befreit. Dies ist aber unter der Prämisse, dass die Prüfung der Abrechnungsziffer und das Vorliegen der Diabetesdiagnose nicht den gleichen Leistungserbringer voraussetzt, nicht relevant.

ID: 212

WAGE - Wege aus der Beziehungsgewalt - Welche Unterstützung brauchen Frauen, die Partnergewalt erleben

Frauke Doherr[1], Volker Amontow[1], Daphne Hahn[1], Lita Herzig[2]

[1]*Hochschule Fulda, Fulda*; [2]*Hochschule für Angewandte Wissenschaft Hamburg, Hamburg*

Hintergrund: Partnergewalt gegen Frauen ist national und international ein bedeutendes Problem für die Gesundheit und das soziale Leben der betroffenen Frauen (vgl. Hornberg et al. 2008: 8 ff). In Deutschland haben Frauen die Möglichkeit, im Falle von Beziehungsgewalt Frauenberatungsstellen, Frauenhäuser oder das Gewaltschutzgesetz in Anspruch zu nehmen. Bis zur Inanspruchnahme von Hilfe dauert es oft Jahre, die von wiederholten Verletzungen, Ängsten und Anpassungsprozessen geprägt sind (Müller, Schröttle 2012: 31). Ziel des Projektes war zu untersuchen, welche (institutionellen) Unterstützungsangebote Frauen benötigen, um nach der Trennung nicht mehr zu ihren gewalttätigen Partnern zurückzukehren und welcher Unterstützungsbedarf für Frauen (und Männer) bezogen auf unterschiedliche Typen von Gewaltbeziehungen besteht. Im Vortrag werden Bedarf und Möglichkeiten dargestellt, die psychosoziale Versorgung bzw. Unterstützung betroffener Frauen zu verbessern., , Methode: Im Rahmen des Projekts wurden Leitfadeninterviews mit Frauen und Männern durchgeführt, die Erfahrung mit Beziehungsgewalt haben. Außerdem wurden Interviews mit Expert/innen aus dem psychosozialen Versorgungsbereich geführt. Die Auswertung erfolgte nach der Methode der Grounded Theory, Ergebnisse: Von Partnergewalt betroffene Frauen durchlaufen häufig einen Prozess aus Anpassung an zunehmende Demütigungen, wachsende soziale und wirtschaftliche Kontrolle sowie körperliche Gewalt einerseits und Bemühungen, das Gewaltverhältnis zu beenden andererseits. Ihre Suche nach Unterstützung hängt oft davon ab, wie sehr das Erlebte aus Scham und Angst vor Stigmatisierung durch Nachbarn und Familie verdrängt und verheimlicht wird. Opfern von psychischer Gewalt, sozialer oder finanzieller Kontrolle fällt es zudem schwer, das Erlebte als Gewalt zu identifizieren. Die Analyse der Interviews mit gewaltbetroffenen Frauen ergab unterschiedlichen Unterstützungsbedarf. Manche Frauen benötigen eher rechtliche Beratung, andere Hilfe bei Anträgen und Behördengängen, andere wiederum Beratung, wie sie bei einer nächsten Gewalteskalation reagieren können. Interventions- und Hilfsangebote können oft nur in einem begrenzten Zeitfenster nach einer erneuten Eskalation oder einem Schlüsselerlebnis erfolgreich greifen, bevor die Verdrängungsmechanismen wieder einsetzen. Trennungsauslösend können das Eingreifen durch Außenstehende wie Polizei, Nachbarn, Bekannte, Familie oder die wahrgenommene bzw. zunehmende Gefährdung der Kinder sein. Im Verlauf der Gewaltbeziehung kamen viele der interviewten Frauen mit Akteuren verschiedenster Berufsgruppen in Kontakt (Polizei, Erziehungs-/Ehe-/Familienberatung, Jugendamt, Banken u. a.). Im Rahmen dieser Kontakte bestand meist die Gelegenheit, die Problematik sensibel anzusprechen oder/und die Frau weiterzuvermitteln, was meist nicht erfolgte. Viele der Befragten wussten nichts von der Existenz der Schutzhäuser und Beratungsstellen. Wenn Frauen auf ein gutes familiäres oder soziales Netzwerk zugreifen konnten, fiel die Trennung meist um ein vielfaches leichter und schützte z. B. vor „Rückfällen“ aus Angst vor Einsamkeit., Schlussfolgerungen: Eine wichtige Ressource für gewaltbetroffene Frauen sind Freunde und Familie, welche ihnen Unterstützung und Akzeptanz vermitteln, damit sie den Mut für eine Trennung und die Inanspruchnahme von Hilfe schöpfen. Weiterhin ist wichtig, einer Stigmatisierung z. B. durch Vorurteile und Rollenmuster verstärkt entgegenzuwirken. Die bereits in vielen Regionen begonnene Vernetzung von Ämtern, Behörden, Polizei und Berufsgruppen aus dem allgemeinen Beratungs- und Therapiesektor mit den Frauenberatungsstellen sollte ausgebaut werden, um die Betroffenen gut koordiniert unterstützen zu können. Finanzierung, Öffentlichkeitsarbeit und Imagepflege von Hilfs- und Beratungsangeboten müssen gefördert werden. Es bedarf der Schulung angrenzender Berufsgruppen bzgl. der Identifikation von und dem angemessenen Umgang mit Opfern von häuslicher Gewalt.

ID: 213

WAGE - Wege aus der Beziehungsgewalt - Verbesserung von Angeboten der Täterarbeit für Männer die häusliche Gewalt ausüben

Volker Amontow[1], Frauke Doherr[1], Daphne Hahn[1], Lita Herzig[2]

[1]Hochschule Fulda, Fulda; *[2]Hochschule für Angewandte Wissenschaft Hamburg, Hamburg*

Hintergrund: Jede vierte Frau erfährt mindestens einmal in ihrem Leben häusliche Gewalt durch ihren Partner (Müller Schröttle 2004). Die Gewaltausübung des Mannes gegenüber der Partnerin ist die universellste und am häufigsten vorkommende Verletzung der Menschenrechte. Maßnahmen die dazu dienen sollen häusliche Gewalt in Europa und Deutschland zu reduzieren, verteilen sich auf drei Bereiche: Täterprogramme, Sensibilisierung der Öffentlichkeit und die Weiterbildung bzw. das Training verschiedener Berufsgruppen (European Commission 2010: 25ff.). Neben Frauen die sich von ihren gewaltausübenden Partnern trennen, gibt es auch Paare, die es schaffen nach der Gewalteskalation ohne wiederholt auftretende Eskalation häuslicher Gewalt weiterhin zusammenzuleben (vgl. Barz / Helfferich 2006). , Im Forschungsprojekt WAGE sollten einerseits erfolgreiche Wege für Frauen sich aus einer gewalttätigen Beziehung zu lösen, sowie andererseits Chancen von Täter- und Partnerarbeit für eine gewaltfreie Fortführung der Partnerschaft identifiziert werden. Außerdem sollte untersucht werden, welchen Unterstützungsbedarf Täter und gewaltbetroffene Frauen formulieren und welcher Anpassungsbedarf des psychosozialen Hilfesystems besteht. Hierfür wurden die Perspektiven und Erfahrungen der Täter, der Frauen und der Täter- und Frauenberatungsstellen erfasst und die Ergebnisse der verschiedenen Sichtweisen miteinander verknüpft. In diesem Vortrag sollen die Ergebnisse hinsichtlich der Täter und Optimierungsbedarf sowie -möglichkeiten bei der Täterarbeit vorgestellt werden., Methode: Dem Projekt WAGE lag ein qualitatives Forschungsdesign zugrunde. Zur Datenerhebung wurden u.a. leitfadengestützte Experteninterviews mit Mitarbeitern der Täterberatungsstellen und Leitfadeninterviews mit gewalttätigen Männern geführt. Die Auswertung der Daten erfolgte nach der Methode der Grounded Theory., Ergebnisse: Die Auswertung der vorliegenden Interviews ergab, dass der Zugang durch justizielle Weisung, proaktiven Ansatz und auch durch Eigeninitiative von Männern erfolgt. Erreicht werden hauptsächlich Täter, die situative Gewalt ausüben. Männer bei denen die Gewaltart „intimate terrorism“ gegeben ist und Männer mit hohem sozioökonomischem Status finden sich fast gar nicht in der Beratung. Hinderlich bei der Erreichbarkeit und Inanspruchnahme der Täterarbeit sind u.a. fehlendes Wissen der Täter über Angebot und Inhalt der Täterarbeit, mangelnde Einsicht, das negative Image der Täterberatung in der Gesellschaft und das erschwerte Auffinden von Angeboten beispielsweise im Internet. Um den Zugang zur Täterberatung zu erleichtern ist eine Imageänderung dahingehend notwendig, dass die Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten als normal angesehen wird und sich Täterouten können, ohne dass sie stigmatisiert werden., Die Angebote der Täterarbeit, vor allem die Gruppenangebote, wurden als wesentlich beim Prozess der Verhaltensänderung beschrieben. Als problematisch erwies sich die unsichere und geringe Finanzierung, weshalb unklar war, ob und wie lange bestehende Angebote weiterhin durch die Beratungsstellen angeboten werden können. Des Weiteren gaben die Täterberater an, dass sie sich eine stärkere Vernetzung mit anderen Berufsgruppen, wie beispielsweise mit der Polizei oder Jugendamt wünschen , Schlussfolgerungen: Verbesserungsbedarf besteht beim Zugang zu Täterprogrammen, dem negativen Image der Täterberatungsstellen und bei der Sensibilisierung der Öffentlichkeit hinsichtlich der Thematik der häuslichen Gewalt. Außerdem ist eine nachhaltige Gestaltung der Angebote notwendig, bei der eine stärkere Vernetzung und sichere Finanzierung erfolgen muss.

ID: 214

HTA-Bericht zur fachärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern – Eine Bestandsaufnahme von Modellprojekten

Dagmar Lühmann[1], Stefanie Butz[2], Katrin Balzer[2]

[1]Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg; *[2]Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Universität zu Lübeck, Lübeck*

Hintergrund: Viele Bewohner von deutschen Pflegeeinrichtungen leiden an mehreren chronischen und akuten Gesundheitsstörungen gleichzeitig – was einen hohen pflegerischen und medizinischen Versorgungsbedarf nahelegt. Die Sicherstellung der medizinischen Versorgung fällt nach SGB V in die Zuständigkeit von niedergelassenen Haus- und Fachärzten. Aus jüngeren empirischen Analysen gibt es allerdings Hinweise auf eine fachärztliche Unter- und Fehlversorgung von Heimbewohnern in Deutschland – es wurde dokumentiert, dass die Inanspruchnahme von fachärztlicher Versorgung deutlich unter der angesichts der Morbidität zu erwartenden Häufigkeit liegt (1,2). , Vor diesem Hintergrund beauftragte das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) ein Health Technology Assessment (HTA)-Projekt(3). Dieses sollte neben einer versorgungsepidemiologischen Analyse des Status Quo der fachärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern (s. Abstract Balzer et al.) über Modellprojekte berichten, die mit dem Ziel initiiert wurden, die fachärztliche Betreuung von Pflegeheimbewohnern zu verbessern. Die Bestandsaufnahme sollte Projektbeschreibungen sowie Evaluationsergebnisse umfassen., Methoden: Als Datengrundlage für die Beschreibung und Analyse der Modellprojekte wurde eine systematische Literaturübersicht erstellt. Hierzu wurde in 34 Literaturdatenbanken und 15 Fachzeitschriften recherchiert, ergänzt um gezielte Internetrecherchen auf den Seiten von Kosten- und Einrichtungsträgern. Es wurden keine methodischen Einschlusskriterien für die Literatur definiert, sodass alle aufgefundenen Publikationen zu Projekten mit dem Ziel der Verbesserung der fachärztlichen Versorgung in Pflegeheimen analysiert werden konnten. Zur Ergänzung der vielfach unvollständigen und unstrukturierten Informationen wurden Telefoninterviews geplant, die sich allerdings im Verlauf des Projektes als nicht umsetzbar erwiesen. , Ergebnisse: 19 Modellprojekte konnten aus insgesamt 128 Publikationen identifiziert werden. Drei Projekte stammen aus wissenschaftlichen Institutionen. Zu zwei Vorhaben aus dem durch das Bundesministerium für Gesundheit geförderten Leuchtturmprojekt Demenz liegen ein Abschlussbericht bzw. ein Projektplan und eine Ergebnisposter vor. Beide Projekte berichten positive prozedurale und klinische Interventionseffekte sowie erwünschte Veränderungen im pharmakologischen Management von Pflegeheimbewohnern mit Demenz. Ein weiteres wissenschaftlich initiiertes Modellprojekt geht auf eine Initiative der Poliklinik für Zahnerhalt und Parodontologie der Universität München zurück. Im Abschlussbericht werden positive Interventionseffekte auf klinische und ökonomische Endpunkte berichtet. Aufgrund methodischer Schwächen können die Ergebnisse aller drei Projekte nur mit Vorbehalt interpretiert werden. , Die übrigen 16 Projekte wurden durch Institutionen bzw. Körperschaften der Gesundheitsversorgung initiiert. Obwohl die verfügbaren Informationen unvollständig sind und keinen wissenschaftlichen Qualitätsanforderungen genügen, lässt sich feststellen, dass die beschriebenen Projekte hochgradig heterogen sind: hinsichtlich ihrer Trägerschaft (GKV, KV, Leistungsanbieter, Heimträger), der gesetzlichen Grundlage und ihren Zielsetzungen/Arbeitsschwerpunkten. Hier lassen sich vier Bereiche identifizieren: (a) Koordination der medizinischen Versorgung, (b) Förderung der Kooperation von Berufsgruppen, (c) Fortbildungen und (d) Anstellung von Heimärzten. Aus sechs Projekten liegen Meldungen über Erfolge, auch hinsichtlich ökonomischer Kriterien, vor. Die Validität dieser Meldungen ist aufgrund intransparenter Berichterstattung nicht überprüfbar. Für 10 der 16 Modellprojekte wurden keine Evaluations- oder Ergebnisberichte aufgefunden. , Schlussfolgerung/Diskussion: Obwohl einige Modellprojekte identifiziert werden konnten, in denen die Verbesserung der fachärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern erprobt wird, lassen die intransparenten Projektbeschreibungen sowie die fehlenden Informationen zu Evaluationsdesigns, -umsetzung und -ergebnissen keine Schlussfolgerungen hinsichtlich ihrer Wirksamkeit zu. Es scheint daher sinnvoll, für öffentlich geförderte Projekte eine Berichtspflicht einzuführen, methodisch valide Evaluationen vorzusehen und eine träger- und projektübergreifende umfassende Dokumentationsplattform zu schaffen. Im Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz vom 01.01.2013 werden diese Aspekte nur kursorisch adressiert.

ID: 215

Kann man „Ethikkompetenz“ lernen? Ergebnisse der Evaluation eines Kursprogramms für Schüler und junge Erwachsene

Antje Bütehorn[1], Gabriele Seidel[1], Gerald Neitzke[2], Annika Baum[2], Irene Hirschberg[2], Daniel Strech[2], Marie-Luise Dierks[1]

[1]Medizinische Hochschule Hannover (MHH) Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Patientenuniversität; *[2]Medizinische Hochschule Hannover (MHH) Institut für Geschichte, Ethik und Philosophie der Medizin*;

Abstract, Hintergrund, Im Rahmen des BMBF-geförderten Diskursprojekts „Ethics Literacy in Adolescents and Young Adults“ (ELYA) entwickelte das Autorenteam 2012/2013 das Konzept „Ethik-Universität“ zur Vermittlung von Ethikkompetenz und Förderung der Diskursfähigkeit für Schüler und junge Erwachsene am Beispiel der Regenerativen Medizin. Das Lehrangebot fand an vier Terminen á vier Unterrichtseinheiten im Herbst 2013 statt und wurde im Frühjahr 2013 mit einer neuen Teilnehmergruppe wiederholt. , Das hier umgesetzte Konzept der „Ethics Literacy“ basiert auf den drei Ebenen des „Health Literacy“ Konzeptes nach Nutbeam: Die funktionale Ebene der Information umfasst Kenntnisse zu Sachstand und normativer Theorie. Die Ebene der Interaktion spricht kommunikative Fähigkeiten an, wie Empathie für Standpunkte anderer oder das Zurückhalten spontaner moralischer Urteile. Bei der Begründung einer Position sind die unter der Ebene Reflexion gefassten kognitiven Standards wie Explizitheit und logische Stimmigkeit zu berücksichtigen., Methodik, Das Lehrangebot bestand aus einer Kombination von Expertenvorträgen zur Regenerativen Medizin sowie zu ethischen Grundlagen (Funktionale Ebene). Weitere Schwerpunkte bildeten diverse interaktive Lernstationen und die durch geschulte Tutoren angeleitete Kleingruppenarbeit (u.a. Fallvignette zum therapeutischen Klonen, Planspiel zur Verteilung von Forschungsgeldern). Hier sollten die Teilnehmer in Kleingruppen zunächst vor dem Hintergrund einer zugewiesenen Position Argumente formulieren, gemeinsame Standpunkte finden und eine Gesprächskultur üben, die aus Zuhören und Empathie bestehen sollte (Interaktive Ebene). Danach folgte eine Interaktionsphase der Kleingruppen mit unterschiedlichen Positionen, in denen Pro- und Contra- Argumente ausgetauscht und am Ende ein gemeinsam getragener Konsens präsentiert werden sollte (Reflexive Ebene). Beide Veranstaltungszyklen wurden von den Teilnehmern im Hinblick auf die Verständlichkeit der Vorträge, die Arbeit in den Kleingruppen und den eigenen Lernerfolg bewertet (Notenskala von 1-6 bzw. Likert-Skala von sehr gut bis sehr schlecht). Die Daten wurden in eine Excel-Tabelle eingegeben und mit IBM SPSS Statistics 20 ausgewertet. , Ergebnisse, Teilgenommen haben 227 Schüler (22,3% männlich), mittleres Alter 20 Jahre (Range 16-29 Jahre), davon 116 Schüler im ersten, 111 Schüler im zweiten Durchlauf. Sie kamen aus unterschiedlichen Schulen ((Fach-) Gymnasien, integrierten Gesamtschulen, Krankenpflege- und Berufsbildenden Schulen) der Stadt und der Region Hannover (N=27). , Der Erkenntnisgewinn aus den Vorträgen wurde bei den ethischen Themen im Mittel mit 2,5 (Range 2,2-3,3) benotet, bei der Regenerativen Medizin mit 2,2 (Range 1,4-2,6). Die Kombination Vorträge/ interaktive Lernstationen erhielt die Note 1,7 (Range 1,0-3,0). , 82% der Schüler brachten nach eigener Einschätzung ihre Argumente gut (49%) bis sehr gut (33%) in die Diskussion ein, etwas geringer ist die Anzahl derjenigen, die sich gut (36%) bis sehr gut (33%) in der Lage sahen, Pro- und Contra-Argumente auszutauschen. Die Gesprächskultur bewerteten 80% der Schüler mit gut (37%) bis sehr gut (43%). Dabei waren keine geschlechtsbezogenen Unterschiede festzustellen, minimale Unterschiede zwischen erster und zweiter Veranstaltungsreihe. Eine erneute Teilnahme an einer Ethik-Universität zu einem anderen Thema wünschten sich 82% der Schüler. , Schlussfolgerung, Die Vermittlung ethischer Kompetenzen am Beispiel gesundheitsbezogener Themen ist gut durchführbar, erhöht das Wissen und fördert die Diskursfähigkeit. Dennoch ist diese „Ethik-Universität“ lediglich als ein erster Einstieg in eine Konzeptentwicklung zur Förderung der Diskursfähigkeit zu betrachten, eine Verzahnung zwischen der Ethik-Uni und anderen Unterrichtsinhalten der Schüler muss entwickelt werden.

ID: 216

Intersektoriale Koordination in der ambulanten Onkologie in Deutschland

Christoph Riese[1], Uirassu Borges jr.[1], Walter Baumann[1]

[1]Wissenschaftliches Institut der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen - WINHO, Köln

Hintergrund, Kontinuität in der Versorgung von Patienten eine Grundvoraussetzung der modernen Medizin. Eine effektive Koordination der unterschiedlichen Spezialisten in der Versorgung von Krebspatienten wird aufgrund der Komplexität der Krankheit und der Spezialisierung der Ärzte zunehmend wichtiger. Daher ist es notwendig, den Informationsfluss zwischen den Arztgruppen sicherzustellen. Probleme in der Koordination werden von den Patienten schnell wahrgenommen und können daher als eine Messgröße für patientenbezogene Versorgungsqualität herangezogen werden. , Methodik, Fokus der Patientenbefragung 2012 in onkologischen Schwerpunktpraxen bildete der NCQ – questionnaire von Uijen et al. (2011) „coordination of care“ und wurde u.a. zusammen mit der Arzt-Patienten Kommunikation, der krankheitsbezogenen Belastung, Fragestellungen zur Langzeitversorgung und sozio-demografischen Daten der Patienten in den Fragebogen aufgenommen . Alle Hämatologen und Onkologen aus dem WINHO-Netzwerk (über 400) wurden eingeladen, sich an der Befragung zu beteiligen. Die Befragung wurde in-house durchgeführt und mit SPSS analysiert., Ergebnisse, 37 Schwerpunktpraxen mit 78 Hämatologen und Onkologen beteiligten sich an der Befragung. 3393 Patientendatensätze wurden in die Auswertung überführt. Die Patienten sind zu 56% weiblich und 44% männlich. Das Patientenalter beträgt im Mittel 64 Jahre. Die Patienten in den onkologischen Schwerpunktpraxen werden im durchschnitt 3 Jahre und 2 Monate behandelt. 80% der Patienten mit einem soliden Tumor, die aus einem zertifizierten Krankenhaus an einen niedergelassenen Hämatologen oder Onkologen überwiesen wurden (n=933), stimmen voll und ganz bzw. stimmen eher zu, dass die behandelnden Ärzte sehr gut Informationen austauschen. 69% (n=920) dokumentieren genau so, dass ihre behandelnden Ärtze immer sehr gut wissen, was der andere tut. 67% berichten, dass ihr Fall schon einmal in einer Tumorkonferenz vorgestellt wurde, 22% geben an, im Rahmen ihrer Erkrankung an einer klinischen Studie teilgenommen und 40% eine Maßnahme zur Rehablitation absolviert zu haben., Schlussfolgerung, Die Ergebnisse geben Hinweise auf die Qualität der Kontinuität und der Koordination der Versorgung von Krebspatienten. Die analysierten Daten zeigen einige Unterschiede zwischen den Patientengruppen, die in einem zertifizierten Zentrum behandelt wurden und denen die in einem nicht-zertifizierten Zentrum behandelt wurden. Diese Differenzen gilt es genauer zu betrachten.

ID: 217

Evaluation der Akzeptanz der einheitlichen Handlungsempfehlungen zur Säuglingsernährung und Ernährung der stillenden Mutter

Katharina Krüger[1]

[1]*aid infodienst e.V., Bonn*

Hintergrund, Das Projekt „Gesund ins Leben“ verfolgt das Ziel, stabile regionale Netzwerkstruk-turen aller im Setting „Junge Familie“ aktiven Akteure aufzubauen, um konsentierte, evidenzbasierte Informationen zur ausgewogenen Ernährung und zu wirksamen Maß-nahmen der Allergieprävention zu verbreiten. Hierzu werden Maßnahmen angeboten, die die Qualifizierung von MultiplikatorInnen ebenso umfasst wie die Erstellung von niedrigschwelligen Informationsmedien sowie Öffentlichkeitsarbeit., Das Evaluationsprojekt der Universität Bielefeld ging insgesamt vier Fragestellungen nach. Ziel des im Abstract behandelten Evaluationsmoduls war es, die Akzeptanz der Handlungsempfehlungen „Säuglingsernährung und Ernährung der stillenden Mutter“ bei Berufsverbänden, Fachgesellschaften und MultiplikatorInnen zu erfassen. Hinter-grund ist, dass die Berufsverbände und Fachgesellschaften zwar den Handlungsemp-fehlungen zugestimmt haben, die Akzeptanz bei den Mitgliedern aber unklar ist. Dabei ist eine hohe Akzeptanz die Voraussetzung dafür, dass die Handlungsempfehlungen in die Praxis umgesetzt werden., Methodisches Vorgehen, Für die Erfassung des Zustimmungsgrades zu den Handlungsempfehlungen wurde ein Fragebogen entwickelt, der per Online-Befragung dem Berufsverband der Kinder- und Jungendärzte BVKJ e.V., dem Berufsverband der Frauenärzte BVF e.V. und dem Deutscher Hebammenverband DHV e.V. vorgelegt wurde. Grundlage des Fragebo-gens bildet das Konsensuspapier „Säuglingsernährung und Ernährung der stillenden Mutter“ (Koletzko et al., 2010). , Ergebnisse, Insgesamt haben 1033 Personen an der Umfrage teilgenommen. Aufgrund der Zufallsverteilung beläuft sich die durchschnittliche TeilnehmerInnenzahl der nach Themengebieten unterteilten Seiten auf 358 Personen. Dadurch, dass der überwiegende Anteil der Befragten (87,4%) zur Berufsgruppe der Hebammen gehört, wurde zusätzlich eine nach Berufsgruppen sortierte Ergebnisdarstellung vor-genommen. , Der überwiegende Anteil der Befragten (73,6%) hat Kenntnis von der Existenz der Handlungsempfehlungen. Mit 41,7% hat sich der größte Anteil der Befragten mit ihnen schon näher beschäftigt. 31,9% haben von ihm schon gehört. 26,4% gaben an, es nicht zu kennen., 60% der Handlungsempfehlungen erreichten einen Konsens von über 90%. Während für 21,6% der Aussagen ein mäßiger Konsens konstatiert werden kann, konnte für 18,3% der Kernaussagen (11 Aussagen) kein Konsens gefunden werden. Das Aus-maß der Zustimmungsraten für die Handlungsempfehlungen, für die kein Konsens konstatiert werden konnte, variiert dabei zwischen 73,1% und 17,8% deutlich., Für die Begründungen der Ablehnung werden von den TeilnehmerInnen nur vereinzelt wissenschaftliche Quellen herangezogen. Der überwiegende Teil der Begründungen speist sich eher aus Intuition, aus regionalen Gepflogenheiten sowie einem subjektiven Gefühl (Erfahrung) zu wissen, was sich bewährt hat., Anhand der Auswertung der abschließenden Kommentare und Anmerkungen zur Säuglingsernährung und der Ernährung der stillenden Mutter wird deutlich, dass für viele MultiplikatorInnen eine Berücksichtigung der individuellen (Lebens-)Situation der Mütter und ihrer Säuglinge ausschlaggebend für ein Aussprechen von (Handlungs-)Empfehlungen vordringlich ist., Die Ergebnisse zeigen damit, dass die Handlungsempfehlungen zwar im Abstim-mungsprozess von den Vertretern und Vertreterinnen der Berufsgruppe mit getragen wurden, diese sich aber offenbar nicht auf die Basis stützen können. Die Implementierung in die (Hebammen-)Praxis ist derzeit noch nicht gelungen., Ergebnisverwertung, Aufgrund der geringen Beteiligung der Kinder- und Frauenärzte wird eine Nachbefra-gung zumindest der Kinder- und Jugendärzte erfolgen. Eventuell missverständliche Formulierungen sollen im Rahmen einer Überarbeitung optimiert werden. Darüber hinaus soll regelmäßig ein Thema aus den Handlungsempfehlungen für Berufsverbände, Netzwerkpartner und auch Verbraucher aufbereitet und für die Fachkräfte zusätzlich mit Studienergebnissen unterfüttert und über die Verbände, den Netzwerk-Newsletter und die Presse kommuniziert werden.

ID: 218

Inanspruchnahme von gesetzlichen Angeboten zur Krankheits- und Krebsfrüherkennung: Vergleich von GKV-Routinedaten mit Befragungsdaten der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2010“ (GEDA 2010)

Frauke Koppelin[1], Klaus Giersiepen[2], Heinz Rothgang[3]

[1]Jade Hochschule Wilhelmshaven/Oldenburg/Elsfleth, Oldenburg; *[2]Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen, Bremen*; *[3]Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik, Bremen*

Hintergrund:, Versicherte der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) haben nach §25 SGB V Anspruch auf regelmäßige medizinische Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten ('Check-up 35') sowie auf regelmäßige medizinische Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen. Studien zeigen, dass es sowohl geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Inanspruchnahme der Krebsfrüherkennung gibt als auch bezogen auf andere psychosoziale und sozioökonomische Determinanten. Wirvergleichen hier Teilnahmequoten aus Befragungsdaten mit Routinedaten., Methoden:, Für das Jahr 2009 wurden Abrechnungsdaten der Gmünder Ersatzkasse (seit 2010 BARMER GEK) ausgewertet und die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen altersstandardisiert für die jeweilige Alterszielgruppe berechnet (Teilnahmeprävalenz). Die herangezogenen Befragungsdaten stammen aus der telefonischen Befragung „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (Robert Koch-Instituts: GEDA 2010, September 2009 bis Juli 2010). Die Forschungsarbeit wurde für den Bericht zur gesundheitlichen Lage der Männer in Deutschland des Robert Koch-Instituts (in Vorbereitung) durchgeführt. , Ergebnisse:, In den Kassenabrechnungsdaten zeigte sich für alle Untersuchungen eine höhere Teilnahmeprävalenz bei den Frauen als bei den Männern. Die Teilnahmequote in 2009 betrug für das Hautkrebsscreening (Abrechnungs-Ziffern 01745 und 01746) 8,7% bei den Männern und 10,2% bei den Frauen. Da das Hautkrebsscreening alle 24 Monate angeboten wird, wären diese Werte zu verdoppeln für die 24-Monate-Teilnahmequote. Die GEDA 2010 Befragung stellt für die Teilnahme seit Aufnahme dieser Untersuchung in den Leistungskatalog der GKV im Juli 2008 eine „jemals Teilnahmequote“ von jemals 23,5% bei Befragten ab 35 Jahren fest., Die Inanspruchnahme einer Früherkennungs-Darmspiegelung lag in den Kassendaten für Personen von mindestens 55 Jahren im Jahr 2009 bei 0,73 % bei den Männern und bei 0,75% bei den Frauen. Das Angebot kann nach zehn Jahren einmal wiederholt wahrgenommen werden. , Die GEDA 2010 Befragung stellte fest, dass eine Darmspiegelung von 58,9% aller befragten Männer und 57,5% aller Frauen ab 55 Jahren jemals wahrgenommen worden war. , Relativ hoch war die Teilnahme am „Check-up 35“. 2009 hatten 13.9 % der bei der GEK versicherten Männer den Check-up in Anspruch genommen, bei den Frauen waren es 15.9 %. Bezogen auf einen 2-Jahreszeitraum nahm damit knapp ein Drittel aller GEK-Versicherten dieses Angebot wahr. Von den in GEDA 2010 Befragten ab 35 Jahren gaben 55,4% an, jemals einen Gesundheits-Check-Up in Anspruch genommen zu haben. Aus dieser Gruppe gaben 88,1 % der Männer und 90,6 % der Frauen an, den „Check-up 35“ auch in den letzten zwei Jahren vor der Befragung in Anspruch genommen zu haben. Damit steht der in den Kassendaten gemessenen 24-Monate-Teilnahmeprävalenz bei den Männern von 27,8 % eine in den GEDA-Daten berichtete von 48,8% gegenüber. Bei den Frauen beträgt das Verhältnis: 31,8% (Kassendaten) zu 50,2 % (GEDA)., Diskussion: , Auf Basis von Befragungsdaten liegen die untersuchten Teilnahmequoten durchweg höher als in den untersuchten Routinedaten. Dies mag an erwünschtem Antwortverhalten bei Befragungen liegen. Zusätzlich können Selektionseffekte - z.B. eine überproportionale Berücksichtigung von gesundheitsbewusst Lebenden in der GEDA Befragung - eine Rolle spielen. Die GEDA-Studie 2010 weist eine Kooperationsrate von 55,8 % auf, während in den Kassendaten eine Verzerrung durch mangelnde Response nicht entstehen kann.

ID: 218

Inanspruchnahme von gesetzlichen Angeboten zur Krankheits- und Krebsfrüherkennung: Vergleich von GKV-Routinedaten mit Befragungsdaten der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2010“ (GEDA 2010)

Frauke Koppelin[1], Klaus Giersiepen[2], Heinz Rothgang[3]

[1]Jade Hochschule Wilhelmshaven/Oldenburg/Elsfleth, Oldenburg; *[2]Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen, Bremen*; *[3]Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik, Bremen*

Hintergrund:, Versicherte der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) haben nach §25 SGB V Anspruch auf regelmäßige medizinische Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten ('Check-up 35') sowie auf regelmäßige medizinische Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen. Studien zeigen, dass es sowohl geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Inanspruchnahme der Krebsfrüherkennung gibt als auch bezogen auf andere psychosoziale und sozioökonomische Determinanten. Wirvergleichen hier Teilnahmequoten aus Befragungsdaten mit Routinedaten., Methoden:, Für das Jahr 2009 wurden Abrechnungsdaten der Gmünder Ersatzkasse (seit 2010 BARMER GEK) ausgewertet und die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen altersstandardisiert für die jeweilige Alterszielgruppe berechnet (Teilnahmeprävalenz). Die herangezogenen Befragungsdaten stammen aus der telefonischen Befragung „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (Robert Koch-Instituts: GEDA 2010, September 2009 bis Juli 2010). Die Forschungsarbeit wurde für den Bericht zur gesundheitlichen Lage der Männer in Deutschland des Robert Koch-Instituts (in Vorbereitung) durchgeführt. , Ergebnisse:, In den Kassenabrechnungsdaten zeigte sich für alle Untersuchungen eine höhere Teilnahmeprävalenz bei den Frauen als bei den Männern. Die Teilnahmequote in 2009 betrug für das Hautkrebsscreening (Abrechnungs-Ziffern 01745 und 01746) 8,7% bei den Männern und 10,2% bei den Frauen. Da das Hautkrebsscreening alle 24 Monate angeboten wird, wären diese Werte zu verdoppeln für die 24-Monate-Teilnahmequote. Die GEDA 2010 Befragung stellt für die Teilnahme seit Aufnahme dieser Untersuchung in den Leistungskatalog der GKV im Juli 2008 eine „jemals Teilnahmequote“ von jemals 23,5% bei Befragten ab 35 Jahren fest., Die Inanspruchnahme einer Früherkennungs-Darmspiegelung lag in den Kassendaten für Personen von mindestens 55 Jahren im Jahr 2009 bei 0,73 % bei den Männern und bei 0,75% bei den Frauen. Das Angebot kann nach zehn Jahren einmal wiederholt wahrgenommen werden. , Die GEDA 2010 Befragung stellte fest, dass eine Darmspiegelung von 58,9% aller befragten Männer und 57,5% aller Frauen ab 55 Jahren jemals wahrgenommen worden war. , Relativ hoch war die Teilnahme am „Check-up 35“. 2009 hatten 13.9 % der bei der GEK versicherten Männer den Check-up in Anspruch genommen, bei den Frauen waren es 15.9 %. Bezogen auf einen 2-Jahreszeitraum nahm damit knapp ein Drittel aller GEK-Versicherten dieses Angebot wahr. Von den in GEDA 2010 Befragten ab 35 Jahren gaben 55,4% an, jemals einen Gesundheits-Check-Up in Anspruch genommen zu haben. Aus dieser Gruppe gaben 88,1 % der Männer und 90,6 % der Frauen an, den „Check-up 35“ auch in den letzten zwei Jahren vor der Befragung in Anspruch genommen zu haben. Damit steht der in den Kassendaten gemessenen 24-Monate-Teilnahmeprävalenz bei den Männern von 27,8 % eine in den GEDA-Daten berichtete von 48,8% gegenüber. Bei den Frauen beträgt das Verhältnis: 31,8% (Kassendaten) zu 50,2 % (GEDA)., Diskussion: , Auf Basis von Befragungsdaten liegen die untersuchten Teilnahmequoten durchweg höher als in den untersuchten Routinedaten. Dies mag an erwünschtem Antwortverhalten bei Befragungen liegen. Zusätzlich können Selektionseffekte - z.B. eine überproportionale Berücksichtigung von gesundheitsbewusst Lebenden in der GEDA Befragung - eine Rolle spielen. Die GEDA-Studie 2010 weist eine Kooperationsrate von 55,8 % auf, während in den Kassendaten eine Verzerrung durch mangelnde Response nicht entstehen kann.

ID: 220

Ergebnisse beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen mit den Routinedaten der DRV

Anja Bestmann[1]

[1]*Forschungsdatenzentrum der Rentenversicherung, Berlin*

Hintergrund, 2009 wurden von der gesetzlichen Rentenversicherung 1194,2 Mio. Euro für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben aufgewandt. Darunter sind die beruflichen Bildungsmaßnahmen aufgrund ihrer Dauer (in der Regel 1-2½ Jahre) ein erheblicher Kostenfaktor für die Rentenversicherung. Es stellt sich daher die Frage, ob und in welchem Maße es gelingt, Rehabilitanden nach beruflichen Bildungsmaßnahmen wieder in Erwerbstätigkeit zu integrieren und welche Faktoren die Wiedereingliederung beeinflussen. Der vorliegende Beitrag prüft mit Hilfe von Routinedaten der Rentenversicherung die Hypothese, dass der Erfolg einer beruflichen Eingliederung im Anschluss an eine Bildungsmaßnahme sowohl von sozialen Merkmalen als auch der Passgenauigkeit der Maßnahme und dem Gesundheitszustand des Rehabilitanden beeinflusst wird., Methodik, Datengrundlage der vorliegenden Analysen ist der Längsschnitt Scientific Use File „Abgeschlossene Rehabilitationen im Versicherungsverlauf 2002-2009“, der 2012 vom Forschungsdatenzentrum der Rentenversicherung (FDZ-RV) publiziert wurde. , Die Längsschnitterhebung umfasst unter anderem Versicherte, die innerhalb eines Zeitfensters von 8 (Rehabilitation) bzw. 11 (Beiträge zur Rentenversicherung) Jahren eine Rehabilitation abgeschlossen bewilligt bekommen haben. Das Ergebnis einer Bildungsmaßnahme wurde als „Maßnahmeabschluss“, die Eingliederung in Erwerbstätigkeit als „pflichtversicherte Beschäftigung“ über einen Zeitraum von zwei Jahren nach Beendigung der Bildungsmaßnahme operationalisiert. Die Daten wurden deskriptiv mit Hilfe einer Sterbetafelanalyse und unter Anwendung einer Cox regression ausgewertet (SPSS 18)., Ergebnisse, 2007 schlossen insgesamt 25.219 Rehabilitanden ihre berufliche Bildungsmaßnahme ab: 14.560 Teilnehmer (58%) beendeten die Maßnahme regulär (= erfolgreich) und 4.715 (19%) brachen ihre Maßnahme ab oder bestanden die Abschlussprüfung nicht (= nicht erfolgreich). , Für weitere 5.944 (24%) Rehabilitanden lag das Ergebnis der Maßnahme nicht vor., Die kumulierte Eingliederungsrate in Erwerbstätigkeit 24 Monate nach der Bildungsmaßnahme betrug für die erfolgreichen Rehabilitanden 71% gegenüber 40% für die nicht erfolgreichen. , Als wesentliche Einflussfaktoren auf die Wiedereingliederung in Erwerbstätigkeit nach einer Bildungsmaßnahme wurden in der Cox regression neben dem erfolgreichen Abschluss unter anderem die Maßnahmeart, das Alter sowie die Art der Erkrankung identifiziert., Diskussion und Schlussfolgerungen, Die Ergebnisse zeigen, dass eine berufliche Wiedereingliederung nach Bildungsmaßnahmen in vielen Fällen erfolgreich ist. Um die Wiedereingliederungsraten zu verbessern, sollten die Maßnahmen frühzeitig initiiert werden und auf die soziale Situation und die Bedürfnisse des Einzelnen zugeschnitten werden. Die Einbeziehung weiterer Einflussfaktoren wie z. B. Persönlichkeitsfaktoren oder die Arbeitsmarktlage ist notwendig.

ID: 221

Perspektive und künftige Schwerpunkte der AG Frauengesundheit in der DGMS

Petra Brzank[1]

[1]*Hochschule Fulda, Fulda*

Anknüpfend an die Darstellung der Gründung und der ersten Aktivitäten der Arbeitsgruppe „Frauengesundheit“ wird die Entwicklung im 21 Jhdt. nachgezeichnet: , - Welche Schwerpunkte wurden weiterverfolgt und vertieft, - welche Projekte schlossen sich an, - wie ist der heutige Stand der Diskussion. , Im Anschluss wird danach gefragt, ob und wie angesichts der derzeitigen Entwicklung in der deutschen Gesundheitsforschung die Arbeit der AG fortgesetzt werden kann oder ob es einer grundsätzlichen Neuorientierung bedarf.

ID: 222

Rangreihenprobleme bei Kommunaldaten mit altersstandardisierten Kennziffern – eine empirische Analyse

Sebastian Rauschert[1], Sabrina Scholz[2], Rolf Annuss[3], Joseph Kuhn[2]

[1]Ludwig Maximilians-Universität München, München; *[2]Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Oberschleißheim*; *[3]Landeszentrum Gesundheit NRW, Bielefeld*

Hintergrund:, In vielen Anwendungsbereichen, z.B. in der Gesundheitsberichterstattung, in der Versorgungsforschung oder bei den Krebsregistern, kommen altersstandardisierte Kennziffern bei Regionalvergleichen zur Anwendung. Die Aussagekraft solcher Regionalvergleiche hängt entscheidend davon ab, wie reliabel bzw. konsistent die Rang-reihen der Landkreise und kreisfreien Städte je nach angewandter Standardisie-rungsmethode sind bzw. welches Ausmaß Rangfolgeninkonsistenzen haben., Methoden:, Zur Analyse der Rangreihen-Problematik wurden exemplarisch für den Indikator Sterbefälle Kennziffern für die bayerischen und nordrhein-westfälischen Landkreise mit verschiedenen Methoden der Altersbereinigung gebildet und die Konsistenz der Rangreihen verglichen., Ergebnisse:, Die Sterblichkeits-Rangreihen der Landkreise und kreisfreien Städte zeigen je nach Standardisierungsmethode deutliche Inkonsistenzen. So zeigt sich zwischen direkter und indirekter Standardisierung in Bayern bei 96 Landkreisen für das Jahr 2008 ein maximaler Unterschied von 27 Rängen, wenn man für die direkte Altersstandardisie-rung die alte Europabevölkerung heranzieht. Verwendet man als Standardbevölke-rung die Deutschlandbevölkerung 2008, so ergibt sich im Maximum nur noch ein Un-terschied von 8 Rängen, verwendet man als Standardbevölkerung die bayerische Bevölkerung, sind es 7 Ränge. Für das Jahr 2011 ergeben sich ähnliche Befunde. , Diskussion, Aufgrund der gesundheitspolitischen und epidemiologischen Bedeutung von ange-messen und verlässlichen altersstandardisierten Vergleichsdaten für die Landkreise und kreisfreien Städte sollten die aufgezeigten Rangreihenprobleme vertieft analy-siert werden, z.B. durch geeignete Simulationsverfahren. Mittelfristig sind die Emp-fehlungen zur Anwendung der gängigen Standardisierungsverfahren neu zu diskutie-ren.

ID: 223

„Ich geh zur KFU und Du?“ - Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen. Ergebnisse auf Grundlage der Daten des Gesundheitsmonitorings des Robert Koch-Instituts.

Anne Starker[1], Anke Saß[1]

[1]Robert Koch-Institut, Berlin

Hintergrund, Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen sind seit vielen Jahren Bestandteil des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenkassen. Die Weiterentwicklung dieser Angebote hat gesundheitspolitisch einen hohen Stellenwert und wurde deshalb im „Nationalen Krebsplan“ festgeschrieben, der im Jahr 2008 vom Bundesgesundheitsministerium und weiteren wichtigen Akteuren initiiert wurde. Die Steigerung der Teilnahmeraten, im Sinne einer informierten Entscheidung für die Untersuchung ist dabei ein Ziel. In Analysen zur Akzeptanz von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (KFU) in der Bevölkerung zeigt sich häufig, dass Männer diese Angebote allgemein seltener nutzen als Frauen. Anhand aktueller Daten der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS1) des Robert Koch-Instituts (RKI) wird untersucht, ob sich dieser Trend auch in einer bevölkerungsrepräsentativen Befragung zeigt., Material und Methoden, In DEGS1 wurden Kenntnis und Inanspruchnahme von KFU allgemein, als auch zu einzelnen KFU erhoben. Als wichtige Determinanten bei der Inanspruchnahme von KFU gelten u.a. Alter, Geschlecht und sozioökonomischer Status, die ebenfalls in DEGS1 erhoben wurden. Neben der geschlechtervergleichenden Darstellung der Inanspruchnahme der KFU auf Haut- und Darmkrebs, sollen innerhalb der Gruppe der Männer die Unterschiede in der Inanspruchnahme der KFU auf Prostatakrebs aufgezeigt werden. Zudem werden Determinanten der Inanspruchnahme untersucht., Ergebnisse, Nach DEGS1 kennt ein Großteil der Bevölkerung die Empfehlungen zur Teilnahme an KFU, Frauen etwas häufiger als Männer. Wird nach der regelmäßigen Inanspruchnahme von KFU allgemein gefragt, bejahen dies deutlich mehr Frauen (67,2%) als Männer (40,0%). Bei der Inanspruchnahme von Hautkrebs- und Darmkrebsfrüherkennung (Koloskopie) zeigen sich dagegen nur geringe Unterschiede zwischen Männern und Frauen (z.B. Teilnahme an Hautkrebsfrüherkennung in den letzten zwei Jahren: Frauen 25,8%, Männer 22,9%). Werden die Ergebnisse hinsichtlich verschiedener Altersgruppen differenziert, zeigen sich bei beiden Früherkennungsangeboten lediglich in den jüngeren Altersgruppen deutliche Geschlechterunterschiede, jeweils zuungunsten der Männer. Mit zunehmendem Alter verbessern sich die Teilnahmeraten insgesamt und nähern sich zwischen den Geschlechtern an. Bei der Hautkrebsfrüherkennung ist die Teilnahmerate der 60- bis 79-jährigen Männer sogar höher als die der Frauen. Die Daten aus DEGS1 zeigen auch, dass die Inanspruchnahme der KFU von weiteren Determinanten beeinflusst wird, z. B. vom sozioökonomischen Status. , Für die Teilnahme an der männerspezifischen KFU auf Prostatakrebs (Tastuntersuchung) weisen die DEGS1-Daten ebenfalls deutliche Unterschiede zwischen den Altersgruppen auf: 20,2% der Männer im Alter von 45 bis 49 Jahren gehen regelmäßig zu dieser KFU, bei den 70- bis 79-Jährigen sind es 55,5%.Ein Gradient hinsichtlich des sozioökonomischen Status‘ besteht bei hierbei allerdings nicht., Schlussfolgerungen, Bei der allgemeinen Einschätzung zur regelmäßigen Inanspruchnahme von KFU, berichten auch in DEGS1 Männer seltener eine regelmäßige Teilnahme als Frauen. Das gilt jedoch nicht für die Inanspruchnahme der KFU auf Haut- und Darmkrebs. Die Analyse weist allerdings auf deutliche Altersunterschiede bei der Akzeptanz der Angebote hin das gilt auch für die Inanspruchnahme der KFU auf Prostatakrebs. Gerade ältere Männer nehmen die Angebote zur KFU in Anspruch und ihre Teilnahmeraten liegen zum Teil sogar über denen der Frauen. , Die Daten aus DEGS1 liefern wichtige Informationen, die eine größere Differenzierung bei der Beschreibung der Inanspruchnahme von KFU erlauben. Somit können Gruppen identifiziert werden, welche die bestehenden Angebote nicht oder nur unregelmäßig nutzen. Das kann dazu beitragen, bestehende Krebsfrüherkennungsangebote zielgruppenspezifisch zu verbessern.

ID: 225

Sozialer Gradient in der Psychotherapie? Eine Sekundärdatenanalyse der Inanspruchnahme antragspflichtiger Psychotherapie im Zeitraum 2005-2009 mit Daten der AOK Niedersachsen

Jelena Jaunzeme[1], Siegfried Geyer[1]

[1]*Medizinische Hochschule Hannover, Hannover*

Hintergrund, In der Resolution des 22.Deutschen Psychotherapeutentages vom 20.April 2013 skizzierten die Delegierten gesundheitspolitischen Handlungsbedarf, u.a. im Hinblick auf eine leitliniengerechte Behandlung von psychisch kranken Menschen „unabhängig von Alter, sozialem Status, Geschlecht und Herkunft“ [1]. Die empirische Basis für die Annahme, die Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Behandlungen wäre abhängig vom sozialen Status der Patienten, fehlt jedoch für Deutschland bislang. Zahlreiche Befragungsstudien belegen höhere Inanspruchnahmeraten der professionellen Hilfe bei Frauen mit psychischen Störungen (z.B. DEGS-2011: 46% vs. 28% bei Männern, [2] BGS98: 45% vs. 34% [3]), auch bei bestimmten Altersgruppen konnten höhere Inanspruchnahmeraten identifiziert werden (s. ebenda). Offen bleibt, welchen Einfluss der soziale Status der Patienten auf die Inanspruchnahme von Psychotherapie hat., Daten/Methodik, Diese Untersuchung wird mit Routinedaten der AOK Niedersachsen für Zeitraum 2005-2009 durchgeführt (ca. 3 Mio. Versicherte). Dies ermöglicht rücklaufunabhängige Analysen der Inanspruchnahmedaten und damit eine vom Gesundheitszustand der Befragten - der in Befragungsstudien insbesondere bei psychischen Krankheitsbildern einen bedeutsamen Verzerrfaktor darstellen dürfte - unabhängige Untersuchung. In einer multiplen logistischen Regressionsanalyse soll der Einfluss von mehreren soziodemographischen und morbiditätsbezogenen Faktoren (u.a. ambulante Diagnosen, Psychopharmakaverbrauch) auf die Inanspruchnahme der antragspflichtigen Psychotherapie bestimmt werden. , Ergebnisse, Die Analysen konzentrieren sich bislang auf zwei von drei Richtlinienverfahren: die Verhaltenstherapie und die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, die insgesamt von ca. 90% der Psychotherapiepatienten in Anspruch genommen werden. Die ersten Berechnungen zeigen, dass Versicherte, die sich in der Ausbildung (inkl. Studierenden, Zivil- oder Wehrdienstleistenden u.ä.) befinden, wie auch Versicherte, die Transferleistungen vom Staat erhalten, überdurchschnittlich häufig unter Patienten vertreten sind, die eine antragspflichtige Psychotherapie in Anspruch nehmen (OR: 2,2 bzw. 1,9). Bei Beschäftigten, die ebenfalls ein erhöhtes Chancenverhältnis für die Inanspruchnahme einer antragspflichtige Psychotherapie aufzeigen (OR: 1,4), lässt sich ein erhöhter Anteil der Patienten mit abgeschlossener Berufsausbildung bzw. einem abgeschlossenen Hochschulabschluss feststellen. Es wird nun geprüft, ob diese oder weitere in Routinedaten der gesetzlichen Krankenkasse verfügbaren Versichertenmerkmale, die auf den sozialen Status der Person schließen lassen, einen vom Geschlecht und Alter unabhängigen Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit ausüben, eine antragspflichtige Psychotherapie in Anspruch zu nehmen., Diskussion, Die bisherigen Untersuchungen zur Inanspruchnahme von Psychotherapie basieren fast ausschließlich auf Befragungsdaten von Patienten oder Psychotherapeuten. Mit dieser Untersuchung wird erstmalig eine rücklaufunabhängige Analyse von Psychotherapiedaten durchgeführt. Durch mehrere Zugänge zur Operationalisierung des sozialen Status wird gleichzeitig versucht, den Schwächen der Routinedaten entgegenzuwirken. Diese Analyse stellt damit einen ersten Schritt dar auf dem Weg zur besseren Bedarfsplanung für die psychotherapeutische Versorgung, wie sie vom 22.Deutschen Psychotherapeutentag gefordert wurde [1].

ID: 226

Die „Elite Athletes' Health- Study" - Psychosoziale Belastungen im Spitzensport

Simone Gantz[1], Sven Schneider[2], Holger Schmitt[3]

[1]Universitätsklinikum Heidelberg Department Orthopädie, Unfallchirurgie und Paraplegiologie, Heidelberg; *[2]Medizinische Fakultät Mannheim, Universität Heidelberg, Mannheim*; *[3]ATOS Klinik Heidelberg, Heidelberg*

Hintergrund / Einleitung, Hochleistungssportlerinnen und -sportler sind besonderen Anforderungen ausgesetzt. Im Wettkampf müssen sie immer optimale Leistungen erbringen und auch in vermeintlich bewertungsfreien Räumen wie im Training sind sie unter kontinuierlicher Leistungsbeobachtung. Für Deutschland gibt es bis dato kaum gesundheitsbezogene Studien zu diesem Thema. Psychosoziale Beanspruchungen und deren Folgen im Arbeitsleben sind umfangreich erforscht, bei der Kategorie der Berufsleistungssportler herrscht allerdings Kenntnisbedarf. Im Training und vor allem im Wettkampf führt das Wissen über Belastungsmuster und deren Veränderung zu deutlich verbesserten Bedingungen. Im Zentrum der „Elite Athletes' Health Study" (EliAH) steht deshalb die Ermittlung verschiedener psychosozialer Belastungsarten in unterschiedlichen olympischen Sportarten und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit und Lebenszufriedenheit., Material und Methoden, In dieser Studie steht die Erfassung der Qualitäten des vorliegenden Stresses bei den Athleten im Fokus. Mit standardisierten Fragebögen wurden 273 Kaderathleten/innen des deutschen Sportbundes befragt, in dem unter anderem das aus der Arbeitssoziologie stammende Modell der beruflichen Gratifikationskrisen (Siegrist, 1996 & 2004) auf den Kontext Leistungssport angewendet wurde. , Ergebnisse, Es zeigen sich zum einen moderate Belastungen durch negative Zukunftserwartungen und durch das aktuelle Training. Zum anderen berichten die Athleten/innen eine sehr hohe psychische Belastung durch die fehlende Anerkennung durch den Trainer und durch Dritte. , Diskussion / Schussfolgerungen, Um den multidimensionalen Belastungen der Athleten/innen gerecht zu werden, erfasst diese Studie sowohl psychosoziale als auch umweltbezogene Belastungen der Sportler. Dabei ist es mit einer einfachen Erfassung innerhalb der Stresskategorien „akuter" oder „chronischer" Stress nicht getan, da nicht nur der Druck bei Wettkämpfen, sondern auch das sportliche Umfeld betrachtet werden.

ID: 227

Medikamentenbezogene Überzeugungen und Adhärenz bei Patienten mit rheumatoider Arthritis in Deutschland

Christian Apfelbacher[1], Norman Bartsch[1], Gertraud Riedelbeck[1], Boris Ehrenstein[2], Julika Loss[3], Susanne Brandstetter[3]

[1]Universität Regensburg, Regensburg; *[2]Klinik und Poliklinik für Rheumatologie und Klinische Immunologie, Asklepios Klinikum, Bad Abbach*; *[3]Universität Regensburg, Regensburg*

Hintergrund: Adhärenz (Therapietreue) in Bezug auf die verordnete Medikation ist für Behandlungserfolg und Prognose bei chronischen Krankheiten von großer Bedeutung. In früheren Untersuchungen zu Einflussfaktoren auf die Adhärenz bei Patienten mit rheumatoider Arthritis (RA) ergab sich bei Betrachtung von soziodemographischen und klinischen Faktoren kein konsistentes Bild. Möglicherweise spielen demgegenüber wahrnehmungs- und einstellungsbezogene Faktoren eine wichtigere Rolle. Vor diesem Hintergrund war Ziel der vorliegenden Studie, Zusammenhänge zwischen medikamentenbezogenen Überzeugungen und Adhärenz bei Patienten mit RA zu untersuchen. , Methoden: Erwachsene Patienten mit einer ärztlich diagnostizierten RA wurden konsekutiv in einer rheumatologischen Klinik rekrutiert. Mit Hilfe eines Fragebogens sowie der Patientenakten wurden medikamentenbezogene Überzeugungen („Beliefs about Medicines Questionnaire“ (BMQ), Mahler et al. 2012), Adhärenz (“Medication Adherence Rating-Scale” (MARS), Mahler et al. 2010), demographische, klinische, versorgungsbezogene Faktoren sowie weitere psychosoziale Konstrukte erfasst. Möglicherweise prädiktive Faktoren (Krankheitsdauer und -schwere, Nebenwirkungen der Medikation, Soziodemographie) wurden in multivariate logistische Regressionsmodelle eingeschlossen. Alle Auswertungen wurden mit SPSS für Windows durchgeführt., Ergebnisse: Daten von 262 Patienten mit RA (männlich: 31,3% Alter: 60,5 ± 13,0 Jahre) wurden für diese Interimsanalyse ausgewertet. Davon waren 66,9% non-adhärent. Non-Adhärenz wurde durch allgemeine Überzeugungen zu übermäßigem Gebrauch von Medikamenten durch Ärzte (OR = 1,12 CI: 1,01-1,24), allgemeine Überzeugungen zur Schädlichkeit von Medikamenten (OR=1,12 CI: 1,00-1,25) sowie spezifische Befürchtungen hinsichtlich invidueller Medikation (OR=1,11 CI: 1,03-1,19) prädiziert. Überzeugungen hinsichtlich allgemeiner Nützlichkeit und spezifischer Notwendigkeit von Medikamenten waren mit Adhärenz nicht assoziiert., Diskussion: Negative medikamentenbezogene Überzeugungen sind mit der Adhärenz von Patienten mit RA assoziiert. Das gilt sowohl für Annahmen über Medikamente im Allgemeinen als auch für die eigene verordnete Medikation. Positive Überzeugungen standen dagegennicht mit Adhärenzim Zusammenhang. Aus diesen Ergebnissen lassen sich Anhaltspunkte für zielgerichtete Patientenschulungsmaßnahmen zur Verbesserung der Adhärenz ableiten: die Reduktion von negativen medikamentenbezogenen Überzeugungen sollte dabei eine zentrale Rolle spielen.

ID: 228

Welche Faktoren bestimmen die Einschreibung in ein Bonusprogramm der Krankenkassen? Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009“ (GEDA 2009)

Susanne Jordan[1], Elena von der Lippe[1], Anne Starker[1]

[1]*Robert Koch-Institut, Berlin*

Hintergrund, Im Gesundheitswesen werden zunehmend Anreizsysteme zur Steuerung des Verhaltens von Versicherten eingesetzt. Positive finanzielle Anreize sollen das Individuum für ein Verhalten direkt belohnen, das sich langfristig positiv auf die Gesundheit auswirkt. Die gesetzlichen Krankenkassen können gemäß § 65a (1) Fünftes Sozialgesetzbuch ihren Versicherten für die regelmäßige Inanspruchnahme von qualitätsgesicherten Leistungen zur primären Prävention oder Früherkennung einen Bonus vergeben. Diesen erhalten die Versicherten bei Erfüllung einer vorab festgelegten Anzahl präventiver Aktivitäten in Form einer Geld-, geldwerten oder Sachprämie. Vor diesem Hintergrund soll hier der Frage nachgegangen werden, welche Faktoren kassenartübergreifend eine Bonusprogrammteilnahme beeinflussen. , Daten und Methodik, Die Studie basiert auf Daten der repräsentativen Gesundheitsbefragung GEDA 2009 des Robert Koch-Instituts, bei der 21.262 computergestützte Telefon-Interviews von Juli 2008 bis Juni 2009 in der deutschsprachigen Bevölkerung ab 18 Jahren im gesamten Bundesgebiet durchgeführt wurden. Für die vorliegende Analyse wurden 11.849 gesetzlich krankenversicherte Personen ab 35 Jahren einbezogen, welche die Frage beantworteten, ob sie an einem Bonusprogramm ihrer Krankenkasse teilnehmen. Die Altersbegrenzung wurde gewählt, da ab diesem Alter die Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten (Check-up) angeboten wird. , Der Untersuchung liegt das „Behavioural Model of Health Service Use“ von Andersen zugrunde. Diesem entsprechend wurden folgende Einflussfaktoren in die Analyse aufgenommen: (1.) prädisponierende Faktoren mit indirektem Einfluss: z.B. Geschlecht, Alter, Bildungsstand, Gesundheitseinstellungen (2.) Voraussetzung schaffende, ermöglichende Faktoren: Haushaltseinkommen, Inanspruchnahme verhaltenspräventiver Maßnahmen oder des Check-up (3.) Bedarfsfaktoren, aus denen sich ein erhöhter Bedarf für die Inanspruchnahme präventiver Maßnahmen ableiten lässt: z.B. Gesundheitszustand, Körpergewicht, Rauchverhalten. Binär logistische Regressionsanalysen wurden mit SPSS-20 durchgeführt. , Ergebnisse, 20,2% der Studienpopulation waren in einem Bonusprogramm eingeschrieben (95%-KI=19,3-21,2). Folgende prädisponierenden Faktoren zeigen sich im multivariaten Modell als bedeutsam für die Teilnahme an einem Bonusprogramm: die Gesundheitseinstellung „sehr stark oder stark auf die Gesundheit zu achten“ (OR=2,03 95%-KI=1,32-3,10) sowie eine starke soziale Unterstützung (OR=1,73 95%-KI=1,37-2,20). , Von den ermöglichenden Faktoren erwies sich ein mittleres Haushaltseinkommen als einflussreich (OR=1,34 95%-KI=1,11-1,60). Stärker war der Einfluss der Inanspruchnahme verschiedener präventiver Maßnahmen, besonders die Teilnahme an verhaltenspräventiven Maßnahmen (OR= 2,37 95%-KI=2,04-2,75). , Hinsichtlich der Bedarfsfaktoren fällt auf, dass Adipositas die Chance verringert, an einem Bonusprogramm teilzunehmen (OR=0,71 95%-KI=0,56-0,89) und Nichtrauchen die Chance für eine Teilnahme erhöht (OR=1,21 95%-KI=1,01-1,45). , Diskussion/Schlussfolgerung, Die Ergebnisse zeigen, dass unterschiedliche prädisponierende, ermöglichende und Bedarfsfaktoren Einfluss auf eine Bonusprogrammteilnahme haben: Ein ausgeprägtes Gesundheitsbewusstseins erhöhte die Chance für eine Bonusprogrammteilnahme am stärksten. Ebenso begünstigt gesundheitsförderliches Gesundheitsverhaltens wie Nichtrauchen eine Teilnahme. Zugleich werden Personen mit besonderem Bedarf wie Adipöse eher weniger erreicht. Der Befund, dass die Inanspruchnahme präventiver Leistungen einen weiteren wichtigen Einflussfaktor darstellt, legt den Schluss nahe, dass vor allem Versicherte erreicht werden, die die Präventionsmaßnahmen ohnehin in Anspruch genommen hätten (Mitnahmeeffekte). Im Hinblick auf die Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit sollten Bonusprogramme auch so gestaltet werden, dass sie Bevölkerungsgruppen motivieren, die bislang ein eher gering ausgeprägtes Gesundheitsbewusstsein und -verhalten aufweisen.

ID: 229

Der Empowerment-Ansatz für gesunde Ernährung: Die Perspektive von Multiplikatoren zur Umsetzung in ihren Gemeinden

Susanne Brandstetter[1], Janina Curbach[1], Verena Lindacher[1], Jana Rüter[1], Julika Loss[1]

[1]Universität Regensburg, Regensburg

Hintergrund: Das Projekt „GENIESSER-Oberpfalz“ wendet den Empowerment-Ansatz auf das Thema „Gesunde Ernährung“ an. Dazu werden in ländlichen Gemeinden Gruppen initiiert, die in regelmäßigen Treffen Ideen für die Verbesserung von Ernärungsverhalten und/oder –verhältnissen generieren und umsetzen sollen. Die Gruppentreffen orientieren sich an Bedarf und Bedürfnissen der jeweiligen Gemeinden und Zielgruppen. Vor der Rekrutierung von Teilnehmern für die Gruppen werden deshalb Schlüsselpersonen in den Gemeinden identifiziert und um Teilnahme an Fokusgruppendiskussionen gebeten. Handlungspraktisches Ziel dieser Gespräche ist es, Informationen über Spezifika der jeweiligen Zielgruppe in der Gemeinde zu erhalten, um das Angebot „Genießer-Oberpfalz“ dementsprechend zu gestalten, sowie falls möglich die Unterstützung der Multiplikatoren als Akteure in der Gemeinde zu sichern. Die wissenschaftliche Fragestellung bezieht sich darüber hinaus auf die Sichtweisen und Erwartungen der Multiplikatoren zur Umsetzung eines Empowerment-Projektes für gesunde Ernährung., Methodik: Es liegen Daten aus 7 Fokusgruppendiskussionen (insg. 40 Teilnehmer) mit Multiplikatoren vor. Die Daten beziehen sich auf verschiedene Zielgruppen (Jugendliche: 1 Fokusgruppe, Junge Eltern: 3 Fokusgruppen, Senioren: 3 Fokusgruppen) in drei ländlichen Gemeinden der Region Regensburg. Unter den Multiplikatoren finden sich sowohl Personen, die professionell in der Gemeinde arbeiten, als auch ehrenamtlich tätige. Die Gruppendiskussionen wurden aufgezeichnet, wörtlich transkribiert und mit Hilfe der Software Atlas.ti einer qualitativen Inhaltsanalyse unterzogen. Ziel der vorliegenden Analyse war es, die Themen zu identifizieren, die zielgruppen- und gemeindeübergreifend im Zusammenhang mit der Initiierung und Umsetzung eines Empowerment-Projektes für gesunde Ernährung auftauchen. , Ergebnisse: Die Multiplikatoren können ernährungsbezogenen Bedarf und die spezifischen Bedürfnisse ihrer Zielgruppen gut beschreiben, weisen aber gleichzeitig auf andere Zielgruppen oder Gemeinden hin, deren Bedarf sie jeweils als dringlicher beurteilen. Genderaspekte spielen aus Sicht der (fast ausschließlich weiblichen) Multiplikatoren eine wichtige Rolle: Jungen oder Männer wären weder für Gruppenaktivitäten noch für das Thema „Gesunde Ernährung“ zu gewinnen. Hinsichtlich der erwarteten Erfolgsaussichten zeigen sich manche der Multiplikatoren aufgrund früherer eigener negativer Erfahrungen pessimistisch - ein wiederkehrendes Thema ist ein wahrgenommes ungünstiges Verhältnis von vielen Angeboten in der Gemeinde zu allgemein wenigen Teilnehmern -, andere vertrauen in ihre über den Lauf der Jahre vor Ort geschaffenen Netzwerke, die sie für eine erfolgreiche Rekrutierung nutzen könnten. Sie empfehlen, innerhalb bereits bestehender Gruppen Teilnehmer über persönliche Ansprache zu gewinnen. Das konsequente Umsetzen und Kommunizieren des Empowerment-Ansatzes bewerten sie vor allem für die Phase der Rekrutierung als kritisch. Sie raten zu konkreten Vorgaben bezüglich Form, Dauer und Inhalte der Gruppentreffen., Diskussion: Die Fokusgruppendiskussionen mit Schlüsselpersonen in den Gemeinden haben sich als eine wertvolle Informationsquelle für die Rekrutierung von Teilnehmern und die Konzipierung der Gruppentreffen erwiesen. Es überrascht, dass sich trotz der Heterogenität der Zielgruppen im Projekt und der beteiligten Gemeinden viele wiederkehrende Themen identifizieren lassen. Besonders in ihrer Skepsis gegenüber der Umsetzung eines Ernährungsprojektes mithilfe des Empowerment-Ansatzes finden sich starke Parallelen.

ID: 230

Prävalenz von chronischer Erkrankung und subjektiver Einschätzung des Gesundheitszustands bei Kindern und Jugendlichen – Erste Ergebnisse der Folgebefragung des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS-Welle 1)

Martin Schlaud[1], Panagiotis Kamtsiuris[1], Heike Hölling[1], & die KiGGS Study Group[1]

[1]*Robert-Koch-Institut, Berlin*

Hintergrund:, Chronische Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen sind häufig und können eine deutliche Beeinträchtigung der Gesundheit und der Teilnahme an sozialen Aktivitäten darstellen. Für die Kinder und Jugendlichen in Deutschland sollten bevölkerungsbezogene Häufigkeiten und Zusammenhänge bestimmt werden., , Methoden: , Datenbasis bildet die 2009-2012 durchgeführte Folgebefragung der KiGGS-Studie in 167 Städten und Gemeinden Deutschlands. In der KiGGS-Welle 1 wurden die jetzt 7- bis 17-jährigen Teilnehmer/innen der KiGGS-Basiserhebung (durchgeführt 2003-2006) wieder eingeladen (Wiederteilnahmequote 72%, n = 7913) und zusätzlich eine neue Bevölkerungsstichprobe von 0- bis 6-Jährigen (Teilnahmequote 42%, n = 4455) einbezogen. Es wurden standardisierte Telefoninterviews mit einem Elternteil und mit den Probanden ab 11 Jahren durchgeführt. Der Fragenkatalog enthielt Fragen nach dem Gesundheitszustand des Kindes im Allgemeinen (5-stufig von „sehr gut“ bis „sehr schlecht“), nach lang andauernden, chronischen Krankheiten oder Gesundheitsproblemen („ja“, „nein“) und danach, ob das Kind eingeschränkt oder daran gehindert ist, Dinge zu tun, die die meisten gleichaltrigen Kinder tun können („ja“, „nein“). Die gewichtete Datenauswertung erfolge mit SPSS-Prozeduren für komplexe Stichproben., Ergebnisse: , Insgesamt schätzten 93,4% (95%KI 92,5-94,2) der Eltern den Gesundheitszustand ihres Kindes als „sehr gut“ oder „gut“ ein. Dabei zeigten sich keine Geschlechtsunterschiede, aber Unterschiede nach sozioökonomischem Status (SES niedrig: 88,2% (84,9-90,9) mittel: 94,0% (93,1-94,8) hoch: 96,8% (95,9-97,5) und ein negativer Zusammenhang mit dem Alter. 15,7% (14,8-16,6) der Probanden hatten laut Elternangabe eine oder mehrere chronische Krankheiten, 14,0% (12,4-15,7) aller Probanden waren laut Elternangabe eingeschränkt, Dinge wie Gleichaltrige zu tun. Kindern und Jugendliche ohne chronischer Krankheit wurde von 96,4% (95,7-97,0) der Eltern eine „sehr gute“ oder „gute“ Gesundheit zugesprochen im Gegensatz zu 77,3% (73,9-80,4) der chronisch kranken ($p < 0,01$). Von den chronisch kranken Kinder und Jugendliche waren 21,4% (18,2-24,79) eingeschränkt, Dinge wie Gleichaltrige zu tun, während dies nur für 4,2% (3,6-4,9) der nicht chronisch kranken zutraf ($p < 0,01$). Von den Probanden mit laut Eltern „sehr guter“ oder „guter“ Gesundheit kamen 91,1% (88,9-92,9) zur selben Einschätzung ($p < 0,01$). , , Diskussion: , Von den unter 18-Jährigen in Deutschland leidet nach Elternangaben jeder/r sechste an mindestens einer chronischen Krankheit. Rund drei Vierteln von ihnen bescheinigen die Eltern dennoch eine „sehr gute“ oder „gute“ Gesundheit, jede/r Fünfte ist eingeschränkt, Dinge wie Gleichaltrige zu tun. Mit zunehmendem Lebensalter klaffen Eltern- und Selbsturteil immer weiter auseinander. Zudem zeigen sich inverse Zusammenhänge zwischen dem sozioökonomischen Status der Eltern und ihrer Einschätzung des Gesundheitszustands ihrer Kinder. Analytische Auswertungen der komplexen Zusammenhangsstrukturen sind in Vorbereitung.

ID: 231

Gender in der medizinischen Ausbildung: Voraussetzungen für eine nachhaltige Integration am Beispiel der Medizinischen Soziologie

Birgit Babitsch[1]

[1]*Universität Osnabrück*

Unbestritten dürfte inzwischen sein, dass die Gender-Perspektive in der Ausbildung (nicht nur) von Mediziner und Medizinerinnen eine wichtige Voraussetzung für eine gute medizinsche Versorgung darstellt. Dies wird nicht nur durch die evidenten Unterschiede in der Gesundheit (rsp. Krankheit) von Frauen und Männern, sondern auch durch unterschiedliche Erwartungen an und Zugänge in das medizinische Versorgungssystem unterstützt. Zahlreiche Studien belegen dies und zeigen zugleich auch geschlechterbedingte Unterschiede in der Behandlung auf. , Für das Studium der Human- und Zahnmedizin bietet es sich in besonderem Maße an, eine Sensibilisierung für die Geschlechter-Perspektive bereits bei den Studierenden zu erzielen, die im Laufe des Studiums fachlich mit einer entsprechenden Kompetenzentwicklung ausgebaut wird und eine Vermittlung von entsprechendem Wissen, Fähigkeiten und Haltungen umschließt. International und national gibt es inzwischen eine Vielzahl von Beispielen, wie Gender-Inhalte in das Medizinstudium integriert werden können, die von einzelnen spezifischen Veranstaltungsangeboten bis hin zu geschlechtsspezifischen Lernzielkatalogen reichen. Eine einheitliche und langfristige Etablierung konnte an den Medizinischen Hochschulen in Deutschland jedoch noch nicht erreicht werden. Neben der Etablierung von entsprechenden und verbindlichen Lernzielen in den Curricula einzelner Universitäten sind langfristig übergeordnete Strategien erforderlich, die einen entsprechenden Rahmen setzen. Dies könnte in der Medizin durch übergeordnete Strukturvorgaben des Studiums selbst bzw. in der Akkreditierung erfolgen. , Im Vortrag werden die Grundlinien zur Etablierung der Gender-Perspektive im Studium der Humanmedizin aufgezeigt. Darauf aufbauend – mit Blick auf nationale und internationale Erfahrungen und Aktivitäten – wird die Frage einer nachhaltigen und systematischen Integration in der Medizinischen Soziologie im engeren und im Medizinstudium im weiteren Sinne beleuchtet und Voraussetzungen für nächste Schritte abgeleitet. Ein besonderes Augenmerk wird dabei auf die Akkreditierung von Studienprogrammen gelegt

ID: 232

Alkoholkonsums bei jungen Erwachsenen - Diskussion zur Problembestimmung im Rahmen einer Gesundheitsberichterstattung

Katrin Lohmann[1], Franziska Wörfel[1], Hannah Ab1[3], Burkhard Gusy[2]

[1]Freie Universität Berlin, Berlin; *[2]Freie Universität Berlin (FB Erwiss.& Psych.), Berlin*

Hintergrund, Alkoholkonsum ist vor allen Dingen bei jungen Erwachsenen ein häufig verbreitetes Risikoverhalten (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2013). Sie trinken zu viel, zu häufig und zeigen problematische Konsummuster (z. B. Rauschtrinken)., Im Rahmen dieses Beitrags wird diskutiert, wie die verschiedenen Aspekte des Alkoholkonsums bei jungen Erwachsenen für eine Priorisierung von Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung zusammengeführt werden können. Grundlage dafür sind die Ergebnisse einer Online-Befragung von Studierenden., Methode, Im Januar 2012 wurde eine Online-Befragung bei Studierenden durchgeführt. Erhoben wurden neben verschiedenen Aspekten des Alkoholkonsums weitere Gesundheits-/Risikoverhaltensweisen, der subjektive Gesundheitszustand, demografische Merkmale sowie Aspekte der studienbezogenen Lebenssituation. An der Befragung beteiligten sich 2 724 Personen, die im Mittel 24.6 Jahre alt, mehrheitlich weiblich (68.1%) und überwiegend deutsche Staatsbürger (93.8 %) waren., Der Alkoholkonsum wurde über die 30-Tage Prävalenz und über die durchschnittliche Alkoholmenge die täglich konsumiert wurde erfasst. Auf der Basis der Alkoholmenge wurden die Personen Risikoklassen zugeordnet. Zusätzlich wurde Rauschtrinken (Gelegenheiten, bei denen Frauen mehr als vier und Männer mehr als fünf Gläser Alkohol konsumiert haben) sowie die Absicht zur bzw. die Umsetzung einer Verhaltensänderung erhoben., Ergebnisse, Für die letzten 30 Tage gaben 78,4% der Befragten an Alkohol getrunken zu haben, bei 12,9% lag die letzte Trinkepisode mehr als einen Monat zurück, 5% waren im letzten Jahr und 3,8% lebenslang abstinent. Männer und Frauen unterschieden sich nur geringfügig., Die tägliche konsumierte Alkoholmenge lag bei den meisten Befragten, die in den letzten 30 Tagen Alkohol getrunken hatten, im risikoarmen Bereich (88,6%). Bei 8,2% der Befragten war die Alkoholmenge als riskant und bei 2,6% als gefährlich einzustufen. Frauen konnten etwas häufiger günstigeren Risikoklassen zugeordnet werden., Mit 43,2% war der Anteil an Frauen ohne Rauschtrinkepisode in den letzten 30 Tagen deutlich größer als der Anteil der Männer ohne Rauschtrinkepisode (30,7%). Von den Frauen berichteten 40,8% und von den Männern 42,9% über ein bis drei Rauschtrinkepisoden im letzten Monat. Über vier und mehr Episoden berichteten 26,4% der Männer aber nur 16,1% der Frauen., Gut die Hälfte der Befragten (51,1%) gab an, keine Absicht zu haben den Alkoholkonsum zu reduzieren. Eine Absichtsbildung hatte bei 16,2% stattgefunden, 4% hatten sich bereits für eine Verhaltensänderung entschieden. Nur 0,9% haben ihren Konsum bereits reduziert, sind daran aber noch nicht gewöhnt, 27,9% haben die Verhaltensänderung bereits habituiert., Diskussion, Für die Prävention lassen sich aus diesen Ergebnissen unterschiedliche Ziele und -maßnahmen ableiten. Die Zielgruppen sind dabei nicht zwingend deckungsgleich. So sind Personen mit riskantem Alkoholkonsum nicht unbedingt die, welche die größte Bereitschaft zur Verhaltensänderung berichten. Wenn der Bestandsaufnahme eine Problembestimmung und dieser wiederum Interventionen folgen sollen, muss eine konsensuale Problem- und Zielbestimmung erfolgen.

ID: 233

The Quality of Life in hand eczema questionnaire: validation of a new assessment instrument

Robert Ofenloch[1], Thomas Diepgen[1], Elke Weisshaar[1], Christian Apfelbacher[2]

[1]*Universitätsklinikum Heidelberg*; [2]*Universität Regensburg*

Background: , Health related Quality of Life (HRQOL) is a patient reported outcome (PRO) used to evaluate clinical trials in various diseases. Health economic decisions are often based on HRQOL data, especially where the disease of interest is a chronic non life-threatening condition. Since there is no disease-specific HRQOL instrument to assess the impairments of patients with hand eczema (HE) we set out to develop an instrument to assess HE–specific HRQOL. The development process was done in an international group in order to receive an instrument which works in a culturally equivalent manner in different countries. Here we present the validation study of the German language version of the Quality of Life in hand eczema Questionnaire (QOLHEQ). , Methods:, The QOLHEQ was assessed up to three times in n=316 HE patients. To explore construct validity we additionally assessed dermatology-specific (Dermatology Life Quality Index (DLQI) and Skindex-17) and generic (EuroQol -5 Dimensions (EQ -5D) HRQOL-instruments, a physician global assessment (PGA) of the HE and the disease severity as rated by the patient. The psychometric properties of the QOLHEQ were assessed using the Rasch model for each of the four subscales (symptoms, emotions, functioning and treatment/prevention) and a structural equation model to confirm the multi-dimensional structure of the QOLHEQ. We used several indices to test the responsiveness ofthe instrument. The analyses were done using AMOS 20, SPSS 20 and Rumm2030, Results:, The study population was aged18 to 81 years (Mean: 46.7, SD 12.9), 45.9% were males. The PGA was normally distributed across the sample. After minor adaptations in the coding of two items all four subscales showed neither violations nor significant misfit to the Rasch model. The data revealed also a good fit to the structural equation model with HRQOL as primary construct and the four subscales as 2nd order factors. As expected the QOLHEQ showed a strong correlation with the dermatology-specific instruments (DLQI: r=0.75 Skindex-17: r=0.85) and a medium correlation with the EQ-5D (r=-0.51), the PGA (r=0.34) and the disease severity reported by the patient (r=0.59). The sensitivity to change of the QOLHEQ was superior compared with the other HRQOL-instruments as indicated by various responsiveness indices., Discussion:, We have successfully developed and validated a diseases-specific HRQOL-instrument for HE. The QOLHEQ consists of 30 items assessing four relevant domains of HRQOL in HE patients and is ready to use in the German version. It’s psychometric properties and responsiveness make it superior in assessing HRQOL in HE patients compared to other skin-disease specific or generic instruments. Other language versions (English, Danish, Finish, Japanese, Swedish and Turkish) will be available soon enabling scientists to compare their HRQOL data across countries.

ID: 234

Familiengründung und reproduktive Gesundheit – welche Zusammenhänge gibt es?

Yve Stöbel-Richter[1]

[1]*Universität Leipzig, Medizinische Fakultät, Leipzig*

Im Kontext von inhaltlich-theoretischen Diskussionen zu Familiengründung und Kinderwunsch werden Aspekte des Wissens um die eigene reproduktive Gesundheit kaum diskutiert. Im Lebensverlauf wird oft aus einer zunächst gewollten eine ungewollte Kinderlosigkeit, nicht zuletzt auch deshalb, weil davon ausgegangen wird, dass Familiengründung bis ins mittlere Lebensalter realisierbar ist. Der Vortrag setzt sich mit Mythen und Fakten zu dem Themen Familiengründung, reproduktive Gesundheit und Reproduktionsmedizin auseinander. Auf der Basis von repräsentativen Querschnitts- und kohortenspezifischen Längsschnittdaten (Sächsische Längsschnittstudie) werden Ergebnisse zur Fragestellung dargestellt., Die Ergebnisse zeigen, bezogen auf determinierende Kinderwunschmotive, vor allem einen Einfluss emotionaler Aspekte und eine Ambivalenz zwischen dem Wunsch nach emotionaler Stabilisierung und der Angst vor ökonomischen Einschränkungen. In weiteren Modellauswertungen wird darüber hinaus deutlich, dass grundsätzliche Unterschiede hinsichtlich der Entscheidung für ein erstes und ein weiteres Kind bestehen. Bezogen auf das Wissen um die reproduktive Gesundheit zeigt sich, dass die wenigsten Befragten hierzu klare Vorstellungen haben und auch hinsichtlich der Erfolgsraten einer reproduktionsmedizinischen Behandlung sehr idealisierte Vorstellungen vorhanden sind. Die Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit, im Kontext schulischer Aufklärungsarbeit auch auf den Fakt der sich vermindernden Reproduktionsfähigkeit im Lebensverlauf zu informieren.

ID: 235

Gesundheitsrisiken in Erwerbsbiografien im Gastgewerbe – der lange Weg zu nachhaltiger Beschäftigungsfähigkeit

Kerstin Guhlemann[1], Olaf Katenkamp[1], Arno Georg[1]

[1]*Sozialforschungsstelle Dortmund/ TU Dortmund, Dortmund*

Gesundheitsrisiken in Erwerbsbiografien im Gastgewerbe – der lange Weg zu nachhaltiger Beschäftigungsfähigkeit, Ergebnisse aus dem BMBF geförderten Projekt INDIGHO (Innovation und demografischer Wandel im Hotel- und Gaststättengewerbe), Guhlemann, Kerstin Dr. Katenkamp, Olaf Georg, Arno, Hintergrund, Der Demografische Wandel hat den Fachkräftemangel im Gastgewerbe radikal verschärft, da durch die zunehmende Nachwuchsproblematik die hohe Fluktuation nicht mehr durch überdurchschnittliche Ausbildungsaktivität aufgefangen werden kann. Bereits jetzt können 20-25% der Ausbildungsplätze nicht besetzt werden, ca. 40% werden vor dem Abschluss aufgelöst und die Zahl der ausgebildeten Fachkräfte reduziert sich in den ersten fünf Berufsjahren um rund die Hälfte. Es ist daher unabdingbar, die vorhandenen Fachkräfte länger als bisher in ihrem Beruf zu halten. Wege zur Verbesserung der Beschäftigungsfähigkeit können durch die Fokussierung der variierenden Erwerbsbiografien in der Branche identifiziert werden. , Methodik, Die Ergebnisse einer Befragung von Auszubildenden im Gastgewerbe (n=800), die in den Jahren 2009 und 2010 durchgeführt wurde, werden mit Ergebnissen von narrativen Interviews (n=20) aus den Jahren 2012 und 2013 mit aktuell und ehemaligen Beschäftigten im Gastgewerbe kombiniert. Der für die Auszubildendenbefragung eingesetzte Bogen enthielt Skalen zu psychischer und physischer Gesundheit, Arbeitsbedingungen und Zukunftsplänen. Die Zusammenhänge zwischen diesen Aspekten werden mit den Erkenntnissen der erwerbsbiografischen Interviews untermalt., Ergebnisse / Diskussion, Bereits in frühen Stadien der Erwerbsbiografie können verschiedene Gesundheitsprobleme und –risiken identifiziert werden, die mit den Belastungen und Ressourcen aus Arbeits- und Lebenswelt und den unterschiedlichen Bewältigungsstrategien verknüpft sind. Daher verlassen viele Beschäftigte ihren Beruf bereits während der Ausbildung oder in den ersten Berufsjahren. Als weitere wichtige Aspekte einer gesundheitsförderlichen Arbeitsumgebung lassen sich Führungsqualität und eine zufriedenstellende Work-Life-Balance benennen. Um die Beschäftigungsfähigkeit im Gastgewerbe zu erhöhen, ist es entscheidend, das Bewusstsein sowohl der Beschäftigten als auch der Führungskräfte für gesundheitsbezogene Aspekte zu erhöhen. Sektorale Ansätze sollten daher auf einer Stärkung der Gesundheitskompetenz und der Ressourcen aller beteiligten Akteure fokussieren und die Reduktion psychischer und sozialer Stressoren anstreben, bevor die Probleme zu kumulieren beginnen.

ID: 236

Psychosoziale Einflüsse auf die Gesundheit bei Arbeitnehmern in Deutschland: Ergebnisse einer Repräsentativerhebung

Thorsten Köhler[1], Simon Kühne[1], Helmut Schröder, Gabriele Freude[2]

[1]infas - Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH, Bonn; [2]Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Berlin

Einleitung , Psychische Erkrankungen sind in den letzten Jahren in Deutschland verstärkt in den Fokus geraten. Die S-MGA Studie untersucht daher die Determinanten der psychischen Gesundheit sowie Fragen zur Arbeits- und Funktionsfähigkeit der Arbeitnehmer in Deutschland. Ziel des vorliegenden Beitrages ist es, zu überprüfen, wie es um die psychische Gesundheit der Arbeitnehmer laut der MCS-Summenskala des SF-12 bestellt ist und von welchen psycho-sozialen Faktoren diese beeinflusst wird. , , Methodik , Die Grundgesamtheit bilden sozialversicherungspflichtig Beschäftigte zum 31.12.2010 aus den Geburtsjahrgängen 1951 bis 1980. Die Grundlage der Stichprobenziehung ist die Beschäftigten-Historik (BeH) des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB). Die Stichprobenauswahl erfolgte in einem zweistufigen Verfahren. Es wurden 4.500 Arbeitnehmer aus allen Berufsgruppen in einem computergestützten Face-to-Face Interview (CAPI) zum Thema psycho-soziale Gesundheit befragt. Die hier vorgestellten Ergebnisse basieren auf einer linearen Regression. , , Ergebnisse , Die Ausschöpfungsquote beträgt 35,7 %. Einen hochsignifikanten Einfluss auf die psychische Gesundheit (r^2=20%) haben das Verhältnis von Arbeits- und Privatleben, die Führungsqualität der unmittelbar Vorgesetzten sowie die soziale Unterstützung durch die Kollegen. , , Diskussion , Eine gesundheitsförderliche Organisationskultur zeichnet sich aus durch gute Führungsqualität, einem ausgewogenen Verhältnis von Arbeitszeit und Privatleben sowie einem unterstützenden Miteinander zwischen den Kollegen. Die psychische Gesundheit der Arbeitnehmer ist daher in starkem Maße durch den Arbeitgeber beeinflussbar, da diese Parameter steuerbar sind.

ID: 237

Qualitätssicherung in der Pflege - ein Instrument zur Weiterentwicklung der Pflegequalität, für mehr Lebensqualität und Wirtschaftlichkeit

Hans Gerber[1]

[1]*MDK Bayern, München*

Seit 2008 werden die Ergebnisse aller Qualitätsprüfungen in zugelassenen stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten in Deutschland, ihre Leistungen und deren Qualität, insbesondere hinsichtlich der Ergebnis- und Lebensqualität im Internet veröffentlicht. Die Veröffentlichung muss für Laien verständlich, übersichtlich und vergleichbar sein. , Eine wesentliche Grundlage der Veröffentlichung bilden hierbei die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) sowie gleichwertige Prüfergebnisse. Der Schwerpunkt der Prüfungen liegt auf der Ergebnisqualität. Die Bewertungen erfolgen auf der Grundlage eines Transparenzkriterienkatalogs und Notensystems, das inzwischen wegen der zunehmend besseren Noten in die Kritik geraten ist. , Längsschnittauswertungen über einen Zeitraum von 2 ½ Jahren zeigen, dass die Qualität in der Pflege sich in einzelnen Bereichen zwar verbessert hat, in anderen Bereichen dagegen weiterhin Optimierungsbedarf gegeben ist. Die konsequente interne Anwendung von pflegerischen Standards sowie ein durchgängiges internes Qualitätsmanagement haben positive Auswirkungen auf die Ergebnisse von Qualitätsprüfungen, auf die Lebensqualität der Pflegebedürftigen und auch auf die Wirtschaftlichkeit. , Im Vortrag werden die Zusammenhänge zwischen einer Qualitätssicherung in der Pflege, der Lebensqualität und auch hinsichtlich Wirtschaftlichkeitsaspekten dargestellt und Konsequenzen für die Zukunft abgeleitet.

ID: 238

Integrative und innovative Wohnformen für ältere Menschen: Angebote und Bedürfnisse

Susanne Busch[1], Joachim Westenhöfer[1], Wolf Polenz[1], Claudia Behn[1]

[1]Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg, Hamburg

Einleitung: Die Entwicklung des demographischen Wandels und der zu erwartenden hohen Anzahl an pflege- bzw. hilfebedürftigen Menschen stellt die Gesellschaft vor neue Herausforderungen. Dies unterstreicht die Notwendigkeit nach einer Entwicklung integrativer, innovativer und alter(n)sgerechter Wohnkonzepte für ältere und älter werdende Menschen. , Einerseits wurde eine systematische Bestandsaufnahme bestehender Wohnprojekte und andererseits eine korrespondierende Bedarfserhebung für ältere Menschen mit dem Schwerpunkt des Mehrgenerationswohnens durchgeführt. Damit sollten jeweils aus der Angebots- bzw. der Nachfrageperspektive Informationen für die Ableitung der Entwicklung vergleichbarer Wohnformen gewonnen werden. Die empirischen Grundlagen wurden im Rahmen von Forschungslehrprojekten gewonnen., Methode: Anhand von Einschlusskriterien wurde bei einem Fachprojekt ein Kriterienraster mit dem Schwerpunkt des Mehrgenerationenwohnens entwickelt, auf dessen Grundlage fünf Wohnprojekte (Wipperfürth, Fürth, Pfingstweide, Karlshorst, Cohousing) näher beleuchtet und verglichen wurden. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse wurden zusammengefasst und ausgewertet. Bei einem zweiten Lehrforschungsprojekt wurden anhand eines qualitativen Interviewleitfadens 42 Personen über 60 Jahren hinsichtlich ihrer aktuellen Wohn- und Versorgungssituation und nach den entsprechenden Bedürfnissen und Wünschen an eine zukünftige Wohnumgebung befragt. Von besonderem Interesse war dabei, unter welchen Bedingungen sich die Befragten einen Wechsel in eine alternsgerechtere Wohnung vorstellen können. , Ergebnisse: Insgesamt stellen alle einbezogenen Wohnprojekte das gemeinschaftliche Zusammenleben und die Nachbarschaftshilfe in den Vordergrund. Unterschiede bestehen in der Fokussierung der angebotenen Aktivitäten und der Zielgruppenorientierung. Es zeigte sich, dass die Gestaltungsmöglichkeiten gemeinsamer Aktivitäten von der Eigeninitiative jedes Bewohners/jeder Bewohnerin abhängt. Das gemeinsame Miteinander und die soziale Integration in die Gemeinschaft steigern das Wohlbefinden der Bewohner_innen. Eine gut funktionierende Kinderbetreuung wird durch eine Kombination aus professioneller Hilfe und nachbarschaftlichem Engagement gestellt. Die Gemeinden bzw. Städte fördern die Weiterentwicklung und das Bestehen solcher Projekte und bilden somit ein wichtiges Bindeglied. Zur Stärkung der Interaktion innerhalb der Bewohner_innen erweisen sich Netzwerker_innen oder Koordinator_innen als erfolgreich. , Entscheidend für die Nachhaltigkeit und Fortentwicklung der Wohnprojekte ist die Identifikation der Bewohner_innen mit den jeweiligen Zielvorgaben. Eine hohe Vorlaufzeit oder hohe Mietpreise einiger Projekte können zu einer verstärkten Fluktuation innerhalb der Gruppe führen. , Zentrale Ergebnisse aus der Befragung zeigen den Wunsch nach einer barrierefreien Wohnumgebung, einer besseren Infrastruktur und Hilfestellung im Haushalt. Fast ein Drittel der Befragten wünscht einen Balkon oder Garten und eine barrierefreie Wohnumgebung. Am häufigsten wurden Ärzte, Apotheken und Einkaufsmöglichkeiten als wichtige Umgebungsmerkmale genannt. Auch Möglichkeiten zu sportlicher Aktivität und zum Aufenthalt in der Natur wurden besonders häufig genannt. Die Mehrheit der befragten Personen war hinsichtlich Einkaufen und Selbstversorgung selbständig. Aber Unterstützung im Haushalt und beim Einkauf sind auch die Bereiche bei denen sich die Befragten eine spätere Unterstützung durch die Nachbarn besonders häufig wünschen. , Diskussion: Als problematisch erwiesen sich die fehlenden Evaluationen der untersuchten Wohnprojekte. Auch die teilweise nur lückenhaft vorhandenen Informationen über die Projekte erschwerten eine Bewertung. In der qualitativen Befragung war besonders auffällig, dass die Befragten kaum antizipieren konnten, dass sich ihre gesundheitliche Situation und die daraus resultierenden Unterstützungsbedarfe verändern können. Es besteht kaum eine Bereitschaft, präventiv die Wohnsituation zu verändern. Veränderungen können sich die Befragten erst dann vorstellen, wenn bereits gravierende Veränderungen der eigenen Gesundheit oder der familiären Situation eingetreten sind.

ID: 239

Patientenorientierte Gesundheitsförderung – Eckpunkte eines Qualifizierungskonzeptes für die ärztliche und pflegerische Fort- und Weiterbildung

Christine Dörge[1]

[1]*Hochschule für Technik und Wirtschaft des Saarlandes (HTW Saar), Saarbrücken*

Gesundheitsförderliche Maßnahmen werden im Angebotsspektrum von Gesundheitsdienstleistungen künftig einen breiteren Raum einnehmen (müssen)(u.a. WHO 2000, SVR 2010). Dies gilt in verstärktem Maße auch für gesundheitsfördernde Ansätze im häuslichen Setting. Nur: sind Hausärzte und Pflegekräfte als die beiden Hauptakteure in der ambulanten Gesundheitsversorgung für die professionelle Ausübung einer patientenorientierten Gesundheitsförderung auch tatsächlich bereits ausreichend qualifiziert? Sind sie in der Lage, den spezifischen Gesundheitsbedürfnissen der Patienten und ihrer Angehörigen angemessen nachkommen zu können? Eine Änderung der jeweiligen Ausbildungs- und Studienordnungen (siehe KrPflAPrV 2003, ÄApprO 2002) allein führt nicht unmittelbar zu einer den Erfordernissen salutogener Arbeit entsprechenden (Neu-)Ausrichtung beruflicher Praxis. Unter der Perspektive eines evtl. bestehenden Qualifikationsbedarfs ist auch dem Bereich der Fort- und Weiterbildung angemessene Aufmerksamkeit zu schenken., Die Ergebnisse und Erkenntnisse einer diesem Beitrag zugrundeliegenden qualitativ-empirischen Studie (Dörge 2013) zu der Frage, in welcher Art und Weise Gesundheitsförderung im beruflichen Selbstverständnis von Hausärzten und Pflegekräften verankert ist und aus binnenperspektivischer Sicht Eingang in das berufliche Alltagshandeln findet bzw. gefunden hat, verweisen bei den befragten Professionellen zwar auf ein generelles Bekenntnis zur Wahrnehmung einer patientenorientierten Gesundheitsförderung, zugleich aber auf konzeptionell kaum untermauerte, theoretisch wenig fundierte und eher unsystematisch geplante Handlungsstrategien. Auch wenn die Chancen und Risiken der Praxis einer patientenorientierten Gesundheitsförderung nicht allein durch das berufliche Selbstverständnis der Akteure selbst, sondern auch durch die kontextualen Rahmenbedingungen (mit-)bestimmt werden, stellt eine auf eine verstärkte salutogenetische Handlungspraxis ausgerichtete „Nach-“ bzw. „Weiterqualifizierung“ der in der ambulanten Krankenversorgung tätigen Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen eine unabdingbare Notwendigkeit dar., Der aus den erhobenen Untersuchungsbefunden abgeleitete Qualifizierungsbedarf wurde in den Entwurf eines Assessment-Instrumentes zur Entwicklung eines salutogenetisch orientierten Kompetenzprofils überführt. Die quantitative Operationalisierung und empirische Testung des Instrumentes steht im nächsten Forschungsschritt an. Einsatzfelder des hier schon mal in seinen Grundzügen vorgestellten Assessment-Instrumentes sind die Diagnose des konkreten Qualifizierungsbedarfs jedes Einzelnen , die passgenaue Zusammenstellung der Teilnehmergruppe an einer Weiterbildungsmaßnahme incl. der bedarfsgerechten Auswahl vorgehaltener Qualifizierungsmodule, sowie die spätere Evaluation des Lehr-Lernerfolges. Methodisch-didaktische Empfehlungen zur Gestaltung eines spezifisch lernförderlichen Lernarrangements bilden einen weiteren zentralen Moment des vorgeschlagenen und im Rahmen dieses Kongresses in seinen Eckpunkten zur Diskussion gestellten Qualifizierungskonzeptes. Hierbei wird insbesondere auf eine interdisziplinäre, das Kooperationswissen und die Kooperationsbereitschaft der verschiedenen professionellen, an der Gesamtversorgung der Patienten beteiligten „Player“ aufgreifende und erweiternde Form der Weiterbildung Wert gelegt.

ID: 240

Erwartungen der Beschäftigten in therapeutischen Gesundheitsfachberufen und im Hebammenwesen an die zukünftige Ausbildungsgestaltung zur Sicherstellung veränderterGesundheitsversorgungsbedarfe

Susanne Busch[1], Johannes Balke[1], Lita Herzig[1], Kristin Marai Käuper[1], Joachim Westenhöfer[1]

[1]Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg, Hamburg

Hintergrund: Das Gesundheitswesen befindet sich aufgrund von Ökonomisierungstendenzen, demografischer Entwicklung, veränderten Krankheitsspektren, kontinuierlich steigendemevidenzbasierten Wissen, Partizipationsansprüchen der Bevölkerung und medizinisch-technischen Fortschritt im Wandel. Zudem spielen Gesundheitsförderung und Gesunderhalt der Bevölkerung eine immer wichtigere Rolle. Desweiteren wird der primär gesunde Prozess von Schwangerschaft über Geburt bis zum Ende der Stillzeit zunehmend pathologisiert. Dies führt zu weitreichenden Veränderungen der Tätigkeitsbereiche in Physio- und Ergotherapie, Logopädie und Hebammenkunde. Fachkräfte dieser Berufe müssen sich sowohl mit dem wachsenden Wissen ihrer Disziplinen als auch mit komplexer werdenden chronischen Erkrankungen und im Bereich der Hebammen mit steigenden Interventions- und Kaiserschnittraten auseinandersetzen, um zielführend behandeln, betreuen und begleiten zu können. Um den veränderten und neuen Anforderungsprofilen an die Tätigkeiten in Gesundheitsfachberufen adäquat zu begegnen empfiehlt der Wissenschaftsrat (2012: 8) „die mit besonders komplexen und verantwortungsvollen Aufgaben betrauten Angehörigen der Gesundheitsfachberufe zukünftig bevorzugt an Hochschulen auszubilden“ und benennt dabei ausdrücklich die Berufsgruppen Physio- und Ergotherapie,Logopädie und Hebammenkunde. Um diese gewünschte Akademisierung auch bereits examinierten Fachkräften zugänglich machen zu können, entwickelt das Competence Center Gesundheit (CCG) der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg (HAW Hamburg) einen berufsbegleitenden interdisziplinären Bachelorstudiengang für diese Berufsgruppen., Methode: Ziel ist die konzeptionelle Entwicklung eines interdisziplinären Studienangebotes, dass sich an den Bedarfen und Bedürfnissen des Arbeitsmarktes sowie der potentiellen Studierenden ausrichtet. Im ersten Schritt erfolgte eine umfassende Bestanderhebung und Analyse der Ausbildungslandschaft der vier Berufe in Deutschland. Im Anschluss daran wird unter Anwendung der Delphi-Methode eine empirische Ermittlung von Expertinnen- und Expertenmeinungen dieser vier Berufsgruppen (n=48) zu aktuellen und zukünftigen Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung sowie zu den Kompetenzbedarfen nach Studienabschluss durchgeführt. Anhand von drei schriftlichen Befragungswellen werden sie online um ihre Einschätzung gebeten. In der ersten Befragungswelle wird ein qualitativer Fragebogen eingesetzt, der inhaltsanalytisch ausgewertet als Basis für die zweite Befragungswelle mittels quantitativem Fragebogen dient. In der zweiten Befragung gewichtet dasselbe Expertenpanel die zusammengefassten, aber noch eher unstrukturierten möglichen Inhalte, Themenschwerpunkte und Kompetenzbedarfe des interdisziplinären Studiengangs. Auf Grundlage dieser Ergebnisse wird ein abschließender quantitativer Fragebogen entwickelt, der den Gruppenkonsens über konkrete Studieninhalte und den Modulaufbau eruiert., , Ergebnis: Die bisherigen Ergebnisse zeigen, dass eine Akademisierung der vier Berufsgruppen mit erweitertem Kompetenzerwerb von fast allen Befragten als sinnvoll und notwendig angesehen wird, u.a. um wissenschaftliche Erkenntnisse in der praktischen Arbeit anwenden und evidenzbasiert tätig sein zu können. Darüber hinaus wären eine Erweiterung der bisherigen Aufgabengebiete und die Übernahme neuer Aufgabenbereiche wie beispielsweise in der Gesundheitsförderung und Prävention, der Versorgung psychisch Erkrankter und der Geriatrie denkbar. Als besonders relevant heben viele Befragte eineinterdisziplinäre Zusammenarbeit und ein klientenzentriertes Schnittstellenmanagement auch in der ambulanten Versorgung hervor, die ebenfalls angrenzende Berufe im Sozialbereich einschließt. Als weitere Inhalte werden u.a. Leitungs-,Kommunikations- und Beratungskompetenzen sowie die Entwicklung von Betreuungskonzepten als wichtig erachtet., Diskussion: Diese vier Berufsgruppen gemeinsam akademisch weiterzubilden um ihnen erweiterte Kompetenzen zu vermitteln könnte einen wichtigen Beitrag dazu leisten, den veränderten Krankheitsspektren und dem demografischen Wandel vorausschauend zu begegnen. Ihre Beteiligung an der Entwicklung neuer interdisziplinärer Versorgungskonzepte im ambulanten Bereich scheint vielversprechend zu sein, um eine bedarfsgerechte, klientenzentrierte und ressourcenschonende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung auch unter zukünftigen Herausforderungen sicherzustellen

ID: 241

Vorschlag eines mehrstufigen Vorgehens zur Nutzung von Qualitätsinformationen zum Zwecke der Patienteninformation und Patientenberatung

Günther Heller[1], Tonia Kazmaier[1], Linda Barnewold[1], Lara Stumpp[1], Björn Broge[1], Joachim Szecsenyi[1]

[1]AQUA - Institut für angewandte Qualitätsförderungund Forschung im Gesundheitswesen GmbH, Göttingen

Einleitung/Hintergrund: Der öffentliche Druck, Qualitätsindikatoren einrichtungsbezogen zu publizieren, nimmt national wie international zu. Dabei wird die Akzeptanz derartiger Veröffentlichungen, wie auch deren allgemeiner Nutzen, mitunter auch kritisch betrachtet. Dies mag unter anderem daran liegen, dass zumeist risikoadjustierte Standardisierte-Ereignis-Ratios (SER) ausgewiesen werden. Nachteil dieser Maßzahlen ist, dass sie bei niedriger Erkrankungsschwere bzw. niedrigen Fallzahlen in einer Einrichtung mitunter zwar sehr gute Werte aufweisen, weil keine Komplikationen der Behandlung (Ereignisse) aufgetreten sind, die Ergebnisqualität der Einrichtung jedoch nicht tatsächlich abgebildet wird. Dieser Umstand kann zu erheblicher Fehlinformationen beitragen., Ziel dieser Arbeit ist es daher, ein Verfahren der Patienteninformation bzw. -beratung vorzustellen, welches aus einem mehrstufigen Verfahren besteht., 1.Auf Basis von veröffentlichten Risikoadjustierungsgleichungen wird das Risiko eines zu behandelten Patienten ermittelt, 2.Es werden Einrichtungen identifiziert, die dieses Risiko auch behandeln , 3.Davon werden die Einrichtungen ausgewählt, die gute Ergebnisse aufweisen., Daten/Methodik: Dazu wurden Daten von über 17.000 Patienten aus dem gesetzlichen Qualitätssicherungsverfahren zur isolierten Aortenklappenchirurgie des Jahres 2011 verwendet, wie auch die im Rahmen des Verfahrens angewandte Prognose bzw. Risikoadjustierungsgleichungen genutzt (1)., Ergebnisse: Es wird ein Prognosemodell und dessen Anwendung für den Endpunkt Versterben während des stationären Aufenthaltes bei Implantation einer Aortenklappe und dessen Anwendbarkeit für Patienten(-berater) dargestellt. Dabei schwanken die individuellen geschätzten Sterbewahrscheinlichkeiten zwischen 1% und 70%. Anschließend werden Algorithmen dargestellt, wie an Hand von spezifischen Sterbewahrscheinlichkeiten Einrichtungen identifiziert werden können, die über ausreichende Erfahrung mit Patienten dieser Erkrankungsschwere verfügen. Ein einfaches Vorgehen wäre z. B das einer risikoadjustierten Fallzahl wie unlängst für eine vergleichende Internetdarstellung der Versorgung von Frühgeborenen von uns vorgeschlagen (2). Schließlich kann die risikoadjustierte Ergebnisqualität für die so ausgewählten Einrichtungen vergleichend betrachtet und eine optimale Einrichtung ausgewählt werden. An Hand von Fallbeispielen lässt sich illustrieren, dass mit dem vorgeschlagenen Verfahren die oben beschriebenen methodischen Nachteile einer Orientierung an SER in der Patientenberatung in der Auswahl von Einrichtungen vermieden werden., Diskussion/Schlussfolgerung: Das vorgeschlagene Verfahren erklärt einerseits die mangelnde Effektivität einer Nutzung von Veröffentlichten Qualitätsinformationen in der Patientenberatung und – information und weist umgekehrt auf ungehobene Potenziale in diesem Bereich hin. Allerdings setzt das hier vorgeschlagene Verfahren eine grundsätzlich andere Aufbereitung und Nutzung von Qualitätsinformationen voraus.

ID: 243

Geriatrie - Ausweg aus der Fehlversorgung älterer Menschen?

Norbert Lübke[1]

[1]*Kompetenz-Centrum Geriatrie des GKV-Spitzenverbandes und der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste, Hamburg*

Geriatrie - Ausweg aus der Fehlversorgung älterer Menschen? , Die Versorgung immer mehr älterer Menschen und der hiermit zu erwartende Anstieg von Pflegebedürftigkeit stellen die Sozialversicherungssysteme zunehmend unter Druck und vor neue konzeptionelle und ökonomische Herausforderungen. Die im deutschen Gesundheitssystem relativ junge Fachdisziplin der Geriatrie beansprucht, sich diesen Herausforderungen in besonderem Maße zu stellen und zukunftsfähige Versorgungsangebote für ältere Menschen zu entwickeln. Der Beitrag reflektiert aus einer sozialmedizinischen Perspektive die derzeitige Versorgung älterer Menschen, hinterfragt hierbei insbesondere den Stellenwert der seit Einführung des DRG-Systems rasch gewachsenen geriatrischen Versorgungsstrukturen und stellt diese krititsch einer fachlichen Analyse der besonderen Bedarfe dieser Patientengruppe gegenüber., Hiernach zeichnen sich alte Menschen vor allem durch eingeschränkte Reservekapazitäten aus. Sie sind in der Regel nicht nur durch zunehmende Kumulation chronischer Krankheiten (Multimorbidität) gekennzeichnet, sondern unterliegen vor allem einem deutlich höheren Risiko als jüngere Patienten, bereits bei geringfügig erscheinenden zusätzlichen Gesundheitsproblemen dauerhafte Einbußen ihrer bisherigen Selbständigkeit ggf. bis hin zur Pflegebedürftigkeit zu erleiden. Diese Risiken gilt es frühzeitig zu erkennen und durch ein individuell bedarfsgerechtes Behandlungsmanagement weitest möglich in ihren potenziell negativen Auswirkungen zu begrenzen. Ein solches Management erfordert angesichts vielfacher Komorbiditäten zumeist auch eine Behandlungspriorisierung auf diejenigen Erkrankungen des alten Menschen, deren Behandlung tatsächlich etwas zum Erhalt seiner Selbständigkeit, Autonomie, Teilhabe und Lebensqualität beiträgt. Daher gewinnen neben klassisch kurativer Behandlung auch rehabilitative Interventionsansätze und eine Vielzahl im Alter für den Teilhabeerhalt oft ebenso entscheidende kontextliche Versorgungsansätze an Bedeutung. Ferner erfordert diese Herangehensweise einen gesamtheitlichen Blick auf den alten Menschen und wirft damit die Frage nach einem ausgewogenen Verhältnis und sinnvollen Zusammenwirken generalistischer und spezialisierter Qualifikationen in unserem Gesundheitssystem auf., Während Aspekte der Unter- wie Überversorgung alter Menschen an vielen Stellen zutage treten (bspw. Koordinationsdefizite zwischen den Versorgungsektoren und zwischen haus-und fachärztlicher Versorgung, Mehrfachdiagnostik, Polypharmazie, unkontrollierte therapeutische Indikationsausweitungen, aber auch Unterdiagnostik und Unterversorgung bspw. vieler geriatrietypischer Syndrome wie Sturz, Demenz, Depression, Inkontinenz, Mangelernährung oder in der präventiven und rehabilitativen Versorgung), stellt sich die Frage, ob die Geriatrie in ihrer bisherigen überwiegend stationären und auf bestimmte Leistungsaspekte (insbesondere frührehabilitative Komplexbehandlungen) fokussierten Etablierungsform im gesundheitlichen Versorgungssystem ihren eigenen Ansprüchen gerecht wird und diesen Fehlversorgungen tatsächlich entgegensteuert. So zeigen bspw. zusammen mit dem Wissenschaftlichen Institut der Ortskrankenkassen durchgeführte Routinedatenauswertungen zwar den erheblichen Beitrag der Geriatrie zur rehabilitativen Versorgung älterer Menschen, belegen über die hierfür gesetzten Vergütungsanreize aber erneut Tendenzen zu Über- wie Unterversorgung. Weniger etabliert sind bisher Leistungen, die die Geriatrie aufgrund ihrer speziellen Kompetenzen und Erfahrungen supportiv und integrativ in die Behandlungsprozesse alter Menschen einbringen könnte (bspw. die Versorgung demenziell erkrankter Menschen, von Patienten mit Schluckstörungen oder Wundproblemen, Intermediate-Care, palliativmedizinische Betreuung etc.). Der Autor schlussfolgert, dass sich der geriatrische Versorgungsansatz nicht alleine über separierte geriatrische Versorgungsstrukturen umsetzen lässt, sondern auf vielen Ebenen - nicht zuletzt auch ambulant - besser in die Gesamtversorgung alter Menschen integriert werden muss. Hierzu bedarf es neben einer geriatrischen Facharztqualifikation auf hohem Anspruchsniveau v.a. einer breiten, flächendeckenden geriatrischen Basisqualifikation in der hausärztlichen Versorgung. Darüber hinaus ist eine effizientere Einbettung der medizinischen Versorgung in ergänzende und kooperierende multiprofessionelle Versorgungsstrukturen und -angebote für die kontextliche Versorgung älterer Menschen unerlässlich.

ID: 244

Lehre von Public Health und Gesundheitsförderung

Jutta Lindert[1]

[1]*Evangelische Hochschule Ludwigsburg, Ludwigsburg, Deutschland, Ludwigsburg*

Workshop der AG Lehre in der DGSMP, Moderation: Jutta Lindert, Eberhard Göpel, Die Lehre von Sozialmedizin und Public Health in gesundheitsbezogenen Studiengängen wie Public Health, Gesundheitsförderung, Pflege, Ergotherapie und Sozialer Arbeit erlangt zunehmend Bedeutung. Gesundheitsförderung in Deutschland gewinnt immer mehr an Relevanz. Vor diesem Hintergrund erhebt sich die Frage nach einer adäquaten Qualifikation einschlägig tätiger Akteure und Experten. Zahlreiche akademische und nichtakademische Anbieter vermitteln derzeit Know How in diesem Feld. , Für die Qualitätssicherung und Weiterentwicklung der Lehre in gesundheitsbezogenen Studiengängen und für die Weiterentwicklung der Studiengänge ist eine Vernetzung der Akteure von entscheidender Bedeutung. In diesem Workshop werden daher Experten und Expertinnen einen Überblick zum Stand der Lehre der Gesundheitsförderung in unterschiedlichen Studiengängen geben. , Der Workshop der AG Lehre in der DGSMP fokussiert 2013 auf Studiengänge der Gesundheitsförderung. und gliedert sich in vier Vorträge:, 1) Schritte zur Professionalisierung der Gesundheitsförderung in den vergangenen 20 Jahren und Ausblick auf den kommenden 10 Jahre Lehre in betrieblicher Gesundheitsförderung – eine Perspektive aus Deutschland (Eberhard Göpel, ASH Berlin), 2) Die Entwicklung der beruflichen Qualifizierung für die Gesundheitsförderung in Deutschland aus der Sicht der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Guido Noecker, BZgA Köln), 3) Qualifizierung von Akteuren der Betrieblichen Gesundheitsförderung (Gudrun Faller, Hochschule Magdeburg-Stendhal), 4) Lehre von Public Health und Gesundheitsförderung: Perspektiven für die Zukunft

ID: 246

Economic burden of chronic heart failure with preserved vs. reduced ejection fraction - an analysis from the German Competence Network Heart Failure

Janine Biermann[1], Till Neumann[2], Stefan Störk[3], Sissy Stauffenberg[3], Christiane E. Angermann[3], Hans-Dirk Düngen[4], Raimund Erbel[2], Wolfgang Herzog[5], Bernhard Maisch[6], Thomas Müller-Tasch[5], Cemil Oezcelik[4], Sabine Pankuweit[6], Burkert Pieske[7], Vera Regitz-Zagrosek[4],Thomas Scheffold[8], Rolf Wachter[9], Jürgen Wasem[1], Anja Neumann[1]

[1]*Lehrstuhl für Medizinmanagement Universität Duisburg-Essen, Essen*; [2]*West-German Heart Center, Universitätsklinikum Essen, Essen;* [3]*Universität Würzburg;* [4]*Charite, Berlin;* [5]*Universität Heidelberg;* [6]*Philipps-Universität Marburg;* [7]*Medizinische Universität Graz, Österreich;* [8]*Herz-Kreislaufforschung;* [9]*Universität Göttingen*

Aim: Chronic heart failure (CHF) is currently one of the most prevalent cardiac diseases. The present analysis sought to estimate the one-year disease-related resource use and associated management costs of patients with CHF differentiated according to patients with preserved (HFpEF) and reduced ejection fraction (HFrEF). This differentiation could be used to describe patients as having systolic heart failure (HFrEF) and diastolic heart failure (HFpEF). Today, there is still paucity of data concerning cost of illness in heart failure according to these subgroups., Subject and Methods: 4,714 individuals with heart failure (mean age 64.5 years ± 13.2, 31.2% female, NYHA I-IV) were included from the German Competence Network Heart Failure. Patients with an ejection fraction (EF) of less than 50% were assigned to the HFrEF group (n=3.530, mean age 63.7 years ± 13.2, 23.8% female, NYHA I-IV), whereas those with an EF≥50% constituted the HFpEF group (mean age 66.8 years ± 13.0, 53.3% female, NYHA I-IV). Disease-related resource use was assessed with regard to outpatient contacts to physicians, hospitalizations, rehabilitation stays, and drug utilization for a period of 12 months. Costs refer to the year 2011., Results: During one year, the entire patient population had on average 5.3 contacts to the general practitioner, 1.8 contacts to cardiologists and 0.7 hospital stays per year. The analysis showed that patients with HFrEF had a significant higher resource use compared to patients with HFpEF: The HFrEF group consulted the general practitioner with 6.1 contacts significantly more often in comparison to patients with HFpEF, who had on average 2.9 contacts to the GP ($p<0.001$). A similar result was also seen in cardiologist contacts: the mean number of contacts was 2.2 in the HFrEF group and 0.7 in the HFpEF group ($p<0.001$). In addition, the mean number of hospital stays was 0.9 for patients with HFrEF and 0.3 for patients with HFpEF ($p<0.001$). , Overall disease-related care costs per patient were calculated at 2,845€ per year, while the costs of the HFrEF group were 3.373€ and 1.271€ in the HFpEF group ($p<0.001$). , The largest component of total costs in the HFrEF group related to hospitalizations (2,481€, 74%), while costs of rehabilitation (344€, 10%), outpatient contacts (279€, 8%), and medication (268€, 8%) were considerably lower. The percentage distribution was nearly the same in the two subgroups of patients with HFrEF and HFpEF. Therefore, hospital admissions accounted for 74% of the total costs with 941€ in the HFpEF group, too. Costs for rehabilitation stays were 116€ (9% of the total costs) in the HFpEF group, while 9% of the total costs related to outpatient contacts (111€), and 8% to drug utilization with 104€., Conclusion: The present analysis demonstrates a high disease-related resource use of heart failure care. In particular, patients with reduced ejection fraction require increased resources compared to patients with preserved ejection fraction. Inpatient resources are the largest component in heart failure care, irrespective of underlying HFrEF or HFpEF. Hence, improved treatment strategies need to be developed to optimize care thus reducing hospitalization rates.

ID: 247

Systematische Entwicklung und Evaluation von Social Media Angeboten in der gesundheitlichen Aufklärung

Guido Nöcker[1], Oliver Schwenner[2], Sonja Siegert[3], Markus Gabriel[4], Thomas Quast[5]

[1]Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln; *[2]BZgA*; *[3]BZGA*; *[4]ComX*; *[5]ComX, Bochum*

Hintergrund : Die Möglichkeit neuer digitaler Medien, insbesondere sog. Social Media (facebook, twitter) in der Gesundheitsförderung eröffnen den Anbietern von Gesundheitsinformationen neue Möglichkeiten der Zielgruppenansprache und aktiven Beteiligung der Adressaten. Aufgrund der raschen, technischen Weiterentwicklung dieser Medien und sich änderndem Nutzerverhalten stehen die Anbieter von Gesundheitsinformation vor großen Herausforderungen. Einerseits sollen sie neue Entwicklungen rasch aufgreifen und anwenden (Thackeray et.al 2012), andererseits diese Entwicklungen in Bezug auf Relevanz und Wirkung einschätzen können und erst bei ausreichender Evidenz einsetzen. Letzteres setzt verfügbares Forschungswissen voraus an dem es allerdings weitgehend mangelt. , Die BZgA als einer der größten Anbieter von Gesundheitsinformation hat 2012 im Rahmen ihrer Ressortforschungstätigkeiten ein Pilotprojekt zur Verbesserung der Anwendungssicherheit und Wirksamkeit von Social Media (SoMe) in der gesundheitlichen Aufklärung begonnen, das wichtige Erkenntnisse für den evidenzbasierten Einsatz neuer Medien in der gesundheitlichen Aufklärung liefern soll. Das Projekt hat eine Laufzeit von 18 Monaten und soll die Verbesserung vorhandener Interventionskonzepte durch die Implementierung von ausgewählten Social Media tools in zwei Themenfeldern (Sexualaufklärung und Familienplanung) untersuchen und zur Entwicklung einer praxistauglichen Evaluationsstrategie für neue Medien in der gesundheitlichen Aufklärung beitragen., Daten und Methoden: Das Projekt folgt dem PRECEDE/PROCEED-Modell, das einen strukturellen Rahmen für die systematische Entwicklung und Evaluation von Programmen der Gesundheitsförderung bietet. Zweck des Modells ist es, Gesundheitsförderungsprojekte partizipativ zu beginnen und sie bedarfs- sowie ergebnisorientiert zu planen und durchzuführen. Das Evaluationskonzept nutzt dazu unterschiedliche Erhebungsinstrumente und kombiniert diese über den gesamten Projektverlauf. Insgesamt werden folgende Instrumente eingesetzt : , - Webmetrics:· Facebook Insight·, Google AdWords, Piwik, Seo Tools, - Social media monitoring: Monitoring und Analyse von themenrelevanten Inhalten, Diskussionen und Aktivitäten , eigene Beobachtung , Devon Agent, - On-Site-Befragung Die Befragung fokussiert auf drei Aspekte, die von den anderen Evaluationsmodulen nicht erfasst werden: Demografie der Nutzenden , ,initiale Bekanntheit der Websites, Interessensbereiche und Gefallen der Seite , - Kontrollierte Testgruppen : Die Testpersonen rekrutieren sich aus einem Onlinepanel eines Felddienstleisters (> 70.000 Personen). Drei Erhebungswellen sind vorgesehen:, Die 1. Befragungswelle wurde im November 2012 mit 167 Testpersonen zur website familienplanung.de und für die website loveline.de mit 231 Testpersonen abgeschlossen., In den folgenden beiden Befragungswellen werden je Welle mindestens 200 Probanden für loveline.de und 150 Probandinnen für familienplanung.de befragt werden., - Intensivinterviews : Die weitgehend quantitative Befragung via Onlinepanel wird durch 24 qualitative Intensivinterviews flankiert., - Studiotest : Unter noch weitaus kontrollierteren Bedingungen als die kontrollierte Testgruppe und die Intensivinterviews finden die Studiotests statt (14+10 Personen) und ergänzen das Evaluationsset., Ergebnisse : , Ergebnisse der ersten und zweiten Befragungswelle mit kontrollierten Testgruppen werden vorgestellt. Im Fokus der 1. Erhebung steht dabei die Darstellung der grundsätzlichen Nutzung von Sozialen Medien und spezifischer Formen dieser Medien, (z.B. Foren oder Frage-Antwort-Seiten) sowie die prinzipielle Akzeptanz spezifischer Interventionsmöglichkeiten sowie die Akzeptanz und Bewertung der vorhandenen Webangebote (loveline.de und familienplanung.de), Die 2. Erhebungswelle, stellt erste Ergebnisse der neu implementierten tools mit Blick auf deren Akzeptanz, Aktivierungspotential und erste Qutcome Einschätzungen vor., Schlussfolgerungen : Das Projekt liefert wichtige Bausteine zur Entwicklung einer evidenzbasierten Kommunikationsstrategie für den Einsatz von Social Media.

ID: 248

Comparative Effectiveness Research – Aktuelle Anwendung und methodische Grenzen

Jens-Peter Reese[1]

[1]*Philipps-Universität Marburg, Marburg*

Comparative Effectiveness Research (CER) -vergleichende Untersuchung alternativer Behandlungsoptionen- ist ein Kernelement evidenzbasierter Entscheidungsprozesse. Klinische Leitlinien, Erstattungsentscheidungen auf Basis von Zusatznutzeninformationen (z.B. im Arzneimittelneuordnungsgesetz) und gesundheitspolitische Programme (z.B. Millennium Development Goals) verwenden vergleichende Studien und bewerten deren Evidenzgrade um Informationen für Entscheidungen zu gewinnen und zu gewichten. Zwar gilt der experimentelle Ansatz mit Randomisierung (RCT) als valides Design von CER, die gängige Definition von Comparative Effectiveness Research fordert darüber hinaus weitere Eigenschaften: 1) CER ist fokussiert auf eine spezifische klinische oder gesundheitspolitische Entscheidungssituation aus der Perspektive des Patienten , 2) CER vergleicht mindestens zwei alternative Interventionen 3) CER liefert neben Ergebnissen für die Gesamtpopulation auch Informationen für relevante Subgruppen 4) CER misst patientenrelevante Nutzen- und Risikooutcomes 5) CER wird in einem “real life” Setting durchgeführt und eben nicht allein unter experimentellen Bedingungen 6) CER verwendet Methoden und Datenquellen, die über RCTs hinaus gehen und zur jeweiligen Fragestellung die beste Evidenz liefern. Dies schließt insbesondere so genannte pragmatische Studien, Register, gesundheitsökonomische Modellierungen und Untersuchungen an Routinedaten mit ein. Dieser Workshop soll einen kritischen Überblick über die Leistungsfähigkeit von CER bieten. Inwieweit wurde CER in der Versorgungsforschung bereits implementiert? Konnten die Erwartungen an die Entscheidungsunterstützung durch CER erfüllt werden? Wo liegen die methodischen Grenzen von CER, wo die zukünftigen Herausforderungen? Weiterhin zielt der Workshop auf den interdisziplinären Austausch methodischer Lösungsansätze und fachspezifischer Probleme: Es werden Fallstudien aus Versorgungsforschung, Klinik und politischer Ökonomie vorgestellt und diskutiert. , , Sprecher: , , Prof. Dr. Jann Lay: Innovative Designs of Causality in Economics: The Case of the Millennium Development Goals , , Prof. Dr. Armin Koch, Hannover (angefragt): Comparative Effectiveness - Zulassung auf der Basis von Nichtunterlegenheit. , , Dr. Karel Kostev: Administrative Patientendaten: Eine valide Datenbasis für Comparative Effectiveness Research? , , Dr. Jens-Peter Reese: Wann ist der Zusatznutzen relevant: Zur Messung und Bewertung von Effektstärken bei patienten-relevanten Outcomes.

ID: 249

Individuelle und kontextuelle Determinanten der Gesundheit in Deutschland

Lars Eric Kroll[1], Thomas Lampert[1]

[1]Robert Koch-Institut, Berlin

Hintergrund:, In der sozialepidemiologischen Forschung werden zunehmend vermittelnde Mechanismen der Transformation von sozialen in gesundheitliche Ungleichheiten untersucht. Der geplante Beitrag untersucht für verschiedene Outcomes die Bedeutung individueller und kontextueller Determinanten der Gesundheit mit einem großen, repräsentativen Querschnittsdatensatz., Daten und Methoden:, Es werden Daten der Studien „Gesundheit in Deutschland aktuell“ 2009 und 2010 (n=43.312) verwendet. Regionale Unterschiede werden hinsichtlich der Rauchquote, der Prävalenz von Adipositas, der Prävalenz von Diabetes mellitus sowie des allgemeinen Gesundheitszustandes analysiert auf Ebene der Kreise und kreisfreien Städte. Dazu werden den Daten der GEDA-Studie Regionalindikatoren aus den Datenbanken INKAR 2012 des BBSR sowie „Regionaldatenbank Deutschland“ von Destatis zugespielt. Bei der Analyse kommen logistische multilevel Regressionsmodelle mit erklärenden Variablen auf der Individual- und Kontextebene zur Anwendung. Als Determinanten der Gesundheit werden die Arbeitslosigkeit und Einkommen untersucht., Ergebnisse:, Sowohl individuelle als auch kontextuelle Faktoren sind mit dem Auftreten von Gesundheitsrisiken und Krankheiten assoziiert. Wird die unterschiedliche Skalierung der Determinanten berücksichtigt zeigt sich, für Männer und Frauen, dass die Assoziation zwischen den Outcomes und den individuellen Determinanten der sozialen Lage größer ist, als bei den kontextuellen Determinanten. , Diskussion:, Bei der Interpretation der Ergebnisse hinsichtlich der geringeren Bedeutung kontextueller Faktoren ist zu berücksichtigen, dass die Ebene der Kreise und kreisfreien Städte ein vergleichsweise grobes Analyseraster darstellt. Damit können die Ergebnisse, Analysen auf der Stadteilebene ggf. widersprechen (modifiable areal unit problem).

ID: 250

Index zur Kontrolle für die Arbeitsbelastung im Beruf nach ISCO-88 und KldB-92

Lars Eric Kroll[1]

[1]*Robert Koch-Institut, Berlin*

Hintergrund:, Zur Analyse der gesundheitlichen Folgen von Arbeitsbelastungen stehen mangelt es für an allgemeinen Proxy-Indikatoren zur Bewertung der relativen physischen und psychosozialen Arbeitsbelastung in beruflichen Tätigkeiten, die in epidemiologischen Studien als Kontrollvariablen verwendet werden können. In diesem Beitrag wird ein Index vorgestellt, der auf Basis der Berufsklassifikationen KldB-1992 und ISCO-88 eine Einschätzung der Exposition gegenüber physischen und psychosozialen Arbeitsbelastungen. , Methode:, Auf Basis der BiBB/BAuA Erwerbstätigenbefragung 2006 wurden 39 Indikatoren für verschiedene Arbeitsbelastungen zu drei standardisierten Scores (allgemeine, physische und psychosoziale Arbeitsbelastung) zusammengefasst. Die Skalenwerte wurden anhand des Verfahrens der Mehrebenenanalyse (lineares hierarchisches Modell, random intercept) in einem dreistufigen Verfahren beruflichen Tätigkeiten zugeordnet (2-, 3- und 4-stellige Klassifikation nach KldB-92 und ISCO-88). Der Index wird extern validiert, in dem er auf Basis der Klassifikationen KldB-92 und ISCO-88 anderen Datensätzen zugespielt wird und hinsichtlich der Assoziation mit Gesundheitsindikatoren und Indikatoren für die subjektiv wahrgenommene Beanspruchung durch die Arbeit sowie das Mortalitätsrisiko anhand Regressionsmodellen in Beziehung gesetzt wird. , Ergebnisse:, Nach Kontrolle für u.a. Alter, Geschlecht, geringfügiger und Teilzeitbeschäftigung sowie die Dauer der Beschäftigung in der aktuellen Tätigkeit zeigt sich eine beträchtliche Variation der allgemeinen Arbeitsbelastung über die Berufe (rho=0,3 für die zweite Stelle der KldB92 für die dritte Stelle 0,08 und für die vierte Stelle 0,07). Die Variation ist für physische Belastungen stärker als für psychosoziale und kommt bei der Klassifikation KldB-92 stärker zum Tragen als bei ISCO-88. Der resultierende Index erweist sich als aussagekräftiger Prädiktor für Gesundheitsindikatoren in Deutschland wie auch in Europa. In Deutschland wurde die Prädiktionskraft für Gesundheitsindikatoren mit dem Mikrozensus 2005 des Statistischen Bundesamtes und der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell 2010 des Robert Koch-Instituts sowie für das Mortalitätsrisiko mit dem Sozio-oekonomischen Panel 1984-2010 des DIW bestätigt. Anhand des European Working Conditions Survey 2009 wird zudem gezeigt, dass der Index auch in anderen europäischen Ländern eine gute Prädiktion von Arbeitsbelastungen ermöglicht., Diskussion:, Insgesamt erweist sich der Index als aussagekräftiger Prädiktor gesundheitsrelevanter Beanspruchungen. Die Skala bietet sich damit an, um in nationalen und internationalen epidemiologischen Studien in denen Arbeitsbelastungen nicht direkt oder differenziert erhoben werden können, als Proxy-Indikator für Arbeitsbelastungen verwendet zu werden.

ID: 251

Survivalanalyse mit R

Ronny Westerman[1]

[1]*Institut für Medizinische Soziologie und Sozialmedizin, Marburg*

In diesem Workshop ist thematisch folgendermaßen aufgebaut: Zunächst wird es eine kurze Einführung in die wichtigsten Verfahren der Survivalanalyse geben. Themen sind dabei Kaplan-Meier-Schätzer, Nelson-Aalen-Schätzer, Cox-Regression. In dem zweiten Teil sollen exemplarisch Komplexe Verfahren wie u.a. Frailty-Modelle, Gemischte Modell wie z.B. Royston-Peymar Modell vorgestellt werden. , Den Teilnehmer wird dabei die Möglichkeit gegeben, mit hands-on Beispiele die vorgestellten Verfahren auszuprobieren., Zielsetzung dieses Workshops soll die Anwendung der Verfahren mit individuellen Datensätzen der Teilnehmer sein. Da das Platzangebot im PC-Pool begrenzt ist, können nur maximal 20 Personen teilnehmen.

ID: 253

Spatial Methods with Health Data using R Software

Ronny Westerman[1]

[1]*Institut für Medizinische Soziologie und Sozialmedizin, Marburg*

Mit diesem Workshop sollen komplexe Verfahren der räumlichen Darstellung von Gesundheitsdaten vorgestellt werden., Das Themenspektrum umfasst die vielseitigen Verwendung von Spatial Methoden:, 1. Es sollen klein-räumliche Verfahren, das sogenannte Stapelverfahren am Beispiel von Kehlkopfkrebs vorgestellt werden., 2. Es sollen größ-räumliche Verfahren u.a. die kartographische Darstellung von spezifischen Inzidenzen, Verbreitung von Infektionskrankheiten wie z.B. die Virulenz dargestellt., R Software biete dabei eine Vielzahl von Einsatzmöglichkeiten in verschiedenen Bereichen. Eine andere Zielsetzung dieses Workshops ist eine fächerübergreifende Zusammenarbeit mit anderen Fachbereichen u.a. der Geographie und Bioinformatik

ID: 255

Psychosoziale Belastungen im Spitzensport

Simone Gantz[1], Sven Schneider[1], Holger Schmitt[1]

[1]Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg

Hintergrund / Einleitung, Angesichts der auch hierzulande beachtlichen Zahl an Ausfällen im Spitzensport ist es auffällig, dass für Deutschland bis dato kaum gesundheitsbezogene Studien zum Thema psychosoziale Belastungen im Leistungssport vorliegen. Psychosoziale Beanspruchungen und deren Folgen im Arbeitsleben sind umfangreich erforscht, bei der Kategorie der Berufsleistungssportler/innen herrscht allerdings Kenntnisbedarf. Im Training und vor allem im Wettkampf führt das Wissen über Belastungsmuster und deren Veränderung zu deutlich verbesserten Bedingungen. Im Zentrum dieser Arbeit steht deshalb die Ermittlung verschiedener psychosozialer Belastungsarten in unterschiedlichen olympischen Sportarten und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit und Lebenszufriedenheit der Sportler/innen., Material und Methoden, Als Datenbasis dieser Untersuchung dient die „Elite Athletes' Health- Study" (EliAH). Mit standardisierten Fragebögen wurden 273 Kaderathleten/innen des deutschen Sportbundes befragt, in dem unter anderem das aus der Arbeitssoziologie stammende Modell der beruflichen Gratifikationskrisen (Siegrist, 1996 & 2004) auf den Kontext Leistungssport angewendet wurde. Es werden Prävalenzen für die unterschiedlichen Stressarten in verschiedenen Sportarten ermittelt und miteinander in Beziehung gesetzt. Außerdem werden Korrelationen mit der Zufriedenheit der Gesundheit und der allgemeinen Lebenszufriedenheit präsentiert., Ergebnisse, Es zeigen sich zum einen moderate Belastungen durch negative Zukunftserwartungen und durch das aktuelle Training. Zum anderen berichten die Athleten/innen eine sehr hohe psychische Belastung durch die fehlende Anerkennung durch den Trainer und durch Dritte. Die Korrelationsanalyse zeigt außerdem signifikante Zusammenhänge zwischen dem Belastungsniveau durch das Training und durch negative zukünftige Erwartungen einerseits und der Gesundheit sowie der Lebenszufriedenheit andererseits. , Diskussion / Schussfolgerungen, Die Athleten/innen leiden am meisten unter fehlender sozialer Anerkennung im engen und weiten sozialen Umfeld. Diese Belastungen wirkten sich zum Zeitpunkt der Erhebung auf die Zufriedenheit der Athleten/innen und der Einschätzung der Gesundheit aus. Daraus besteht nach dem Modell von Siegrist die Gefahr konsekutiver Gratifikationskrisen, was in einem Ausfall oder zumindest Leistungseinbußen im Wettkampf münden kann. Die unterschiedlichen Belastungen der Athleten/innen der verschiedenen Disziplinen und deren Zusammenhänge mit der Gesundheit- und Lebenszufriedenheit verlangen ein nach Belastungen differenziertes Vorgehen in den Sportarten, um präventiv aber auch anhand von Interventionen kontinuierliche Leistungen von Spitzenathleten/innen zu ermöglichen.

ID: 256

Development, behavioral problems and educational needs of children in a rural area of Saxony 2010/11 in relation to the socio-economic status

Christian Velde[1], Joachim Kugler[1], Margret Tiebel[2]

[1]Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus, Dresden; *[2]Landratsamt Sächsische Schweiz- Osterzgebirge, Dippoldiswalde*

One of the tasks of the health policy in the district of Sächsische Schweiz Osterzgebirge (Saxony/ Germany) is to support preschool children with developmental disorders in order to facilitate school entry and further life. In the following we will focus especially on deficiencies of the social behaviour., The Youth Health Medical Service of the Health Offices conducts regularly kindergarten and school-entrance examinations. However tailored medical services can only be provided when current demand situation is clarified to which this cross-sectional study should contribute., To determine the family social situation and the behavioral problems of preschool children, about 1,800 preschool children were examined in the school entrance examination and questionnaires were distributed to the parents, which were analyzed in the period from August 2010 to February 2011. (n = 978)., The questionnaire consists of a non-validated section of questions which is to ascertain the family social environment and to determine the socio-economic status of the family. The questionnaire also consists of a validated test (SDQ - Strength and Difficulties Questionnaire) to evaluate the behavioural aspect., The representation of the relationship between the variable of the social status and the behavioral problems was performed by a Kruskal-Wallis test. To calculate the risk for the expression of the relationship of the two variables, odds ratios were calculated using logistic regression., For almost all characteristics significant relation ships could be shown. For the SDQ - characteristic Hyperactivity a significant OR of 4., 24 [1.27-14.15] was determined. Therefore children in families with low social status compared to the children in high social status families had an increased risk by a factor of 4.24 to show a conspicuous problem value in this feature. Even a significant OR of 10.91 [1.46-81.38] could be shown in Children from lower social levels in relation to the Total Problem Value. Further evaluations were made in the direction of family habits (media consumption, time spent together, familiar rituals, healthy nutrition, regular daily routine etc.), Despite the use of a non-validated questionnaire, valid and representative results were obtained. The study thus delivers a robust picture of the health profile of the preschoolers in the region in terms of behavioral problems and can therefore serve as a basis especially for school and nursery planning.

ID: 257

Gutes Sterben - was kann da sein? Einstellungen von Medizin- und Psychologiestudenten an der Universität Freiburg zum Thema Sterben und Tod

Ulrich Stoessel[1], Cornelia Meffert[2], Mirjam Körner[1], Diana Philipp[1]

[1]*Albert Ludwigs-Universität, Freiburg*; [2]*Universitätsklinikum Freiburg, Germany*

Einleitung , Die Diskussion darüber, wie die Menschen in unserer Gesellschaft sterben wollen, hat in den letzten Jahren an Intensität und Seriosität zugenommen. Dabei zeigt sich, daß es bislang wenig belastbare Studien gibt, die Haltungen und Einstellungen in der Bevölkerung nicht nur mit psychologischen Variablen gemessen haben, sondern auch Fragen zur Sterbekultur und zur Organisation des Sterbens in unserer Gesellschaft erhoben haben wie dies etwa für Großbritannien geschieht. (vgl. Shucksmith, Carlebach, Whittaker 2012) , , Methode , Im Projekt GUSTE (GUtes STErben), das in Zusammenarbeit der Palliativmedizin am Universitätsklinikum Freiburg, der Medizinethik und der Medizinischen Soziologie der Universität Freiburg durchgeführt wird, geht es in einem projektteil um die empirische Erfassung des Konstrukts 'Gutes Sterben' mitteles eines Fragebogens, der von Miyashita et al. (2007)in einer bevölkerungsweiten Studie in Japan eingesetzt wurde. Nach Übersetzung und Rückübersetzung des Fragebeogens aus dem Englischen wurde eine deutsche Version erstellt, die neben eher psychischen Dimensionen des Sterbeerlebens auch einige soziale Elemente des Sterbensprozesses und der Umgebungsbedingungen erfasst. Zusätzlich zur japanischen Version wurden einige Fragen aufgenommen, die in deutschen Erhebungen bereits verwendet wurden., In einem ersten Schritt wird dieser Fragebogen im Sommersemester 2013 bei Medizinstudenten (1. vorklinisches jahr, 1. klinisches Jahr und letztes klinisches Jahr) sowie Psychologiestudenten (Bachelor und Master)der Universität Freiburg eingesetzt. Die Zielstichprobengröße beträgt n=1.000., Die Auswertung soll neben Gruppenvergleichen (Medizin- vs Psychologiestudenten, Geschlechterunterschiede, jüngere vs. ältere Studenten, Studenten mit und ohne bisherige Berührung mit Sterbenden) auch einen Vergleich mit den Ergebnissen der japanischen Originalstudie ermöglichen, um auf diese Weise Hinweise auf mögliche soziokulturelle Einflußfaktoren auf die Einstellungen zu Sterben und Tod zu ermitteln.

ID: 258

Prävention und Rehabilitation vor und bei Pflegebedürftigkeit

Johann Behrens[1]

[1]*Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Medizinische Fakultät, Halle/Saale*

Hintergrund: , Das Motto 'Reha vor Pflege' wurde früher oft so gelesen, dass Prävention und Rehabilitation bei eingetretener Pflegebedürftigkeit nicht mehr aktuell. Dieses Missverständnis ist lange berichtigt. Prävention und Rehabilitation auch bei Pflegebedürftigkeit erscheint aus ethischen, demographischen und ökonomischen Gründen als ein Hauptforschungsgebiet (vgl. z.B. 'Agenda Pflegeforschung für Deutschland' 2012, und das SGB IX, da die meisten Pflegebedürftigen zugleich die Kriterien der Behinderung im Sinne des SGB IX erfüllen). Allerdings stellt sich nach wie vor die Frage, wie präventive und rehabilitative Maßnahmen zugeschnitten sein müssen, damit sie Pflegebedürftige nutzen können. Denn ich kann nur einer Maßnahme bedürtig sein, die mir nutzt. , Diese Frage soll mit den Ergebnissen zweier eigener randomisierter kontrollierter Verlaufsstudien erörtert werden. Die erste Studie prüft in Sachsen und Sachsen-Anhalt multizentrisch die Wirkung Präventiver Hausbesuche. Die zweite Studie prüft die Wirkung einer präventiven und rehabilitativen Fallbegleitung nach Schlaganfall im südlichen Sachsen-Anhalt. , Schlussfolgerungen: , Während die allgemeine Rehabilitierbarkeit und damit die Rehabedürftigkeit auch im Sinne des SGB IX selten zu verneinen ist (aber oft verneint wird), hängt die Wirksamkeit von Maßnahmen von zahlreichen Kontextbedingen ab, die in eine systematische Wirkungsforschung einzubeziehen sind. Dass eine Person von einer Form der Rehabilitation nicht profitiert, heißt nicht, dass sie von keiner Form der Rehabilitation profitieren würde.

ID: 259

Betriebliches Eingliederungsmanagement bei der Deutschen Bahn zur Vermittlung von Mitarbeitern mit verändertem Leistungsprofil mit Hilfe von IMBA und MARIE - Zur Bewertung des Pilotprojekts

Andreas Glatz[1], Saskia Ehmann[2]

[1]IQPR, Köln; *[2]Deutsche Bahn, Frankfurt*

Hintergrund: , Mit Blick auf den Demographischen Wandel kommt dem ‚Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit' bzw. der ‚Entwicklung demografietauglicher Personalstrategien' eine besondere Bedeutung zu. In diesem Zusammenhang hat die Deutsche Bahn das Konzernprojekt ‚Profil' gestartet. Dazu gehört insbesondere das vom iqpr unterstütze Pilotprojekt IMBA DB., Pilotprojekt zur Eingliederung von Mitarbeitern mit IMBA und MARIE:, Das Pilotprojekt zielt auf die Einführung des Dokumentations- und Profilvergleichsverfahrens IMBA zur Unterstützung des betrieblichen Eingliederungsmanagements zur Integration von Mitarbeitern mit verändertem Leistungsprofil auf neue Arbeitsplätze im Konzern (BEM-I mit IMBA). Mittels IMBA ist es möglich arbeitsbezogene Fähigkeiten von Menschen und arbeitsbezogene Anforderungen von Arbeitsplätzen standardisiert zu vergleichen. Dies hilft bei der Suche nach neuen Tätigkeiten, die ohne Überforderungen ausgeübt werden können. Die Anwendung von IMBA wird durch die IMBA-Software MARIE (Matching Abilities and Requirements to Increase Evidence) unterstützt. Die Software erlaubt auch die DB-spezifische Erweiterung/Anpassung des IMBA-Merkmalkatalogs. Im Pilotprojekt sind folgende Unternehmen beteiligt: DB Regio, Region Bayern DB Fernverkehr, Technik und Bordservice Süd DB Vertrieb, Region Süd DB Schenker Rail, München DB Netz AG, Region Süd. Das Pilotprojekt endet voraussichtlich im Sommer 2013. , Evaluation:, Eine Nutzwertanalyse zeigte im Grundsatz, dass eine Ergänzung des bisherigen Prozesses durch IMBA sinnvoll ist. Darüber hinaus zeigt die Zwischenevaluation des Pilotprojekts bezüglich der Mitwirkenden (n = 60 Ärzte, Psychologen, Projektmitglieder, Personaler, Führungskräfte, Interessenvertreter) im quantitativen Teil insbesondere eine hohe Zustimmung bezüglich der thesenhaft formulierten Vorteile von IMBA im BEM-I (im Mittel 4 bei 5er-Skala). Im qualitativen Teil – einer Befragung der ins BEM-I einbezogenen Mitarbeiter - wird insbesondere deutlich: das Gros bilanziert den Einsatz des Instruments positiv. Auf Basis der jetzigen Erfahrungen würden von 15 dazu qualitativ befragten Personen 12 einer Teilnahme am Pilotprojekt – d.h. am IMBA-Verfahren- zustimmen. Eine Fülle weiterer Ergebnisse und Erfahrungen liegt vor. Die Dokumentenanalyse von 34 BEM-I Fällen mit IMBA im Vergleich zu konventionellen BEM-I Fällen zeigt insbesondere – die Anwendung des IMBA-Verfahrens verkürzt die Prozesszeiten im BEM-I etwa um die Hälfte.

ID: 260

Kinderwunschbehandlung: Chancen – Probleme - Zukunftsperspektiven

Ulrike Zier[1], Bettina Schuhrke[2], Norbert Schneider[3], Jasmin Passet[3]

[1]*Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Mainz*; [2]*Evangelische Hochschule Darmstadt, Darmstadt*;
[3]*Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, Wiesbaden*

Mit 8,1 Neugeborenen pro 1000 Einwohner im Jahr 2011 ist das Geburtenniveau in der Bundesrepublik Deutschland im europäischen Vergleich sehr niedrig. Einer der Gründe ist die gestiegene Zahl Kinderloser. Dabei kommt das Phänomen vorübergehender ungewollter Kinderlosigkeit relativ häufig vor. Je nach zugrunde gelegter Definition wird die Prävalenz auf 6 % bis über 30% geschätzt. Eine wichtige Möglichkeit dem unerfüllten Kinderwunsch zu begegnen, ist die medizinisch assistierte Reproduktion. Im Jahr 2009 wurden 1,9% der lebend Geborenen in Deutschland durch Befruchtung außerhalb des Körpers gezeugt. , Dass die Rolle der Reproduktionsmedizin mit verschiedenen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen zusammenhängt zeigt sich beispielsweise am starken Rückgang ihrer Inanspruchnahme infolge der Erhöhung der finanziellen Eigenbeteiligung 2003. Auch andere aktuelle Entwicklungen wie die Einführung der Präimplantations-diagnostik zeugen von dieser Interaktion. Im geplanten Workshop sollen aus verschiedenen Perspektiven aktuelle und künftige Schwierigkeiten und Entwicklungschancen in der Reproduktionsmedizin für die Gesellschaft als Ganzes aber auch die Patienten diskutiert werden. Dazu gehören beispielsweise Hürden und Verzögerungen, aber auch Unterstützung und Hilfe, die Paare auf dem Weg zur Behandlung und während der Kinderwunschbehandlung erleben.

ID: 261

Das starke Geschlecht? Von wegen! – Geschlechtsdifferenzierter Blick auf die Kindergesundheit im Bezirk Berlin Mitte

Jeffrey Butler[1]

[1]*Bezirksamt Mitte von Berlin, Berlin*

Hintergrund: , Im Rahmen eines geschlechtsdifferenzierten Berichts über die Gesundheit und Lebenslagen der Bevölkerung im Bezirk Mitte von Berlin treten einige interessante Sachverhalte zum Lebensabschnitt „Kindheit“ zutage. Anhand der geschlechtsdifferenzierten Analyse von Daten zu geburtsbezogenen Vorgängen sowie den Ergebnissen der Schuleingangsuntersu-chung werden einige gesundheitsrelevante Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen deutlich. , Methoden:, Die vorliegende Analyse beruht auf der amtlichen Statistik zu geburtsbezogenen Vorgängen (Geburten, Säuglingssterblichkeit, usw.) in den Berliner Bezirken für die Jahre 2005 bis 2011 sowie auf den Ergebnissen der Schuleingangsuntersuchung (ESU) im Bezirk Mitte für die Schuljahre 2005/2006 bis 2011/12. Hierbei wurde bei den jeweiligen Auswertungen ein besonderes Augenmerk auf die Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen gelegt – ohne andere mögliche Einflüsse, wie die der sozialen Lage, außer Acht zu lassen. , Ergebnisse:, Im Gegensatz zu gängigen Vorstellungen wurde bei der Analyse festgestellt, dass bei einer Reihe von gesundheitsrelevanten Indikatoren in den beiden untersuchten Bereichen die Jungen deutlich schlechter als die Mädchen abschnitten – sowohl in Mitte als auch in Berlin insgesamt. , So konnte im Bereich der geburtsbezogenen Statistik gezeigt werden, dass obgleich mehr Jungen als Mädchen geboren wurden und diese im Durchschnitt schwerer waren, Jungen deutlich öfter als Mädchen im ersten Lebensjahr gestorben sind. Dieses Phänomen zeigte sich für die meisten Berliner Bezirke und blieb relativ konstant über die Zeit. Obgleich das Niveau bei der Säuglingssterblichkeit insgesamt in den letzten Jahren niedriger geworden ist, blieben Unterschiede zwischen den Berliner Bezirken bestehen, die vermutlich u.a. auf die jeweilige soziale Lage der neuen Mütter zurückzuführen sind. , Bei der Auswertung der Schuleingangsuntersuchung zeigten sich insbesondere bei der Entwicklungsdiagnostik (S-ENS) wesentlich höhere Anteile von Auffälligkeiten bei den untersuchten Jungen als bei den Mädchen. Dies gilt für die Körperkoordination, für die Visuomotorik, für die visuelle Wahrnehmung und Informationsverarbeitung, sowie für die sprachbezogenen Tests „Sätze nachsprechen ergänzen“, „Pseudowörter nachsprechen“ und „Wörter ergänzen“. Es zeigte sich bei den obengenannten Tests außerdem ein sozialer Gradient, aber die Unterschiede nach Geschlecht blieben in den einzelnen Schichten bestehen. , Schlussfolgerungen:, Obgleich die Erkenntnisse dieser Untersuchung vermutlich unterschiedliche Ursachen haben und z.T. (noch) nicht durch gezielte Präventionsmaßnahmen beeinflussbar sind, wie im Falle der Säuglingssterblichkeit, zeigen sie doch das Nutzen des konsequenten Gender-Blicks bei der Analyse gesundheitsrelevanter Sachverhalte. Gerade in Hinblick auf die aufgezeigten Entwicklungsdefizite bei Jungen könnte eine gezieltere Prävention von Nutzen sein.

ID: 262

Workshop der DGSMP AG Kindergesundheit, Lohnt sich das Investment in die Gesundheitsförderung von Kindern?

Jeffrey Butler[1]

[1]*Bezirksamt Mitte von Berlin, Berlin*

4 Vorträge à ca. 20 Minuten , 1) Kosten von Adipositas im Kindesalter –Ein Beispiel für Kostenprognosen über den gesamten Lebenszeitraum hinweg. Sonntag/De Bock, MIPH, 2) Internationaler Überblick über Kosteneffektivität von Gesundheitsförderungsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche – eine literaturbasierte Metaanalyse. Helga Küpers, Fresenius Netcare, Bad Homburg, 3) Wie kosteneffektiv sind Bewegungsförderungsprogramme für Kinder? Andreas Mielck, Helmholtz Zentrum München (angefragt) , 4) Kosteneffektivität von Frühen Hilfe-Programmen in Deutschland – erste Auswertungen Inga Wagenknecht. Universität Gießen (angefragt)

ID: 264

Betriebliches Eingliederungsmanagement bei der Deutschen Bahn zur Vermittlung von Mitarbeitern mit verändertem Leistungsprofil mit Hilfe von IMBA und MARIE

Andreas Glatz[1], Saskia Ehmann[2]

[1]IQPR, Köln; *[2]Deutsche Bahn, Frankfurt*

Hintergrund: , Mit Blick auf den Demographischen Wandel kommt dem ‚Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit' bzw. der ‚Entwicklung demografietauglicher Personalstrategien' eine besondere Bedeutung zu. In diesem Zusammenhang hat die Deutsche Bahn das Konzernprojekt ‚Profil' gestartet. Dazu gehört insbesondere das vom iqpr unterstütze Pilotprojekt IMBA DB., Pilotprojekt zur Eingliederung von Mitarbeitern mit IMBA und MARIE:, Das Pilotprojekt zielt auf die Einführung des Dokumentations- und Profilvergleichsverfahrens IMBA zur Unterstützung des betrieblichen Eingliederungsmanagements zur Integration von Mitarbeitern mit verändertem Leistungsprofil auf neue Arbeitsplätze im Konzern (BEM-I mit IMBA). Mittels IMBA ist es möglich arbeitsbezogene Fähigkeiten von Menschen und arbeitsbezogene Anforderungen von Arbeitsplätzen standardisiert zu vergleichen. Dies hilft bei der Suche nach neuen Tätigkeiten, die ohne Überforderungen ausgeübt werden können. Die Anwendung von IMBA wird durch die IMBA-Software MARIE (Matching Abilities and Requirements to Increase Evidence) unterstützt. Die Software erlaubt auch die DB-spezifische Erweiterung/Anpassung des IMBA-Merkmalkatalogs. Im Pilotprojekt sind folgende Unternehmen beteiligt: DB Regio, Region Bayern DB Fernverkehr, Technik und Bordservice Süd DB Vertrieb, Region Süd DB Schenker Rail, München DB Netz AG, Region Süd. Das Pilotprojekt endet voraussichtlich im Sommer 2013. , Evaluation:, Eine Nutzwertanalyse zeigte im Grundsatz, dass eine Ergänzung des bisherigen Prozesses durch IMBA sinnvoll ist. Darüber hinaus zeigt die Zwischenevaluation des Pilotprojekts bezüglich der Mitwirkenden (n = 60 Ärzte, Psychologen, Projektmitglieder, Personaler, Führungskräfte, Interessenvertreter) im quantitativen Teil insbesondere eine hohe Zustimmung bezüglich der thesenartig formulierten Vorteile von IMBA im BEM-I (im Mittel 4 bei 5er-Skala). Gleiches gilt für die zentrale These, der Verbesserung der Qualität des BEM-I-Prozesses durch die Einbeziehung von IMBA. Im qualitativen Teil – einer Befragung der ins BEM-I einbezogenen Mitarbeiter - wird insbesondere deutlich: das Gros bilanziert den Einsatz des Instruments positiv. Auf Basis der jetzigen Erfahrungen würden von 15 dazu qualitativ befragten Personen 12 einer Teilnahme am Pilotprojekt – d.h. am IMBA-Verfahren- zustimmen. Eine Fülle weiterer Ergebnisse und Erfahrungen liegt vor. Die Dokumentenanalyse von 34 BEM-I Fällen mit IMBA im Vergleich zu konventionellen BEM-I Fällen zeigt insbesondere – die Anwendung des IMBA-Verfahrens verkürzt die Prozesszeiten im BEM-I etwa um etwa die Hälfte.

ID: 265

Integrierte Versorgung Gesundes Kinzigtal - Erste Ergebnisse einer Mitgliederbefragung

Ulrich Stoessel[1], Achim Siegel[1], Eva Zerpies[1], Mirjam Körner[1]

[1]Universität Freiburg, Medizinische Fakultät, Abt. Med.Psychologie&Med.Soziologie, Freiburg

Hintergrund, Seit 2006 besteht im südbadischen Kinzigtal ein integriertes Versorgungssystem, das von der Managementgesellschaft Gesundes Kinzigtal GmbH in Zusammenarbeit mit dem regionalen Ärztenetz und der AOK Baden-Württemberg und der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (ehemals LKK Baden-Württemberg) gesteuert wird. Zu Beginn des Jahres 2013 waren rund 9.000 Versicherte der beiden Krankenkassen in die Integrierte Versorgung Gesundes Kinzigtal (IVGK) als Mitglieder eingeschrieben. Bereits in den Jahren 2007 bis 2009 wurden IVGK-Mitglieder im Rahmen einer dreiarmigen kontrollierten Kohortenstudie befragt Hauptthemen der Befragung waren die Beteiligung der Patienten an Therapieentscheidungen und die Zufriedenheit der Patienten mit der ambulanten Versorgung (Hölzel et al. 2009). Auf Basis einer deutlich gestiegenen Mitgliederzahl wurde im Jahr 2012 eine Trendstudie (GeKiM-Studie) begonnen, in der die Zufriedenheit der IVGK-Mitglieder mit verschiedenen Aspekten der Integrierten Versorgung detailliert erfragt wird. Im Vortrag werden ausgewählte Ergebnisse der Baseline-Befragung der GeKiM-Studie vorgestellt., Methodik, Im Spätherbst 2012 wurde ein detaillierter, rund 60 Items umfassender Fragebogen an insgesamt 3038 IVGK-Mitglieder versandt. Erfragt wurden die Zufriedenheit mit dem behandelnden Arzt (Weisse-Liste-Ärzte-Fragebogen), die gesundheitsbezogene Lebensqualität (EQ-5D-3L, EQ-VAS), die Zufriedenheit mit Aspekten des integrierten Versorgungssystems (selbstentwickelte Items) und soziodemographische Daten. Es ist geplant, die Befragung in Form einer Trendstudie in regelmäßigen Zeitabständen zu wiederholen. Ein Bestandteil der Auswertung ist die arztbezogene Darstellung der Patientenzufriedenheit: Ärzte, die für IVGK-Mitglieder als „Ärzte des Vertrauens“ fungieren, erhalten im Sinne eines Benchmarkings eine anonymisierte Rückmeldung darüber, wie sie von „ihren“ Patienten bewertet wurden., Ergebnisse, Die Baseline-Befragung erbrachte einen mäßigen Rücklauf: Von 3038 Fragebögen wurden 717 (23,6 %) anonym an das auswertende Institut zurückgeschickt. Ausgewertet werden konnten 658 (21,7 %) Fragebögen. 57 % der Antwortenden waren Frauen, 43 % Männer das Durchschnittsalter lag bei 59 Jahren. Die Ärzte wurden von den Versicherten im Allgemeinen gut bis sehr gut bewertet das größte Optimierungspotential sahen die Befragten im Schnitt bei den Wartezeiten in der Praxis, der Wartezeit auf einen Arzttermin, beim verfügbaren Platz im Wartebereich sowie der Frage, ob der Arzt sich regelmäßig nach der Verträglichkeit der verordneten Medikamente erkundigt. Für den Gesamteindruck, den ein Arzt auf Patienten macht, sind Aspekte der Arzt-Patienten-Kommunikation (z.B. „Der Arzt nimmt sich genug Zeit“, „Der Arzt hört zu“) deutlich wichtiger als Aspekte der Praxisorganisation (Gestaltung der Praxis und der Praxisräume, Wartezeiten). Seit der IVGK-Einschreibung fühlen sich 37 % der Befragten insgesamt „etwas“ oder „deutlich besser betreut“ als vorher, rund 56 % sehen keine Veränderung, knapp 1 % fühlt sich „etwas schlechter betreut“ (6 % machten hierzu keine Angaben). 55 % der Befragten gaben an, im Vergleich zu vor der Einschreibung nun über ein größeres Wissen zu verfügen, wie sie sich gesund erhalten können. Deutlich mehr als 90 % der Befragten würden sich wieder in die IVGK einschreiben, wenn sie sich noch einmal entscheiden müssten. , Diskussion, Die Bewertungen der „Ärzte des Vertrauens“ in der IVGK durch ihre Patienten auf Basis des Weisse-Liste-Ärzte-Fragebogens erscheinen gut bis sehr gut es fehlen jedoch (noch) Daten, die einen aussagekräftigen Vergleich mit anderen Versorgungsregionen und/oder Versorgungssystemen ermöglichen.

ID: 267

Gesundheitsförderung in kleinen Betrieben: (k)ein Widerspruch – Ergebnisse zum Gastgewerbe aus dem INDIGHO-Projekt

Felizitas Alaze[1], Anne Goedicke[1], Emanuel Beerheide[1], Kai Seiler[1]

[1]Landesinstitut für Arbeitsgestaltung des Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf

Hintergrund: , Kleinbetriebe gelten nach wie vor als schwieriges Terrain für die Förderung der Gesundheit, obwohl die gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung zunehmend an Bedeutung gewinnt. Investitionen in die Gesundheit sind für immer mehr Unternehmen ein erfolgsversprechender Baustein zur Sicherung von Fachkräften im Kontext des demografischen Wandels, für den Erhalt der Innovationsfähigkeit der Beschäftigten sowie ihrer Leistungsfähigkeit und -bereitschaft unter anspruchsvollen Arbeits- und Wettbewerbsbedingungen (Badura et al. 2008, Lück et al. 2009). Während insbesondere größere Unternehmen zunehmend auf betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) setzen, sind organisational verankerte und formal integrierte BGF-Maßnahmen bei kleineren Betrieben nicht so häufig anzutreffen. Dies gilt besonders für das Gastbewerbe: Eine Unterversorgung an BGF ist laut Zahlen des IAB-Panels insbesondere in Kleinbetrieben des Hotel- und Gaststättengewerbes zu beobachten (Hollederer 2007). Auch was die Durchführung von Gefährdungsbeurteilungen im Rahmen des gesetzlichen Arbeitsschutzes angeht, bildet das Gastgewerbe statistisch gesehen das Schlusslicht (DGB-Index Gute Arbeit GmbH 2013). Andererseits bestehen gerade auch in Kleinbetrieben Rahmenbedingungen, die die Gesundheit der Beschäftigten besonders unterstützen (Meggeneder 2005, Beck 2011). Zu hinterfragen ist daher, ob das Thema Gesundheit wirklich eine untergeordnete Rolle im Gastgewerbe spielt oder inwiefern Statistiken die gesundheitsförderlichen Praktiken in der kleinbetrieblich geprägten Branche nur eingeschränkt erfassen. , Methodik: , Das Ziel der Untersuchung war es, Erkenntnisse über die Gesundheitskultur und gesundheitsfördernde Aktivitäten in Kleinbetrieben des Gastgewerbes zu erhalten. Hierzu wurden im Rahmen des BMBF-Projekts 'Innovation und Demografischer Wandel im Gaststätten- und Hotelgewerbe' (INDIGHO) Führungskräfte mittels leitfadengestützter Interviews zu den Themen Gesundheit im Unternehmen, gesundheitsbezogenes Selbstmanagement und Mitarbeiterführung befragt. Die Interviews wurden inhaltsanalytisch in Bezug auf Gestaltungschancen und -hemmnisse für eine gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung ausgewertet., Ergebnisse:, Die Ergebnisse zeigen, dass formalisierte Maßnahmen der Gesundheitsförderung in den Kleinbetrieben des Gastgewerbes tatsächlich wenig verbreitet sind. Ihre Einführung wird durch kleinbetriebstypische Restriktionen und Besonderheiten der Personalsituation (hohe Fluktuation, Verbreitung von Aushilfs- und Saisonarbeit) erschwert. Insbesondere bei Betriebsgründungen und -übernahmen treten Fragen der Gesundheitsförderung gegenüber betriebswirtschaftlichen und juristischen Problemen in den Hintergrund. Andererseits lässt sich eine Praxis der Personalarbeit beobachten, die sowohl vom Wissen um das Erfordernis einer gesunden Belegschaft als auch von einer hohen Wertschätzung der Kooperationsbereitschaft und des Engagements der Beschäftigten bestimmt ist. Gerade weil es in kleinen Unternehmen für Krankheitsfälle keine 'Personalpuffer' gibt, weil Mitarbeiter/innen im direkten Kundenkontakt stehen und weil Geschäftsführer/innen die Arbeitsbedingungen ihrer Angestellten oft auch am eigenen Leib erfahren, ist das Bewusstsein für die Notwendigkeit gesunder Arbeit ausgeprägt. Gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung wird allerdings in der Regel informell und zum Teil spontan praktiziert. Für Beschäftigte ergeben sich daraus Risiken, aber auch Chancen. Gesundheitsfördernde Arbeitsgestaltung wird zudem nicht als separates personalpolitisches Handlungsfeld verstanden, sondern in die Gestaltung von Arbeitsabläufen, Kommunikationsprozessen und Bemühungen zur Verbesserung der Betriebskultur integriert. So heterogen das Gastgewerbe, so vielfältig sind auch die Herangehensweisen hinsichtlich der Gestaltung gesundheitsgerechter Arbeitsbedingungen. , Diskussion/Schlussfolgerung:, Die betriebliche Situation, die Handlungsorientierungen und Kompetenzen der Geschäftsführer/innen nehmen somit Einfluss auf die gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung in gastgewerblichen Kleinbetrieben (vgl. Goedicke et al. 2013). Für die Entwicklung von Präventionskonzepten und Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung muss die personalpolitische Praxis kleiner Unternehmen angemessen berücksichtigt werden.

ID: 268

Mechanismen selbstbewerteter Gesundheit: Zum Zusammenhang der Aktivität des Autonomen Nervensystems mit selbstbewerteter Gesundheit und häufig verwendeten Biomarkern.

Marc N. Jarczok[1], Marcus Kleber[1], Adrian Loerbroks[2], Raphael Herr[1], Kristina Hoffmann[1], Burkhard Schmidt[1], Joachim E. Fischer[1], Yael Benyamini[3], Julian Thayer[4]

[1]*Mannheimer Institut für Public Health, Medizinische Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg, Mannheim*; [2]*Institut für Medizinische Soziologie, Düsseldorf*; [3]*Tel Aviv University, Tel Aviv*; [4]*The Ohio State University, Department of Psychology, Columbus*

Hintergrund: , Die einfache Frage nach der selbstbewerteten Gesundheit (SBG) korreliert hoch mit Mortalität und Morbidität. Die Betrachtung einer Vielzahl möglicher biologischer Marker (z.B. zum Fettstoffwechsel, Glukosestoffwechsel, Entzündungsstatus oder Blutdruck) in statistischen Modellierungen schwächt den Zusammenhang zwar ab, kann ihn aber nicht aufklären. Der zugrundeliegende biologische Mechanismus des Zusammenhangs von SBG mit Morbidität und Mortalität ist bislang unklar. , Ein in diesem Zusammenhang bisher nicht beachteter Marker ist die Variabilität des Herzschlages (HRV), die als Parameter der Funktionalität des autonomen Nervensystems gilt. Dieser nicht invasive, objektive Gesundheitsmarker erlaubt Rückschlüsse über das Ausmaß vagaler Kommunikation zwischen Gehirn und Herz, sowie über die vagale Kontrolle der Peripherie. Ziel der Untersuchung ist es A) festzustellen, ob und in welchem Ausmaß der Biomarker HRV mit der subjektiven Gesundheitseinschätzung zusammenhängt sowie B) die relativen Assoziationsstärken zwischen HRV und anderen Biomarkern bezüglich SBG zu vergleichen. , Methode: Insgesamt haben 2509 Arbeitnehmer im Alter zwischen 18 und 65 Jahren an einer medizinischen Untersuchung (Anthropometrische Vermessung, Blutentnahme, Urinabgabe) plus psychosozialem Fragebogen und einer 24-Stunden Pulsmessung während ihrer täglichen Routinetätigkeit teilgenommen (2009-2010). Berechnet wurden sowohl Pearsons als auch partielle Korrelationen zwischen der SBG und den einzelnen Biomarkern. Die Korrelationsstärke wurde mittels Olkins Z verglichen. Schlechte SBG („sehr schlecht“ und „schlecht“ vs. „ausgezeichnet“, „sehr gut“ und „gut“) dient in der logistischen Regression als abhängige Variable. Die multiplen linearen und logistischen Modelle wurden adjustiert für Demografie (Alter, Geschlecht), Lebensstil (Rauche, Sport, Alkoholkonsum), Arbeitsstress und Metabolisches Syndrom. , Ergebnisse: In allen linearen Modellen war die Korrelation zwischen SBG und Maßen der HRV im Vergleich zu Markern für Entzündung, Fettstoffwechsel und Glukosestoffwechsel signifikant stärker. Die HRV war signifikant negativ mit schlechter SBG assoziiert (z.B. RMSSD odds ratio (OR), 0.63 [95% CI, 0.44–0.91] P=0.01 SDRR OR, 0.71 [95% CI, 0.51–0.99]P=.046). Schlechte SBG war signifikant positiv mit Entzündungsmarkern (CRP>5 mg/L, OR, 1.6 [95% CI, 1.00–2.55]P=.049) und Glukosemarkern (HbA1C >6.5% OR, 3.13 [95% CI, 1.57–6.24]P<.001) assoziiert. Es lag keine Assoziation mit Blutdruck- oder Fettstoffwechselmarkern vor. Der Forest Plot in Grafik 1 fast die Ergebnisse der logistischen Regressionen zusammen., , Schlussfolgerung: Dies ist die erste Studie, welche einen Zusammenhang zwischen Funktionalität des autonomen Nervensystems und selbstbewerteter Gesundheit aufzeigt. Wir konnten anhand überwiegend gesunder Arbeitnehmer zeigen, dass die Korrelation von SBG und HRV im Vergleich zu SBG und anderen Biomarker die stärkeren Zusammenhänge aufweist. Daraus folgt, dass das Ausmaß der Kommunikation zwischen Gehirn und Körperperipherie (indexiert über die HRV) mit der SBG in Zusammenhang steht. Vier mögliche Erklärungen der Validität von SBG mit Gesundheitsparametern sind bekannt. Erstens, SBG ist inklusiver als andere Biomarker und begründet seine Vorhersagekraft zu einem Teil in der körpereigenen Wahrnehmung die nur dem Individuum zugänglich ist (Intereoception). Zweitens, SBG beeinflusst Gesundheitsverhalten. D.h. man reagiert auf körperinterne und externe (Exteroception) Informationen und passt sein Gesundheitsverhalten entsprechend an. Drittens SBG erfasst die zeitliche Veränderung im Gesundheitsstatus. Viertens SBG stellt Ressourcen dar, die einer Person die Bewältigung von Gesundheitsbedrohungen erlauben. Unsere Studie unterstützt den ersten Erklärungsansatz, da HRV einen Index der Gehirn-Peripheriekommunikation darstellt. Ein niedriger Vagotonus ist mit höherer Morbidität und Mortalität assoziiert und zugleich mit schlechter SBG.

ID: 269

Moderne Arbeitswelt und Erholung – Abschalten unmöglich?

Emanuel Beerheide[1], Kai Seiler[1], Anne Goedicke[1]

[1]*Landesinstitut für Arbeitsgestaltung des Landes Nordrhein-Westfalen (LIA.NRW), Düsseldorf*

Hintergrund:, In der schnelllebigen Arbeitswelt von heute treten die Fähigkeit und Möglichkeit zur Erholung häufig in den Hintergrund, obwohl insbesondere erholsamer Schlaf und eine regenerative Pausen- und Freizeitgestaltung den Grundstein für den Erhalt und die Wiederherstellung der körperlichen und psychischen Leistungsfähigkeit und der Gesundheit legen und Müdigkeit, bedingt durch die damit verbundene herabgesetzte physische und psychische Leistungsfähigkeit, eine der Hauptursachen für menschliches Versagen und für schwere Unfälle ist., Aspekte der Erholung und des ausreichenden und gesunden Schlafes sind daher auch für die Arbeitsgestaltung von großer Bedeutung. Fundierte empirische Daten darüber, welchen Stellenwert die Erholung in der Bevölkerung hat, welche Strategien – erfolgreich – eingesetzt werden und welche individuellen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen die Erholung beeinflussen sind rar bzw. oft mit einem engen Betrachtungsfokus. Auch der Einfluss arbeitsbedingter und außerberuflicher Belastungen auf die Erholungskompetenz ist bislang kaum untersucht worden. , Methodik:, Aus diesem Grund hat das Landesinstitut für Arbeitsgestaltung des Landes Nordrhein-Westfalens (LIA.NRW) eine repräsentative Befragungsstudie durchgeführt, die das Erholungsverhalten und -erleben zum Inhalt hatte (N = 2002). Erfragt wurden sowohl personelle Variablen als auch situative Rahmenbedingungen, die das individuelle Erholungserleben beeinflussen können. Zentrale Gegenstände der Befragung waren Aspekte der Erholungskompetenz (d.h. der Erholungsbereitschaft und -fähigkeit), individuelle Strategien der Regeneration in der Freizeit, Erholungseffekte, Einflüsse der räumlich-zeitlichen Infrastruktur sowie arbeitsbedingte Faktoren., Ergebnisse, Durch die Studie konnte u.a. gezeigt werden, dass 'Gedanken an die Arbeit' gemeinsam mit 'Verpflichtungen gegenüber der Familie' und der 'körperlichen Verfassung' für viele Beschäftigte die größten Erholungshemmnisse darstellen. Dieser Umstand ist bedenkenswert, da die jüngere Forschung belegt, dass die sogenannte Distanzierungsfähigkeit ('abschalten können') einen enormen Einfluss auf die Erholungswirkung hat (Beerheide/Seiler 2013). Weiterhin haben sich neben traditionellen Arbeitsbelastungen auch Beschäftigungsmerkmale und Arbeitsformen als erholungsgefährdend gezeigt, die mit Flexibilisierung und erhöhter Marktorientierung im Zusammenhang stehen und in den letzten Jahren zugenommen haben (Seiler et al. 2013). Es liegt auf der Hand, dass Mobilität, Arbeit beim Kunden vor Ort, Wochenend- und Feiertagsarbeit sowie unregelmäßige Arbeitszeiten damit verbunden sind, sich oft nicht angemessen von der Arbeit zu distanzieren, nicht zur Ruhe zu kommen und nicht gut bzw. ausreichend zu schlafen. , Diskussion/Schlussfolgerung, In der gegenwärtigen Diskussion über wachsende psychische Anforderungen und Stress in der Arbeitswelt fällt der Ressource Erholung eine tragende Rolle zu. Umso wichtiger ist es, sich entsprechend mit den limitierenden und fördernden Einflussgrößen und Rahmenbedingungen auseinanderzusetzen – insbesondere vor dem Hintergrund, dass Schlafstörungen und negative Gemütsverfassungen als Frühwarnindikatoren in Bezug auf Erholungschancen und damit für die Gesundheit der Beschäftigten gesehen werden können. Die Fähigkeit, sich angemessen zu distanzieren und 'frei im Kopf' für Erholungsaktivitäten zu sein, ist hierbei von besonderer Bedeutung (Krajewski et al. 2011).

ID: 270

Die Kosten-Effektivität der Tiefen Hirnstimulation für Patienten mit Morbus Parkinson

Judith Dams[1], Bernhard Bornschein[2], Uwe Siebert[2], Jens Volkmann[3], Günther Deuschl[4], Wolfgang H. Oertel[1], Jens-Peter Reese[1], Richard Dodel[1]

[1]Philipps-Universität Marburg; *[2]Department of Public Health and Health Technology Assessment, UMIT - University for Health Sciences, Medical Informatics and Technology, Hall in Tirol*; *[3]Julius-Maximilians-Universität Würzburg*; *[4]Christian-Albrechts-Universität Kiel*

Hintergrund: Neben der medikamentösen Behandlung wird seit einigen Jahren die Tiefe Hirnstimulation (THS) zur Behandlung der Parkinson Krankheit insbesondere bei Patienten mit motorischen Komplikationen eingesetzt. Klinisch sind die hohen Kosten und mögliche operative Nebenwirkungen durch eine signifikant bessere Lebensqualität nach THS gegenüber bestmöglicher oraler Medikamenteneinstellung gerechtfertigt. Neben der Durchführung der THS in späten Krankheitsstadien stellt sich durch eine kürzlich publizierte Arbeit (Schüpbach, 2013) nun die Frage, ob auch Patienten in frühen Krankheitsstadien von der THS profitieren können. Ziel dieser Arbeit war es mittels gesundheitsökonomischer Modellierung die Kosteneffektivität der THS mit der besten medikamentösen Therapie (BMT) sowohl für Patienten in frühen als auch in späten Krankheitsstadien zu vergleichen. , Methoden: Zum Vergleich beider Behandlungsstrategien wurde ein Markov-Modell des Krankheitsverlaufs von M. Parkinson entwickelt. Daten zur Effektivität und zu Nebenwirkungen unter THS lieferten klinische Studien, die publizierte Fachliteratur und Metaanalysen. Nutzwerte ließen sich mittels EQ-5D erfassen. Kosten und Nutzen wurden aus der Perspektive des deutschen Gesundheitssystems für die gesamte Restlebenszeit der Patienten betrachtet. Kosten und Gesundheitseffekte wurden mit 3% pro Jahr diskontiert. Sensitivitätsanalysen untersuchten Modellannahmen zu Patientenparametern (Alter, Krankheitsstadium, motorische Komplikationen), zur Mortalität, zu Kosten (Batteriewechsel, Operation, Nebenwirkungen), sowie zur Verbesserung der Lebensqualität aufgrund verringerter motorischer Komplikationen unter THS. Außerdem wurden Auswirkungen eines frühen und späten Zeitpunktes der, Durchführung des operativen Eingriffs in multivariaten Sensitivitätsanalysen, geprüft., Ergebnisse: Das inkrementelle Kosten-Effektivitäts-Verhältnis (IKEV) für THS betrug 6.700 EUR pro gewonnenem QALY. Wesentliche Komponenten der inkrementellen Kosten waren Kosten für die Operation und den Batteriewechsel. HrQoL verbesserte sich unter THS durch geringere motorische Komplikationen. Änderungen der Diskontierungsrate, der Häufigkeit des Batteriewechsels, der Medikamenten- und OP-Kosten, sowie des Behandlungseffekts auf motorische Komplikationen zeigten den stärksten Einfluss auf die IKEV. Für Patienten bei denen eine THS früh durchgeführt wurde, ergab sich ein IKEV von 3.400 EUR/QALY. Das IKEV für Patienten mit später THS lag bei 14.300 EUR/QALY., Schlussfolgerung: Die THS kann im Vergleich zu anderen Verfahren für die Behandlung des M. Parkinson in der Medizin als kosteneffektiv angesehen werden. Unabhängig von dem Zeitpunkt der THS bestätigte sich dieses Ergebnis, wenn Patienten mit motorischen Komplikationen behandelt wurden. Sensitivitätsanalysen zeigten, dass sich das IKEV besonderes durch motorische Komplikationen und Medikamentenkosten beeinflussen ließ. Patienten bei denen die THS zu Verbesserungen motorischer Komplikationen oder einer Reduzierung der Medikamentengabe führt, dürften daher besonders von einer THS profitieren.

ID: 271

Welche Faktoren beeinflussen die gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Patienten mit Hüftfraktur während der Versorgung in der Akutklinik

Katharina Bohl[1], Benjamin Buecking[1], Johannes Struewer[1], Anne Waldermann[1], Kirstin Horstmann[1], Natalie Schubert[1], Monika Balzer-Geldsetzer[1], Richard Dodel[1], Steffen Ruchholtz[1]

[1]*Philipps-Universität Marburg*

Einleitung , Das Auftreten einer Hüftfraktur, meist in Folge eines leichten Sturzes in Kombination mit einer fortgeschrittenen Osteoporose, ist eine häufige Erkrankung bei Patienten im höheren Alter. Die daraus langfristig beeinträchtigte Lebensqualität ist bekannt. Doch auch während des Krankenhausaufenthaltes reduziert sich die Lebensqualität der Patienten. Die verantwortlichen Faktoren sind bisher wenig und nur in kleinen Stichproben erforscht worden. Daher war es das Ziel dieser Studie, einflussreiche Faktoren zu finden, welche mit einer Abnahme der Lebensqualität im Rahmen der Versorgung während des Aufenthaltes in der Akutklinik assoziiert sind. , , Methode , In der prospektiven Kohortenstudie waren 402 Patienten (293 weiblich, 109 männlich, Durchschnittsalter 81 Jahre) mit Hüftfraktur eingeschlossen. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität (Health-related Quality of Life, HrQoL) wurde während des Krankenhausaufenthaltes sowohl zum Zeitpunkt der Aufnahme als auch der Entlassung mit dem EuroQol Gesundheitsfragebogen erhoben. Zur Identifikation unabhängiger Einflussfaktoren auf die HrQoL wurden multivariate Regressionsanalysen durchgeführt. Den Einfluss von Antidepressiva unter Berücksichtigung der vorliegenden depressiven Symptomatik wurde mittels einer Messwiederholungsanova untersucht. , , Ergebnisse , Als einflussreichster Faktor auf den EQ5D Index zum Zeitpunkt der Entlassung wurde die Pflegebedürftigkeit vor der Hüftfraktur identifiziert. Des Weiteren zeigte sich ein signifikant negativer Einfluss kognitiver Beeinträchtigung (erhoben mittels des Mini Mental Status) auf den EQ5D Index bei Entlassung, sowie dessen Veränderung während des Krankenhausaufenthaltes. Wohingegen der Einsatz einer Gelenkprothese im Gegensatz zur Osteosynthese mit einem höheren EQ5D Index bei Entlassung und einer geringeren Abnahme in diesem während der Hospitalisierung assoziiert war. Höhere Werte im EQ VAS gingen dagegen mit einem höheren funktionalen Status vor der Fraktur (Barthel Index), sowie einer geringeren depressiven Symptomatik (Geriatic Depression Scale, GDS) einher. Darüber hinaus zeigte sich ein stabilisierender Effekt auf die Werte des EQ5D Indexes während des Krankenhausaufenthaltes bei Patienten, die erhöhte Werte (> 4) in der GDS aufwiesen und gleichzeitig Antidepressiva einnahmen. Patienten mit erhöhten GDS-Werten und ohne antidepressiv wirkende Medikamente, zeigten dagegen einen deutlichen Abfall des EQ5D Indexes. Dieser Effekt fand sich nicht bei Patienten ohne depressive Symptomatik (GDS ≤ 4). Diese zeigten insgesamt betrachtet einen negativen Effekt von Antidepressiva auf die Werte des EQ5D Indexes. , , Schlussfolgerung , Die gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Entlassung und ihr Verlauf während des Krankenhausaufenthaltes waren hauptsächlich von Pflegebedürftigkeit, kognitiver Beeinträchtigung, der Art der operativen Versorgung, sowie von der depressiven Symptomatik und der Indikation für eine Behandlung mit Antidepressiva bestimmt. Im Fokus der Behandlung sollten daher die Rehabilitation des funktionalen Status und die Behandlung depressiver Symptomatik liegen. Hierbei ist jedoch eindeutig zu klären, ob eine Indikation für eine medikamentöse Behandlung besteht, da sich diese bei nicht depressiven Patienten auch negativ auf die Lebensqualität auswirken kann.

ID: 274

Die Kosten der Versorgung von Hepatitis C Patienten in Deutschland

Jona Theodor Stahmeyer[1], Siegbert Rossol[2], Florian Bert[2], Murad Abdelfattah[2], Bianca Wiebner[3], Heiner Wedemeyer[1], Christian Krauth[1]

[1]*Medizinische Hochschule Hannover, Hannover*; [2]*Krankenhaus Nordwest, Frankfurt a.M.*; [3]*Deutsche Leberstiftung, Hannover*

Hintergrund: , Im Rahmen des Bundesgesundheitssurvey wurde eine Hepatitis C (HCV)Prävalenz von 0,4% ermittelt. Obwohl Deutschland damit zu den Ländern mit einer niedrigen Prävalenz gehört, liegt die Zahl der Betroffenen nach Angaben des Robert Koch Instituts bei 400.000 – 500.000. Studien haben gezeigt, dass 27% aller Leberzirrhosen im Endstadium und 25% aller hepatozellulären Karzinome auf Hepatitis C zurückzuführen sind. Zudem werden ca. 30% aller Lebertransplantationen auf eine Hepatitis C Infektion zurückgeführt. Eine ökonomische Relevanz ergibt sich aufgrund der hohen Kosten zur Behandlung der HCV Infektion, HCV-bedingten Folgeerkrankungen sowie Produktivitätsverlusten durch Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit. Eine erfolgreiche Therapie kann helfen die langfristigen Folgen wie die Entwicklung von Leberzirrhosen und Leberzellkarzinomen zu verhindern. Bisher ist die Datenlage zu den Kosten der Versorgung von HCV-Patienten in Deutschland unzureichend. Daher verfolgt die Studie das Ziel, die Kosten für die Versorgung von HCV-Patienten zu ermitteln. , , Methodik: , Im Rahmen eines zweistufigen Projektes wurden zu Beginn die Kosten einer leitliniengerechten Versorgung von HCV-Patienten auf Basis der aktuellen Leitlinie dargestellt. In einem zweiten Schritt wurden das Ziel verfolgt, die Kosten in der alltäglichen Versorgung zu ermitteln. Dazu wurden Patientencharakteristika und Leistungsinanspruchnahmen von HCV-Patienten aus Patientenakten extrahiert. An der Datengewinnung waren sechs Zentren, die schwerpunktmäßig Patienten mit HCV-Infektionen betreuen, beteiligt (drei niedergelassene gastroenterologische Praxen und drei Universitätsklinika mit Hepatitis-Ambulanz). Die Bewertung der Leistungsinanspruchnahme erfolgte gemäß den Empfehlungen zur Durchführung von gesundheitsökonomischen Evaluationsstudien. , , Ergebnisse: , Die Kosten einer leitliniengerechten Versorgung von HCV-Patienten betragen je nach Dauer der antiviralen Therapie zwischen 8.706€ und 36.266€. Den größten Anteil an den Gesamtkosten machen Medikamente aus (89%-96%). Im Rahmen der Ermittlung der realen Versorgungskosten wurden Daten von 315 Patienten ausgewertet. Mehr als die Hälfte der Patienten waren männlich (57,5%), das durchschnittliche Alter lag bei 49,4 Jahre. Am häufigsten wurden Infektionen durch i.v. Drogenmissbrauch (39,0%) und kontaminierte Blutprodukte (15,9%) hervorgerufen. Bei einer Vielzahl der Patienten war der Infektionsweg unbekannt (41,3%). Der größte Teil der Patienten hatte eine Infektion vom Genotyp-1 (67,9%). Bei Patienten mit milder bzw. moderater HCV-Infektion sowie Patienten mit einer kompensierten Zirrhose unterscheiden sich die Versorgungskosten nicht (17.816€ - 18.715€). Dominierender Kostenfaktor waren die Kosten für Medikamente, insbesondere der antiviralen Therapie mit Peginterferon und Ribavirin (89,0%), Kosten für die ambulante und stationäre Versorgung spielen eine eher untergeordnete Rolle. Bei Patienten mit einer dekompensierten Zirrhose, die generell eine Kontraindikation für eine antivirale Therapie darstellt, betrugen die jährlichen Kosten 15.748€, mehr als 70% waren durch Krankenhausaufenthalte bedingt. Bei Patienten die eine antivirale Therapie erhalten haben, war die Dauer der wichtigste Faktor für die Kosten. , , Diskussion: , Im Rahmen der Versorgung von HCV-Patienten fallen hohe Kosten an, die überwiegend auf die antivirale Therapie zurückzuführen sind. Angesichts der hohen Kosten erscheint es wichtig, sich an den in den Leitlinien vorgegeben Therapiedauern zu orientieren und die Patienten engmaschig zu betreuen. Im Rahmen der Studie hat sich gezeigt, dass ein Großteil der betrachteten Patienten entsprechend der gültigen Leitlinie behandelt wurde (Monitoring, Diagnostik, Therapiedauer). Durch eine frühzeitige Therapie und Eradikation des Virus ist es möglich, kankheitsbedingte Folgekosten durch die Dekompensation von Leberzirrhosen oder die Entwicklung von hepatozellulären Karzinomen zu vermieden.

ID: 275

Gesundheitsmanagement an Schulen – das Projekt „Gesund Leben Lernen“

Mustapha Sayed[1], Sebastian Liersch[1], Irmtraut Windel[2], Thomas Altgeld[2], Christian Krauth[3], Ulla Walter[3]

[1]Medizinische Hochschule Hannover, Hannover; *[2]Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V., Hannover*; *[3]Medizinische Hochschule Hannover, Hannover*

Einleitung , Die Intervention Gesund Leben Lernen (GLL) ist ein neuer Ansatz zur schulischen Gesundheitsförderung. Ziel von GLL ist, die Instrumente des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (Ganzheitlichkeit, Partizipation, Integration, Projektmanagement) für die gesundheitsförderliche Schulentwicklung zu nutzen und bedarfsgerecht anzupassen. Dabei werden Schulen zwei Jahre lang von weitergebildeten Fachkräften für Gesundheitsmanagement begleitet. Im Rahmen des BMBF-Forschungsprojekts „Schulentwicklung durch Gesundheitsmanagement“ wurde die Intervention GLL evaluiert. Zudem wurde die Balanced Scoercard (BSC) als strategisches Managementinstrument in GLL integriert und eine Kennzahlentoolbox als ergänzendes Element der BSC entwickelt. Sie enthält Messinstrumente, die Schulen bei der Bestimmung von Kennzahlen unterstützen sollen. Die entwickelte Kennzahlentoolbox steht den beteiligten Schulen als Datenbank zur Verfügung und umfasst insgesamt 121 frei verfügbare Messinstrumente. Die Kennzahlentoolbox enthält Messinstrumente für unterschiedliche Zielgruppen (Schüler/innen: n=59, Lehrer/innen: n=43, Eltern: n=16, Schulleitung: n=6)., Methoden, In die Studie einbezogen sind 60 GLL-Schulen verschiedener Schulformen. Zur Ermittlung der Akzeptanz und Umsetzung der Intervention GLL wurden Fokusgruppen (n=8) in ausgewählten Schulen durchgeführt. Thematisiert wurden die Inhalte (1) Veränderungen an der Schule seit der Umsetzung der Intervention Gesund Leben Lernen, (2) Nutzen der Intervention für die Schule, sowie (3) Hindernisse bei der Umsetzung. Weiterhin wurden die Schulen zu ihren Erfahrungen (4) bei der Umsetzung der BSC sowie (5) zum Umgang mit der Kennzahlentoolbox befragt. Bei der Zufallsauswahl der Schulen für die Teilnahme an den Fokusgruppen wurde im Vorfeld darauf geachtet, dass alle Schulformen (Berufsbildende Schulen, Förderschulen, Grundschulen, Gymnasien, Haupt- und Realschulen, Gesamtschulen) vertreten sind. Von den kontaktierten Schulen (n=12) konnten an acht Schulen Fokusgruppen durchgeführt werden (Berufsbildende Schulen n=2, Förderschulen n=2, Grundschulen n=1, Gymnasien n=2, Gesamtschulen n=1). Durchschnittlich haben sieben Personen an einer Fokusgruppe teilgenommen, die sich aus den verschiedenen Personengruppen der Schulen (Lehrer/innen, Schüler/innen, Sonstige Mitarbeiter/innen, Eltern) zusammensetzten., Ergebnisse, Die Ergebnisse der Fokusgruppen zeigen, dass Schulen die zweijährige GLL-Projektlaufzeit sowohl zur Verbesserung der Schüler- als auch der Lehrergesundheit gleichermaßen nutzen. Seit der Umsetzung der Intervention nehmen Schulen durch die Bildung von Steuerungsgruppen und Gesundheitszirkel eine verbesserte Zusammenarbeit innerhalb der Schule wahr. Die BSC wird als nützliches Hilfsmittel zur Schaffung von Strukturen und Transparenz sowie als Arbeitserleichterung von den Schulen wahrgenommen. Es werden durch die BSC die Kommunikation innerhalb der Organisation Schule verbessert sowie Verbindlichkeiten geschaffen. Barrieren bei der Nutzung der BSC in den Schulen sind vor allem der damit verbundene hohe Zeitaufwand sowie die Formulierung von Zielen. Die durchgeführten Fokusgruppen machen deutlich, dass die beteiligten Schulen die zur Verfügung gestellte Kennzahlentoolbox wenig nutzen. Ein Grund dafür ist, dass die Selbstevaluation häufig nur einmal pro Schuljahr mit teilweise selbstentwickelten Messinstrumenten umgesetzt wird. , Schlussfolgerung, Die Evaluation der Intervention GLL macht deutlich, dass Projektmanagement und prozesshaftes Arbeiten für Schulen ein breites und neues Lernfeld ist. Den Schulen müssen für die Arbeit in einem integrierten Gesundheitsmanagement bislang fehlende Kompetenzen und Kenntnisse wie Theorien und Methoden der Organisationsentwicklung und des betrieblichen Gesundheitsmanagements im Setting Schule vermittelt werden. Dabei kann die BSC ein nützliches Managementinstrument sein. Die Kennzahlentoolbox kann unter Nutzung der Messinstrumente bei der Bedarfserhebung und Ist-Stand-Analyse zu Beginn von Schulentwicklungsprozessen behilflich sein. Zudem kann sie der kontinuierlichen Überprüfung von im Schulprogramm formulierten Zielen dienen.

ID: 277

Factors influencing short-term functional recovery of geriatric hip fracture patients – a prospective observational study

Benjamin Bücking[1], Monika Balzer-Geldsetzer[2], Richard Dodel[2], Steffen Ruchholtz[1], Jens-Peter Reese[3], Jochen Gehrke[4]

[1]*Universitätsklinikum Gießen und Marburg, Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie, Marburg*; [2]*Universitätsklinikum Gießen und Marburg, Klinik für Neurologie, Maburg*; [3]*Philipps-Universität Marburg, Marburg*; [4]*Klinik für Geriatrie, Asklepios Klinik Bad Oldesloe, Bad Oldesloe*

Background: , Geriatric hip fractures mostly occur due to simple falls in elderly people with advanced osteoporosis and often multimorbid condition. With an incidence of up to 439/100,000 per year hip fractures are very common and are associated with premature death, high rates of morbidity and disability and reduced quality of life. .Aim of this study was to investigate the predictive value of cognitive impairment, delirium, depression status, age, gender and function on admission on rehabilitation recovery. , Methods: , 264 Patients with proximal femoral fracture (ICD 10 S 72.0–72.2 (ICD 10)) aged 60 years and older were included when admitted to a postacute geriatric hospital located in Bad Endbach/Germany after fracture repair in one of five different surrounding acute care trauma centers. Permission of full weight bearing during rehabilitation was an inclusion criterion. Exclusion criteria were polytrauma (ISS≥16) and malignancy-related fractures. The recruitment period was from April 1, 2009, to October 31, 2011. , The following clinical data and questionnaires were assessed: Barthel Index (BI), Mobility was measured with the Timed Up and Go test (TUG), cognitive impairment was screened with the Mini Mental Status Examination (MMSE), depression was evaluated using the Geriatric Depression Scale short form (GDS), occurence of delirium was recorded with the Delirium Rating Scale (DRS), pain level was measured daily by a Visual Analogue Scale (VAS) (0=no pain at all to 10=intolerable pain). With bivariate analysis the BI at discharge and the difference between BI on admission and discharge were compared between the different patient groups according to the other variables. Univariate and multiple regression analysis were performed to identify influencing factors for both the BI at discharge and the difference between BI on admission and at discharge. , Results: , Duration of inpatient treatment in the rehab hospital was 15days±4. Four patients died and 5 patients had to be returned to acute care hospital due to complications. Function of patients improved from a BI score from 31.5±16.8 to a BI mean of 56.6± 27.1. Increased age, Depressive symptoms, cognitive impairment and delirious symptoms at rehab start were associated with poor recovery outcomes. Multivariate analyses confirmed delirious symptoms and cognitive impairment as independent predictors for less success in functional recovery during rehabilitation. , Conclusion: , Rehabilitation success after geriatric hip fracture heavily depends on mental health factors of the patient, especially on cognitive functioning. Further research has to reveal if tailored rehab programmes for demented or delirious patients may be more effective than conventional interventions.

ID: 278

Physiotherapie bei schwerstkranken und sterbenden Patienten– Ergebnisse einer bundesweiten Befragung auf Palliativstationen

Kathrin Woitha[1], Andrea Wuensch[1], Gabriele Mueller-Mundt[1], Stefanie Volsek[2], Nils Schneider[1]

[1]Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover; *[2]Zentrale Einrichtung Physiotherapie und Physikalische Therapie, Kiel*

Einleitung/Hintergrund, Die Palliativversorgung hat in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen. Erweiterte palliative Versorgungskonzepte sehen die gezielte Integration physiotherapeutischer Expertise vor. Neuere Studienbefunde unterstreichen, dass eine frühzeitige palliative Therapie die Lebensqualität und Überlebensdauer schwerkranker Menschen erhöhen kann. Ziel der als Teil eines bundesweiten Surveys zur Physiotherapie in der Hospiz- und Palliativversorgung durchgeführten Befragung unter den Palliativstationen war es, Entwicklungsstand und -erfordernisse der Rolle der Physiotherapie in der klinischen Palliativversorgung aufzuarbeiten. , Daten/Methode, Ausgehend von einer qualitativen Vorstudie (Leitfaden-Interviews auf Palliativstationen) wurde ein einrichtungsbezogener Fragebogen zu folgenden Themenschwerpunkten entwickelt: Einschätzung der Bedeutung der Physiotherapie für die Symptomkontrolle, Kooperation und Integration der Physiotherapie in das Versorgungsgeschehen auf deutschen Palliativstationen (jeweils aus Sicht des Leitungspersonals der Palliativstationen)., In die im April 2013 eingeleitete postalische Befragung wurden alle in den Datenbanken der Palliativ- und Hospizverbände nachgewiesenen Palliativstationen einbezogen (Vollerhebung, n=266). Entsprechend der explorativen Anlage des Surveys erfolgt die Datenanalyse mittels uni- und bivariater Verfahren der deskriptiven Statistik. , Ergebnisse, Bis Anfang Juni 2013 beteiligten sich 133 der 266 Palliativstationen an dem Survey (Rücklaufquote: 50%). Die Fragebögen wurden zu 47% durch Physiotherapeuten des jeweiligen Palliativteams, zu 37% durch leitende Ärzte und zu 14 % durch leitende Pflegekräfte bearbeitet. , 69% der Palliativstationen sind in den letzten 10 Jahren eingerichtet worden. Mit 31% dominiert eine fachliche Anbindung an die Onkologie, gefolgt von der Inneren Medizin (22%), Anästhesie (19%) und Geriatrie (8%). Bei 9% handelt es sich um eigenständige Klinikabteilungen. Im Mittel verfügen sie über eine Versorgungskapazität von 8 bis 9 Planbetten (4 bis 42 Betten) und haben 2012 jeweils durchschnittlich 244 Patienten betreut (21 bis 800 Patienten), und zwar zu rund 90 Prozent Menschen mit Tumorerkrankungen. In über 80% der befragten Palliativstationen ist die Physiotherapie mit einer halben Personalstelle eingebunden. Auf 45% der Palliativstationen wird ein übergreifendes Behandlungskonzept von Physiotherapie und Pflege verfolgt. , Im Rahmen der Symptomkontrolle wird Physiotherapie besonders bei Ödemen und Immobilität, bei Luftnot und Schmerzen aber auch bei Angstzuständen und Obstipation als hilfreich angesehen. Entsprechend zählen Manuelle Lymphdrainage, Mobilisation, Atemtherapie und Massagen sowie Beratung und Anleitung der Patienten zu den häufigsten physiotherapeutischen Interventionen. Der professionsbezogene Vergleich zeigt, dass insbesondere Pflegekräfte aber auch Ärzte die Potenziale und Rolle der Physiotherapie im Versorgungsgeschehen der Palliativstation jeweils geringer einstufen als Physiotherapeuten., Sichtbar wird zugleich, dass – neben der ärztlichen Indikationsstellung und dem palliativen Basis-Assessment – die gemeinsame Therapieplanung für die Ausgestaltung der Physiotherapie einen herausragende Stellenwert hat. Ein physiotherapeutisches Assessment, eine Evaluation der Maßnahmen und deren systematische Dokumentation erfolgen eher selten. Auch mangelt es vielfach an einem Überleitungsmanagement und Kapazitäten zur Sicherstellung der Weiterführung der Physiotherapie nach der Entlassung der Patienten., Diskussion/Schlussfolgerungen, Die Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung der Physiotherapie in der Palliativversorgung. Mit Blick auf den sich im Ergebnis abzeichnenden hohen Integrationsgrad ist allerdings anzunehmen, dass sich vorrangig Palliativstationen mit einen erweiterten Teamansatz an der Befragung beteiligt haben. , Deutlich wird ferner, dass aktivierende Therapieansätze, wie sie sich u.a. bei Fatigue bewährt haben, gegenüber passiven Techniken eine untergeordnete Rolle spielen. Entwicklungsbedarf zeigt sich – neben der Etablierung eines physiotherapeutischen Überleitungsmanagements – auf den Ebenen des Assessments, der Evaluation und der Dokumentation.

ID: 279

Lernort und lernende Organisation Krankenhaus. Ärztliche Weiterbildung in systemtheoretischer Perspektive

Alfred Cassebaum[1], Maren Grautmann[1]

[1]Kreiskrankenhaus Frankenberg/Eder, Frankenberg

Einleitung:, Ärztemangel in fast allen Sektoren des Gesundheitswesens imponiert als besondere Form des Fachkräftemangels, da er ein zentrales sozialstaatliches Gut tangiert. Der hohe gesellschaftliche und juristische Stellenwert von Facharztstandard und Versorgungssicherheit steht dabei im Kontrast zu Desorganisation und Zufall bei der Entstehung ärztlicher Expertise. Die Funktion von Krankenhäusern als Weiterbildungsstätten rückt in den Blickpunkt, da die Konversion des ärztlichen Arbeitsmarkts zum Käufermarkt besondere Anstrengungen bei der Personalakquisition erzwingt. , Methodik:, Am Beispiel der ärztlichen Weiterbildung werden die Institutionen des deutschen Gesundheitswesens einer systemtheoretischen Analyse unterzogen. Dabei interessiert besonders die Frage, welche Systemebene jeweils handlungs- und entscheidungsrelevant ist. Die Unterscheidung von System und Umwelt wird auf das Krankenhaus als betriebliche Einheit angewendet. Ärztemangel wird als externe Störung von Betriebsabläufen dargestellt, auf die das Krankenhaus strukturdeterminiert antwortet. Diese Antwort verweist auf Defizite und Leerstellen im übergeordneten System. Betriebswirtschaftliche, gesundheitsökonomische und professionspolitische Konsequenzen werden diskutiert., Ergebnisse:, Selbstverwaltungsprinzip und die Sektorierung führen zu einer Übermacht der Subsysteme im deutschen Gesundheitssystem. Komplementär dazu ist die zentrale Systemebene eher schwach. Versorgungsplanung unterliegt schnell dem Verdikt der Staatsmedizin, dem gegenüber Einzelbetriebe und professionelle Körperschaften ihre Autonomie behaupten. Dies betrifft neben der Bereitstellung medizinischer Infrastruktur gleichermaßen die Erzeugung ärztlicher Kompetenz. Dabei ist der Kontrast zwischen dem hohen Rang, den der Facharztstandard bei der Definition von Versorgungsqualität genießt und dem Mangel an Struktur und Planung bei der Produktion ärztlichen Expertentums besonders eklatant. Krankenhäusern kommt dabei ganz überwiegend die nirgends explizit definierte Funktion der Facharztweiterbildung zu. Da diese aber mit den betriebswirtschaftlichen Zielen des Krankenhauses in keinem konstitutiven Zusammenhang steht, sind Prozess und Ergebnis von Weiterbildung chaotisch und arbiträr. Die Konversion des ärztlichen Arbeitsmarktes stellt den Umweltfaktor dar, der als Perturbation (Maturana) in die Betriebe hineinwirkt. Intelligentes Management wird im Sinne der lernenden Organisation (Argyris/Senge) diese Störung in innerbetriebliche Veränderungsimpulse umwandeln. Dies stellt den Betrieb vor ungekannte Herausforderungen, denn ärztliche Weiterbildung wird in den betriebsfernen Subsystemen der Professionspolitik konzipiert, die nach eigenen Systemlogiken funktioniert. Das fast vollständige Fehlen einer ärztlichen Post-Doc-Fachdidaktik verweist ebenfalls auf den Mangel an einer zentralen Systemperspektive und Handlungsebene. Insofern ist der „Wind of Change“ des Ärztemangels gleichzeitig Impuls zu dynamischer Entwicklung des Krankenhauses als Lernort ärztlicher Kompetenz, verweist gleichzeitig aber auf den Mangel an Versorgungsplanung, der das deutsche Gesundheitswesen von anderen Ländern unterscheidet. , Schlussfolgerungen:, Am Dilemma ärztlicher Weiterbildung wird offensichtlich, wie das deutsche Gesundheitswesen als ein Konglomerat autonom agierender Subsysteme funktioniert, die weitgehend gegeneinander agieren und füreinander den Status von Umweltfaktoren einnehmen. Den Krankenhäusern kommt die nirgends explizit formulierte Funktion ärztlicher Weiterbildung zu. Ein konstitutiver Zusammenhang dieser Funktion mit den betriebswirtschaftlichen Zielen besteht nicht. Die Störung des Ärztemangels wird krankenhausintern in strukturdeterminierte Managementimpulse umgesetzt, um die Chancen bei der Personalakquisition zu erhöhen. Damit können aber der zentrale gesundheitspolitische Mangel an ärztlicher Kompetenzentwicklung nur teilweise ausgeglichen werden. Ohne eine Priorisierung ärztlicher Weiterbildung und ihre Umsetzung in Versorgungsplanung und gesundheitsökonomische Steuerungsimpulse werden die momentan erkennbaren Weiterbildungsbemühungen der Krankenhäuser sich als instabil erweisen, sobald sich der ärztliche Arbeitsmarkt wieder dreht.

ID: 280

Körpergerechtes Arbeiten - Physiotherapiebasierte Gesundheitsförderung in Klein- und Kleinstbetrieben

Julia Dördelmann[1]

[1]*HAWK Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst Fachhochschule Hildesheim/Holzminden/Göttingen Fakultät Soziale Arbeit und Gesundheit, Göttingen*

HAWK HOCHSCHULE FÜR ANGEWANDTE WISSENSCHAFT, UND KUNST, Fachhochschule Hildesheim/Holzminden/Göttingen, Fakultät Soziale Arbeit und Gesundheit, Studiengang Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie, Abstrakt, Physiotherapiebasierte Gesundheitsförderung in Kleinbetrieben, am Beispiel des Friseurhandwerks, – Bachelor-Thesis –, KONTAKT: Julia Dördelmann Sültebecksbreite 3 37075 Göttingen, juliadoerdelmann@gmx.de, HINTERGRUND: Gesundheit und Wohlbefinden bei der Arbeit sind, wichtige Voraussetzungen für die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit von, Betrieben. Leider gehören gesunde Arbeitsbedingungen nur selten zu den, vorrangigen Zielen von Kleinbetrieben. Das Kernstück der, Gesundheitsförderung ist es, auf die Gesundheit der Arbeitnehmer, -innen, und Führungskräfte zu achten, um die Anzahl an Krankheitsausfällen zu, senken. Es stellt sich die Frage, wie ein Konzept der betrieblichen, Gesundheitsförderung in Kleinbetrieben am Beispiel des Friseurhandwerks, aussehen könnte, um berufsbedingte Beschwerden zu minimieren., METHODE: Eine nichtteilnehmende Beobachtung von acht Friseurinnen in, drei verschiedenen Salons, diente der Erfassung von berufsspezifischen, Bewegungsmustern. Anschließende Fragen gaben Auskunft über das, subjektive Empfinden und bereits vorhandene berufsbedingte, Beschwerden. Die Literaturrecherche lieferte Informationen über, Konzepterstellungen und Strategien., RESULTATE: Die Auswertung hat gezeigt, dass unterschiedliche, Möglichkeiten bestehen, bestimmte Tätigkeiten auszuführen. Dennoch gibt, es einige Parallelen. Die untere Extremität wird überwiegend passiv, stabilisiert, die obere Extremität muss eine extreme Haltearbeit leisten und, der Rumpf die Bewegungsimpulse ausgleichen. Die psychische Belastung, spielt ebenfalls eine entscheidende Rolle und Aussagen über bereits, bestehende Beschwerden konnten mit den Beobachtungsergebnissen, verglichen werden. Der Erkenntnisgewinn diente als Grundlage für die, Konzeptentwicklung., SCHLUSSFOLGERUNG: Maßnahmen der betrieblichen, Gesundheitsförderung im Friseurhandwerk erscheinen, aufgrund der, körperlichen und psychischen Belastung, sinnvoll. Das Konzept sollte, sowohl eine Verhaltensänderung unterteilt in eine somative und psychoemotionale, Ebene beinhalten, sowie eine Verhältnisänderung., SCHLÜSSELWÖRTER: Betriebliche Gesundheitsförderung, Kleinbetriebe, Friseurhandwerk, Verhaltensänderung, Verhältnisänderung, Konzeptentwicklung, Das gesamte Konzept wurde 2010 von mir für den Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten ausgeweitet und auf alle Berufszweige(industriell-handwerklicher Bereich, Büroarbeitsplätze, soziale Einrichtungen)ausgeweitet. Das Hauptziel des 'Bewegten Betriebs' ist es gesundheitsfördernde Ressourcen aufzudecken, vorhandene Gegebenheiten optimal zu nutzen und auch arbeitszeitübergreifend zu einem aktiven Lebensstil zu motivieren. Physiotherapeuten werden in einer entsprechenden Fortbildung weiter qualifiziert und setzen die Maßnahmen nach einer standardisierten Vorgehensweise zielgruppengerecht in den Betrieben um.

ID: 281

Adherence to tamoxifen therapy after conversion to a discount pharmaceutical in breast cancer patients in Germany

Karel Kostev[1], Uwe May[2], Peyman Handji[3]

[1]IMS Health, Frankfurt am Main; *[2]Hochschule Fresenius, Idstein*; *[3]Universität Marburg, Marburg*

Background: The aim of this study is to investigate the risk of discontinuing therapy in breast cancer patients treated with tamoxifen both with and without conversion to a discount pharmaceutical (tamoxifen) and to analyse the negative consequences of rebate contracts on the compliance of breast cancer patients among gynaecologist and general practitioner practices in Germany. , Methods: This retrospective analysis was performed using the IMS Disease Analyzer® database. Women with a diagnosis of breast cancer and a first time prescription of tamoxifen from January 2008 to December 2011 were selected. The principle outcome measure was the incidence of hormone treatment discontinuation rates within three years after the index date. Treatment discontinuation of tamoxifen was defined as 90 days without this or an alternative hormonal therapy (aromatase inhibitors) during that time. , Results: In total, 3,620 patients were included in the persistence analysis. 1,712 (47.3%) , patients were converted to a discount product. Within three years of follow up, the discontinuation rates increased to 51.5% for switched patients and 46.3% for patients that were not switched ($p<0.01$). Hazard ratios of the three-year risk of tamoxifen therapy discontinuation were adjusted for age, sex, gynaecologist care, patient and physician´s residency, and baseline comorbidities (osteoporosis, diabetes, depression and thrombosis, and side effects). , These analyses revealed a significantly increased risk of treatment discontinuation for patients who were switched to a discount pharmaceutical compared to patients without conversion to a discount pharmaceutical (HR: 1.27, CI: 1.05-1.53, $p=0.014$). , Conclusions: This analysis highlights an association between the initiation of rebate contracts and a negative impact on the compliance of breast cancer patients on an adjuvant hormonal treatment. The impact of rebate contracts on the health of patients and health care costs should be evaluated in further therapeutic fields through additional research projects.

ID: 282

Risk of venous thrombosis in users of hormonal contraceptives in German gynaecological practices– a patient database analysis

Karel Kostev[1], Volker Ziller[2], May Ziller[3]

[1]IMS Health, Frankfurt am Main; *[2]Philipps-University of Marburg, Dept. of Gynecological Endocrinology, Reproductive Medicine and Osteoporosis, Marburg*; *[3]Gyn. Praxis Eichler/Ziller Medizin Marburg Mitte, Marburg*

Purpose:, Recent studies showed differences in the risk of venous thrombosis between different combined hormonal contraceptives. Database studies comprising large cohorts can add relevant aspects in a daily clinical practice manner. The purpose of this study was the evaluation of different progesterone derivatives in combination with ethinylestradiol on the risk of venous thrombosis in Germany., Methods, Computerized data from 68,168 contraceptive users in gynaecological practices throughout Germany (Disease Analyzer database) were analysed. The adjusted Odds ratios for risk of thrombosis were estimated in users of different OC formulations relative to users of levonorgestrel containing preparations., Results, 38 (0.06%) of 68,168 contraceptive users, had a recorded diagnosis of thrombosis within 365 days after first prescription. The adjusted risk was 1.95 for desogestrel (CI: 0.52-7.29), 2.97 for dienogest (CI: 0.96-9.24), 1.57 for drospirenone (CI: 0.46-5.38), 2.54 for chlormadinone (CI:0.72-9.04) and 3.24 for norgestimate (CI: 0.59-17.75) compared to levonorgestrel. None of those findings did reach statistical significance. The maximum absolute increase versus levonorgestrel was 6 cases per 10000 women (n.s.). , Conclusion, The study somewhat confirms recent results showing an increased risk of 3rd and 4th generation OC versus levonorgestrel containing products, but also confirms the low incidence rates of thrombosis in OC users.

ID: 283

Balanced Scorecard als unterstützendes Instrument zur gesundheitsfördernden Schulentwicklung

Sebastian Liersch[1], Mustapha Sayed[1], Irmtraut Windel[2], Thomas Altgeld[2], Christian Krauth[1], Ulla Walter[1]

[1]Medizinische Hochschule Hannover, Hannover; *[2]Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V., Hannover*

Einleitung. Die Förderung der Gesundheit in der Schule hat sich in den vergangenen Jahrzehnten von der Gesundheitserziehung bis hin zu dem umfassenden Ansatz der gesundheitsfördernden Schulen entwickelt. Wesentlich dabei sind organisations- und strukturbezogene Strategien. Die Balanced Scorecard (BSC) ist umsetzungsorientiertes Managementinstrument zur Unterstützung von Veränderungsprozessen. Sie ermöglicht die Messung der gesundheitsförderlichen Aktivitäten der Schule und bezieht dabei zukünftige Aktivitäten in die Betrachtung ein. Alle Ziele sind verbindlich an konkrete Maßnahmen, verantwortliche Personen und Frühindikatoren geknüpft. Wesentlich ist, dass eindeutig messbare Ergebnisse über die Zielerreichung einer Organisation Auskunft geben. Da ein kontinuierlicher Abstimmungsprozess zwischen Zielen und Maßnahmen integriert wird, bildet die BSC eine Grundlage für organisationales Lernen. Die BMBF-geförderte Studie „Schulentwicklung durch Gesundheitsmanagement“ integrierte das strategische Instrument der BSC in die Intervention Gesund Leben Lernen (GLL)., Methoden. Im Sinne einer partizipativen Qualitätsentwicklung erfolgte eine Anpassung der BSC an die Organisation Schule. Zur Integration des niedersächsischen Orientierungsrahmens für Schulqualität wurde für die eingesetzte BSC identische Begrifflichkeiten gewählt, sowie diese auf sechs Perspektiven erweitert. Beteiligte Schulleiter, Steuergruppensprecher sowie die in GLL tätigen Gesundheitsfachkräfte als Multiplikatoren wurden zur Umsetzung der BSC geschult. Für die Multiplikatoren wurden regelmäßige Wiederholungsschulungen umgesetzt., Die Intervention GLL bezieht alle Schulformen ein (z.B. Grundschulen, Förderschulen, BBS). Da die beteiligten Schulen in ihrer Struktur sehr unterschiedlich sind, wurden diese nach Organisationsgröße in drei Cluster unterteilt. Die Handhabbarkeit der BSC wurde mittels teilstandardisierten Fragebogen von beteiligten Schulen erhoben. An der Erhebung zur BSC haben insgesamt n=38 (63,3%) der beteiligten n=60 Schulen teilgenommen., Ergebnisse. Von den beteiligten Schulen sind n=28 den kleinen Organisationseinheiten, n=18 den mittleren und n=14 den großen Organisationseinheiten zu zuordnen. Im Rahmen der Intervention haben 55,3% mit der BSC gearbeitet. Insgesamt wurde von allen Schulen die Arbeitsweise mit der BSC als „gut“ bewertet. Die Hypothese, dass die Handhabbarkeit der BSC von großen Organisationseinheiten aufgrund von Kenntnissen mit anderen Managementinstrumenten besser eingeschätzt wird, lies sich nicht bestätigen. Von den Schulen wurde positiv bewertet, dass die BSC durch die Darstellung des Erreichten sowie vorhandener Aktivitäten und der Fortschritte, Transparenz geschaffen wurde. Zudem wurde positiv bewertet, dass die Ziele intensiv diskutiert, Zielvorgaben gesetzt und Verbindlichkeiten geschaffen wurden. Negativ bewertet wurde von den Schulen, die komplizierte Handhabung der BSC. Zudem wurde der Aufwand zur Umsetzung der BSC als zu hoch eingeschätzt. Jedoch wurde auch genannt, dass zu viele Ziele gesetzt wurden, welches der grundlegenden Intention der BSC wiederspricht., Schlussfolgerung. Bei der BSC handelt es sich nicht um ein Bewertungsinstrument, sondern um eine Veränderungsinitiative, die neue Management-Prozesse in die Organisation Schule einführt. Durch die Integration des niedersächsischen Orientierungsrahmens für Schulqualität ist die BSC nicht mehr nur ein Instrument zur Einführung eines Gesundheitsmanagements an Schulen, sondern unterstützt zudem die Umsetzung des Orientierungsrahmens für Schulqualität. Durch die Evaluation der BSC im Rahmen der Intervention GLL kann aufgezeigt werden, welche Potentiale das Managementinstrument zur Umsetzung gesundheitsförderlichen Aktivitäten in der Schule bietet. Zudem wird jedoch deutlich, dass die Integration der BSC zunächst zu einem erhöhten Aufwand führt. Die aus der Studie gewonnenen Erkenntnisse bilden die Grundlage für die Weiterentwicklung schulischer Gesundheitsförderung.

ID: 285

Diabetes Mellitus Type 2 (T2DM) – Prevalence Differentials in the US and in Europe: Reality or Measurement Error?

Andrea Werdecker[1], Ulrich Mueller[1]

[1]*Institut für Medizinische Soziologie und Sozialmedizin, Marburg*

Introduction:, Cancer, Metabolic Syndrome, Dementias are the dominant health problems in aging societies, T2DM advancing all three. , There are considerable regional differences in T2DM prevalence which may be real or not., Today most new cases in North America and in Europe are found in screening tests in high risk individuals which still do not present clinical symptoms of T2DM, a substantial proportion of the true prevalence of T2DM has to be estimated., There is a wide range of approaches for estimating undiagnosed T2DM, none of them established so far., The OECD multiplied observed prevalence for the UK by a factor of 1,5 and doubled for other European countries., Novel approaches in Germany estimate undiagnosed diabetes prevalence as of 25-30% of he diagnosed cases, and way below the 100% suggested by the OECD. , In the US , the lowest total estimated prevalence of diabetes is found in Midwest and Northeast, the highest in Southern and Appalachian states, with a variation of app. 150% as compared to the lowest. In the European Union, prevalence variation for ages 20-79 is even higher at 180-200% highest in Portugal, Germany vs. UK, Sweden., Data and Methods:, Obesity, mortality from coronary heart disease (CHD) and stroke, can be determined straightforwardly – and all three are closely related with T2DM. This is a suitable situation where to apply an ecological approach. , Results:, Among the 50 US states we get ordinal correlation coefficients between adipositas and diabetes prevalence at ages ages 60+ of Kendals tau_b .328 at p=.001, and Gamma = .333 at =.001. , Among the 20 European States for which the OECD has data we get ordinal correlation coefficients between adipositas and diabetes prevalence at ages 20-79 of Kendals tau_b = .265 at p<.150, Gamma= .266 at p<.150. , Furthermore, for the US we get ordinal correlation coefficients between diabetes and CHD mortality at ages 60+ of Kendals tau_b .333 at p=.001, Gamma = .334 at =.001 and for stroke of Kendals tau_b .622 at p=.0004, Gamma = .626 at =.0004., For the European states, here, we get less conclusive associations: no correlation between diabetes prevalence and CHD mortality, but stroke mortality of Kendals tau_b = .302 at p<.012, Gamma = .305 at <.012., Graphical representation of these associations will be shown. , Discussion: , The results from the US are more relevant, because regional inequalities in health care, especially in acute situations may be smaller than among European states., Region specific influences may play a significant role in the genesis of adipositas as well as diabetes and, therefore, effective prevention strategy could be and should be region specific., This study also is an example for the potential of the ecological design for checking estimations of the population prevalence of one difficult-to-observe parameter using another easy-to-observe parameter, when a causal relation between the two parameters has been established before.

ID: 286

Versorgungsforschung im Bereich Darmkrebs: Analyse der Behandlungsströme von Patienten mit kolorektalen Lebermetastasen

Megan McCool[1], Christian Apfelbacher[1], Julika Loss[1], Matthias Hartmann[2], Monika Klinkhammer-Schalke[3], Michael Gerken[3]

[1]Medizinische Soziologie, Universität Regensburg, Regensburg; *[2]Lehr- und Forschungseinheit Allgemeinmedizin, Universität Regensburg, Regensburg*; *[3]Tumorzentrum Regensburg e.V., Regensburg*

Hintergrund: Das kolorektale Karzinom ist mit ca. 70.000 Neuerkrankungen pro Jahr eine der häufigsten Krebserkrankungen in Deutschland. Etwa 30% aller Patienten mit Darmkrebs haben zum Zeitpunkt der Diagnose Metastasen in anderen Organen. Am häufigsten findet man sie in der Leber (kolorektale Lebermetastaten, CLM). Die S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom sieht vor, dass bei vorhandener Lebermetastasierung die Beurteilung der Resektabilität an primärer Stelle steht. Vollständige operative Entfernung der Metastasen bedeutet ein signifikant längeres und besseres Überleben. Die therapeutische Strategie sollte dabei interdisziplinär, z.B. im Rahmen einer Tumorkonferenz, festgelegt werden. Vielerorts entsteht der Eindruck, dass Patienten mit potenziell resektablen Befunden zu spät oder gar nicht einer entsprechenden interdisziplinären bzw. chirurgischen Beurteilung zugeführt bzw. inadäquat vorbehandelt werden. Ziel dieser Studie ist daher, die tatsächlichen sequentiellen, sektorenübergreifenden Versorgungsabläufe von Patienten mit CLM zu analysieren. , Methode: In einer deskriptiven Analyse werden die Behandlungsströme von Patienten rekonstruiert, bei denen 2010-2011 ein Kolorektalkarzinom diagnostiziert wurde und bei denen zudem zeitgleich (synchron) oder im Verlauf nach der Behandlung des Primärherdes (metachron) Lebermetastasen auftraten (n=383). Grundlage sind bevölkerungsbezogene, klinische Daten der im Tumorzentrum Regensburg verlaufsbegleitend dokumentierten Tumorerkrankungen der Oberpfalz und Niederbayern, sowie ärztliche Befundberichte und Entlassungsbriefe. Die Nachzeichnung des Versorgungsablaufs geschieht durch zwei unabhängige Bewerter anhand eines vorab festgelegten Indikatorensatzes, der u.a. enthält: Zeitpunkt und Standort des ersten Verdachts auf CLM, Diagnosedatum, Zeitpunkt der Vorstellung eines Tumorboards, Behandlungsempfehlung und Art und Zeitpunkt der Behandlung. Die Daten werden über Microsoft Access erfasst und mit SPSS ausgewertet. , Ergebnisse: Bislang liegen erste Ergebnisse von 45 Patienten vor (m:33, f:12). Der Verdacht auf Lebermetastasen ergab sich bei den synchronen Fällen v.a. durch das Staging (11/30), bei metachronen Fällen v.a. im Rahmen der Krebsnachsorge (9/15), aber auch als sonografischer Zufallsbefund (3/15). Laut Dokumentation wurden 91% (41/45) der Patienten nach Diagnose von CLM einem interdisziplinären Tumorboard vorgestellt allerdings haben vier Patienten (9%) eine Chemotherapie erhalten ohne einem Tumorboard vorgestellt zu werden. Darüberhinaus betrug die durchschnittliche Zeitspanne von Verdacht auf CLM bis zur Vorstellung vor einem Tumorboard im Median 21,0 Tage [R: 0-55 Tage]. Bei 22/45 Patienten wurde eine Leberresektion durchgeführt (48,8%)., Diskussion / Ausblick: Die ersten Ergebnisse zeigen, dass die Versorgung der dokumentierten Fälle von CLM weitestgehend S3-Leitlinien-konform zu erfolgen scheint, wobei 9% eine Behandlung erhielten, die anscheinend abweichend von der Leitlinie nicht interdisziplinär entschieden wurde. Die Auswertung der gesamten Stichprobe wird im Sommer d.J. vorliegen und genauere Aussagen zu den Versorgungsabläufen, auch mit regionalem Bezug, ermöglichen.

ID: 287

Career Outcome and Lifespan of 6 Classes of Annapolis and West Point graduates: causation and selection/drift effects

Ronny Westerman[1], Allan Carl Mazur[2], Ulrich Mueller[1]

[1]Institut für Medizinische Soziologie und Sozialmedizin, Marburg; *[2]Syracuse University, Syracuse NY*

Background:, Among military officers, as in many comparable civilian settings, a higher final rank usually is associated with a higher life expectancy. Mainly two alternative explanations have to be considered : causation: material and immaterial benefits of a higher rank in active service and thereafter may cause life to last longer. , selection/drift: individuals with a robust health may have a greater chance to make it to the top ranks. , Data and Methods, We study graduates of classes 1949, 1950, 1951 of the US Naval Academy at Annapolis (n=2206) and the US Military Academy at West Point (n=1714), with app. 40%, 49%, 49% equally distributed survivors to Dec 31, 2012.Only graduates with final rank of lieutenant commander/major or higher, in active service over 20 years and more (when they could retire with benefits) were analyzed. Three groups were distinguished: staff officers (lieutenant commander/major , commander /lieutenant colonel) captains /colonels admirals/generals (all levels). Transition from one to the other group is a major advancement in the military hierarchy. Income, however, varies by a factor of 2 at most. Lifestyle and leisure acivities vary little by rank., We apply a fully parametric frailty model:, Unobserved effects for PH model can be treated by a positive latent random variable the frailty Z. , The frailty concept implies a mixture of individuals in population varying their susceptibility to common risks, We study the covariates military rank, active officer years The most frequently used is the Perks Model (Gompertz Gamma) with Gompertz-specification for Baseline distribution and Gamma-distribution for frailty., The estimator is: ((Formula)), Results ((figure Survival Function))., Admirals/Generals have significant lower mortality than Captains/Colonels, and those than Staff-Officers. These differences, however , diminish with advancing age., Conclusion, Results advance a selection/drift effect: above average health robustness is essential for above average career success in the US military officer corps.

ID: 288

Neuroenhancement: Erste Zwischenergebnisse einer Untersuchung in vier ausgewählten Berufen

Thorsten Köhler[1]

[1]*infas - Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH, Bonn*

Einleitung , Wenn Arbeitnehmer Medikamente oder andere Substanzen zur Steigerung der geistigen Leistungsfähigkeit oder zur Steigerung des psychischen Wohlbefindens einnehmen, ohne dass eine medizinische Notwendigkeit vorliegt, bezeichnet man dies als Neuroenhancement (NE). Bei der laufenden Studie handelt es sich um eine hypothesentestende Untersuchung, in der das Erkenntnisinteresse auf dem Zusammenhang von Arbeitsbelastungen und NE in Berufen mit hohen kognitiven und psychischen Anforderungen liegt. Daher wird das Einnahmeverhalten von Ärzten, Publizisten, Werbefachleuten und Softwareentwicklern/Programmierern untersucht. Dieser Berufsauswahl liegt die Annahme zugrunde, dass die mit diesen Berufen verbundenen Arbeitsplatzbedingungen (z.B. lange Arbeitszeiten, beständiger Zeitdruck), die Anforderungen an Kreativität und Konzentration sowie die Stressbelastungen durch das Arbeit, die Einnahme von – vermeintlich – leistungssteigernden Mitteln fördern., Methoden, Zur Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Arbeitsbelastungen und NE wurde ein dreistufiger Untersuchungsansatz gewählt. In der ersten Stufe werden mittels Face-to-Face-Befragung ca. 1.000 Arbeitnehmer je Berufsgruppe interviewt. In der zweiten Stufe wird eine Gruppe von Usern mittels Tagebuchmethode die Belastungssituationen innerhalb eines Wochenzeitraums dokumentieren. Anschließend wird eine Auswahl von Usern in einem problemzentrierten Tiefeninterview befragt. Im vorliegenden Beitrag werden die ersten 1.562 Face-to-Face Interviews der ersten Befragungsstufe ausgewertet., , Vorläufige Ergebnisse, Die Arbeitnehmer aus der Stichprobe sind im Vergleich zu Arbeitnehmern aus einer Repräsentativerhebung (S-MGA) unzufriedener mit Ihrer Arbeit, psychisch stärker beansprucht und arbeiten im Durchschnitt länger. Es wird NE-Konsum für die Lebenszeit, die letzten 12 Monate als auch die letzten 4 Wochen dokumentiert. Der größte Anteil der bisher realisierten Fälle kennt den Begriff NE. Bisher sind 47% der Befragten teilnahme- und davon 91% panelbereit., Schlussfolgerung , Das Studiendesign funktioniert und bestätigt die Annahmen, dass die ausgewählten Berufsgruppen im Vergleich mit einer Repräsentativerhebung stärker belastet sind. Zudem erlaubt die Operationalisierung die Beantwortung der Fragestellung, da ausreichend NE-Konsumenten an der Studie teilnehmen.

ID: 289

Evaluation des psychiatrischen Versorgungssystems in Bremerhaven. Eine Bestandaufnahme. Kontextanalyse (2011-2012)

Luciana Degano Kieser[1], Jörg Utschakowski[1], Uwe Gonther[2], Gisbert Eiikmeier[2], Angelika Lacroix[2], Birgit Babitsch[3]

[1]*F.O.K.U.S. - Bremen*; [2]*BZPPP Bremerhaven*; [3]*Universität Osnabrück*

Einleitung: Das Forschungsprojekt beschreibt Veränderungen auf der Ebene der Nutzer und deren Angehörigen, in der Einstellung der Mitarbeiter sowie des Managements im Rahmen der Umstrukturierungsmaßnahmen des Behandlungszentrums für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide, als Teil der Entwicklung eines koordinierten gemeindepsychiatrischen Hilfesystems in der Region. Das Grundkonzept entspricht einer innovativen Ausrichtung der institutionellen Kompetenzen, deren Kernideen sich auf den Recovery-Ansatz beziehen. , Forschungsziele: Die Evaluation des Veränderungsprozesses durch die Beschreibung der Auswirkungen der Neuorganisation und der Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung auf Nutzer, Angehörige, Mitarbeiter und Management sowie die Anwendung von Recovery- Instrumenten innerhalb eines partizipativen Forschungskonzeptes. , Forschungsdesign : Die Einbeziehung unterschiedlicher Akteure sowie die Verwendung unterschiedlicher Forschungsansätze sind für die Evaluation eines solch komplexen Veränderungsprozesses und Erfassung der Versorgungsqualität unabdingbar. Das Projekt beinhaltet eine Längsschnittstudie, bei der zu zwei Zeitpunkten mit jeweils unterschiedlichen Stichproben bei allen beteiligten Gruppen (Familienangehörige, Nutzer, Professionelle und Management) Daten erhoben werden. Die Studie basiert auf einen Methodenmix. Die Daten beziehen sich sowohl auf qualitative (Kontextanalyse mit Interviews) als auch quantitative (skalierte Fragebögen) Aspekte. Die Forschung wird mittels eines partizipativen Ansatzes durchgeführt. Im Forschungsteam arbeiten auch Experten durch Erfahrung (EX-IN, Nutzer und Angehörige) mit. Daten aus der qualitativen und quantitativen Untersuchung werden im letzten Teil des Forschungsvorhabens in Verbindung gebracht , Methode der Kontextanalyse: Der partizipative Ansatz stützt sich auf das Modell der Community-Based Participatory Research. Die Community-Partner sind alle beteiligten Akteure im zu evaluierenden Prozess. Diese bringen unterschiedliche subjektive Wissensperspektiven ein, welche die Komplexität des Prozesses wiedergeben. Neben der Beschreibung des Settings anhand schriftlichen und mündlichen Materials basiert die Kontextanalyse auf einer qualitativen Datenerhebung, mittels der Durchführung von 13 Interviews und der darauf folgenden Inhaltanalyse der Transkriptionen. Die Interviews wurden nach der Methode des problemzentrierten Interviews (PZI) geführt. Die mit Tonträger aufgenommenen Interviews wurden transkribiert. Die Transkripte wurden nach der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse verarbeitet., Ergebnisse: Leitung, Klinikumsmanagement und Stadtverwaltung haben einen kooperatives Stil bezüglich der Umstrukturierungspläne in dieser ersten Phase des Projektes entwickelt. In der Vorbereitungsphase wurden alle Akteure im System einbezogen, die sich am Prozess unterschiedlich beteiligen. Die Identifizierung der Mitarbeiter mit dem Veränderungsprozess ist zu Beginn des Projekts in unterschiedlichem Ausmaß gegeben. Die Kultur der Mitarbeiter entspricht dem Referenzteam der eigenen beruflichen Rolle in System., Diskussion/Schlussfolgerung: Die Förderung von sozialpsychiatrischen Teamkonzepten in einer gemeindenahen Perspektive durch ein berufsübergreifendes Konzept der Interprofessionalität wird empfohlen.

ID: 290

Qualitätssicherung in der Pflege – ein Instrument zur Weiterentwicklung der Pflegequalität, für mehr Lebensqualität und Wirtschaftlichkeit

Hans Gerber[1]

[1]*MDK Bayern, München*

Seit 2008 werden die Ergebnisse aller Qualitätsprüfungen in zugelassenen stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten in Deutschland, ihre Leistungen und deren Qualität, insbesondere hinsichtlich der Ergebnis- und Lebensqualität im Internet veröffentlicht. Die Veröffentlichung muss für Laien verständlich, übersichtlich und vergleichbar sein. , Eine wesentliche Grundlage der Veröffentlichung bilden hierbei die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) sowie gleichwertige Prüfergebnisse. Der Schwerpunkt der Prüfungen liegt auf der Ergebnisqualität. Die Bewertungen erfolgen auf der Grundlage eines Transparenzkriterienkatalogs und Notensystems, das inzwischen wegen der zunehmend besseren Noten in die Kritik geraten ist. , Längsschnittauswertungen über einen Zeitraum von 2 ½ Jahren zeigen, dass die Qualität in der Pflege sich in einzelnen Bereichen zwar verbessert hat, in anderen Bereichen dagegen weiterhin Optimierungsbedarf gegeben ist. Die konsequente interne Anwendung von pflegerischen Standards sowie ein durchgängiges internes Qualitätsmanagement haben positive Auswirkungen auf die Ergebnisse von Qualitätsprüfungen, auf die Lebensqualität der Pflegebedürftigen und auch auf die Wirtschaftlichkeit. , Im Vortrag werden die Zusammenhänge zwischen einer Qualitätssicherung in der Pflege, der Lebensqualität und auch hinsichtlich Wirtschaftlichkeitsaspekten dargestellt und Konsequenzen für die Zukunft abgeleitet.

ID: 292

Das Programm „Gesund und aktiv älter werden“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Monika Köster[1]

[1]*Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln*

Die Lebenserwartung steigt, die Menschen werden älter, die Zusammensetzung der Gesellschaft ändert sich. 21% der Bevölkerung in Deutschland sind zur Zeit 65 Jahre und älter, 2030 werden es 36,8% sein. Die Lebenserwartung bei Geburt liegt heute für Mädchen bei 82,7, für Jungen bei 77,7 Jahren. Ziel ist es, die gewonnenen Jahre bei möglichst guter Gesundheit und in möglichst hoher Lebensqualität zu erleben. Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung wird der dringende Bedarf an zielgerichteter Gesundheitsförderung und Prävention sehr deutlich. , Erfolgreiche Programme und Maßnahmen setzen an den Lebenswelten und am Alltag der älteren Menschen an. Hierfür ist es notwendig, die jeweiligen Voraussetzungen vor Ort sehr sorgfältig zu analysieren, Transparenz über die bestehenden Angebote herzustellen und die Bedarfe und Interessen älterer Menschen zu klären. Die Zielgruppe der älteren Menschen ist äußerst heterogen. Die persönlichen Voraussetzungen, Biografien und Lebenssituationen unterscheiden sich und sind in der Planung und Durchführung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention zu berücksichtigen. , Im Rahmen ihres Arbeitsschwerpunkts „Gesund und aktiv älter werden“ führt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) die zentralen Fakten zusammen und zeigt - basierend auf den epidemiologischen Grundlagen – gesundheitsbezogene Handlungsmöglichkeiten und Vorgehensweisen auf. Als Zielsetzungen stehen die Erhaltung und Förderung physischer, psychischer und kognitiver Fähigkeiten im Vordergrund, damit ältere Menschen so lange wie möglich aktiv und selbstbestimmt leben können. , Die BZgA entwickelt entsprechende Konzepte, Materialien und Arbeitshilfen für Akteure und mit den Akteuren u.a. aus den Bereichen Gesundheit, Bildung, Sport- und Freizeit, Altenhilfe, Kommunalverwaltung, Selbsthilfe und Gesundheitsmanagement, die die zentrale Zielgruppenarbeit vor Ort leisten. Begleitend baut die BZgA ein Gesundheitsinformationsportal (www.gesund-aktiv-aelter-werden.de) als Wissens- und Kommunikationsplattform zum Themenbereich Alter und Gesundheit auf. Auf der Website stellt die BZgA aktuelle Daten und Publikationen, fachlich geprüfte Gesund¬heitsinformationen, relevante Adressen, Tipps, Arbeitshilfen und Veranstaltungstermine zur Verfügung. Ein vierteljährlicher Newsletter informiert über alles rund um das Thema „Alter und Gesundheit“. , Die BZgA hat – gemeinsam mit den Akteuren in den Ländern – Regionaltagungen „gesund und aktiv älter werden“ in den Bundesländern durchgeführt, die Veranstaltungsreihe wird fortgesetzt. Hierdurch können die zielgerichtete Zusammenarbeit von Bundes-, Landes und kommunaler Ebene sowie die sektorübergreifende Kooperation unterstützt werden. Ein breites Spektrum relevanter Themen – von Bewegungsförderung und Sturzprävention über gesunde Ernährung und Sucht bis hin zu Themen wie Bildung, Arbeitswelt, Teilhabe/Sinnstiftung, Wohnen, Pflege, psychische Gesundheit und Demenz – konnte in den Ländern vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Rahmenbedingungen diskutiert werden. Der Beitrag geht auf zentrale Auswertungsergebnisse ein.

ID: 293

Methodischer Ansatz zur Identifikation, Vergleichsgruppenbildung und Effektmessung eines Entwöhnungsprogramms bei Nikotin-Abusus

David Matusiewicz[1], Sarah Mostardt[1], Helmut Dahl[2], Jürgen Wasem[1], Gerald Lux[1]

[1]Lehrstuhl für Medizinmanagement Universität Duisburg-Essen, Essen; *[2]ForBiG Forschungsnahe Beratungsgesellschaft im Gesundheitswesen GmbH, Essen*

Hintergrund: Die direkten medizinischen Leistungsausgaben der Folgeschäden durch das Rauchen werden in Deutschland mit jährlich etwa 8,7 Mrd. Euro beziffert die indirekten Kosten betragen weitere 24,9 Mrd. Euro (Produktivitätsausfälle, frühzeitige Verrentung, Krankentagegeld). Durch den Einsatz von Rauchentwöhnungsprogrammen sollen die Folgekosten durch das Rauchen verhindert oder minimiert werden., Ziel: Ziel dieses Projektes ist die Erarbeitung eines methodischen Konzeptes zur Ermittlung der Krankheitskosten von Rauchern mit Entwöhnungsprogramm und Rauchern ohne Entwöhnungsprogramm im Rahmen einer gesundheitsökonomischen Evaluation., Methoden: Als Modelldatensatz für die Überprüfung von Hypothesen wird ein Datensatz einer überregional tätigen Krankenkasse mit etwa 3,2 Mio. Versicherten der GKV verwendet., Ergebnisse: Als denkbare Ansätze zur Identifizierung von Rauchern können die kodierten Diagnosen eines Nikotinabusus gemäß ICD-Klassifikation, die verordneten Arzneimittel und die Komorbiditäten der Versicherten verwendet werden. Anhand einer systematischen Literaturrecherche können potenzielle Komorbiditäten (bspw. Hypertonie, COPD, Asthma, Ulcus, Gastritis und Osteoporose) mit starker Korrelation zu bestehendem Nikotinabusus identifiziert werden. Diese werden mithilfe eines Groupers analog des Verfahrens im Zuge des Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleiches (Morbi-RSA) validiert. Alternativ können Indizes zur Abbildung von Morbiditätslasten bzw. Mortalitätsrisiken (z. B. Elixhauser- oder Carlson-Comorbidity-Index) verwendet werden. Für die Vergleichsgruppenbildung wird entweder das Matched-Pairs-Verfahren oder der Propensity-Score-Ansatz genutzt. Mögliche krankheitsspezifische Effektparameter werden als Outcomeparameter (bspw. Gesamtkosten, Krankengeld, krankheitsbedingte Kosten oder medizinische Ereignisse) vorgestellt., Diskussion: Die Identifizierung eines Nikotinabusus über die ICDs hängt maßgeblich von der Kodierqualität der niedergelassenen Ärzte ab. Der Arzt erfasst lediglich abrechnungsrelevante Diagnosen, so dass der Nikotinabusus der Versicherten im Normalfall nicht routinemäßig erfasst wird. Die Nutzung von Arzneimittelverordnungen ist aufgrund der für die Identifikation von Rauchern notwendigen, aber nicht-erstattungsfähigen Arzneimittel (Nikotinpflaster usw.) nicht möglich, da diese nicht in den Routinedaten der Krankenkassen enthalten sind. Eine Identifizierung anhand von Trägermorbiditäten erscheint als die sinnvollste Variante zur Identifikation von Rauchern falls keine direkte Information über den Raucherstatus vorliegt. Als Matching-Methode wird der Propensity-Score-Ansatz empfohlen., Schlussfolgerungen: Das bisherige Verfahren weist trotz unterschiedlicher Ansätze diverse Limitationen auf, die zu berücksichtigen sind und kann daher als „erster Schritt“ für die Umsetzung einer solchen Studie gesehen werden.

ID: 294

Grundmotive und Zukunftsvisionen niederlassungsberechtigter Zahnärzte in Deutschland

David Matusiewicz[1], Helmut Dahl[2], Gerald Lux[1], Jürgen Wasem[1]

[1]Lehrstuhl für Medizinmanagement Universität Duisburg-Essen, Essen; *[2]ForBiG Forschungsnahe Beratungsgesellschaft im Gesundheitswesen GmbH, Essen*

Hintergrund: Ist der Zahnarzt eher ein Präzisionsfreak oder ein Fließbandarbeiter? Übt er seinen Beruf primär aus Verbundenheit zur Familientradition aus oder sieht er sich doch eher als moderner Dentalkaufmann? Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes gibt es rund 86.000 Zahnärzte in Deutschland, wobei etwa 2.500 Zahnmedizinabsolventen jährlich die Universitäten verlassen. Mit der Änderung des Vertragszahnarztrechts im Jahre 2007 hat der Gesetzgeber neue Möglichkeiten zur Ausübung des zahnärztlichen Berufs geschaffen: Vertragszahnärzte können fortan in erweitertem Maße Zahnärzte anstellen, Zweigpraxen einrichten und Berufsausübungsgemeinschaften bilden. Ziel der vorliegenden Studie ist es, die Grundmotive hinsichtlich der Wahl der Gründungsform für eine Praxis zu erfragen, mögliche Barrieren für den Zusammenschluss von Praxisgemeinschaften herauszuarbeiten und die Bedeutung der Markenbildung für Zahnarztpraxen zu analysieren. , Methoden: Die Methodik der Studie basierte auf einer Primärdatenerhebung im Jahre 2012. Es wurden bundesweit 4.138 niederlassungsberechtigte Zahnärzte befragt. Die Rücklaufquote betrug 11,6%. Die Primärdaten wurden sowohl deskriptiv ausgewertet (z. B. relative und absolute Häufigkeiten, Mittelwerte und Streuungsmaße) als auch im Rahmen von bivariaten und multivariaten Modellen analysiert. Abschließend wurde eine Darstellung und Beurteilung der Effektrichtung, Effektstärke und Signifikanz der identifizierten Variablen vorgenommen. , Ergebnisse: Die deskriptiven Ergebnisse zeigen, dass der Aspekt der Selbstbestimmung bei Zahnärzten eine wichtige Rolle spielt. Bei der Gründung einer Einzelpraxis sind insbesondere hohe Investitionskosten und die Standortwahl relevant. Als wichtige Aspekte für die Praxisführung wurden ein gut ausgebildetes Personal und immer größerer administrativer Aufwand angegeben. Nach dem Abwägen der Chancen und Gefahren von Praxisgemeinschaften kommen etwas mehr als die Hälfte der Zahnärzte zu dem Entschluss, dass die Vorteile von Praxisgemeinschaften überwiegen und eine denkbare Option bei der Frage der Niederlassung wären. Die multivariaten Modelle zeigen teilweise signifikante Zusammenhänge zwischen den Einstellungen des Zahnarztes zu Chancen und Risiken von Praxisgemeinschaften, der persönlichen Haltung gegenüber Praxisverbünden und der präferierten Geschäftsmodelle und den Merkmalen des Zahnarztes. Dabei sind insbesondere das Alter, das Geschlecht und die Selbsteinschätzung des Zahnarztes hinsichtlich seiner Profession signifikante Einflussgrößen. , Fazit: Eine Trendentwicklung in Richtung Zusammenschluss zahnärztlicher Praxen zu zahnärztlichen Gemeinschaften spiegelt sich in der Wahrnehmung der Zahnärzte wider. Die vorliegende Studie hat gezeigt, dass die Praxisgemeinschaft durchaus eine Alternative zur Einzelpraxis darstellt. Viele Zahnärzte haben diesbezüglich jedoch noch keine gefestigte Meinung. Das Interesse an solchen Studien ist als hoch eingestuft worden. Weitere Forschung ist notwendig, um die Ergebnisse der Studie mit einer größeren Datenbasis empirisch zu stützen.

ID: 295

Personality-related factors as predictors of help-seeking for depression: A population-based study applying the Behavioral Model of Health Services Use

Sebastian E. Baumeister[1], Georg Schomerus[1], Ronald M. Anderson[2]

[1]Universität Greifswald, Greifswald; *[2]Department of Health Policy and Management Fielding School of Public Health, UCLA, Los Angeles*

Background: Although the prevalence of mental disorders and the demand for mental health services are increasing, little is known about the impact of personality related factors on help-seeking among depressive individuals. We therefore investigated the relationship between the “Big Five” personality traits, resilience, alexithymia, childhood neglect or abuse and help-seeking among depressive individuals, Methods: We used data from 354 persons with a diagnosis of major depression from the population-based cohort Study of Health in Pomerania (SHIP) within the theoretical framework of the Andersen Behavioral Model of Health Services Use. , Results: We found that older age, higher education, more perceived social support, presence of childhood abuse, higher levels of conscientiousness, lower levels of resilience and more severe depression were associated with help-seeking for depression. In contrast, gender, extraversion, openness, agreeableness, neuroticism, and alexithymia did not significantly predict of help-seeking. In addition, no evidence for gender-specific effects was observed., Conclusion: Personality-related predisposing factors are important predictors of help-seeking. The strong influence of resilience on help-seeking among depressed individuals merits further exploration.

ID: 296

MULTI-DIMENSIONAL CAPTURE OF PATIENT-RELEVANT ENDPOINTS IN REGULATORY TRIALS AND HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENTS IN ONCOLOGY TWO YEARS AFTER INTRODUCTION OF THE GERMAN AMNOG HEALTH CARE REFORM

Charalabos-Markos Dintsios[1], Dietrich Knoerzer[2], Anja Alexandra Dünne[2], Friedrich-Wilhelm Schwartz[3], Jörg Ruof[2]

[1]*German Association of Research-based Pharmaceutical Companies (vfa), Berlin*; [2]*Roche Pharma, Grenzach-Wyhlen*; [3]*ISEG-Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung, Hannover*;

OBJECTIVES: With the introduction of AMNOG in January 2011, an early benefit assessment (EBA) was required for new medicines in Germany. EBAs are based on the additional therapeutic benefit of a drug on patient-relevant endpoints (PREs). We compared the acceptance of PREs for oncology in regulatory trials, and in EBAs conducted by German health technology assessment (HTA) bodies. , METHODS: EBAs on oncology drugs and the respective regulatory trials were reviewed. The Federal Joint Committee (G-BA) website was used to obtain manufacturers' value dossiers, Institute for Quality and Efficiency in Health Care (IQWiG) assessments, and G-BA resolutions. Acceptance of endpoints in the dimensions of mortality, morbidity and quality of life (QoL) by HTA bodies, IQWiG and G-BA, were compared to those accepted for regulatory trials. Data on endpoints used in regulatory trials were obtained from the manufacturers' value dossiers. , RESULTS: Overall survival (OS) and measures of disease morbidity, such as progression-free survival (PFS), were generally accepted in regulatory trials. OS was accepted by IQWiG and G-BA as a mortality endpoint for evaluating additional benefit. Widely accepted morbidity endpoints such as PFS were not deemed patient-relevant by IQWiG and G BA. In general, QoL questionnaires used in regulatory trials were accepted by the HTA bodies, although minor variability between questionnaires led to some exclusions from the HTA evaluations and the obtained QoL data revealed a number of missing values., CONCLUSIONS: HTA and regulatory bodies largely agree on the acceptance of mortality and QoL endpoints typically evaluated in oncology. Considerable variability was observed in the acceptance of PREs in morbidity. Evaluating additional benefit based only on mortality and QoL endpoints underestimate the potential value of new drugs. Multiple endpoints, which capture all three dimensions, should be evaluated in regulatory trials and accepted by IQWiG and G BA to confirm patient-relevant additional benefit.

ID: 297

Epi goes Gender - Wie kann epidemiologische Forschung geschlechtersensibel gestaltet werden?

Dirk Gansefort[1], Gabriele Bolte[2], Johann Frick[1], Ingeborg Jahn[3]

[1]BIPS GmbH - Institut für Epidemiologie und Präventionsforschung, Bremen; *[2]Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, München*; *[3]Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie BIPS, Bremen*

Dieser Workshop findet im Rahmen des Projektes Epi goes Gender statt. Zielgruppe sind Epidemiologinnen und Epidemiologen, insbesondere auch Nachwuchswissenschaftler/innen, die sich mit den Ideen geschlechtersensibler Forschung vertraut machen und Ansatzpunkte für ihre eigene Forschung entwickeln und diskutieren möchten. , 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). 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, den Teilnehmehmenden Möglichkeiten der geschlechtersensiblen Planung und Durchführung von epidemiologischen Studien zu erläutern und zu demonstrieren. Ausgehend von konkreten Beispielen wird besonderes auf Forschungssituationen eingegangen, bei denen die Untersuchung von Geschlechteraspekten nicht im Vordergrund steht. Hier ist gleichwohl zu berücksichtigen, dass die zu untersuchenden Einflussfaktoren und Outcomes sowie Wirkungswege geschlechterbezogen unterschiedlich sein können. Es werden praktische Anregungen vermittelt und passende Methoden (diagnostische Fragen, Checklisten) zur Verfügung gestellt. Die Organisator*innen werden in kurzen Inputreferaten Überlegungen für geschlechtersensibles Forschen entlang der Phasen des Forschungsprozesses vorstellen. Die Teilnehmer/innen sind sehr herzlich eingeladen, ihre eigenen Beispiele und Fragen in die Diskussion einzubringen.

ID: 298

Gesundheit als Prädiktor der Erwerbsteilhabe?

Veronika Kretschmer[1], Sven Langhoff[2]

[1]Bergische Universität Wuppertal, Wuppertal; *[2]Bergische Universität Wuppertal - Institut für Sicherheitstechnik Bereich Empirische Arbeitsforschung, Wuppertal*

Einleitung. Im Zuge der demografischen Entwicklung werden heute z. B. Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durch politische Initiativen unterstützt, um die Produktivität und Innovationsfähigkeit der älteren Erwerbspersonen langfristig zu erhalten oder gar zu steigern [1]. Der Gesundheitszustand der älteren Erwerbstätigen hat sich in den letzten Jahren kontinuierlich verbessert [1]. Gleichzeitig zeigt sich, dass ein sehr guter subjektiver Gesundheitszustand nur bedingt mit der Erwerbsteilhabe zusammenhängt [2]. In dem konzeptuellen Modell von Peter und Hasselhorn [3] wird daher die Gesundheit nicht als entscheidende ursächliche Komponente für die Aufgabe der Erwerbsteilhabe aufgeführt. Stattdessen rücken andere Faktoren, wie Arbeitsfähigkeit und Arbeitsmotivation der älteren Beschäftigten, in den Fokus der Arbeitsforschung [3]. Gemäß den Modellannahmen untersuchten wir, ob die subjektive Gesundheit mit der Erwerbsteilhabe assoziiert ist. Darüber hinaus analysierten wir, ob und wenn ja in welchem Maße Arbeitsfähigkeit und Arbeitsmotivation den Zusammenhang zwischen Gesundheit und Erwerbsteilhabe vermitteln., Methodik. Es wurden 6.270 Erwerbstätige der ersten Welle der lidA-Kohortenstudie (leben in der Arbeit) untersucht. Zur Bestimmung von direkten, indirekten und totalen Effekten wurden Mediatoranalysen nach Baron und Kenny (1986) durchgeführt [4]. Als unabhängige Variable wurde der subjektive gegenwärtige Gesundheitszustand mit Hilfe der SOEP-Version des Fragebogens SF-12 Version 2 (SF12v2) gemessen. Die abhängige Variable wurde mittels der subjektiven Häufigkeit des Gedankens an eine Aufgabe der Erwerbstätigkeit aus der NEXT-Studie erfasst. Um den Mediator Arbeitsfähigkeit zu ermitteln, wurde der Work Ability Index (WAI) verwendet. Die intrinsische Arbeitsmotivation wurde unter Einsatz des Job Diagnostic Survey (JDS) festgestellt., Ergebnisse. Der subjektive Gesundheitszustand ist signifikant mit dem Gedanken an Erwerbsaufgabe assoziiert. Dieser Zusammenhang wird partiell durch Arbeitsfähigkeit und Arbeitsmotivation vermittelt. Dabei kann das Vorliegen dieser indirekten Effekte ebenfalls mit dem Bootstrap-Verfahren empirisch bestätigt werden., Diskussion. Zusammenfassend führt ein sehr guter subjektiver Gesundheitszustand zu einer Abnahme der Gedanken an Erwerbsaufgabe. Weiterhin zeigen sich Arbeitsfähigkeit und Arbeitsmotivation als partielle Mediatoren dieser Beziehung. Die vorliegende Untersuchung stellt somit heraus, dass Arbeitsfähigkeit und -motivation einen Einfluss auf den Erhalt der Erwerbsteilhabe besitzen. Dennoch bleibt ein direkter Effekt der Gesundheit auf die Gedanken an eine Erwerbsaufgabe bestehen. Von Politik und Wirtschaft sollten Arbeitsfähigkeit und Arbeitsmotivation zur Sicherung des Erwerbspotenzials stärker berücksichtigt werden. In zukünftigen Untersuchungen sollten weitere Aspekte der Arbeit als Mediatoren in Betracht gezogen werden.

ID: 299

Gender differences in male- and female-dominated occupations among two age cohorts of the lidA study

Veronika Kretschmer[1], Jean-Baptist du Prel[2], Richard Peter[2], Silke Tophoven[3]

[1]Bergische Universität Wuppertal, Wuppertal; *[2]Institut für Epidemiologie und Medizinische Biometrie, Universität Ulm; [3]Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, Nürnberg*

Background. The German labour market is highly gender-segregated in two directions horizontal and vertical. Regarding horizontal segregation, in 2009, nearly 49% of men and more than 36% of women worked in a professional group with a gender ratio of 4:1 [1]. Only a small proportion of women and men worked in a gender-balanced profession. According to existing research results male- and female-dominated occupations might be associated with health differences and even with mental disorders [2]. Besides, employees are increasingly faced with work and non-work risk factors for poor mental health (e.g. depressiveness) that can also be traced back to the gender-segregated labour market [3]. In this context, we will examine whether male- and female-dominated occupations are associated with depressiveness. Furthermore, we will investigate whether job characteristics, particularly work-related commitment and stress, and non-work conditions, such as work-family imbalance, mediate the relationship between gender-segregated occupation and depressiveness. , Data and Methods. A total of 6,270 employees of the first wave of the lidA-study (leben in der Arbeit) – a German Cohort Study on Work, Age and Health – was analysed. A literature based gender ratio for horizontal gender-segregation was used as the independent variable. The dependent variable depressiveness was measured by the simplified Beck Depression Inventory (BDI-V). The mediator work-family conflict was assessed by the Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ II), psychosocial work stress and overcommitment was recorded by the effort-reward imbalance (ERI) questionnaire. Additionally, our analysis was adjusted for covariates, in particular the socioeconomic status (e.g. education, income) and age. Mediation analysis is conducted according to Baron and Kenny (1986) [4]., Results. We expect that the relationship between gender-segregation and depressiveness is mediated by work and non-work factors., Discussion. Workplace situation and work tasks of both genders in male- and female-dominated occupations have to be considered. Regarding gender-segregation, for men and women different health outcomes have to be assumed. Concerning domestic obligations, different meanings for both genders should be presumed. In addition, the gender pay gap should be discussed.

ID: 300

Work, age, health and work participation–a model

Richard Peter[1], Hans Martin Hasselhorn[2]

[1]*Universität Ulm*; [2]*Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Berlin*

The work force in aging societies will change during the next decades. The proportion of people participating actively in the labor market will decrease whereas at the same time the proportion of older employees will increase. Thus, a society should be aware of both factors keeping people employed and factors leading to early exit from the labor market. For a long time respective research has focused on health as the predominant important influencing early exit from the labor market. However, recent data indicates that in Germany one third of the older workforce (aged 50-64 years) is working in spite of poor health while half of those of same age but not working is enjoying good health (personal communication Hermann Burr, BAuA). These findings indicate that factors other than health may explain work participation of older people., Inspired by these figures and by recent findings of European studies into work, age and health we developed a theoretical model on the complex associations between socioeconomic status, work, life style, work ability, health, and work motivation assuming that all these factors with their complex interactions and mediations in the end decide on labor market participation (Peter & Hasselhorn 2013). The basic idea of this model assumes that health is still important for labor market participation but influences work participation only indirectly through work motivation and work ability. , This complex model describes the underlying analytical concept of the lidA (leben in der Arbeit, living at work) study. lidA is a prospective investigation covering 6339 employed men and women at baseline belonging to two age cohorts, born in 1959 and 1965 respectively. The sample has been drawn from the 'Integrated Employment Biographies' (IEB), held at the IAB (Dorner et al. 2010). lidA covers a broad range of questionnaire-based-information about work-related factors, health-adverse behaviors, morbidity, sociodemographic information, individual factors like coping and many more., The workshop presents findings from the baseline assessment of lidA. The findings relate to those parts of the above mentioned model which include information about socioeconomic status, precarious jobs, work stress, non-work stress factors, coping and health in relation to age and gender. Results from three confirmatory analytical models will be presented. The analyses were challenging with regard to both methodology and complexity of associations under study. Findings include associations between precarious jobs and depressiveness, the mediating effect of work stress and social isolation in the association between education and depressiveness and the role of gender in the association between work stress and depressiveness. Implications for the development of the future aging workforce and for preventive activities will be discussed.

ID: 301

Is the association between education and depressiveness mediated by work stress and social isolation and moderated by regional unemployment rate? – A confirmatory moderated lower level mediation model of the lidA (leben in der Arbeit)-study

Jean-Baptist du Prel[1], Richard Peter[1]

[1]Institut für Epidemiologie und Medizinische Biometrie, Universität Ulm

Introduction/Background, As a consequence of the demographic change the German work force is ageing and shrinking. Therefore older employees are of rising value to hold up the German productivity, competitiveness and welfare state. Goal of the lidA-study is to identify factors which keep ageing German employees healthy and motivated at work. Depressiveness is one of the leading reasons for days absent from work, loss of productivity and early retirement. Social differences to the disadvantage of lower status groups in depressiveness are well known. Our question was by which pathways these differences could be explained. We hypothesized that part of the social differences in depressiveness could be explained by work-related stress and social isolation and there may be regional differences in this association which could be explained by regional unemployment rate. , Data/Methods, This confirmatory analysis was conducted on the 6339 employees of the first wave of the lidA-cohort study. Work-related stress was parameterized by effort-reward imbalance (ERI-ratio), depressiveness by the short version of the Becks depression inventory (BDI-V). Education was measured by a combined score of school education and vocational training, social isolation by a simple item sum score. Regional unemployment rate came from the Federal Statistical Office. First level mediation was defined according to the criteria of Baron and Kenny (1986). Moderated lower level mediation was analyzed by the method of Bauer et al (2006). The multilevel-model was adjusted for gender, negative affectivity and overcommitment. Age-specific differences were analysed by age-stratification., Results, There was a stronger relationship between educational level and depressiveness in the younger age cohort. Whereas in the younger age cohort education was both, directly and indirectly (i.e. mediated by work stress), significantly inversely associated with depressiveness in the older age cohort only the indirect association was significant. In both cohorts social isolation was a significant non-work related mediator in the association between education and depressiveness after control for covariates. Considering the total effect there was a clear inverse association between education and depressiveness in the younger but not in the older cohort. Regional variation between work-related stress and depressiveness was observed for both age cohorts. Yet, the regional variation was not explained by regional unemployment. No regional variation was found for the association between education and depressiveness or education and work-related stress., Discussion/Conclusion, Our results indicate that younger employees with lower SES might have a higher probability of showing depressive symptoms. There was also a stronger indirect association between educational level and depressiveness mediated by work-related stress in the younger cohort. This observation could be of preventive value as a social gradient in depressiveness could be reduced by preventive measures lowering work-related stress. Regarding the stronger direct association between educational level and depressiveness in the younger age group improvements in vocational training in younger lower educated employees could have an additional preventive effect in the long run. Both preventive actions could be worthwhile with regard to preservation of work power and competitiveness of an ageing and shrinking German work force.