



UNIVERSITÄTS
KLINIKUM
TÜBINGEN

Dokumentation

Versorgungsgestaltung und Qualität in der Onkologie

2. Tag der Versorgungsforschung an der Medizinischen Fakultät Tübingen

Dienstag, 25. März 2014



Inhaltsverzeichnis

Programm 2. Tag der Versorgungsforschung	II
Grußworte	III
- Theresia Bauer MdL, Ministerin für Wissenschaft, Forschung und Kunst des Landes Baden-Württemberg	
- Prof. Dr. med. Diethelm Wallwiener, Prodekan Medizinische Fakultät, Ärztl. Direktor Universitäts-Frauenklinik	
- Prof. Dr. med. Daniel Zips, Sprecher CCC Tübingen, Ärztl. Direktor Universitätsklinik für Radioonkologie	
- Prof. Dr. med. Monika A. Rieger, Leitung Koordinierungsstelle Versorgungsforschung, Ärztl. Direktorin Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung	
Vorträge	IV
- Versorgungsforschung mit Krebsregistern Dr. med. Frank Schauder (Tumorzentrum Brandenburg)	
- Versorgung in der Onkologie: epidemiologische Befunde PD Dr. rer. med. habil. Neeltje van den Berg (Institute for Community Medicine, Universitätsmedizin Greifswald)	
Workshop 1	V
- Versorgungsforschung mit dem Tübinger Krebsregister: Was ist möglich? Moderation: Dr. med. Heidrun Sturm MPH, PhD	
Workshop 2	VI
- Versorgungsgestaltung bei Krebserkrankungen: Rolle der Gesundheitsberufe Moderation: Prof. Dr. med. Monika A. Rieger	
Posterpräsentation	VII
- Übersicht	
- Prävention & Screening	
- Patientensicherheit	
- Strukturen & strukturelle Veränderungen	
- Schnittstellen	
- Forschung mit Sekundärdaten	
- Neue Versorgungsforschung	
- Weitere Themen der Versorgungsforschung	
Impressum, Copyright	VIII

Ziele der Veranstaltung

- Austausch und Vernetzung aller an Versorgungsforschung Interessierten an der Medizinischen Fakultät Tübingen
- Präsentation von Projekten und Projektideen
- Weiterentwicklung der Versorgungsforschung im Tübinger Forschungsschwerpunkt Onkologie

Posterpräsentation

- alle Versorgungsforschungsprojekte an der Medizinischen Fakultät Tübingen einschließlich der Lehrkrankenhäuser
- Veröffentlichung der Projekte in Form einer Broschüre und im Internet

Workshops

Versorgungsforschung mit dem Tübinger Krebsregister

unter Mitwirkung von (u.a.): CCC, Tübinger Krebsregister, Institut für Klinische Epidemiologie und angewandte Biometrie, Zentrum für gynäkologische Onkologie, Koordinierungsstelle Versorgungsforschung

Ziel: Entwicklung von Fragestellungen, Einrichtung von Kernarbeitsgruppen zur Versorgungsforschung in den tumorspezifischen Zentren

Versorgungsgestaltung bei Krebserkrankungen: Rolle der Gesundheitsberufe

unter Mitwirkung von (u.a.): Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychoonkologischer Dienst, Pflegeforschung / Pflegedirektion, Koordinierungsstelle Versorgungsforschung, Methodik: Lebensqualitätforschung

Ziel: Vorstellung laufender Projekte, Entwicklung neuer Fragestellungen und interdisziplinärer Kooperationen

Anmeldung

Um Anmeldung (per Fax, E-Mail oder postalisch mit dem Anmeldeformular) wird bis zum **20.03.2014** gebeten

Anmeldeformular „2. Tag der Versorgungsforschung“

Name, Vorname _____

Institution _____

E-Mail: _____

Ich präsentiere folgende(s) Poster

Einverstanden mit der Veröffentlichung des/der Poster(s):

ja nein

Bitte zurück an: Koordinierungsstelle
Versorgungsforschung
Standortkoordinator: Joachim Graf, M.A.

Fax: 07071 29-4362
E-Mail: versorgungsforschung@med.uni-tuebingen.de

Versorgungsgestaltung und Qualität in der Onkologie

2. Tag der
Versorgungsforschung an der
Medizinischen Fakultät in Tübingen

MEDIZINISCHE FAKULTÄT

Dienstag, 25. März 2014
13.00 – 18.00 Uhr

Universitätsklinikum Tübingen
Crona-Kliniken (Kliniken Berg)
HS 210, Seminarräume 220+221
Hoppe-Seyler-Str. 3
72076 Tübingen



Grußworte



Die Koordinierungsstelle Versorgungsforschung an der Medizinischen Fakultät Tübingen begrüßt Sie zum 2. Tag der Versorgungsforschung.

Die wachsende Bedeutung der Versorgungsforschung wird nicht zuletzt durch ihre Betonung im Koalitionsvertrag der aktuellen Bundesregierung deutlich. Entsprechend freue ich mich, über die zunehmende Vielfalt der in Tübingen durchgeführten Projekte in diesem Bereich, die in der Posterpräsentation und den Workshops sichtbar werden wird.

Prof. Dr. med. Monika A. Rieger, Leitung Koordinierungsstelle Versorgungsforschung, Ärztliche Direktorin, Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung



Der nationale Krebsplan fordert eine Stärkung der Versorgungsforschung in der Onkologie. Ich freue mich, dass das CCC und die Koordinierungsstelle Versorgungsforschung diesen wichtigen Bereich in Tübingen über die heutige Veranstaltung gemeinsame unterstützen. Unter dem Titel

„Versorgungsgestaltung und Qualität in der Onkologie“ kann die Veranstaltung durch Vorträge namhafter Referentinnen und Workshops einen Beitrag zur Weiterentwicklung dieses Forschungsfeldes in Tübingen leisten.

Prof. Dr. med. Daniel Zips, Vorstand des CCC Tübingen, Ärztlicher Direktor Universitätsklinik für Radioonkologie

Programm

13.00 Uhr **Posterpräsentation: Versorgungsforschung in Tübingen** (mit Kaffee und Gebäck)

14.00 Uhr **Begrüßung Theresia Bauer**
Ministerin für Wissenschaft, Forschung und Kunst, Baden-Württemberg

Prof. Dr. med. Ingo Autenrieth
(Dekan Medizinische Fakultät)

Prof. Dr. med. Daniel Zips
(Sprecher des CCC Tübingen; Ärztlicher Direktor der Universitätsklinik für Radioonkologie)

Prof. Dr. med. Monika A. Rieger
(Leitung der Koordinierungsstelle Versorgungsforschung; Ärztliche Direktorin, Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung)

14:30 Uhr **Vorträge**
Versorgungsforschung mit Krebsregistern
Dr. rer. medic. Anett Tillack
(Tumorzentrum Brandenburg)

Versorgung in der Onkologie: epidemiologische Befunde
Dr. rer. med. Neeltje van den Berg
(Institut für Community Medicine, Universitätsmedizin Greifswald)

16:00 Uhr **P A U S E**

16:15 Uhr **Workshops**
1.) **Versorgungsforschung mit dem Tübinger Krebsregister: Was ist möglich?**
(Moderation: Dr. med. Heidrun Sturm, PhD, MPH)

2.) **Versorgungsgestaltung bei Krebserkrankungen: Rolle der Gesundheitsberufe**
(Moderation: Prof. Dr. med. Monika A. Rieger)

18:00 Uhr **Ausklang/ Get together am Buffet**

Vernetzung – Austausch – Neue Ideen

Grußworte

Sehr geehrte Frau Professor Rieger,
sehr geehrter Herr Professor Zips,
sehr geehrter Herr Dekan Autenrieth,
meine sehr verehrten Damen und Herren,

die Versorgungsforschung ist ein breites und heterogenes Forschungsgebiet. Sie misst die Wirksamkeit einzelner Behandlungsarten unter Alltagsbedingungen, sie erforscht das Gesundheitssystem, sie befasst sich mit Fragen der Gesundheitsökonomie. Die Versorgungsforschung arbeitet interdisziplinär, interessenneutral und lösungsorientiert. Sie trägt sehr dazu bei, den Patientinnen und Patienten hochwertige und bezahlbare Gesundheitsleistungen zu sichern.

Die Bedeutung der Versorgungsforschung hat in den letzten Jahren stark zugenommen. Das liegt unter anderem daran, dass ihre Erkenntnisse relevanten Akteuren im Gesundheitssystem helfen, die richtigen Entscheidungen zu treffen, beispielsweise über die Steuerung des Versorgungsgeschehens oder die Änderung von Versorgungsstrukturen. Der Bedarf an evidenzbasierten Entscheidungen im Gesundheitswesen ist groß. Die finanziellen und personellen Ressourcen sind jedoch begrenzt. Aufgrund des demographischen Wandels steht ihnen eine zunehmende Krankheitslast gegenüber.

Verglichen mit anderen Ländern besteht für die Versorgungsforschung in Deutschland laut einer Information der Deutschen Forschungsgemeinschaft immer noch Nachholbedarf. Insbesondere fehlt es laut DFG an einer ausreichenden Zahl von Nachwuchswissenschaftlerinnen und Nachwuchswissenschaftlern, die wissenschaftlich initiierte und interessensunabhängige Projektideen entwickeln.

Ich bin froh, sagen zu können: Die Landesregierung von Baden-Württemberg hat dieses Problem bereits frühzeitig erkannt - und hat darauf reagiert. Bereits 2011 hat das Wissenschaftsministerium Fördermittel in Höhe von 3,4 Millionen Euro bereit gestellt und gemeinsam mit dem Sozialministerium ein Förderprogramm zur Stärkung der Versorgungsforschung in Baden-Württemberg aufgelegt.

Damit ist es gelungen, bereits bestehende Aktivitäten zur Versorgungsforschung zu bündeln, neue zu entfachen und so die Forschungskompetenz im Land auszubauen. Heute haben wir nicht nur hier in Tübingen, sondern an allen Medizinischen Fakultäten des Landes und am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit lokale Koordinierungsstellen für Versorgungsforschung. Diese sind wichtige Ansprechpartner für Forschungsaktivitäten, sind selbst forschungsaktiv und unterstützen den wissenschaftlichen Nachwuchs innerhalb der jeweiligen Fakultät. Sie sind untereinander hervorragend vernetzt, wozu auch die zentrale Koordinierungsstelle an der Universität Heidelberg verdienstvoll beigetragen hat.

Junge Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler von Tübinger Kliniken und den anderen Standorten haben die vom Land geförderte Nachwuchsakademie Versorgungsforschung genutzt, um sich entsprechenden Themen zu widmen und mitzuhelfen, die Forschungsrichtung in unserem Land zu etablieren. Einige von ihnen haben inzwischen auch schon erste Erfahrungen mit DFG-Projekten sammeln können.

Erfreulicherweise hat die Versorgungsforschung inzwischen auch in den etablierten Forschungsschwerpunkten an der Medizinischen Fakultät Fuß gefasst. So wurde am Südwestdeutschen Tumorzentrum (Comprehensive Cancer Center, CCC) in Tübingen die Arbeitsgruppe „Outcomes Research and Epidemiology“ gegründet. Hier arbeiten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler des CCC bzw. der tumorspezifischen Zentren, des Klinischen Krebsregisters, des Instituts für klinische Epidemiologie und angewandte Biometrie und der Koordinierungsstelle Versorgungsforschung eng zusammen, um die Versorgungsforschung zu onkologischen Erkrankungen auf eine breitere Basis zu stellen. Eine weitere Schnittstelle entsteht zwischen der Koordinierungsstelle Versorgungsforschung und dem Schwerpunkt Infektionsforschung. Auch die Tübinger Standorte der Deutschen Zentren für Gesundheitsforschung beteiligen sich an Versorgungsforschungsprojekten.



Theresia Bauer MdL
Ministerin für Wissenschaft,
Forschung und Kunst des
Landes Baden-Württemberg
Foto: MWK/Regenscheit

Darüber hinaus ist es der Universität Tübingen bereits 2012 als erster Universität deutschlandweit gelungen, die Versorgungsforschung in die Lehre zu integrieren. Seit drei Jahren wird die Blockveranstaltung „Methoden der Versorgungsforschung“ sowohl als curriculare Lehrveranstaltung als auch im Rahmen der Graduiertenakademie angeboten.

Meine Damen und Herren, Sie haben mit großem Engagement und wissenschaftlicher Tatkraft dazu beigetragen, die Versorgungsforschung auf Erfolgskurs zu bringen. Dafür danke ich Ihnen.

Heute kann ich mit Überzeugung sagen, dass die Versorgungsforschung in Tübingen, aber auch an den anderen Standorten im Land deutlich an Profil gewonnen hat. Ich denke, unsere Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler sind für neue Aufgaben in der Versorgungsforschung gut gerüstet.

In diesem Sinne wünsche ich der heutigen Veranstaltung gutes Gelingen, zielführende Diskussionen und der Versorgungsforschung in Tübingen eine erfolgreiche Zukunft!

The image shows a handwritten signature in cursive script that reads "Theresia Bauer". The ink is dark and the handwriting is fluid and personal.

Theresia Bauer MdL
Ministerin für Wissenschaft, Forschung
und Kunst des Landes Baden-Württemberg

Sehr geehrter Herr leitender Ministerialrat Schrade ,
sehr geehrte Frau Dr. van den Berg,
sehr geehrter Herr Dr. Schauder,
liebe Frau Rieger,
lieber Herr Zips,
liebe Kolleginnen und Kollegen,
sehr geehrte Damen und Herren,



Prof. Dr. Diethelm Wallwiener

den heutigen 2. Tag der Versorgungsforschung haben Sie, liebe Frau Rieger und lieber Herr Zips, unter das Motto „Versorgungsgestaltung und Qualität in der Onkologie“ gestellt. Sie greifen damit zum Einen ein für die Patientenversorgung an unserem Universitätsklinikum wesentliches Thema auf. Zum Anderen bringen Sie mit der gemeinsamen Ausrichtung der Veranstaltung zum Ausdruck, was auch Frau Ministerin Bauer in ihrem Grußwort ansprach: die positive Entwicklung der Versorgungsforschung in Tübingen ist nicht zuletzt ein Resultat interdisziplinärer Forschungsoperationen, die zur Bearbeitung entsprechender Fragestellungen entstehen. Dies gilt für Versorgungsforschungsprojekte in Kliniken, Abteilungen und Instituten, die sich schon länger mit entsprechenden Fragestellungen beschäftigen. Insbesondere gilt dies aber für Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, die sich sozusagen neu für Fragen der Versorgungsforschung interessieren. Hier spielt die vom Land finanzierte Koordinierungsstelle Versorgungsforschung eine wesentliche Rolle, denn dort erhalten interessierte Personen ausgehend von ihren Projektideen Beratung und Unterstützung – z.B. im Hinblick auf die Entwicklung von angemessenen Studiendesigns oder der Anwendung von Methoden der empirischen Sozialforschung im Rahmen von Befragungen. Diese Unterstützung gilt insbesondere für die Nachwuchswissenschaftlerinnen und –wissenschaftler, die sich um eine Förderung ihrer Projekte im Rahmen der Nachwuchsakademie Versorgungsforschung Baden-Württemberg oder des gleichlautenden Förderformates der DFG beworben haben und dabei erfolgreich waren.

In unseren Forschungsschwerpunkten der Medizinischen Fakultät Tübingen bildeten wir bislang vor allem Aspekte der Grundlagenforschung und der translationalen Forschung ab. Hierfür ist Tübingen international bekannt. In vielen Bereichen ergänzen klinische Studien dieses Spektrum bereits langjährig. In einigen Kliniken und Bereichen werden diese wissenschaftlichen Ansätze bereits seit langem bis hin zur Betrachtung der Patientenversorgung im Alltag erweitert. Über Projekte der Versorgungsforschung wird in Tübingen somit der Bogen von den Erkenntnissen aus dem Labor bis hin zur Gestaltung der Patientenversorgung gespannt. Dies beinhaltet selbstverständlich die stationäre und die ambulante Patientenversorgung. Und nicht nur die ärztliche Therapie und Begleitung von Patientinnen und Patienten einschließlich ihrer Angehörigen, sondern auch die Tätigkeit der verschiedenen Gesundheitsfachberufe. Entsprechende Projekte aus dem Bereich der Versorgungsforschung ergänzen damit auf wissenschaftlicher Seite aktuelle Entwicklungen an der Medizinischen Fakultät, sei es im Hinblick auf die Gründung eines Instituts für Allgemeinmedizin, die Stärkung der gesundheitsökonomischen Expertise an unserer Fakultät oder die Einrichtung eines Bachelor-Studiengangs für Gesundheitsfachberufe. Darüber hinaus ist Tübingen damit bestens aufgestellt für die bereits erfolgten oder zu erwartenden Ausschreibungen für Drittmittelprojekte, sei es im Programm Horizon 2020 oder im Rahmen der Forschungsförderung auf Bundes- oder Landesebene. Der Fakultätsvorstand unterstützt die positive Entwicklung der Versorgungsforschung in Tübingen, indem die Koordinierungsstelle Versorgungsforschung den Status einer Core Facility erhält. Damit können die Beratungs- und Unterstützungsangebote auch nach Auslaufen der Landesförderung verstetigt und nachhaltig an der Medizinischen Fakultät verankert werden.

Ich möchte nochmals auf den Aspekt der Vernetzung zurückkommen, den ich eingangs ansprach. Der Blick auf das Programm der heutigen Veranstaltung zeigt, dass Sie, liebe Frau Rieger und lieber Herr Zips, genau diesen Aspekt im Blick hatten, als sie den heutigen 2. Tag der Versorgungsforschung planten. Ich hoffe und wünsche uns, dass durch die Posterpräsentationen, die Vorträge und die anschließenden Workshops neue Projektideen entstehen und bereits bearbeitete Projekte nachhaltig gestärkt werden können. Ihnen beiden und Ihren Teams danke ich an dieser Stelle herzlich für Ihr Engagement!

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'D. Wallwiener'. The signature is fluid and cursive.

Prof. Dr. med. Diethelm Wallwiener
Prodekan Medizinische Fakultät
Ärztlicher Direktor Universitäts-Frauenklinik

Sehr geehrter Herr leitender Ministerialrat Schrade ,
sehr geehrte Frau Dr. van den Berg,
sehr geehrter Herr Dr. Schauder,
liebe Frau Rieger,
lieber Herr Zips,
liebe Kolleginnen und Kollegen,
sehr geehrte Damen und Herren,

der nationale Krebsplan fordert eine Stärkung der Versorgungsforschung in der Onkologie. Ich freue mich, dass das CCC und die Koordinierungsstelle Versorgungsforschung diesen wichtigen Bereich in Tübingen über die heutige Veranstaltung gemeinsame unterstützen.



Prof. Dr. Daniel Zips

Unter dem Titel „Versorgungsgestaltung und Qualität in der Onkologie“ kann die Veranstaltung durch Vorträge namhafter Referentinnen und Workshops einen Beitrag zur Weiterentwicklung dieses Forschungsfeldes in Tübingen leisten.



Prof. Dr. med. Daniel Zips
Sprecher des CCC Tübingen
Ärztlicher Direktor Universitätsklinik für Radioonkologie

Sehr geehrter Herr leitender Ministerialrat Schrade,
lieber Herr Prodekan Wallwiener,
sehr geehrte Frau Dr. van den Berg,
sehr geehrter Herr Dr. Schauder,
lieber Herr Zips,
liebe Kolleginnen und Kollegen,
sehr geehrte Damen und Herren,

wie im Grußwort der Ministerin erwähnt wurde die Koordinierungsstelle Versorgungsforschung an der Medizinischen Fakultät Tübingen im Jahr 2011 im Rahmen des Förderprogramms zur Stärkung der Versorgungsforschung in Baden-Württemberg eingerichtet. Sie wurde am Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung angesiedelt, erbringt aber wissenschaftliche Dienstleistungen für die gesamte Medizinische Fakultät.



Prof. Dr. Monika A. Rieger

Die Aufgaben erstrecken sich zum Einen auf die Begleitung der Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, die im Rahmen der Nachwuchsakademie Versorgungsforschung Baden-Württemberg gefördert werden. Zum anderen sehen wir unser Aufgabe in der Beratung und Vernetzung der Personen, die Interesse an Versorgungsforschung haben.

Entsprechend gehen wir auf Menschen zu, informieren über Ausschreibungen und Kongresse im Feld der Versorgungsforschung und freuen uns, wenn Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler zu uns kommen. Wir diskutieren mögliche Fragestellungen oder methodische Fragen in Zusammenhang mit Forschungsprojekten. Unsere Qualifizierungsangebote sind in die Graduiertenakademie der Universität und Medizinischen Fakultät eingebunden.

Im vergangenen Jahr entwickelte sich ein reger Austausch mit Ihnen, Prof. Zips als Vorstand des CCC über Fragen der onkologischen Versorgungsforschung hier in Tübingen. Aus diesem Austausch entstand die Idee der gemeinsamen Ausrichtung der heutigen Veranstaltung: als 2. Tag der Versorgungsforschung mit einer inhaltlichen Schwerpunktsetzung im Bereich der Onkologie. Mit dem von uns gewählten Format wollen wir den Bogen spannen von dem breiten Spektrum an Versorgungsforschung hier in Tübingen bis hin zu einer Fokussierung auf onkologische Fragestellungen. Letztere stehen bei den Vorträgen unsere

Gastrednerin und unseres Gastredners im Vordergrund mit dem Ziel, Ideen zu geben, Fragen anzustoßen, die nachher in den Workshops diskutiert werden können. Aber natürlich stehen auch die beiden Vorträge jeweils zur Diskussion hier im Plenum.

Wer Zeit hatte, an den Posterbegehungen teilzunehmen oder die Liste der Poster durchzusehen, hat wahrgenommen, dass wir die Poster nach Themenbereiche gegliedert haben – ohne Unterscheidung in onkologische und nicht onkologische Projekte. Dies haben wir bewusst gemacht, denn Fragestellungen wie die „Versorgung an Schnittstellen“, „strukturelle Veränderungen in der Gesundheitsversorgung“, „Prävention und Screening“, „neue Versorgungsformen“ und die „Forschung mit Sekundärdaten“ – in der Onkologie z.B. die Daten aus Krebsregistern - haben Berührungspunkte unabhängig von der klinischen Fragestellung, die dahinter liegt. Die rege Diskussion während der Posterbegehung hat gezeigt, dass es zu einem Austausch zwischen den Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern kam. Und ich hoffe, dass der Tag entsprechend weiter wirkt.

Entsprechend danke ich allen Personen, die ihre Forschungsprojekte im Rahmen der Posterpräsentation vorgestellt haben. Danken möchte ich auch allen, die einen Impuls für die beiden Workshops nachher vorbereitet haben – ich hoffe, dass diese Impulse Ausgangspunkt für eine rege Diskussion heute am späteren Nachmittag sein können. Mein besonderer Dank gilt natürlich Ihnen, Frau Dr. van den Berg, und Ihnen, Herr Dr. Schauder, dass Sie die weite Anreise nicht gescheut haben, um zum Thema Versorgungsforschung bei Krebserkrankungen zu berichten. Ihnen Herr Dr. Schauder darüber hinaus noch der besondere Dank dafür, dass Sie so kurzfristig für die leider erkrankte Frau Dr. Tillack eingesprungen sind.

Ihnen Herr Kollege Zips und den Verantwortlichen im CCC sowie dem klinischen Krebsregister, ich möchte hier beispielhaft Frau Trilling nennen, danke ich sehr herzlich für die gute Zusammenarbeit im Rahmen der Vorbereitung der heutigen Veranstaltung.

Und last but not least gilt mein sehr herzlicher Dank dem Team der Koordinierungsstelle Versorgungsforschung allen voran Herrn Graf für die Organisation der heutigen Veranstaltung und Frau Dr. Sturm und Frau Dr. Michaelis für die Gestaltung und Mitwirkung am Programm.

Uns allen wünsche ich eine gute Veranstaltung und möchte überleiten zu unserem ersten Referenten.

Prof. Dr. med. Monika A. Rieger
Ärztliche Direktorin
Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung
Leiterin
Koordinierungsstelle Versorgungsforschung an der
Medizinischen Fakultät Tübingen

IV

Vorträge

Versorgungsforschung mit Krebsregistern

Dr. med. Frank Schauder
(Tumorzentrum Brandenburg)

Versorgungsforschung mit Krebsregistern

1

Dr. med. Frank Schauder
Tumorzentrum Brandenburg

Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz (KFRG)

2

verpflichtet die Länder zur Einrichtung klinischer Krebsregister für ein definiertes Einzugsgebiet

Ziel: Verbesserung der Qualität der onkologischen Versorgung

definiert 8 Aufgaben für klinische Krebsregister

regelt die Finanzierung der klinischen Krebsregister

3

seit Dez. 2013 Förderkriterien des GKV Spitzenverbandes Bund zu 3 Themenkomplexen

Umsetzung der Förderkriterien bis Ende 2017

Deutsche Krebshilfe fördert den Auf-, Aus- und Umbau der klinischen Krebsregister mit insgesamt 7,2 Mio €

KFRG: Aufgaben

4

- personenbezogene Erfassung der Daten aller, in einem regional festgelegten EZG, stationär und ambulant versorgter Patienten
- Auswertung und Rückmeldung der Auswertungsergebnisse an die Leistungserbringer
- Datenaustausch mit anderen regionalen klinischen Krebsregistern
- Förderung der interdisziplinären, direkt patientenbezogenen Zusammenarbeit bei der Krebsbehandlung

5

KFRG: Aufgaben

Qualitätssicherung des GBA

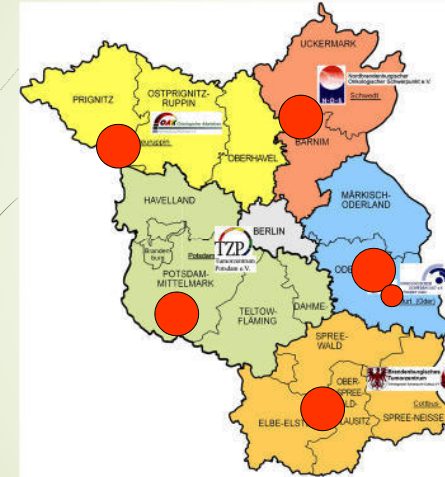
Zusammenarbeit mit Zentren in der Onkologie

Datenerfassung für epidemiologische KR

Daten für Versorgungstransparenz und Versorgungsforschung

6

Klinische Krebsregistrierung im Land Brandenburg



Dezentrale Datenerfassung an fünf Standorten nach Postleitzahl des Wohnortes des Patienten

Meldungen aus dem ambulanten und stationären Sektor

Daten von der Diagnose, Therapie, Nachsorge bis zum Tod

Zentrale Datenbank seit (2012)

Neu:

Krebsfrüherkennungs- und Registergesetz (2013)

7

Realitäten

IDEALES ZIEL

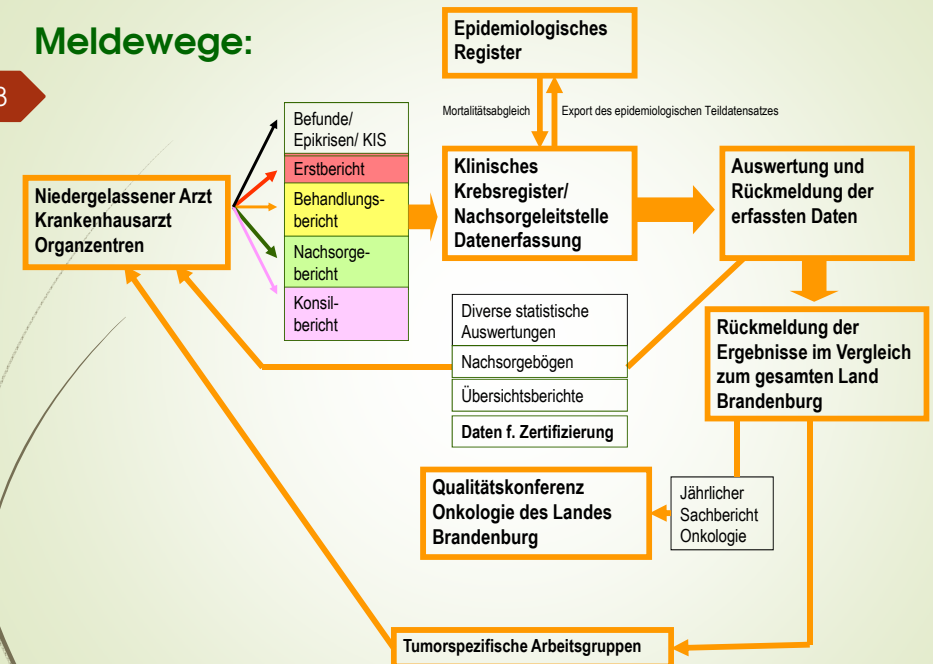
vollzählige und vollständige Erfassung aller relevanten Daten von:
Diagnose -> Therapie -> Nachsorge -> Tod/Heilung

HERAUSFORDERUNG

Behandlungsrealität vs Melderealität

8

Meldewege:



Optimierung der Meldequalität in Kooperation mit Tumorzentren und Arbeitsgemeinschaften

Ziel: Vollständigkeit relevanter Daten

1) Meldebögen [Diagnose Mamma-Ca.pdf](#)
[Behandlung Mamma-Ca.pdf](#)

2) Nachsorgebögen

Nachsorgeschema Mammakarzinom und DCIS

Orientierender Zeitplan für Nachsorgeuntersuchungen Mammakarzinom

Jahr nach Primärtherapie	Monat ¹⁾	1.- 3.				4.-5.		6.-10.
		3	6	9	12	6	12	12
Anamnese	x	x	x	x	x	x	x	x
Klinische Untersuchung*	x	x	x	x	x	x	x	x
Gynäkologische Untersuchung	x				x		x	x
Laboruntersuchung	x				x		x	x
Apparative Untersuchung:								
Sonographie:								
kontralaterale Mamma	x				x	x		
Sonographie: Mamma (nach brusterhaltender OP)	x		x		x	x		x
Mammographie kontralateral	x				x		x	x
Mammographie ipsilateral (bei brusterhaltender OP)	x		x		x		x	x
Skelettszintigraphie	x							bei Symptomen
Rö-/CT- Thorax								bei Symptomen
Sonographie/CT/MRT-Oberbauch								bei Symptomen

Nachsorgebogen

Kommunikation mit nachsorgendem Arzt:

kurze Informationen zum Tumor und Therapie

Nachfragen möglich

Erinnerungen (z.B. Sonographie, Mammographie)

Therapiemeldungen auf Dokubogen möglich

aktueller Tumorstatus

Follow Up durch Krebsregister

- Monatlicher Versand von Nachsorgebögen. Niedergelassene Haus- und Fachärzte sind mit einbezogen. Vergütung für Nachsorgemeldung
- vierteljährlicher Sterbedatenabgleich mit dem GKR
- Meldeamtsanfragen bei Bedarf
- Meldungen aus anderen Registern
- Abrechnungsbedingt monatlicher Kontakt mit den Krankenkassen -> Vitalstatus

Follow-Up-Quote von ca. 80% (Schwankungen nach Tumorentität und Region)

Ergebnisqualität!

Endpunkte:

Vitalstatus **plus** rezidivfreies Überleben, Detailinformationen zum Rezidiv/zur Metastasierung und Zweitumoren – Fragen bezogen erweiterbar!

- genutztes System: Giessener Tumordokumentationssystem (GTDS)
- Datensatzpflege: entsprechend ADT- Datensatz mit Zusatzmodulen (gerade aktuell überarbeitet)
- Datensätze: ca. 294.000 (Stand 11/13)
- Brustkrebs: ca. 32.000 (Stand 11/13)

Was kann Versorgungsforschung

- Analysen von Versorgungsstrukturen
- Vergleich unterschiedlicher Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität
- Darstellung von Defiziten
- Populationsbezogene Analysen
- Barriereanalysen
- Verbesserungsstrategien

➔ PDCA



Grundlage

Standardisierte Datenerfassung von Beobachtungseinheiten zu einer vorab festgelegten und erweiterbaren Fragestellung, für die ein genauer Bezug zur Quellpopulation transparent darstellbar ist.

Kategorie	Mögliche Variablen
Patient	Anamnese / Vorerkrankungen Aktuelle Diagnosen Bewertungen
Behandlung	Prozessdaten Diagnostik Therapie und Behandlung
Ergebnis	Objektive und subjektive Outcomeparameter

Patientenbefragung 2010

Ergebnisse einer Befragung an zertifizierten Brustkrebszentren im Auftrag der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.

Prof. Holger Pfaff

Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft der Universität Köln

Identifikation von Stärken und Schwächen

- Das dargestellte Brustkrebszentrum schneidet sehr gut ab (Gesamtplatz 2) und hat sehr häufig Spitzenwerte.
- Bei der Durchführung der Entlassung und der Informationsvermittlung belegt das Zentrum nur Plätze im Mittelfeld



Fazit

- Insgesamt sehr gute Bewertung der Versorgung
- Identifikation von Verbesserungspotenzialen für eine Reihe von Aspekten
- Workshops

→ Voneinander lernen!!



Risikogruppen

Konsensuskonferenz St. Gallen 2007

pN-Stautus	niedrig	mittel	hoch
N0	pT ≤ 2 cm und G1 und V0 und ER+ oder PgR+ und HER2- und ≥35 Jahre	mind. 1 Kriterium erfüllt pT > 2 cm oder G2-3 oder V1 oder ER- und PgR- oder HER2+ oder Alter > 35 Jahre	
N+ (1-3 LK)		ER+ und/ oder PgR+ und HER2-	ER- und PgR- oder HER2+
N+ (≥ 4 LK)			immer

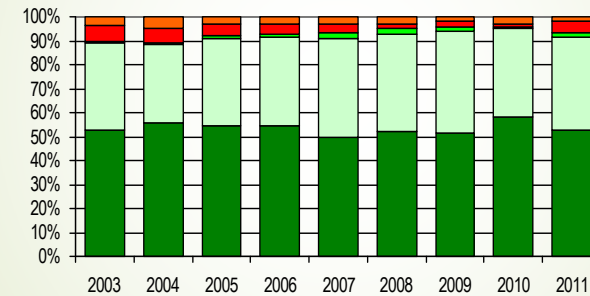
Behandlungsempfehlungen

Konsensuskonferenz St. Gallen 2007

Risiko	Endokrines Ansprechen gegeben	Endokrines Ansprechen unsicher	kein endokrines Ansprechen gegeben
niedrig	ET	ET	-
mittel	ET allein, oder CT -> ET CT + ET	CT -> ET CT + ET	CT
HER2+	Trastuzumab	Trastuzumab	Trastuzumab
hoch	CT -> ET CT + ET	CT -> ET CT + ET	CT

Behandlungsauswahl

bei mittlerem Risiko und endokrinem Ansprechen nach Jahren (n= 8.121)

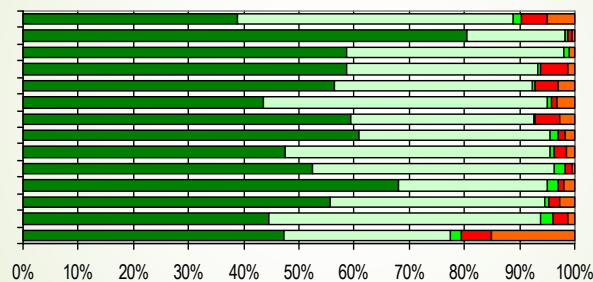


St.Gallen 2007:
ET allein, oder
CT -> ET
CT + ET

- alleinige CT
- keine Therapie
- Grund f. nichtdurchgef. Therap.
- ET und CT
- alleinige ET

Behandlungsauswahl

bei mittlerem Risiko und endokrinem Ansprechen nach Kliniken (Diagnosejahre 2003-2011, n= 5.477)

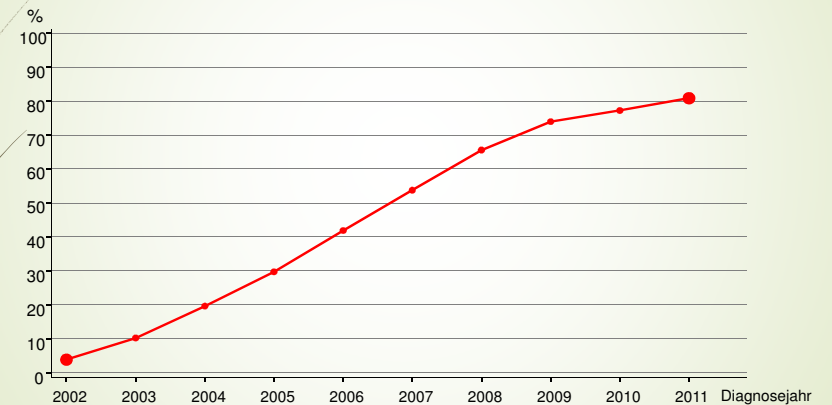


St.Gallen 2007:
ET allein, oder
CT -> ET
CT + ET

- alleinige ET
- ET und CT
- Grund f. nichtdurchgef. Therap.
- alleinige CT
- keine Therapie dok.

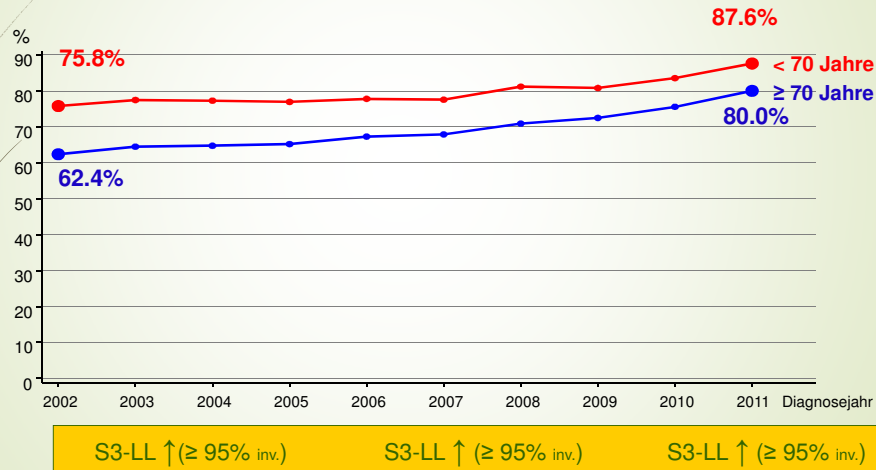
Mammakarzinom - Trend der SLNB

(n = 201.076, primär M0, invasiv, ohne neoadjuvante Th., ohne cN+)

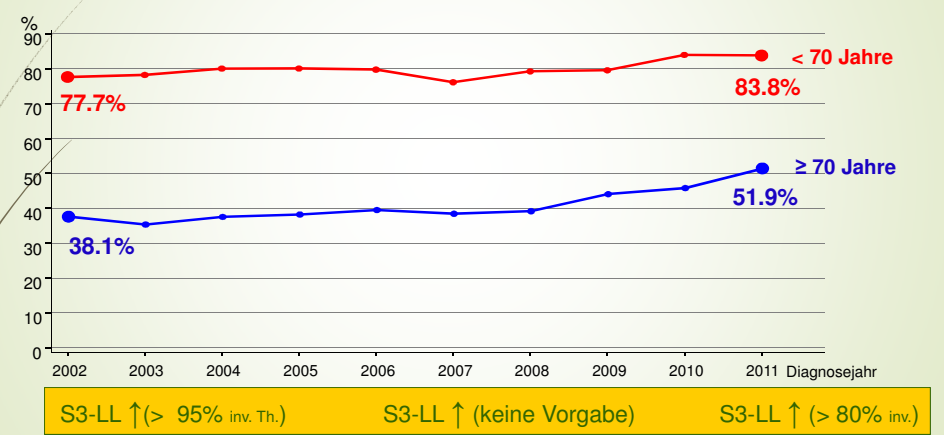


S3-LL ↑ (keine Vorgabe) S3-LL ↑ (≥ 60% inv.) S3-LL ↑ (≥ 80% adj.)

Mammakarzinom - Trend der Bestrahlung nach BET (BET, primär M0, invasiv, (< 70 J. n = 107.946; ≥ 70 J. n = 32.814)

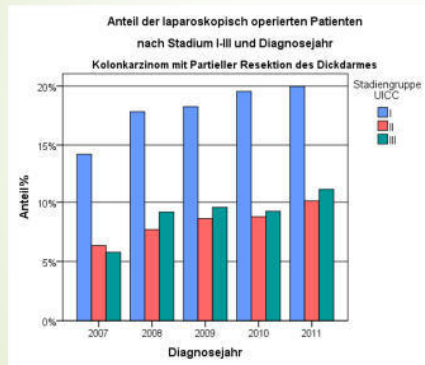


Mammakarzinom (HR-, primär M0, invasiv) Trend der Chemotherapie bei HR- (< 70 J. n = 26.812; ≥ 70 J. n = 8.187)

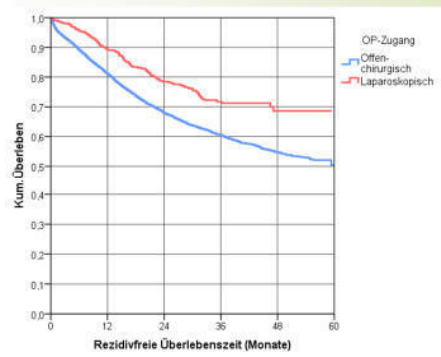


Kolonkarzinom: Vergleich laparoskopische vs offen-chirurgische OP 2007-2011

Anteile laparoskop. Operationen Kolonkarzinom UICC I-III (N=20972)



Rezidivfreies Überleben nach Zugang Kolonkarzinom UICC III (N=6949)



Outcome: Modell aus 3 Komponenten

Traditionelle Endpunkte (vom Arzt erhoben):

- Überlebensrate (10/5 Jahre)
- Rezidiv-Freiheit (Zeit)
- Remission (Rate, Dauer)
- Nebenwirkungen
- biochemische Variablen
- Leitlinien-Konformität

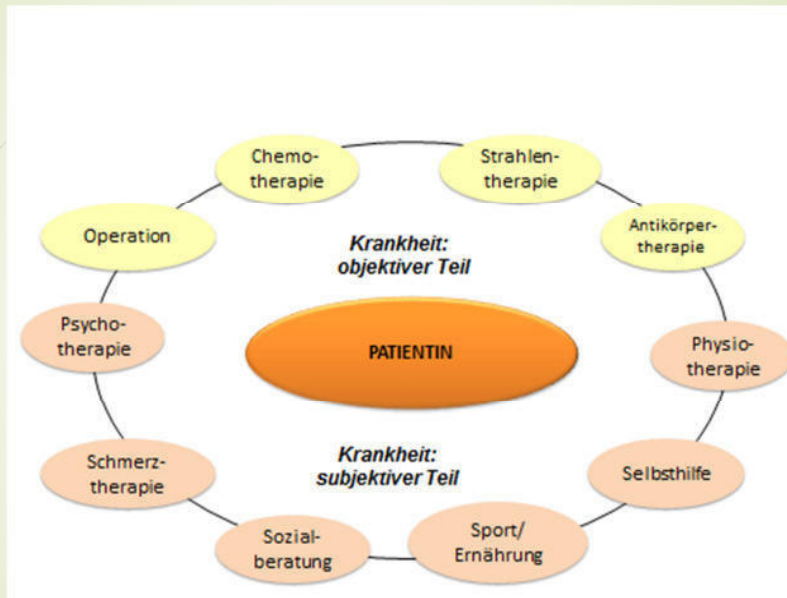
Hermeneutische Endpunkte (von Patientin berichtet):

- Lebensqualität
- Erwartungen
- negativer Affekt
- soziales Stigma
- "coping"

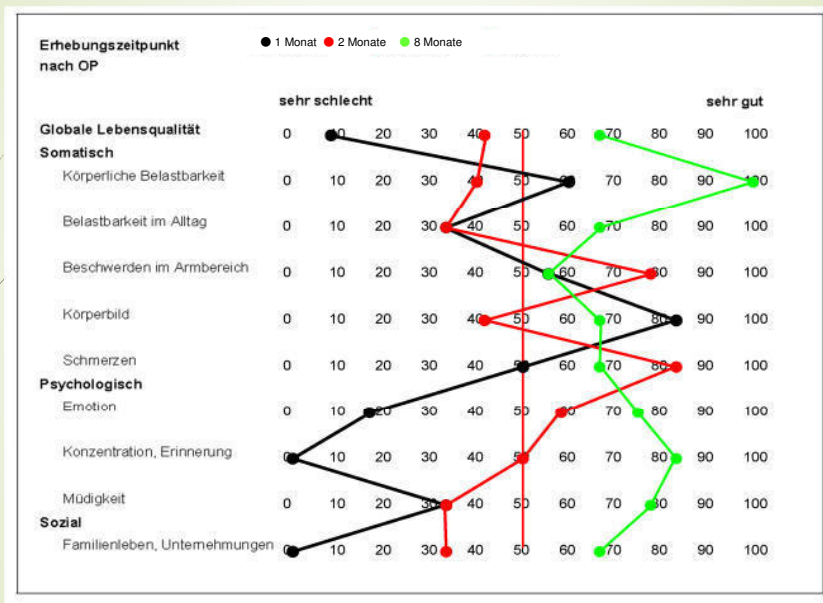
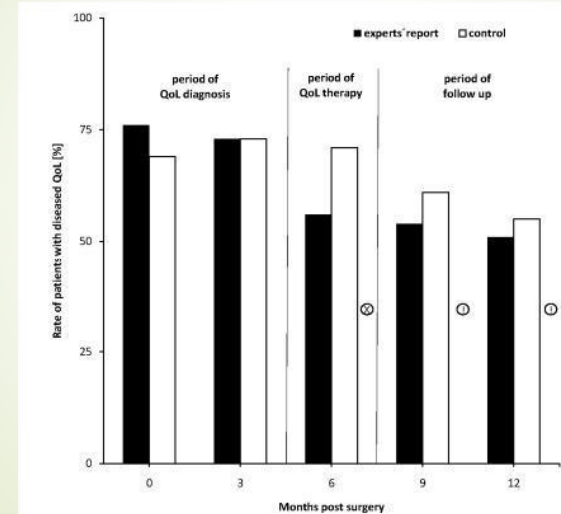


Bewertung: **Klinische Relevanz**

(Lorenz & Koller, 2002)

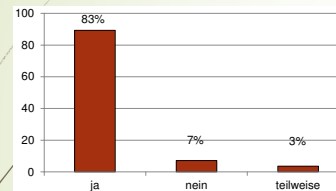


Randomisierte klinische Studie (RCT): Vergleich Gutachten mit Kontrolle im ersten postoperativen Jahr bei Mammakarzinompatientinnen

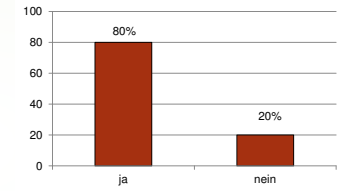


Qualitative Bewertung durch Arzt

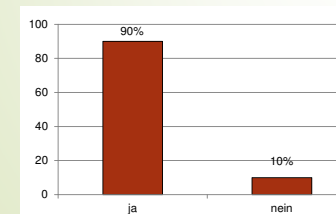
„War das Lebensqualitätsprofil für Sie hilfreich?“



„War das Lebensqualitätsgutachten mit Therapieempfehlungen für Sie hilfreich?“



„Möchten Sie auch weiterhin ein Gutachten erhalten?“



Projekte

Aktuell: Patientenrekrutierung für Studien
 Endopredict, Oncotype, MammaPrint
 MSKK – Studie (Molekulare Signaturen im Kolorektalen Karzinom)
 Ki-67

THINK OUT OF THE BOX:

optimierte Patienteninformation
 Brustkrebs Screening (Effekt, Überdiagnose, Bevölkerungsmeinung)
 BRENDA („Breast Cancer Care Under Evidence-based Guidelines“) (LL vs. St G)
 5J-ÜL / QoL
 KI-Forschung (Entscheidungsanalysen)
 DataVizualisation

Zukunft: Engere Anbindung an VersorgungsforscherInnen
 Bundesweite Kooperationen / Auswertungen

Themen der Versorgungsforschung:

Quelle: Ständige Kongresskommission Deutscher Kongress für Versorgungsforschung, 2003

- • Gesundheitssysteme
- • Leistungsmessung und Leistungsbewertung im Gesundheitswesen
- • Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement
- • Implementierung und Umsetzung von Leitlinien
- • Transfer klinischer Studienergebnisse
- • Kosten-Nutzen-Verhältnis der Versorgung
- • Organisation der stationären, ambulanten und integrierten Versorgung
- • Implementationsmöglichkeiten für Disease-Management-Programme
- • Patientensouveränität, Patientenrechte, Patienteninformation

Fazit:

Sie müssen unseren Datensatz kennen,

wir ihre Fragen.

So werden wir gemeinsam besser!

Vielen Dank !

Krankenkasse	Mammakarzinom/DCIS – Diagnose (bds. getrennt erfassen, keine Systemerkrankungen)	
Name, Vorname, (Geburtsname), Anschrift des Patienten geb. am		
Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status		
Vertragsarzt-Nr. VK gültig bis Datum		
Ereignisdatum: _____		
Anlass der Dokumentation <input type="checkbox"/> Primärerkrankung <input type="checkbox"/> Lokoreg. Rezidiv <input type="checkbox"/> Metastasierung		
Bei Rezidiv / Metastase Datum Erstdiagnose _____ Bisherige Therapie/Wo ? _____		
Patientendaten / Epidemiologische Daten Frühere Tumorerkrankungen, wann: _____		
Geburten: Lebendgeb. _____ Totgeb. _____ Fehlgeb. _____ Krebs bei Verwandten: _____		
Berufsanamnese/Dauer: _____		
Begleiterkrankungen (ICD-10): _____		
Diagnostik (zum Zeitpunkt der Diagnose) Mammographie BI-RADS _____ Parenchymdichte ACR _____ Mammasonographie BI-RADS _____ MRT-Mamma BI-RADS _____ Herdbefund <input type="checkbox"/> unifokal <input type="checkbox"/> multifokal <input type="checkbox"/> multizentrisch		
Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> Tastbefund (palpabel) <input type="checkbox"/> kein Tastbefund (non palpabel) <input type="checkbox"/> inflammatorisches Karzinom Klinische Tumorgroße _____mm		
Klinisches TNM c T _____ c N _____ c M _____ Staging (TN = Tumornachweis) Menopausenstatus <input type="checkbox"/> prä <input type="checkbox"/> post <input type="checkbox"/> o. B. <input type="checkbox"/> TN Rö-Thorax <input type="checkbox"/> o. B. <input type="checkbox"/> TN Skelettszintigraphie <input type="checkbox"/> o. B. <input type="checkbox"/> TN Sono-Abdomen <input type="checkbox"/> o. B. <input type="checkbox"/> TN Andere: _____ Tumormarker: _____		
Klinische Tumorausbreitung/Lokalisation Seite <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts Quadrant <input type="checkbox"/> oben <input type="checkbox"/> innen <input type="checkbox"/> unten <input type="checkbox"/> außen <input type="checkbox"/> zentral <input type="checkbox"/> Mamille <input type="checkbox"/> LK-Metastasen <input type="checkbox"/> Fernmetastasen (M1) _____		
Präop. histologische Sicherung Datum: _____ <input type="checkbox"/> keine Histologie Pathologie: _____ Befund-Nr.: _____ <input type="checkbox"/> Stanzbiopsie <input type="checkbox"/> Vakuumbiopsie <input type="checkbox"/> offene Biopsie <input type="checkbox"/> Sonstige: _____		
Morphologie-Code M- _____ / _____ Histologie: _____ Grading: <input type="checkbox"/> G1 <input type="checkbox"/> G2 <input type="checkbox"/> G3		
HR-Rezeptorstatus ER _____% IRS _____ Allred _____ PR _____% IRS _____ Allred _____		
HER2-Status global <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ HER2-Score <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ FISH/CISH <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ		
Tumorkonferenz prätherapeutisch <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Studienteilnahme <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Tumorkonferenz Lokalrezidiv/Metastasen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Psychoonkologische Betreuung (> 30 min) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> abgelehnt		
Therapiekonzept		
Operation Wo ? _____ Primärtumor: <input type="checkbox"/> BET <input type="checkbox"/> mit Drahtmarkierung <input type="checkbox"/> Ablatio <input type="checkbox"/> Thoraxwand Lymphknoten: <input type="checkbox"/> Sn <input type="checkbox"/> Axilla		
Systemische Therapie Wo ? _____ <input type="checkbox"/> Antihormonelle Therapie <input type="checkbox"/> neoadjuvant <input type="checkbox"/> adjuvant <input type="checkbox"/> palliativ <input type="checkbox"/> Chemotherapie <input type="checkbox"/> neoadjuvant <input type="checkbox"/> adjuvant <input type="checkbox"/> palliativ <input type="checkbox"/> Immuntherapie/Antikörper <input type="checkbox"/> adjuvant <input type="checkbox"/> palliativ		
Bestrahlung Wo ? _____ <input type="checkbox"/> Brust/Brustwand <input type="checkbox"/> Lymphabfluss <input type="checkbox"/> Metastase <input type="checkbox"/> Keine ind. Therapie -> Grund? <input type="checkbox"/> Ablehnung <input type="checkbox"/> AZ/Komorbiditäten <input type="checkbox"/> Alter <input type="checkbox"/> Sonstige _____ <input type="checkbox"/> Hospiz <input type="checkbox"/> Nachsorge		
Bemerkungen: _____		
Einwilligung für Klinisches Krebsregister liegt vor: <input type="checkbox"/> ja Datum: _____ Datum Meldung Epidemiologisches Krebsregister: <input type="checkbox"/> Pat. wurde unterrichtet <input type="checkbox"/> Pat. wurde nicht unterrichtet Weiterbeh./nachsorgender Arzt: _____ Hausarzt: _____ Meldender Arzt / Stempel		

Krankenkasse	Mammakarzinom / DCIS - Therapie (bds. getrennt erfassen, keine Systemerkrankungen)	
Name, Vorname, (Geburtsname), Anschrift des Patienten geb. am		
Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status		
Vertragsarzt-Nr. VK gültig bis Datum		
Anlass der Dokumentation <input type="checkbox"/> Primärerkrankung <input type="checkbox"/> Zweittumor <input type="checkbox"/> Lokoreg. Rezidiv <input type="checkbox"/> Metastasierung		
Therapieintention <input type="checkbox"/> kurativ <input type="checkbox"/> palliativ		
Bei Rezidiv/Metastase Datum Erstdiagnose: _____ Bisherige Therapie / Wo? _____		
Psychoonkologische Betreuung Sozialdienst <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> abgel. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Studienteilnahme <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Therapie nach Leitlinie <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Tumorkonf. postoperativ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Tumorkonf. Rezidiv/Met. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Operation (wo) Datum OPS Operateur BET <input type="checkbox"/> Indikation <input type="checkbox"/> Wunsch (Intraop.) Präparateradio/sonographie (nach Markierung) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 1. Nachresektion <input type="checkbox"/> 2. Nachresektion Ablatio <input type="checkbox"/> Indikation <input type="checkbox"/> Wunsch Sentinel-LK Sn-Detektion (nach Markierung) <input type="checkbox"/> Sn intraop. gefunden <input type="checkbox"/> Sn intraop. nicht gefunden Axilladissektion (Level I+II) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> sekundär gepl. Brustrekonstruktion Thoraxwand-OP (z.B. Rezidiv) _____ Revisions-OP (eigenständiger Eingriff, nicht Serom) Anzahl: _____ Grund: <input type="checkbox"/> Nachblutung <input type="checkbox"/> Wundinfektion <input type="checkbox"/> andere Postop. Komplikationen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Pathologie Praxis / Institut: _____ Datum _____		
pTNM pT _____ (____) _____ N _____ (____) _____ M _____ (____) _____, G _____ L _____ V _____ Pn _____, R _____ (r/y) m (c/p) (sn) (c/p) (Lok. Fernmetastasen) (1-3) (0,1) (0-2) (0,1) (lokal)		
R1, warum: <input type="checkbox"/> nicht weiter resektabel <input type="checkbox"/> Komorbiditäten <input type="checkbox"/> Patn. wünscht keine Nachresektion Sn-LK (untersucht / befallen) _____ / _____ Axilla-Lymphknoten (untersucht / befallen) _____ / _____		
Invasives Karzinom M- _____ / 3 TM-Größe _____ mm Min. SR _____ mm <input type="checkbox"/> extensiv intradukt. Komponente (> 25%) <input type="checkbox"/> Invasionsfront überschreitend		
Nicht invasives Karzinom M- _____ / 2 TM-Größe _____ mm Min. SR _____ mm WHO-Grading DCIS: <input type="checkbox"/> low grade <input type="checkbox"/> intermediate grade <input type="checkbox"/> high		
uPA / PAI-1 (global) <input type="checkbox"/> niedrig / low risk (negativ) <input type="checkbox"/> hoch / high risk (positiv)		
() Bestrahlung Wo _____ Stellung N= neoadjuvant P= primär/palliativ A= adjuvant <input type="checkbox"/> geplant <input type="checkbox"/> abgelehnt		
von: _____ bis: _____		
Art <input type="checkbox"/> perkutan <input type="checkbox"/> Brachytherapie Ziel <input type="checkbox"/> Mamma/BW GD _____ Gy ED _____ Gy <input type="checkbox"/> Teilbrust (inkl. Boost) GD _____ Gy ED _____ Gy <input type="checkbox"/> Lymphabfluss supra/infra <input type="checkbox"/> Axilla GD _____ Gy ED _____ Gy <input type="checkbox"/> Fernmetastase GD _____ Gy ED _____ Gy		
Nebenwirkungen ≥ III. Grades _____		
Reguläres Ende (volle Dosis) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Andere Therapie: _____ <input type="checkbox"/> Nachsorge <input type="checkbox"/> Hospiz		
Bemerkung: _____		
Einwilligung für Klinisches Krebsregister liegt vor: <input type="checkbox"/> ja Datum: _____ Datum Meldung Epidemiologisches Krebsregister: <input type="checkbox"/> Pat. wurde unterrichtet <input type="checkbox"/> Pat. wurde nicht unterrichtet Weiterbeh./nachsorgender Arzt: _____ Hausarzt: _____ Meldender Arzt / Stempel		

IV

Vorträge

Versorgung in der Onkologie: epidemiologische Befunde

PD Dr. rer. med. habil. Neeltje van den Berg
(Institute for Community Medicine, Universitätsmedizin Greifswald)

Versorgung in der Onkologie: epidemiologische Befunde

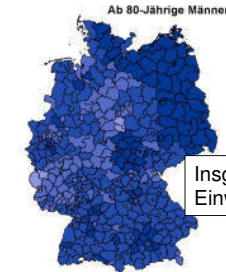
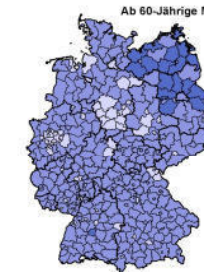
Neeltje van den Berg

Institut für Community Medicine,
Abt. Versorgungsepidemiologie und Community Health
Universitätsmedizin Greifswald

Versorgungsgestaltung und Qualität in der Onkologie
2. Tag der Versorgungsforschung an der Medizinischen Fakultät in Tübingen, 25.03.2014

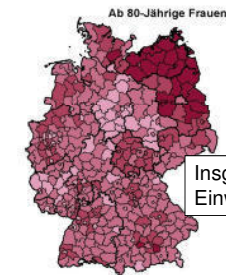
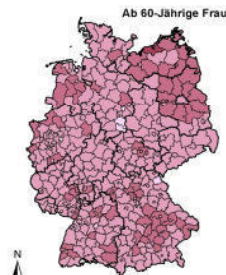
Veränderung der Bevölkerung der Altersgruppen der ab 60-Jährigen und ab 80-Jährigen von 2020 zu 2008, Landkreise

Veränderung in %
 ≤ 15
 16 - 40
 41 - 70
 71 - 100
 > 100

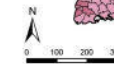


Insgesamt +1.050.000
Einw. (+83%)

Veränderung in %
 ≤ 0
 1 - 20
 21 - 40
 41 - 60
 > 60



Insgesamt +860.097
Einw. (+31%)



© Institut für Community Medicine, 2012. Datenquelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder

Es ändert sich nicht nur die Anzahl, sondern auch die Altersverteilung der Krebspatienten

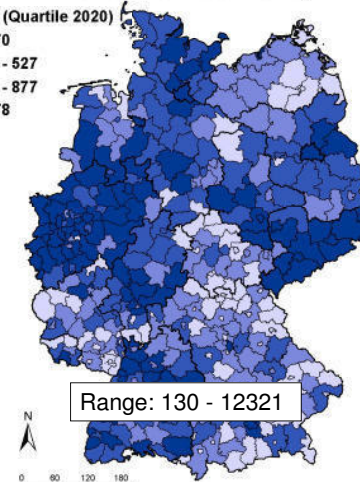
Verschiedene Krebslokalisationen, Anteil Patienten ≥ 85 Jahre:

	2008	2030
Brustkrebs (C50):	10,6%	17,5%
Darmkrebs(C18-C21):	19,4%	30,4%
Lungenkrebs (C33-C34):	12,6%	22,6%
Prostatakrebs (C61):	11,4%	22,7%

Vergleich Neuerkrankungen und Prävalenz, 2020

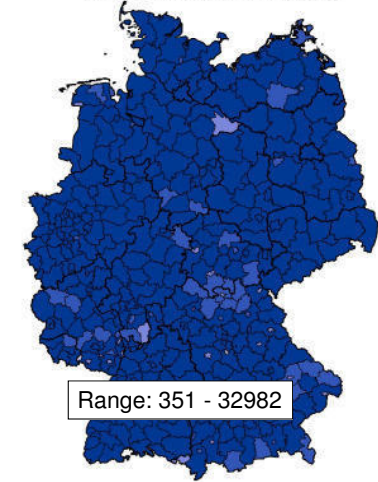
Krebs (ICD-10 C00-C97) der Männer im Jahr 2020, Landkreisebene

Absolute Anzahl der Neuerkrankungen*
 Anzahl (Quartile 2020)
 ≤ 370
 371 - 527
 528 - 877
 ≥ 878

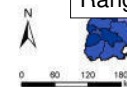


Range: 130 - 12321

Absolute Anzahl der prävalent Erkrankten*



Range: 351 - 32982



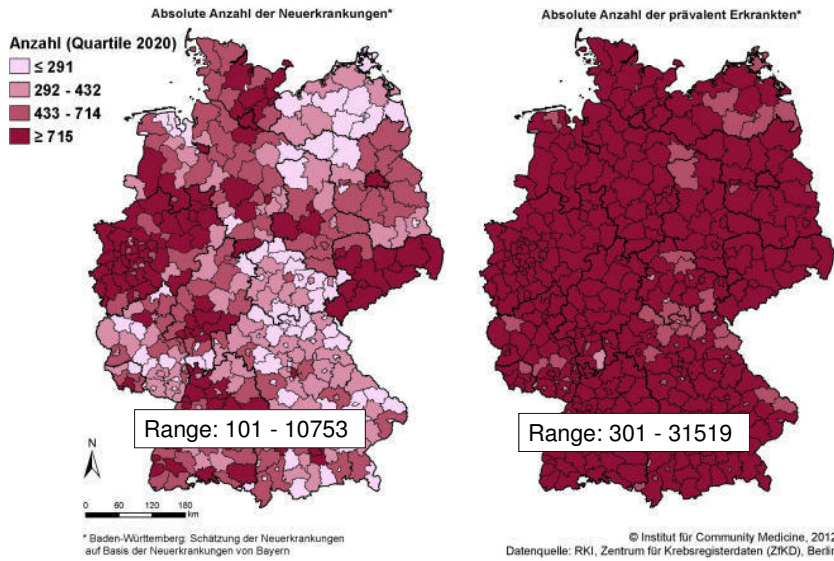
* Baden-Württemberg: Schätzung der Neuerkrankungen auf Basis der Neuerkrankungen von Bayern

© Institut für Community Medicine, 2012
Datenquelle: RKI, Zentrum für Krebsregisterdaten (ZIKD), Berlin

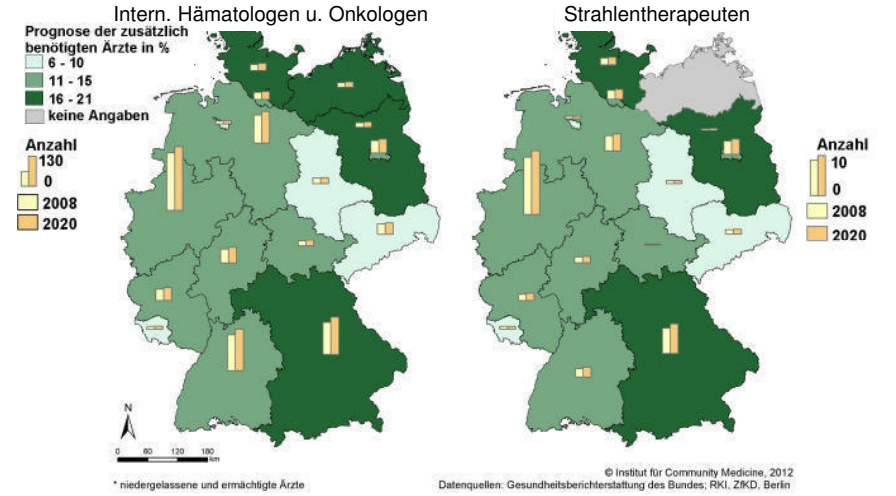
Vergleich Neuerkrankungen und Prävalenz, 2020



Krebs (ICD-10 C00-C97) der Frauen im Jahr 2020, Landkreisebene



An der ambulanten onkologischen Versorgung teilnehmende Ärzte* Veränderung von 2008 zu 2020 ICD-10 C00-C97



126 zusätzlich benötigte Fachärzte

42 zusätzlich benötigte Fachärzte

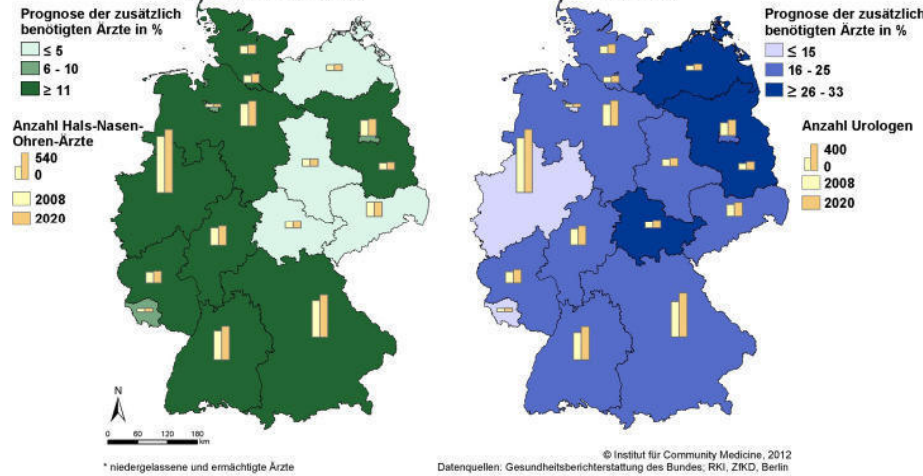
* In 2008 kein niedergel. ST in M-V

An der ambulanten onkologischen Versorgung teilnehmende Ärzte* Veränderung von 2008 zu 2020



Mundhöhlen- u. Rachenkrebs (ICD-10 C00-C14) Hals-Nasen-Ohren-Ärzte

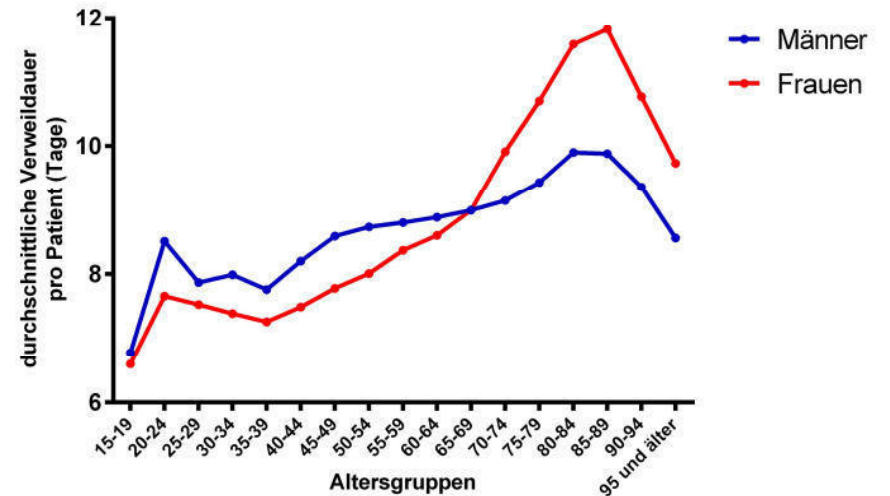
Prostatakrebs (ICD-10 C61) Urologen



515 zusätzlich benötigte Ärzte

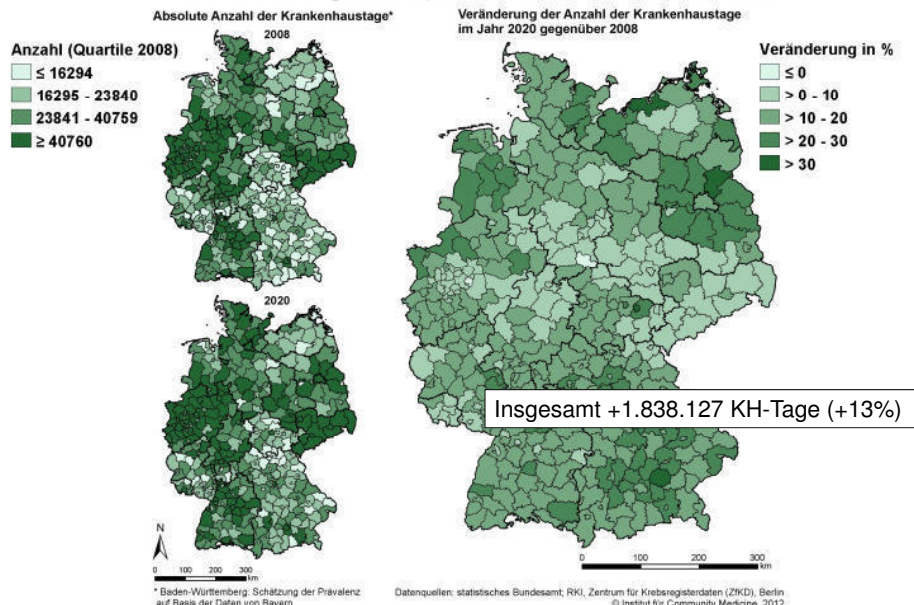
594 zusätzlich benötigte Ärzte

Onkologische Versorgung - Stationärer Bereich Verweildauer nach Altersgruppe Krebs (ICD-10 C00-C97)



Datenquelle: Destatis: tiefgegliederte Diagnosedaten, Stand 03.2013 (eigene Darstellung)

Krankenhaustage, Krebs (ICD-10 C00-C97 ohne C44), Landkreise



Wie ändern sich die Einzugsbereiche der Krankenhäuser?

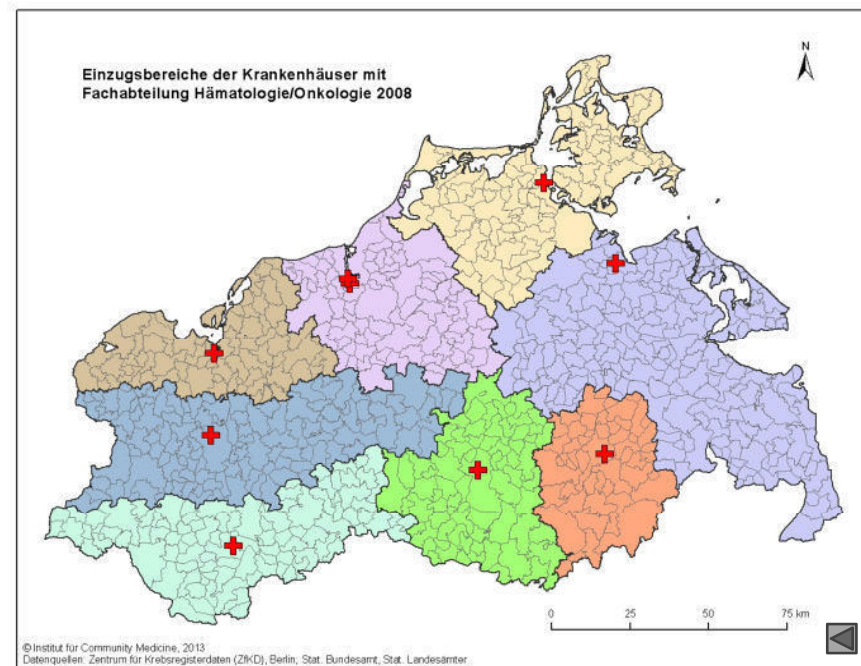
Bp. Leukämien und maligne Lymphome (ICD-10 C81-C85, C91-C95)
 Prognose Prävalenz M-V: 2020 +12% (Ref. 2008)

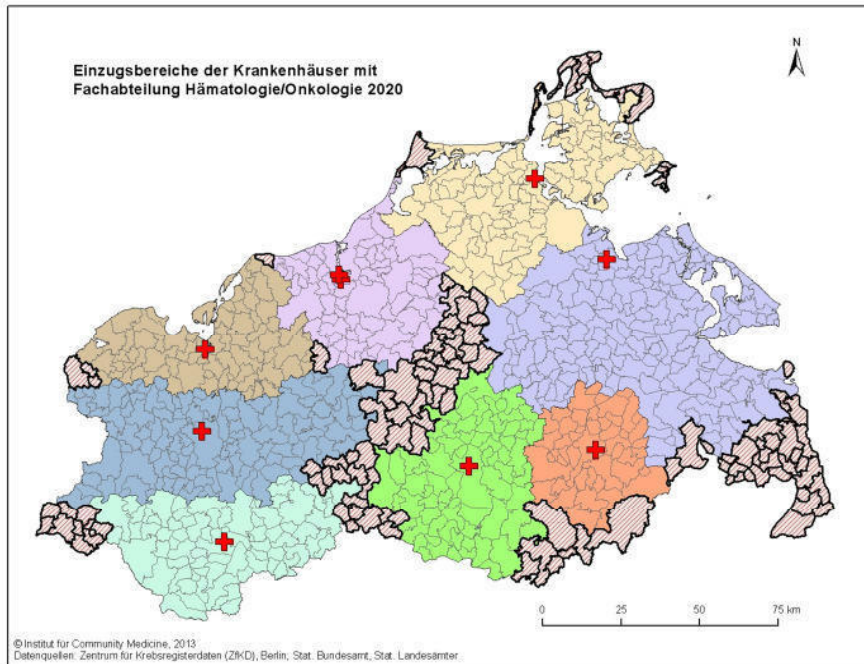
Methodik:

- Ermittlung des nächstgelegenen Krankenhauses mit hämatologisch/ onkologischer Fachabteilung (über die Straße) ausgehend von den Zentroiden der Gemeinden (mit ArcGIS Network Analyst; Straßendaten: NAVTEQ/Logiball)
- Zuordnung der Gemeinden zum jeweils nächstgelegenen Krankenhaus in Abhängigkeit von der erwarteten Patientenzahl bis Erreichen der Kapazität der KH

Annahmen für die Modellierung:

- M-V-Patienten nehmen die medizinische Versorgung nur innerhalb M-V in Anspruch
- Alle Patienten lassen sich im nächst gelegenen KH behandeln
- Kapazitäten der KH für 2008 decken genau den Bedarf
- Anzahl Patienten pro Krankenhausbett konstant über alle KH, zwischen 2008 und 2020





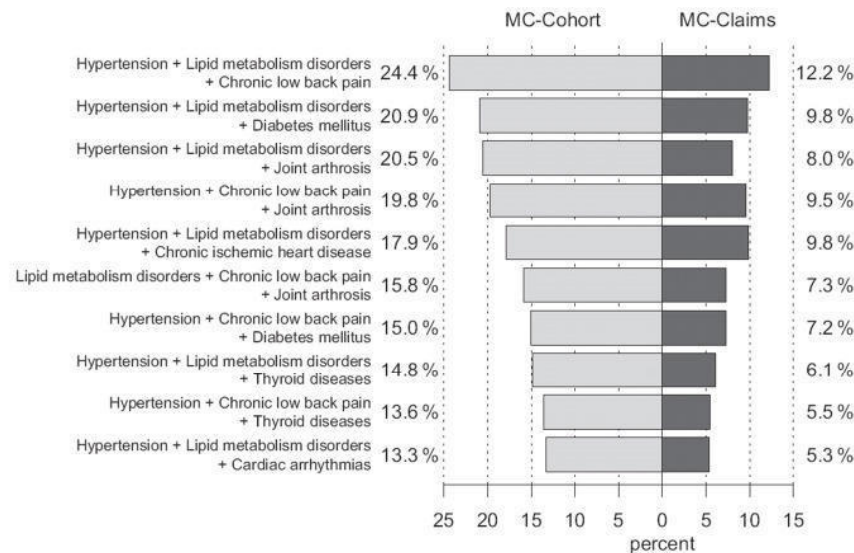
Prävalenz von chron. Krankheiten in Deutschland 2007, 2030 und 2050 absolut und Veränderung in Prozent zu 2007

Erkrankung:	2007 (in Mio)	2030 (in Mio)	2050 (in Mio)
Sehbehinderungen	0,35	0,44 (+27%)	0,49 (+41%)
Osteoporose	8,3	10,2 (+23%)	10,4 (+26%)
Arthrose	13,6	15,6 (+15%)	14,9 (+9%)
Rheumatoide Arthritis	0,66	0,73 (+18%)	0,73 (+18%)
Chron. Rückenschmerzen	12,7	13,0 (+2%)	12,1 (-5%)
Diabetes mellitus	4,1–6,4	4,9–7,8 (+22%)	5,8–7,8 (+20%–+22%)
Schwerhörigkeit	8,8	10,8 (+23%)	11,2 (+28%)
Hypertonie	34,8	37,9 (+9%)	35,5 (+2%)
COPD	6,4	7,9 (+23%)	7,9 (+23%)
Demenz	1,1	1,6 (+51%)	2,2 (+104%)

Quelle: Peters et al. Demografischer Wandel und Krankheitshäufigkeiten. Eine Projektion bis 2050. Bundesgesundheitsbl 2010, 53:417–426

Multimorbidität

Prävalenzen der 10 häufigsten Dreier-Kombinationen chronischer Erkrankungen

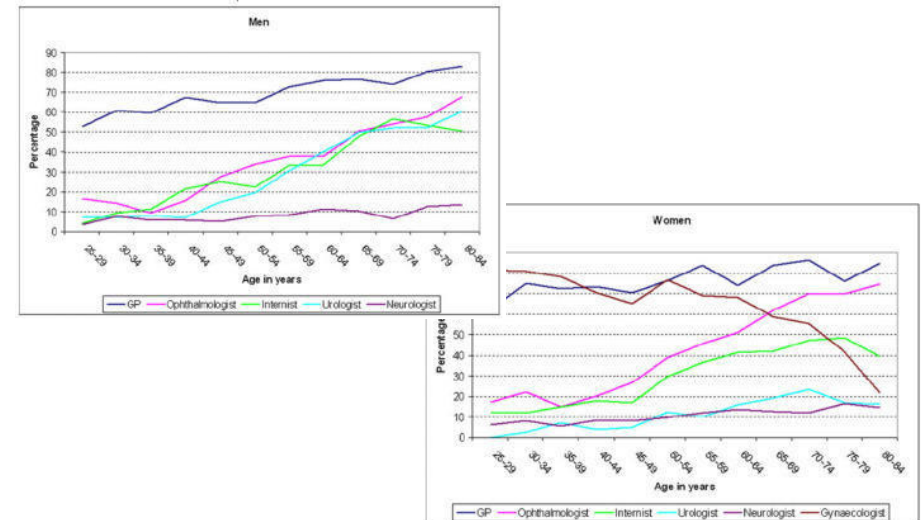


Quelle: van den Bussche et al. A comparative study demonstrated that prevalence figures on multimorbidity require cautious interpretation when drawn from a single database. Journal of Clinical Epidemiology 66 (2013) 209e217

Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Leistungen



SHIP-1 Probanden, ≥ 1Arztkontakt in den letzten 12 Monaten



Siewert et al. Future outpatient health-care utilisation in an ageing population: projections up to the year 2020 based on the Study of Health in Pomerania (SHIP). J Public Health 2013

Wer ist an der Krebsversorgung beteiligt?



Ambulante Versorgung:

- niedergelassene Haus- und Fachärzte
- onkologische Ambulanzen an Krankenhäusern

Stationäre Versorgung

- Krankenhäusern ohne spezielle onkologische Zertifizierung
- Tumorzentren (Universitätskliniken)
- Organkrebszentren

Ambulante und stationäre Palliativversorgung

- Ambulante Hospizdienste
- Allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV)
- Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)
- Palliativstationen an Krankenhäusern
- Stationäre Hospize

Weitere

- Onkologische Rehabilitation
- Psychoonkologische Versorgung
- Sozialberatung
- ...

Wo sind bisher nicht-ärztliche Gesundheitsberufe beteiligt?



- Pflegefachkräfte
- Andere Berufe (Psychologen, Physiotherapeuten, Sozialarbeiter, ...)

Ambulante Versorgung:

- niedergelassene Haus- und Fachärzte
- onkologische Ambulanzen an Krankenhäusern

Stationäre Versorgung

- Krankenhäusern ohne spezielle onkologische Zertifizierung
- Tumorzentren (Universitätskliniken)
- Organkrebszentren

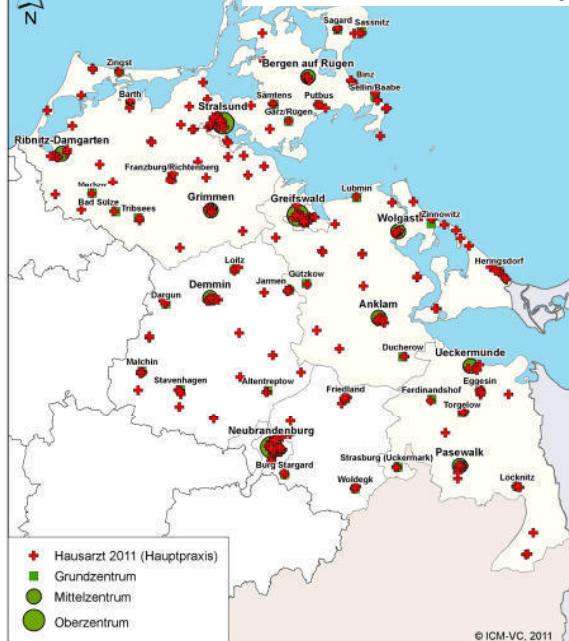
Ambulante und stationäre Palliativversorgung

- Ambulante Hospizdienste
- Allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV)
- Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)
- Palliativstationen an Krankenhäusern
- Stationäre Hospize

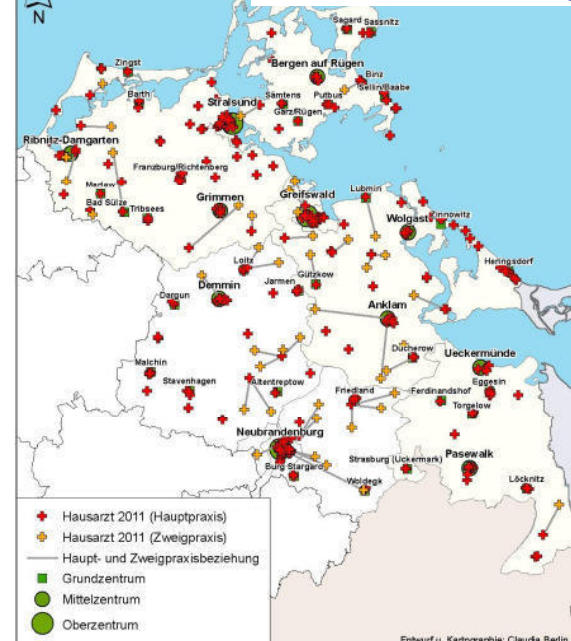
Weitere

- Onkologische Rehabilitation
- Psychoonkologische Versorgung
- Sozialberatung
- ...

Standorte der Hausarztpraxen in Vorpommern (2011)



Standorte der Hausarztpraxen in Vorpommern (2011)



- Konzentration der Praxen in allen Ober-, Mittel- und Grundzentren und weiteren Orten
- Zweigpraxen vor allem in Nord- und Ostvorpommern



„Hausärzte wollen das nicht !“
 „Pat. akzeptieren das nicht !“
 „Schwestern/MFA können das nicht !“

Deutsches Ärzteblatt, 3.11.2006

© ICM, EMAU

AGnES:

Arztentlastende, Gemeindenahe, E-Healthgestützte, Systemische Intervention

- ➔ Hausarztunterstützung durch qualifizierte PraxismitarbeiterInnen (Gesundheits- und KrankenpflegerInnen, med. Fachangestellte, ArzthelferInnen)
- ➔ Basis: Delegation ärztlicher Tätigkeiten, insbesondere von Hausbesuchen



© Institut für Community Medicine, 2008

Das Aufgabenfeld der AGnES

Hausbesuche/Patientenbetreuung in Delegation des Hausarztes:

- Unterstützendes Monitoring / diagnostische- und therapeutische Leistungserbringung auf Delegationsbasis
- **Schulung und Betreuung der Patienten und der Angehörigen**
- Prävention, z. B. Sturzprophylaxe, Medikamentenkontrolle
- Geriatrisches Assessment
- **Aufgaben in der Palliativmedizin**
- Einsatz und Koordination von Telemedizin und TeleCare
- **Kommunikation mit weiteren am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen sowie dem sozialen Umfeld des Patienten**

© Institut für Community Medicine, 2008

Modul Palliativmedizin

Ziele:

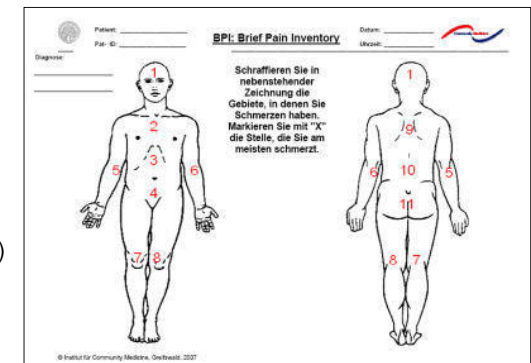
- Komplexes, standardisiertes Modul für Palliativmedizin in der Häuslichkeit
- Gemeinsame Patientenbetreuung durch Hausarzt und AGnES-Fachkraft
- Zusammenarbeit mit Kliniken
- Entlassungsmanagement

Komponenten:

- Stammblatt
- Karnofsky Index
- MIDOS Fragebogen
- Brief Pain Inventory
- Schmerztagebuch (Patient)
- Medikation

Entwicklung des Moduls:

- Institut für Community Medicine
- Palliativmedizinisch tätige Hausärzte
- Ärzte des Universitätsklinikums Greifswald
- Externe Experten



Palliativpatienten in den AGnES-Projekten I

- 42 von insgesamt 1.430 Patienten durch HA als „Palliativpatient“ gekennzeichnet
- Davon: 36 nicht mobil, 6 eingeschränkt mobil

Alter und Geschlecht:

Geschlecht	Alter					
	N	%	MW	SD	Min	Max
Männer	15	35.7	68.5	9.5	54	83
Frauen	27	64.3	78.0	10.3	51	98
Gesamt	42	100.0	74.6	10.9	51	98

MW: Mittelwert

SD: Standarddeviation

Häufigste Diagnosen der Palliativpatienten

Maligne Erkrankung	32
Hypertonie	25
Diabetes mellitus	16
Koronare Herzkrankheit	12
Atherosklerose	11
Erkrankung der Schilddrüse	8
Vertebrales Schmerzsyndrom	8
Dyslipoproteinämie	7
Adipositas	6
Atemwegserkrankung	6
Depression	5
Osteoporose	5

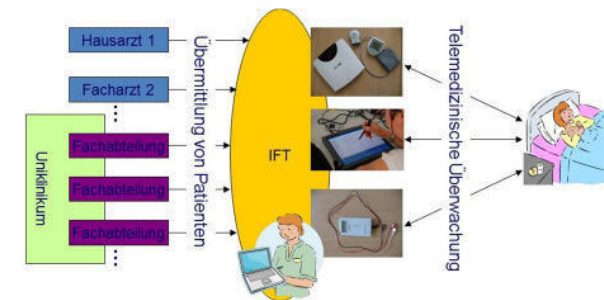
**41 von 42 Patienten waren multimorbide
durchschnittlich 5 Diagnosen (Range 1-15)**

Häufige Tätigkeiten der AGnES bei Palliativpatienten

Tätigkeit:	Anzahl:
Standardisierte Beurteilung des Gesundheitszustandes	325
Blutdruckmessung	236
Beratung Flüssigkeitsaufnahme	155
Blutentnahme	118
Gewichtsmessung	80
Blutzuckermessung	41
Wundversorgung/Verbandswechsel	27
Palliativmodul (Erhebung Schmerzen, Symptome, ..)	23*

*Palliativmodul: Delegationstätigkeit, nur durchgeführt auf Anweisung des HA

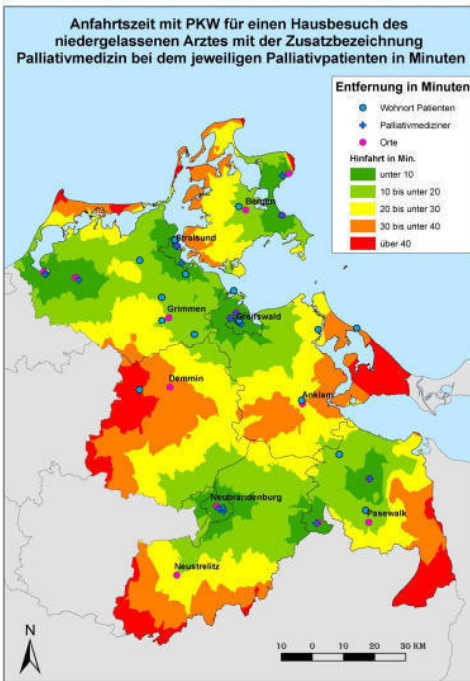
Integrierter Funktionsbereich Telemedizin (IFT)



Modulare Unterstützung von Ärzten des Uniklinikums und niedergelassenen Ärzten bei der telemedizinischen Überwachung von Patienten:

- Installation und Konfiguration der Systeme, Schulung der Patienten
- Abgestufte Alarm- und Interventionssysteme
- Zentrale Datenhaltung, Auswertung und Evaluation

Telemedizinische Betreuung von Palliativpatienten



Anfahrtswege für HÄ mit Weiterbildung Palliativmedizin

Intervention

Regelmäßige Telefonanrufe durch Palliative-Care Schwestern:

- Erhebung der Schmerz und Symptombelastung
- Angebot des Gesprächs über persönliche oder organisatorische Probleme und über Schwierigkeiten bei der Schmerz- und Symptombehandlung
- Hausbesuche falls erforderlich

Qualifikation der Palliative- Care Schwestern:

- Examierte Krankenschwestern mit Berufserfahrung
- Basisqualifikation „Palliative Care“ (160 Std.)
- IFT- Qualifizierung zur Dokumentation



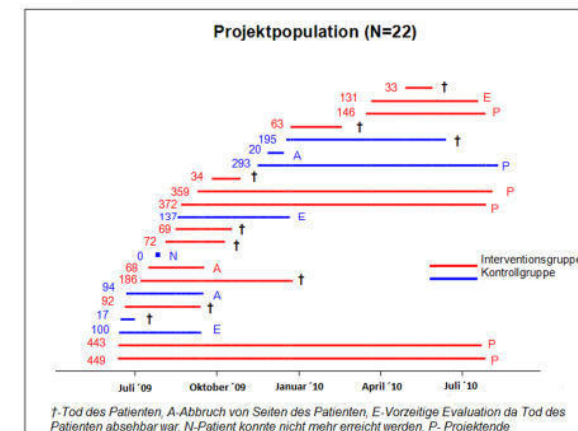
Standardisierte Module zur Erhebung z. B. folgender Parameter:

- Schmerzen, Symptome ((Minimales Dokumentationssystem, MIDOS¹)
- Lebensqualität (SF-12²)
- Symptombezogene Einschränkung der Aktivität, Selbstversorgung und Selbstbestimmung (Karnofsky- Index³)
- Medikation
- Schmerztagebuch
- Inanspruchnahme medizinischer Leistungen
- Notfallplan

→ IT- gestütztes Dokumentationssystem mit einem Tablet- PC (Mobile Clinical Assistant)

→ Dezentrale Datenerhebung in der Häuslichkeit und am Telefon durch Pflegekräfte

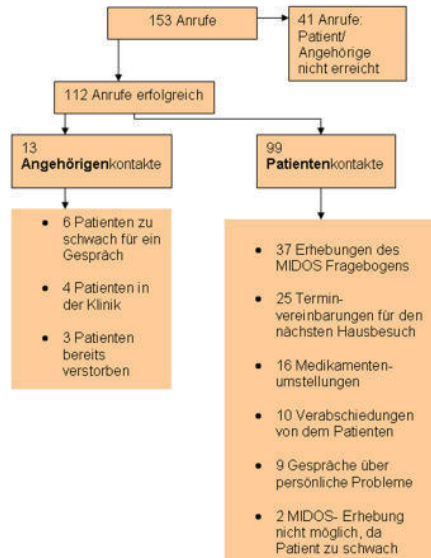
Teilnehmende Patienten



• 14% (N=3) der Patienten haben das Projekt abgebrochen

• ein Patient gab als Grund für den Abbruch an, keine Kraft für weitere Hausbesuche zu haben

2. Akzeptanzanalyse Gesprächsthemen



Dissertation Tatjana Mues

Akzeptanzanalyse - Projektbewertung

Wie zufrieden waren sie mit dem Betreuungskonzept?

Auswahl:

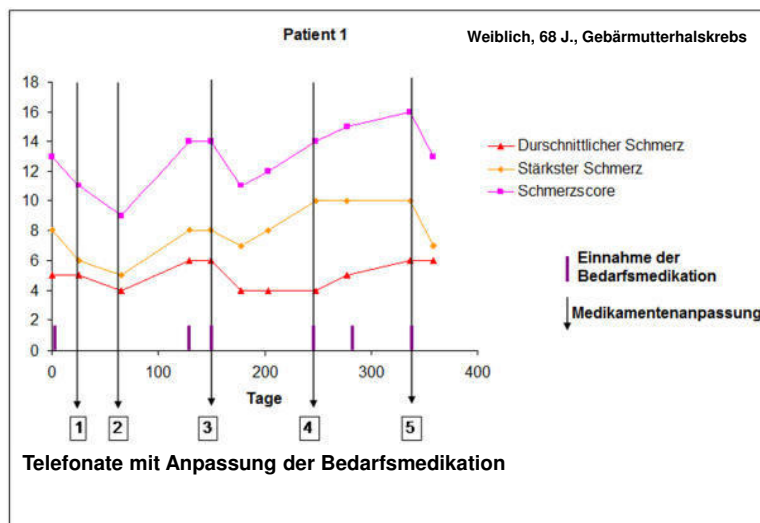
- „sehr gut“ N=4
- „gut“ N=2
- „mangelhaft“ N=1

Bemerkungen:

- Patient ist traurig, dass das Projekt zu Ende ist.
- Patient war sehr zufrieden, hätte gerne weiter gemacht
- Patient und Ehemann sind mit dem Projekt zufrieden.
- Das Projekt ist sinnlos, weil es nicht weiter geht.

Dissertation Tatjana Mues

4. Analyse auf Patientenebene



Dissertation Tatjana Mues

Diskussion



- Zunahme der Anzahl der Neuerkrankungen 2008 - 2020 (Frauen: +21.035 (+9%), Männer: +46.018 (+18%));
- Zunahme der Prävalenz 2008 -2020 (Frauen: +60.018 (+9%); Männer: +116.365 (+17%))
- Zunahme Anzahl KH-Tage (+1.838.127 (+13%))
- Patienten sind durchschnittlich älter, mehr Komorbiditäten

Aber: große regionale Unterschiede

Fragen für die Versorgungsforschung

- Welche Berufsgruppen sind außer Ärzten an der Krebsversorgung beteiligt? (z. B. Hausärzte, Pflege, Physiotherapie, Psychotherapeuten)
- Welche Aufgaben werden übernommen, wie ist die Entwicklung?
- Mehr ambulante, aufsuchende Versorgung: welche Leistungen?
- Palliativmedizin: wie viel Leistung wird benötigt?
- Wie kann in Zukunft eine flächendeckende Versorgung gewährleistet werden? Gute Akzeptanz Delegationskonzepte und Telemedizin
→ Ergänzung der ärztlichen Versorgung
- Entwicklung von Delegationskonzepten im fachärztlichen Bereich?

**Vielen Dank
für ihre Aufmerksamkeit!**



V
Workshop 1

**Versorgungsforschung mit dem Tübinger Krebsregister:
Was ist möglich?**

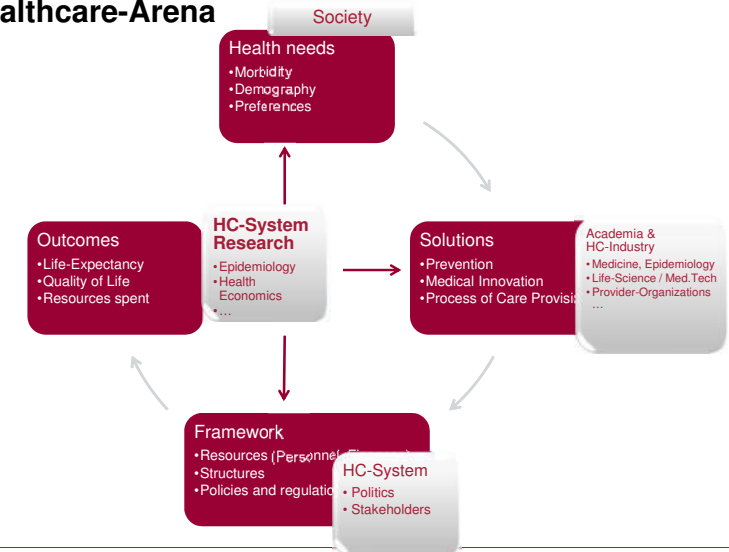
Moderation: Dr. med. Heidrun Sturm MPH, PhD

Versorgungsforschung mit dem Tübinger Krebsregister

Was ist möglich: Fragestellungen, Daten und Methodik



The Healthcare-Arena



Versorgungsforschung, was ist das?

Prof. F.W. Schwartz et.al. 2004 (BÄK)

Inhaltliche Definition

[..]Untersuchung der **Versorgung** von Einzelnen und der Bevölkerung mit gesundheitsrelevanten Produkten und Dienstleistungen **unter Alltagsbedingungen**.

[..] studiert, wie

- Finanzierungssysteme,
- soziale und individuelle Faktoren,
- Organisationsstrukturen und -prozesse und
- Gesundheitstechnologien

den **Zugang** zur Kranken- und Gesundheitsversorgung sowie deren **Qualität und Kosten** und letztendlich unsere Gesundheit und unser **Wohlbefinden** beeinflussen.

Health Policy and Systems Research

(WHO-Definition)

...seeks to understand and improve **how societies organize themselves** in achieving collective **health goals**.



Versorgungsforschung, was ist das?

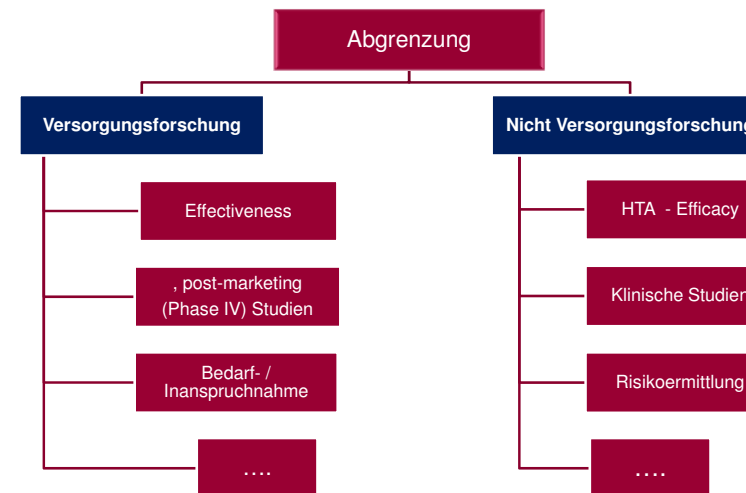
Methodische / funktionale Definition

...beschreibt **Inputs, Prozesse und Ergebnisse** [...] mit quantitativen und qualitativen, deskriptiven, analytischen und evaluativen wissenschaftlichen Methoden,

Bedingungszusammenhänge soweit möglich **kausal** erklärt

- ...
- zur Neuentwicklung [...] oder Verbesserung vorhandener Versorgungskonzepte beiträgt,
- die Umsetzung dieser Konzepte begleitend oder ex post erforscht
- die **Wirkungen** von Versorgungsstrukturen und -prozessen [...] unter Alltagsbedingungen [...] **evaluiert**.

Versorgungsforschung



DNVF und Bertelsmannstiftung fordern im Okt. 2013: „Nationaler Aktionsplan für Versorgungsforschung“



Ziel: valide Daten zur Strukturplanung und Politikberatung

Inkonsistenz zwischen Kassendaten und Registern
→ Verknüpfung zwischen Sekundärdaten und z.B. Krebsregistern

→ Mehr Forschung mit Primärdaten und Validierung mit Sekundärdaten
→ Methodenpluralität

Definition von Registern

824 Memorandum des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung

Memorandum Register für die Versorgungsforschung*

Memorandum Registry for Health Services Research

Autoren	D. Müller (2,3,8), M. Augustin (2,3), R. Lohring (3), B. Möler (7), S. Müller (4), J. Stauber (3,4), M. Sturm (7) (Die Zahlen in Klammern verweisen auf die Autoren des Memorandums)
Institute	Die Instituteangaben sind am Ende des Memorandums aufgeführt.

- Aktive Datenerhebung (prospektiv, spezifisch für's Register)
- Standardisiert
- Beobachtungseinheiten = Personen oder Gruppen
- Genau definierte Quellpopulation, nicht selektive Registrierung
- Zielpopulation: idealer Weise = Quellpopulation (Repräsentativität)

Schlüsselwörter

- Registerentwicklung
- Registerqualität
- Auswertung
- Qualitätsbescheide
- Datenschutz

Key words

- registry development
- registry evaluation
- registry quality
- quality reports
- data protection

Zusammenfassung

Das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF e.V.) hat am 30. März 2010 in Tübingen ein Memorandum III „Methoden für die Versorgungsforschung“ Teil 2 verabschiedet. Dieses Memorandum wurde in der Zeitschrift „Methoden für die Versorgungsforschung“ 2010; 72: 739–748; Register in der Versorgungsforschung unterscheiden sich maßgeblich nicht von anderen Registern, die in anderen Disziplinen eingesetzt werden. Die Ziele und Forschungsfragen sind jedoch unterschiedlich und variieren in ihrer Ausrichtung und ihren Forschungsfragen wie folgt:

Zielsetzung von Registern

824 Memorandum des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung

Memorandum Register für die Versorgungsforschung* Memorandum Registry for Health Services Research

Autoren D. Müller (2,3,5), M. Augustin (2),
R. Lehning (5), B. Möhr (7), S. M.
J. Straußburg (3,4), M. Sturm (7)
(Die Zahlen in Klammern variieren)

Institute Die Instituteangaben sind am Ende

Schlüsselwörter

- Registerentwicklung
- Registerqualität
- Auswertung
- Qualitätsbesuche
- Datenschutz

Key words

- registry development
- registry evaluation
- registry quality
- quality reports
- data protection

Zusammenfassung

Das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung (DNV) hat am 30. September 2010 ein Memorandum III „Methoden für die Versorgungsforschung“ Teil 2 verabschiedet. Die Zeitschrift publiziert wurde 2010; 72: 739–748. Register für die Versorgungsforschung unterscheiden sich

- Beschreibung **epidemiologischer** Zusammenhänge und Unterschiede
- Unterstützung klinischer Forschung
 - Evaluation und Monitoring der Patientensicherheit
 - Evaluierung der Wirksamkeit in der Versorgungsroutine
 - Mindestmengenforschung
- Unterstützung der Versorgungsplanung
- Unterstützung von Qualitätssicherung und –verbesserung
- Ökonomische Evaluation

Müller D et al. Memorandum Register für die Versorgungsforschung. Gesundheitswesen 2010; 72: 824–839

Südwestdeutsches Tumorzentrum
Comprehensive Cancer Center Tübingen



Das Klinische Krebsregister

25 Jahre Daten für Forschung und Qualitätssicherung



Unsere Serviceleistungen:

- Regelmäßige Aktualisierung des Vitalstatus durch Abgleich mit den Einwohnermeldedaten
- Vervollständigung des Follow-ups extern nachgeordneter Patienten durch Erinnerungsschreiben und Rückmeldesystem (Nachsorgemanagement)
- Bereitstellung von Daten für die Überprüfung der Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen
- Bereitstellung von Daten für die Zertifizierung der tumorspezifischen Zentren
- Unterstützung klinisch-wissenschaftlicher Forschungsvorhaben (z.B. Doktorarbeiten, Studien, Veröffentlichungen)
- Darstellung von zeitlichen Trends zu Diagnosen und Therapien
- Bereitstellung von Daten für das Landeskrebsregister Baden-Württemberg. (Es nimmt am 1.1.2009 seinen Betrieb auf).

Sturm

2. Tag der Versorgungsforschung

25.03.2014 Universität Tübingen



Neue Konzepte für die Versorgung von Krebspatienten gefordert

Das Motto des diesjährigen Kongresses heißt „Intelligente Konzepte in der Onkologie“

Eine Möglichkeit, den bei der Neuzulassung von Medikamenten oft noch unklaren Nutzen für den Patienten zu eruieren und die Frage der optimalen Integration neuer Substanzen in bekannte Therapiekonzepte zu lösen, sei, sie **direkt nach der Zulassung in der klinischen Anwendung weiter zu untersuchen:** in Studien, die nicht allein von pharmazeutischen Unternehmen finanziert würden.

Ideal wäre aus meiner Sicht, wenn Krankenkassen, pharmazeutische Hersteller und der Bund **Gelder in einen Pool** gäben, aus dem solche klinischen Studien nach der Zulassung finanziert werden können.

Mittwoch, 5. Februar 2014 Dtsch Arztebl 2014; 111(6): A-204 / B-176 / C-172

Sturm

2. Tag der Versorgungsforschung

25.03.2014 Universität Tübingen

Auswertung von Registerdaten

824 Memorandum des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung

Memorandum Register für die Versorgungsforschung* Memorandum Registry for Health Services Research

Autoren D. Müller (2,3,5), M. Augustin (2),
R. Lehning (5), B. Möhr (7), S. M.
J. Straußburg (3,4), M. Sturm (7)
(Die Zahlen in Klammern variieren)

Institute Die Instituteangaben sind am Ende

Schlüsselwörter

- Registerentwicklung
- Registerqualität
- Auswertung
- Qualitätsbesuche
- Datenschutz

Key words

- registry development
- registry evaluation
- registry quality
- quality reports
- data protection

Zusammenfassung

Das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung (DNV) hat am 30. September 2010 ein Memorandum III „Methoden für die Versorgungsforschung“ Teil 2 verabschiedet. Die Zeitschrift publiziert wurde 2010; 72: 739–748. Register für die Versorgungsforschung unterscheiden sich

- Deskription
- Methoden zur Adjustierung
 - Stratifizierung/ Subgruppenanalysen
 - Matching/Parallelisierung
 - Propensity Scores/Propensity Score-Matching
 - Standardisierung
 - Multivariate Modellierung
- Weitere Korrekturmöglichkeiten
 - Modellierung longitudinaler Datenstrukturen
 - Adjustierung bei multipler statistischer Testung z.B. Kliniken/Praxen, Viel- vs. Wenigmelder
- Data Mining
 - Ableitung von vorher nicht bekannten Zusammenhängen

Müller D et al. Memorandum Register für die Versorgungsforschung. Gesundheitswesen 2010; 72: 824–839

Priority Programme 'Epidemiological Research using Cancer Registry Data' – 2nd call

Goal:

- to further support epidemiological research based on cancer registry data
- to establish a training programme for graduates in the field of cancer epidemiology, aiming at ensuring sustainability of high quality epidemiological research in Germany.

Topics:

- Cancer etiology and prevention
- Secondary malignancies
- Trends in cancer incidence and mortality
- Variation in cancer care and outcomes
- Cancer care for an aging population
- Evaluation of regional variation of care
- Evaluation of measures to improve quality of care
- Quality of life
- Follow-up of cancer patients
- Long-term survivors
- Causes of death



'Graduate Programme in Cancer Epidemiology'.

Sturm

2. Tag der Versorgungsforschung

25.03.2014 Universität Tübingen

...High Impact Publikationen durch Registerstudien...

Bouvier, [Ann Surg Oncol](#), 18.3.2014

Toxicity of Oxaliplatin in Older Patients: A Population-Based Study

Conclusions. Cancer registries can be used to evaluate the toxicity of chemotherapy at the population level.



[BMC Cancer](#) 2008, 8:358

Benchmarking the quality of breast cancer care in a nationwide voluntary system: the first five-year results (2003–2007) from Germany as a proof of concept

Sara Y Brucker¹, Claudia Schumacher², Christoph Sohn³, Mahdi Rezaei⁴, Michael Bamberg⁵, Diethelm Wallwiener^{*1} and the Steering Committee⁶



[BMC Cancer](#). 2014 Feb 15;14(1):94.

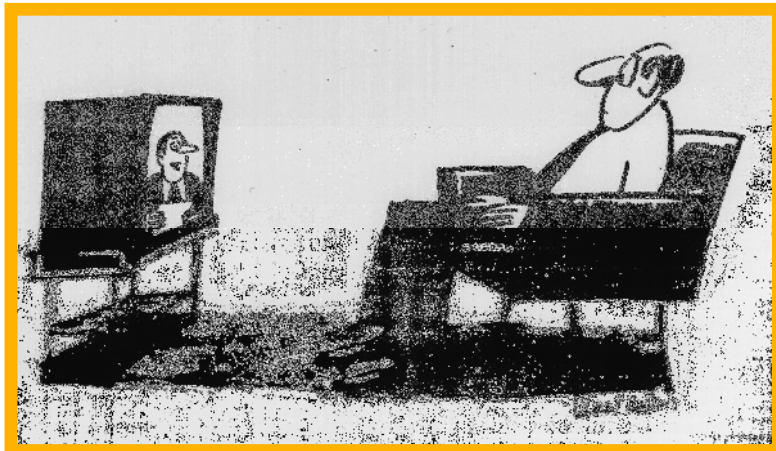
The effect of patient characteristics on second primary cancer risk in France.

French cancer survivors face a dramatically increased risk of SPC which is probably related to the high rate of tobacco and alcohol consumption in France. Multivariate modeling of SPC risk will facilitate the construction of a tailored prediction **tool to optimize SPC prevention and early detection strategies.**

Sturm

2. Tag der Versorgungsforschung

25.03.2014 Universität Tübingen



“Meaningless statistics were up one-point-five percent this month over last month.”

The impact of reducing cardiovascular medication copayments on health spending and resource utilization.

[J Am Coll Cardiol](#). 2012 Oct 30;60(18):1817-24.

Choudhry NK, Fischer MA, Avorn JL, Lee JL, Schneeweiss S, Solomon DH, Berman C, Jan S, Lii J, Mahoney JJ, Shrank WH.

METHODS:

An evaluation was conducted of health care spending and resource use by a **large self-insured employer** that reduced statin copayments for patients with diabetes or vascular disease and reduced clopidogrel copayments for all patients prescribed this drug. **Eligible individuals in the intervention company (n = 3,513) were compared with a control group from other companies** without such a policy (n = 49,803). Analyses were performed **using segmented regression models with generalized estimating equations.**

Interrupted time series analyses & Repeated measures studies

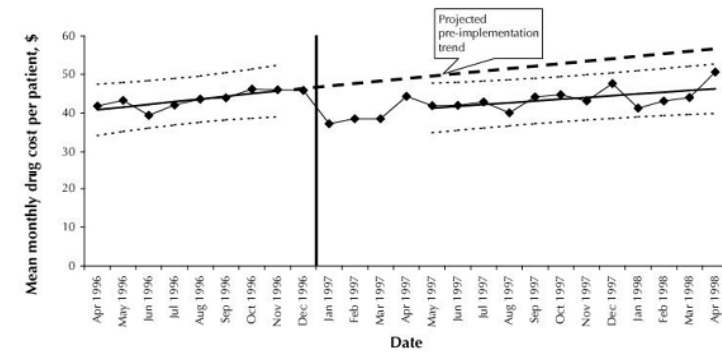
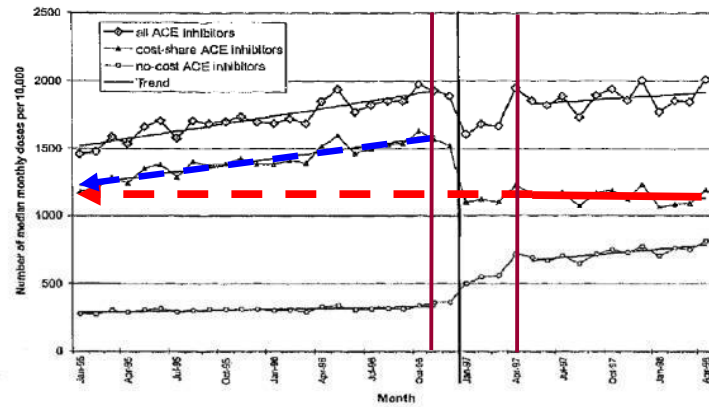


Fig. 3: Drug cost (excluding dispensing fees) for antihypertensive medications for a cohort of 59 623 patients who used any ACE inhibitor from Oct. 1, 1995, to Mar. 31, 1996. The analysis adjusted for dropouts because of death, admission to long-term care or emigration during follow-up. The vertical line marks the introduction of reference-based pricing.

Literaturhinweise

- Memorandum Register für die Versorgungsforschung Müller D, et.al. Gesundheitswesen. 2010 Nov; 72(11):824-39.
- Memorandum I bis III „Methoden für die Versorgungsforschung“ des Deutschen Netzwerks für Versorgungsforschung e.V. 2009. Das Gesundheitswesen Sonderdrucke (2009, 71 (8/9-12))
- Versorgungsforschung: unverzichtbar bei Allokationsentscheidungen – eine Stellungnahme. DMW 2011, 136
- Monitor Versorgungsforschung Kongress-Special 1/2013: Der Endpunkt



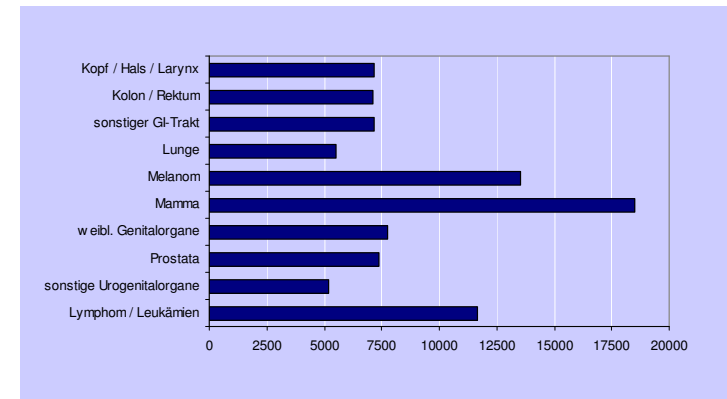
Klinisches Krebsregister des CCC Tübingen

2. Tag der Versorgungsforschung 25. März 2014

Birgit Trilling

Leiterin des Klinischen Krebsregisters des CCC Tübingen

Diagnosen 1984 – 2013



Welche Daten werden erfasst?

- **Identitätsdaten:**
 - Name
 - Geburtsdatum
 - Geschlecht
 - Anschrift
- **Diagnosedaten:**
 - Diagnosedatum
 - Lokalisation
 - Histologie
 - Tumorstadium: klinisch / pathologisch
 - untersuchte / befallene Lymphknoten
 - Datum und Lokalisation von Fernmetastasen
 - tumorspezifische Merkmale: z.B. Rezeptorstatus

Welche Daten werden erfasst?

- **Therapiedaten:**
 - Datum der Therapie
 - Art der Therapie
 - Therapieergebnis
- **Verlaufsdaten:**
 - Untersuchungsdatum
 - Remissionsstatus
 - Datum und Lokalisation von Fernmetastasen
- **Abschlussdaten:**
 - Abschlussgrund
 - Todesdatum
 - evtl. Todesursache

Woher kommen die Daten?

- Dokumentation der am Klinikum behandelten Patienten:
retrospektiv durch Dokumentationskräfte des CCC
Datenquellen: Arztbriefe
Befunde
elektronische Krankenakte
- Vitalstatusabgleich mit Daten der Einwohnermeldeämter:
Rückmeldung: Patient lebt
Patient verstorben, Todesdatum
Patient verzogen: Datum, neue Anschrift
- Einholen von Informationen zum Krankheitsverlauf der Patienten, die nicht mehr am Klinikum behandelt werden:
Anfragen über tumorspezifische Zentren

5

Wie werden die Daten genutzt?

- Bereitstellung von Daten für die interne und externe Qualitätssicherung
Zertifizierung Onkologisches Zentrum und Organkrebszentren
Benchmarking
- Unterstützung von Studien und Doktorarbeiten
- Bereitstellung von klinischen Daten und Follow-up-Informationen für Biobank-Projekte
- Meldungen an das Krebsregister Baden-Württemberg

6

Krebsregister Baden-Württemberg

- Verknüpfung von epidemiologischer und einrichtungsübergreifender klinischer Krebsregistrierung
- Meldepflicht für behandelnde Ärzte
- Patienten müssen über Meldung informiert werden
- Widerspruchsrecht für Patienten
- Rückfluss von Verlaufsinformationen an die Primärbehandler
- Einrichtung von regionalen Qualitätskonferenzen
- Start des Registers: 1.1.2009

7

DKH-Ausschreibung Epidemiological Research using Cancer Registry Data

Letters of Intent mit Beteiligung des KKR des CCC:

- Leitlinienadhärenz bei älteren Patienten (IKEAB / CCC Tübingen)
- Bewertung der Leitlinienadhärenz und Ergebnisqualität in der Behandlung und Nachsorge von Patienten mit Kolorektalem Karzinom durch Klinische Krebsregister (ADT / KoQK)
- Innovative Therapien in der onkologischen Versorgung:
Entwicklung eines klinisch-epidemiologischen Begleitprogramms (Monitoring) für translationale Krebsforschung (EKR BW)

8

Epidemiologische Register

Definition und Merkmale

2. Tag der Versorgungsforschung
25.03.2014

Dr. Gunnar Blumenstock
Institut für Klinische Epidemiologie und angewandte Biometrie
Universitätsklinikum Tübingen

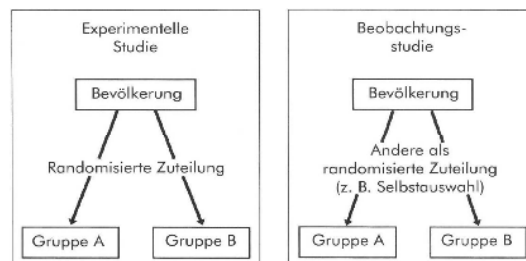
Epidemiologische Register

Definition und Merkmale

- Definition:
Datensammlung, die einheitliche medizinische oder sozioökonomische Informationen über Einzelpersonen enthält, die in systematischer und umfassender Weise zu einem **vorgegebenen Zweck** gesammelt werden
- Merkmale:
 - Existenz einer wohl beschriebenen **Zielpopulation**, meist **definiert** durch eine Personencharakteristik (z.B. eine Krankheit oder Krankheitsgruppe) oder eine therapeutische Maßnahme (z.B. Behandlungsfall einer bestimmten Kategorie)
 - Anspruch einer vollständigen oder zumindest repräsentativen **Abbildung der Zielpopulation durch die Registerpopulation**

Experimentelle vs. Beobachtungsstudien

Abbildung 8-3. Auswahl von Studiengruppen bei experimentellen und Beobachtungsstudien in der Epidemiologie.



(Fletcher et al. 1999)

- ♦ Experimentelle Studie
 - Randomisierte kontrollierte klinische Studie (RCT, KKS)
- ♦ Epidemiolog. Beobachtungsstudie
 - **Längsschnitt**
 - Kohortenstudie
 - Fall-Kontroll-Studie
 - **Querschnitt** (Prävalenzstudie)

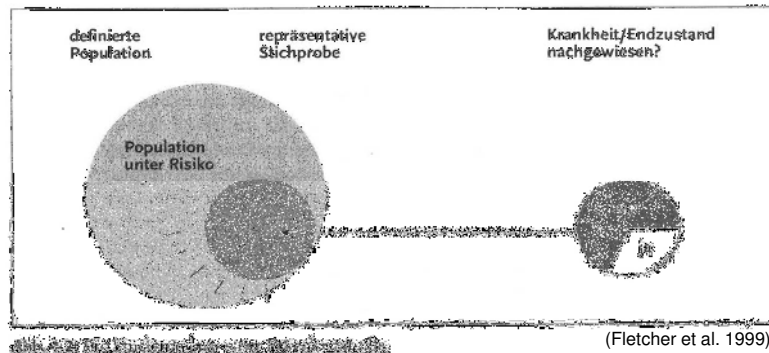
Epidemiologische Studientypen

Tab. 1 Übersicht über Charakteristika der wichtigsten epidemiologischen Studientypen.

Studientyp	Studienpopulation/ Auswahlkriterien	Datenerhebung	Effektmaße
Kohortenstudie	Stichproben aus Exponierten und Nicht-Exponierten	Prospektiv oder retrospektiv	Inzidenz, RR, SMR, SIR
Fall-Kontroll-Studie	Inzidente Fälle (Kranke) und definierte Kontrollen (Gesunde)	retrospektiv	OR
Querschnittstudie	Repräsentative Stichprobe aus der Zielpopulation	Stichtermin, retrospektiv	Prävalenz

(Klug S et al. Dtsch Med Wochenschr 2004;129:T7-T10)

Querschnittstudie: Prävalenz



Beschreibende Epidemiologie:

Untersuchung der Verteilung von Krankheiten, demographischen, physiologischen und sozialen Merkmalen in menschlichen Bevölkerungsgruppen

Studienanlage einer Kohortenstudie

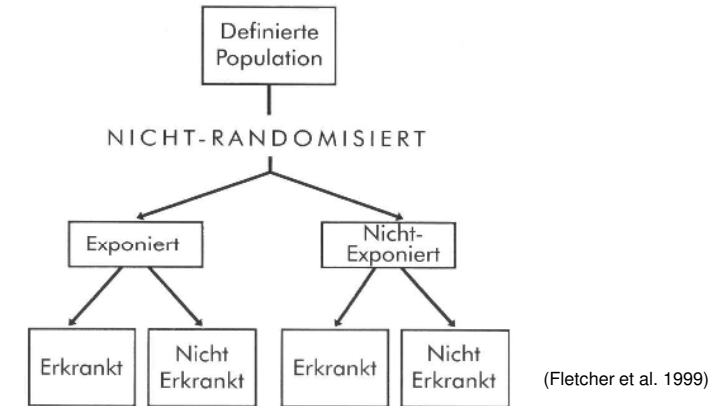
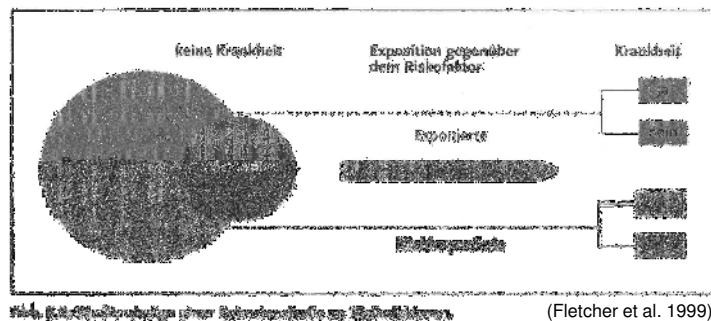


Abbildung 10-2. Design einer Kohortenstudie.

Kohortenstudie und Register



Nutzungsarten von Registerdaten in der epidemiologischen Forschung:

- Verknüpfung der Daten epidemiologischer Kohortenstudien mit den Daten des Krebsregisters mit dem Ziel der Identifizierung der inzidenten Fälle in der Kohorte

(Becker N, Bundesgesundheitsbl 2004;47(5):444-450)

Studienanlage einer Fall-Kontroll-Studie

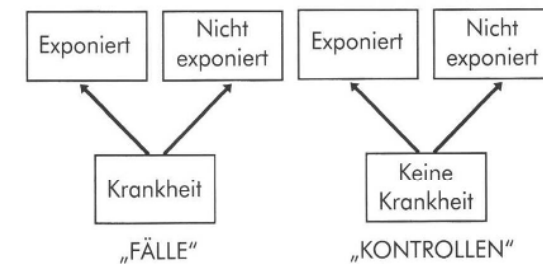
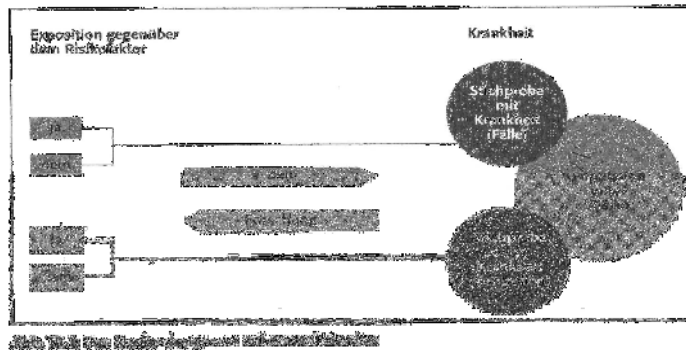


Abbildung 9-1. Design einer Fall-Kontroll-Studie.

(Fletcher et al. 1999)

Fall-Kontroll-Studie und Register



Nutzungsarten von Registerdaten in der epidemiologischen Forschung:

- b) Extraktion inzidenter Krebsfälle einer bestimmten Krebsart und evtl. Region mit dem Ziel des Aufbaues einer Fall-Kontroll-Studie

(Becker N, Bundesgesundheitsbl 2004;47(5):444-450)

Krebsregister und Versorgungsforschung

- Beobachtungsgegenstand klinischer Krebsregistrierung ist der **gesamte Erkrankungsverlauf** eines Patienten von der Diagnose über jeden einzelnen Therapieschritt bis hin zu Nachsorge, Rezidiven, Überleben und zum Tod.
⇒ Zusammenarbeit aller behandelnden Ärzte, möglichst vollständige und bezüglich Basisdaten auch vollständige Datenerfassung
- Es können klinische Fragestellungen aus dem Versorgungsalltag, wie die Wirkung von Behandlungen in nichtselektierten Patientengruppen, und epidemiologische Fragestellungen, wie der Einfluss von Komorbiditäten auf den Erkrankungsverlauf, untersucht werden.

(Klinkhammer-Schalke M et al., Onkologie 2012;18(2):142-150)

Krebsregister und Versorgungsforschung

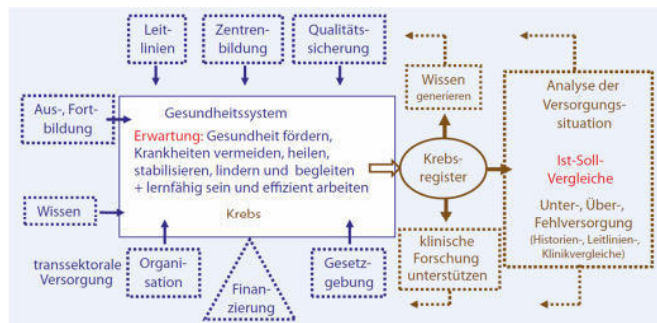


Abb. 2 ▲ Versorgungsforschung und Krebsregistrierung. Die vielen Einflussfaktoren auf die Versorgung legen insbesondere bei Krebserkrankungen nahe, die Langzeitergebnisse zu monitorieren und allen Interessenten zurückzuspiegeln. Soll-Ist-Vergleiche können dabei eine wichtige Quelle für Innovationen werden

(Hözel D, Onkologie 2011;17(2):143-152)

I.B. Kopp · U.S. Albert Krebsregister und Leitlinien

(Onkologie 2001;17(2):107-114)

Zusammenfassung
Im Nationalen Krebsplan wird das Ziel formuliert, die fachlichen Anforderungen an eine hohe Qualität in der Versorgung verschiedener Krebserkrankungen durch Leitlinien zu definieren. Um die Erstellung und Aktualisierung der hierfür erforderlichen Leitlinien von hoher methodischer und fachlich-inhaltlicher Qualität zu fördern, haben die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Fachgesellschaften, die Deutsche Krebsgesellschaft und die deutsche Krebshilfe das **Leitlinienprogramm „Onkologie“** ins Leben gerufen. Qualitätsindikatoren, die aus den Empfehlungen hochwertiger Leitlinien generiert werden, bilden die Grundlage für die Qualitätssicherung und Qualitätsförderung, da mit ihrer Hilfe eine Abbildung der Versorgungsqualität ermöglicht wird. Um die **Leitlinienkonformität der onkologischen Versorgung im Langzeitverlauf** anhand der Qualitätsindikatoren zu erfassen, der Öffentlichkeit Bericht zu erstatten und den für eine tatsächliche Qualitätsförderung notwendigen Dialog mit den dokumentierenden Ärzten zu organisieren, werden Krebsregister benötigt.

Einsatz leitlinienbasierter Qualitätsindikatoren mit den Zielen:

- vermehrte Umsetzung von medizinischen Interventionen, für die eine verlässliche Evidenzgrundlage besteht
- Unterstützung der Identifizierung und Eliminierung unwirksamer und veralteter Interventionen

Benchmarking in der Patientenversorgung: Prozess- und Ergebnisqualität bei Patienten aus der Region Stuttgart

Meisner C¹, Brinkmann F², Heidemann E², Junack C², Faißt S², Henke D¹

- 1) Institut für Medizinische Biometrie, Universitätsklinikum Tübingen, Deutschland
2) Onkologischer Schwerpunkt Stuttgart e. V., Deutschland

Ziel der Studie:

ist die Entwicklung von Methoden, um Wirksamkeit und Qualität der medizinischen Versorgung in kontinuierlichem Monitoring exemplarisch an Patienten aus der Region Stuttgart mit Diagnose Mamma-, Kolon- oder Rektum-Karzinom sicher zu stellen.

Der Bostoner Chirurg Codman forderte bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts: "... dass es eigentlich für jedes Krankenhaus selbstverständlich sein sollte, alle Patienten solange zu verfolgen, bis es sicher sei, dass eine Behandlung erfolgreich sei oder nicht. Im Falle schlechter Ergebnisse sei es notwendig, die Gründe zu erforschen, um daraus für die Zukunft zu lernen." (Codman 1934).

Für Donabedian, auf welchen die Unterteilung der Qualität medizinischer Versorgung in die drei Bereiche Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zurückzuführen ist, sind Ergebnisse im Großen und Ganzen die ultimative Beurteilungsebene für Wirksamkeit und Qualität der medizinischen Versorgung". Strukturen (Ausstattung, Ausbildung) und Prozesse (Behandlungsabläufe, Leitlinien) gehörten für ihn jedoch zu den Grundvoraussetzungen einer guten Behandlung (Donabedian 1966).

Ein-/Ausschlusskriterien:

- Diagnosedatum 10/2003 – 10/2008 (fortlaufend)
- Diagnose **Mamma-Karzinom** (ICD C50), **Kolon-Karzinom** (ICD C18) oder **Rektum-Karzinom** (ICD C19/20)
- Primäre **kurative** Therapie durch eine, dem Onkologischen Schwerpunkt Stuttgart angehörende **Klinik**
- **NICHT**: Fernmetastase, Rezidivkrankung, vorausgehendes Malignom oder Zweitmalignom

Datenerhebung

- Diagnose und primäre Therapie: OSP-Krankenhaus
=> **Klinisches Krebsregister**
- Weitere Therapiedaten (insb. Chemotherapie):
1) Ambulante Versorgung => Verlaufsmeldungen
2) Stationäre Versorgung => **Klinisches Krebsregister**
- Langzeitverlauf
1) Ambulante Versorgung => Verlaufsmeldungen
2) Stationäre Versorgung => **Klinisches Krebsregister**
3) Vitalstatuserhebung => Melderegister
- Patientenorientiertes Ergebnis
=> Patientenbefragung (Lebensqualität)

Evaluation

Entitätsbezogene, multivariate Analyse, wobei die Heterogenität der einzelnen Populationen in den Kliniken berücksichtigt wird.

Indikatoren zur Evaluation der Ergebnisqualität:

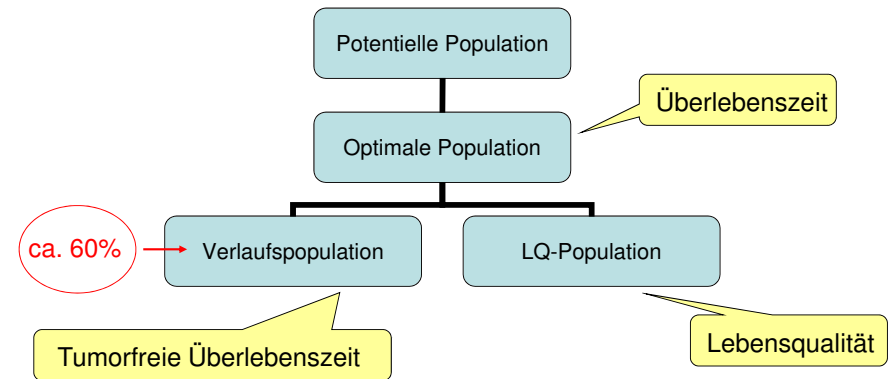
Überlebenszeit, rezidivfreie Zeit, Lebensqualität

Evaluationsebene:

Vergleich der Kliniken

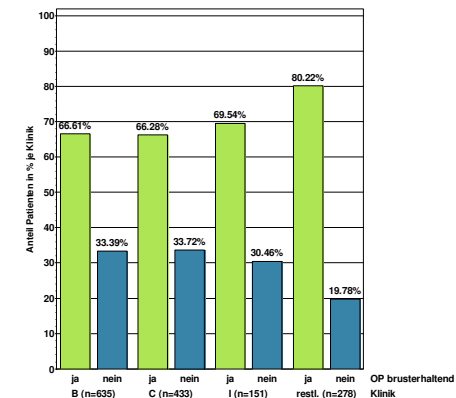
Zeitlicher Verlauf auf der Grundlage der Quartalspopulationen

Überblick über Auswertungspopulationen



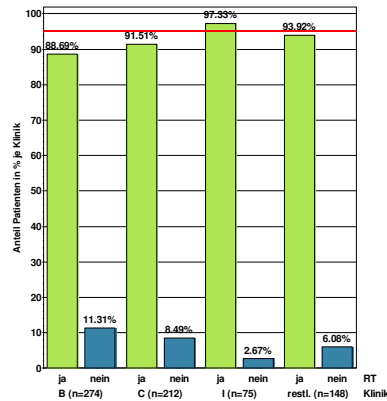
Prozessqualität

Anteil BET bei pT1/2



Die S3-Leitlinie der DKG empfiehlt einen Anteil an brusterhaltender Therapie für Patienten mit invasivem Mamma-Karzinom und pT1- oder pT2-Klassifikation von mindestens 60%. Für den OSP Stuttgart beträgt dieser Wert 69% (1038 von insgesamt 1497 Patienten). Die „restlichen“ Kliniken liegen mit einem Anteil an BET von 80% sehr hoch.

Dokumentierte RT nach BET



S3-Leitlinie > 95 %

Nach brusterhaltender Therapie liegt der Anteil an Patienten mit dokumentierter Bestrahlung bei 91.5%. Klinik I hat mit 73 dokumentierten Bestrahlungen bei insgesamt 75 Patienten (97%) den höchsten Anteil. Die S3-Leitlinie der DKG empfiehlt eine Bestrahlung nach brusterhaltender Therapie mit Empfehlungsgrad A.

Ergebnisqualität

Cox-Regression zur Analyse von Überlebenszeiten

- Untersucht gleichzeitig den Effekt mehreren Einflussgrößen auf die Überlebenszeit (multiple Analyse).
- Ermöglicht eine aussagefähige Schätzung der Größe des Effektes jeder der einbezogenen Einflussgrößen, jeweils adjustiert für die anderen Einflussgrößen => Hazard-Ratio (HR), dabei bedeutet

HR=1 => der Einflussfaktor hat keinen Effekt

HR>1 => der Einflussfaktor erhöht die Sterbewahrscheinlichkeit um den Faktor HR

HR<1 => der Einflussfaktor senkt die Sterbewahrscheinlichkeit um den Faktor HR

(z.B. Ziegler et al., DMW 2007: 132, e42-e44)

Cox Modell Überlebenswahrscheinlichkeit Verlaufspopulation (n=3390, 277 Todesfälle)

	p-Wert	Hazard-Ratio (95% KI)
Klinik		
Klinik A		
Klinik B		
Klinik C		
Klinik I		
Klinik M		
Klinken D, F, L, N		
Strahlentherapie abweichend von Leitlinien	<0.0001	1.84 (1.38 – 2.45)
Chemo-/Hormontherapie abweichend von Leitlinien	0.0049	1.45 (1.12 – 1.87)
Kohorte	kontinuierlich (1 – 7)	0.9010 0.96 (0.92 - 1.07)

adjustiert für:
Alter, T-Klassifikation, N-Klassifikation, Grading, Hormonrezeptorstatus, Histologie

**Antrag im Rahmen der Fördermaßnahme „Studien und empirische Analysen in der Versorgungsforschung“
Modul 3 Nicht-interventionelle quantitative Studien**

Late Toxicity and quality of life following adjuvant chemotherapy of early-stage breast cancer – a prospective quality assessment study.

OBJECTIVES	How often and how long do patients with early-stage breast cancer suffer from long-term toxicity due to adjuvant chemotherapy? Comparison of chemotherapy-regimens. Significance for quality of life.
STUDY TYPE	Prospective cohort study nested in an ongoing centre-based clinical cancer registry.
TARGET POPULATION	Patients with primary early-stage breast cancer treated at one of the five breast centres of the OSP Stuttgart.

VI

Workshop 2

**Versorgungsgestaltung bei Krebserkrankungen:
Rolle der Gesundheitsberufe**

Moderation: Prof. Dr. med. Monika A. Rieger



Workshop 2: Versorgungsgestaltung bei Krebserkrankungen: Rolle der Gesundheitsberufe

Versorgungsgestaltung und Qualität in der Onkologie

2. Tag der Versorgungsforschung an der Med. Fakultät Tübingen

25.3.2014

Prof. Dr. Monika A. Rieger



Geplantes Programm

Einleitung

Impulsvorträge

Austausch zu methodischen Fragen, (neuen) Projektideen ...

2 | Rieger 2. Tag der Versorgungsforschung Workshop 2: Versorgungsgestaltung bei Krebserkrankungen 25.3.2014 © 2014 Universität Tübingen



Einleitung: Was ist Versorgungsforschung?

„...ein fachübergreifendes Forschungsgebiet, das die Kranken- und Gesundheitsversorgung und ihre Rahmenbedingungen beschreibt und kausal erklärt, zu Entwicklung wissenschaftlich fundierter Versorgungskonzepte beiträgt, die Umsetzung neuer Versorgungskonzepte begleitend erforscht und die Wirksamkeit von Versorgungsstrukturen und –prozessen unter Alltagsbedingungen evaluiert.“

Pfaff, H.: Versorgungsforschung – Begriffsbestimmung, Gegenstand und Aufgaben, in: Pfaff et al. (Hrsg). Gesundheitsversorgung und Disease Management. Grundlagen und Anwendungen der Versorgungsforschung. Verlag Hans Huber, S. 13-23 (2003).



Klinische Forschung: Forschung zu Krankheiten

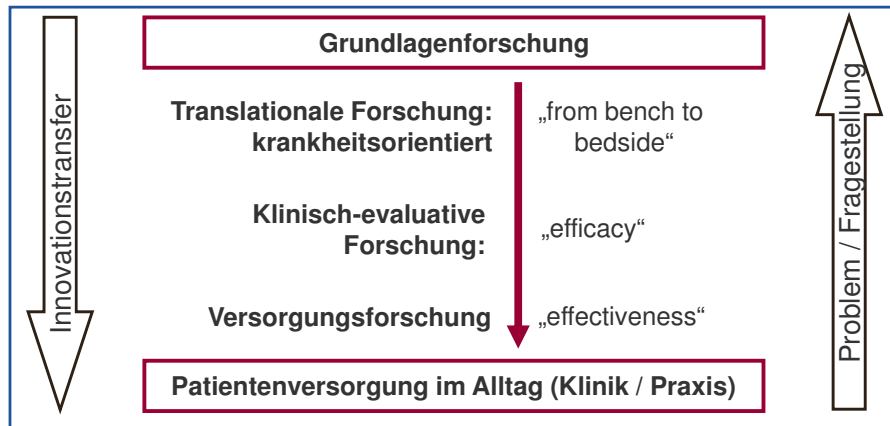
3 unterschiedliche, aber voneinander untrennbare Aspekte

- *grundlagenorientierte* Forschung
 - Erkenntnisgewinn in biologischen Systemen (Molekularbiologie, Genetik, Biochemie etc.), der zur Erforschung krankheitsrelevanter Fragen beiträgt
- *krankheitsorientierte* Forschung
 - Ziel: Verstehen der Pathogenese und der Behandlung von Krankheiten, kein Patientenkontakt, sondern Modellsysteme (z.B. Tierversuch, *in vitro*)
 - Pathophysiologie, genetische Ursachen, Ansätze für Therapie

- *patientenorientierte* Forschung
 - Forschung direkt am / mit dem Patienten oder Probanden, v.a. Klinische Studien aller Phasen, auch: epidemiologische Studien, Fall-Kontroll-Studien, Versorgungsforschung

nach DFG: Denkschrift Klinische Forschung, 3 (1999).

Versorgungsforschung = Teil der klinischen Forschung



verändert nach: Schrappe et Scriba, ZEFQ, 100; 571–580 (2006).

Klinische Forschung

Ergebnisorientierung – Effectiveness Gap

Efficacy: Wirksamkeit im kontrollierten klinischen Versuch

(absolute Wirksamkeit)

hohe interne Validität durch z.B.
eng definiertes Patientenkollektiv (Ausschluss von
atypischen Krankheiten, Fokus auf bestimmte
Altersgruppe, Fokus auf bestimmtes Therapiesetting)

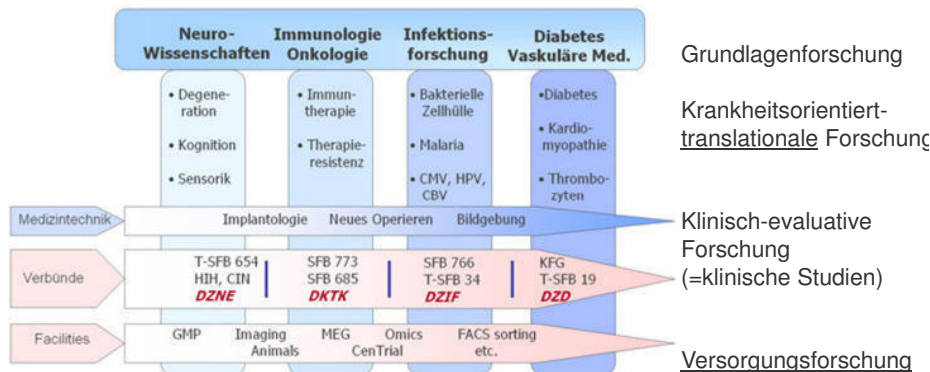
Effectiveness Gap / Performance Gap

Effectiveness: Wirksamkeit unter Alltagsbedingungen

(relative Wirksamkeit)

nach Pfaff u. Schrappe: Einführung in die Versorgungsforschung, in: Pfaff et al. Lehrbuch Versorgungsforschung, Schattauer (2011).

Forschungsschwerpunkte Medizinischen Fakultät Tübingen



Quelle Abb.: <http://www.medizin.uni-tuebingen.de/Forschung/Forschungsschwerpunkte.html> (Abruf 17.2.14)

„Benefit“ für die Forschenden

Mögliche Drittmittelförderung:

BMBF, DFG (grundlegende Aspekte), Land Ba-Wü, AKF (MFT), Stiftungen

(internationale) Publikationsmöglichkeiten:

Organ- / Fach-spezifische Zeitschriften
(v.a. Daten, die mittels quantitativer Verfahren gewonnen wurden)

Versorgungsforschungs-/ Methoden-spezifische Zeitschriften, z.B.
BMC Health Services Research (IF 1,77)
BMC Public Health (IF 2,08)
Implementation Science (IF 2,37)

Impulsvorträge

Monika A. Rieger (Koordinierungsstelle Versorgungsforschung)

Versorgungsgestaltung bei Krebserkrankungen: mögliche Forschungsfragen zur Rolle der Gesundheitsberufe

Martin Teufel (Abteilung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie)

Versorgungsgestaltung bei Krebserkrankungen: Beispiele aus der Psychoonkologie

Petra Renz (Pflegedirektion / Pflegeforschung)

Versorgungsgestaltung bei Krebserkr.: Beispiele aus der Pflegeforschung am UKT

Susanne Völter-Mahlknecht (Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin & Versorgungsforschung)

"Return to work" - Herausforderung für die Versorgungsgestaltung bei Krebserkrankungen

Christine Preiser (Koordinierungsstelle Versorgungsforschung)

Anwendung qualitativer Verfahren z.B. zur Erfassung der Lebensqualität

... und weitere Beiträge

Versorgungsgestaltung bei Krebserkrankungen: mögliche Forschungsfragen (zur Rolle der Gesundheitsberufe)

Lebensqualität / Teilhabe

Adhärenz / Präferenzen / Bedürfnisse / Bedarfe der PatientInnen

Schnittstellen in der Gesundheitsversorgung

Return to work

Danke!

Prof. Dr. med. Monika A. Rieger
Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und
Versorgungsforschung
Universitätsklinikum Tübingen
Wilhelmstr. 27
D-72074 Tübingen
Telefon: +49 7071 29-86809
monika.rieger@med.uni-tuebingen.de



Versorgungsgestaltung und Qualität in der Onkologie

2. Tag der Versorgungsforschung an der Medizinischen Fakultät in Tübingen

MEDIZINISCHE FAKULTÄT

Psychoonkologie an UKT und CCC im Kontext von Versorgungs- Forschung

Martin Teufel
Leitender Oberarzt
Bereichsleitung psychoonkologische Forschung und Evaluation

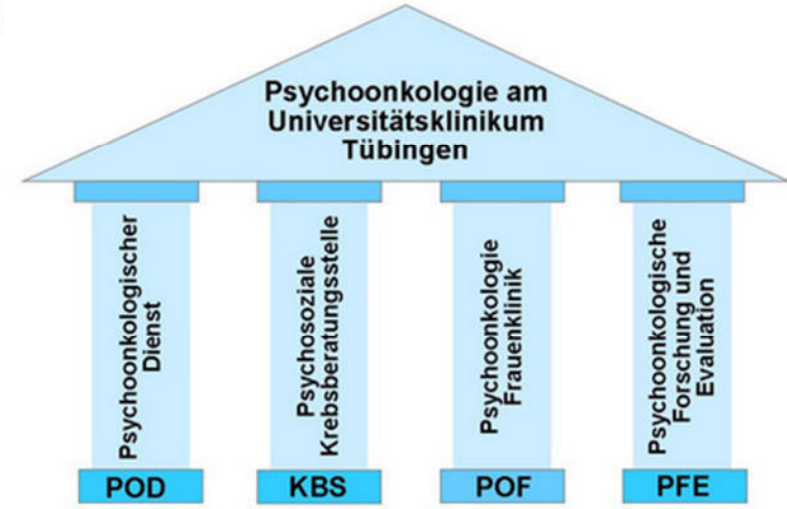
Johanna Ringwald, Karoline Pfeiffer, Norbert Schäffeler
Alena Baumgardt, Jens Breining, Jelena Büdel, Jana Dornoff, Lena Gerstner, Christina Kitsios, Simone Mayer, Elham Parvizi, Julia-Maria Schrader, Daniel Waitzmann, Christina Wochnowski,

Dienstag, 25. März 2014
13.00 – 18.00 Uhr

Universitätsklinikum Tübingen
Corona-Kranken Planken Berg
H6-210, Sommerklinik 200-221
Hoppe-Seyler Str. 3
72076 Tübingen



Unterstützt mit Mitteln der Ludwig Hiermaier Stiftung und der

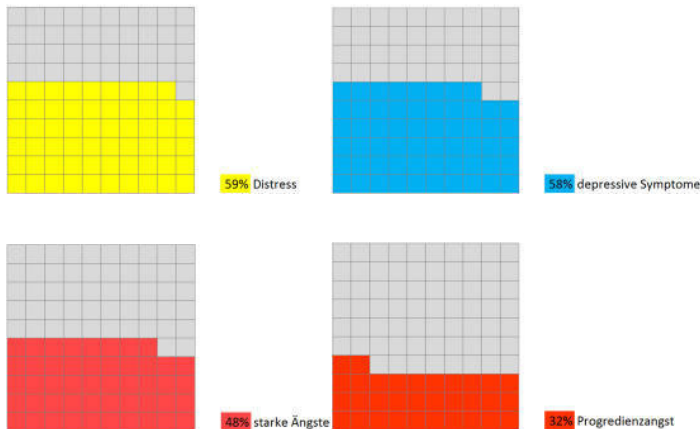


Martin Teufel, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Tübingen



Hintergrund Belastung onkologischer Patienten

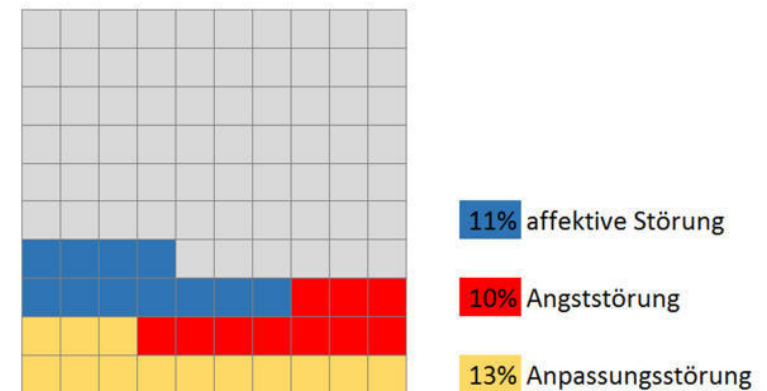
Belastungen



vgl Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, D. K., AWMF) (2014).



Psychische Komorbidität



vgl Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, D. K., AWMF) (2014).



Themen und Projekte

- Gold-Standard Screening?
- Psychoonkologische Behandlungspfade
- Akzeptanz einer Computer basierten Belastungserfassung
- Cancer related Distress bei verschiedenen Tumorerkrankungen/
in verschiedenen Krankheitsphasen
- Bindungsverhalten und Belastungserleben
- Religiosität und Distress
- Evaluation von Bedürfnissen im Rahmen der Erkrankung
- Psychoedukative Intervention (Skillstraining, Achtsamkeit)
- Akzeptanz von psychoonkologischen Interventionen (CCC Multicenterstudie)
- Einsatz neuer Medien
- Telehealth-Ansatz in der Region

Martin Teufel, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Tübingen



Involvierte Orgazentren

Brustzentrum
Z. Gynäkologische Onkologie
Z. Kopf/Hals-Tumore
Z. Dermatoonkologie
Hämatooknologie
Radioonkologie
Humangenetik

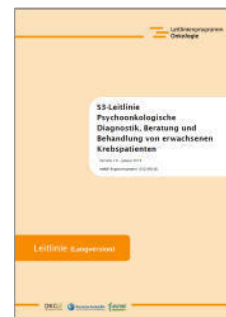
Martin Teufel, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Tübingen



Hintergrund Psychoonkologisches Screening

S3-Leitlinie Psychoonkologie 2014:

- alle Patienten
- frühestmöglich
- wiederholt
(Empfehlungen 7.1, 7.2)



vgl Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, D. K., AWMF) (2014).

7 Martin Teufel, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Tübingen



Elektronisches psychoonkologisches Screening ePOS-Software



The screenshot shows the ePOS software interface. On the left, there is a questionnaire with the following questions and response options:

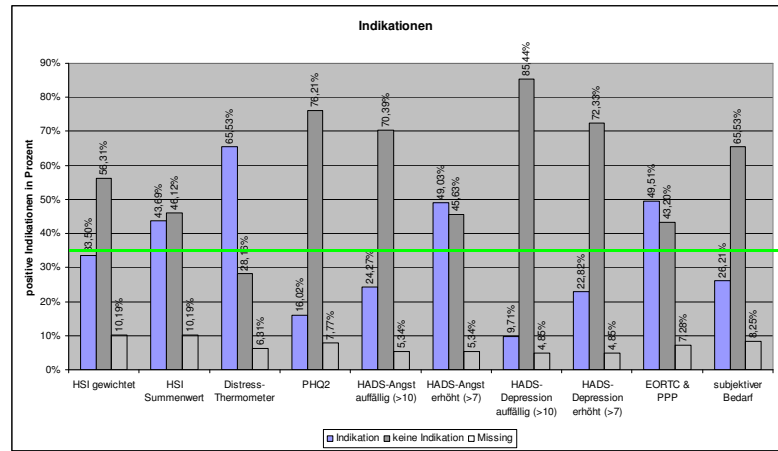
- Wie fühlen Sie sich körperlich in den letzten drei Tagen? (eher gut, mittel, eher schlecht)
- Wie fühlen Sie sich seelisch in den letzten drei Tagen? (eher gut, mittel, eher schlecht)
- Gibt es etwas, was Sie unabhängig von der jetzigen Krankheit stark belastet? (ja, nein)
- Haben Sie jemanden mit dem Sie über Ihre Sorgen und Ängste sprechen können? (ja, nein)
- Ist jemand in Ihrer Familie durch den Krankenhausaufenthalt besonders stark belastet? (ja, nein)
- Können Sie innerlich tagüber zur Ruhe kommen? (ja, nein)
- Wie gut fühlen Sie sich über Krankheit und Behandlung informiert? (eher gut, mittel, eher schlecht)

On the right, there is a thermometer scale labeled 'ePOS-Studie'. The scale ranges from 0 to 10, with 'Extrem belastet' at 10 and 'Gar nicht belastet' at 0. The needle is positioned at approximately 7.5.

Martin Teufel, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Tübingen

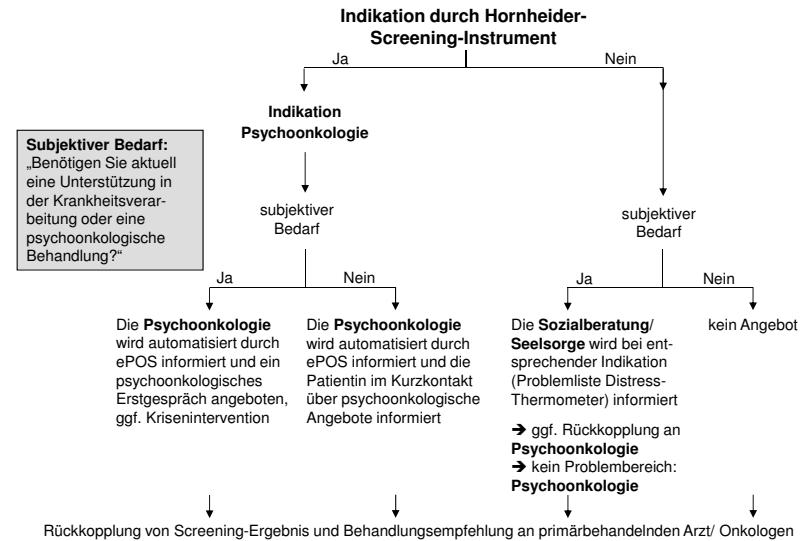


ePOS-Studie Indikation für psychoonkol. Behandlung



9,71% bis 65,53%
Mittelwert: 34,90%

elektronisches Psychoonkologisches Screening (ePOS) Behandlungspfade



Ausblick

- Belastung und Versorgung
- Zugang zu Hilfen
- Bedarf
- Tele-Health
- Integrativer Forschungsansatz

**Vielen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit!**

Unterstützt mit Mitteln der Ludwig Hirmermaier Stiftung und der

Deutsche Krebshilfe
HELLEN. FÖRSCHEN. INFORMIEREN.

Schäffeler, N., P. Enck, I. Riessen, D. Seltz, A. Marne, D. Wallwiener, and S. Zipfel, Screening for mental stress and the wish for psychological support in patients with breast cancer. *Z Psychosom Med Psych*, 2010, 56(2); p. 207-19.
Schäffeler, N., K. Pfeiffer, E.M. Gröschke, D. Wallwiener, C. Garbe, S. Zipfel, and M. Teufel, Acceptance and Reliability of an Electronic Psychooncological Screening of Patients with Breast Cancer: a Randomized Controlled Study. *Psychother Med Psych*, 2013, 63(9/10); p. 374-380.
Teufel M, Schäffeler N, Zipfel S. Better Regulation of Clinical Pathways. Computer-based Screening in Psycho-Oncology. *Dtsch Arztebl* 2014; 111: 208-209

Tübingen, den 25.März 2014



Versorgungsgestaltung bei Krebserkrankungen - Beispiele aus der Pflegeforschung am UKT

Dipl. PGw. Petra Renz

Stabsstelle des Klinikumsvorstands KV 4, Pflegeforschung, Universitätsklinikum Tübingen



Rolle der Gesundheitsberufe

Herausforderung im pflegerischen Alltag.....

- Steigende Patientenzahlen, zunehmende Fallschwere, Zunahme chronischer Erkrankungsverläufe,
- Anspruch an eine evidencebasierte Pflege (EbN) (§3 KrPflG):
Pflegepraxis auf Grundlage von aktuellem Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer & bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse
 - **Forschungsverpflichtung** (§3 Abs.2 Nr.1b)
 - **Interdisziplinäre Kooperation** (§3 Abs.2 Nr.3)
 - **Anleitung, Schulung & Beratung des Patienten** (§3 Abs.2 Nr.1c)



Pflegeforschung am UKT Was wurde schon gemacht? Was ist zu tun?

Aktueller Stand der Pflegeforschung in Deutschland:

1. Nur sehr wenige Studien zur Prüfung der Wirksamkeit pflegerischer Maßnahmen
2. Es existieren kaum evidencebasierte, pflegerische Konzepte zu Beratung, Anleitung und Schulung des Patienten

Initiierung von Studien/ Projekten unter wissenschaftlichen Begleitung zur Machbarkeit und Wirksamkeitsprüfung neuer Konzepte am UKT:

- Studie 1: Querschnittsstudie „Prävalenzerhebung zum Symptomerleben onkologischer Patienten am UKT“
- Studie 2: Interventionsstudie „Schlafförderung bei onkologischen Patienten am UKT“ (gefördert Ludwig Hiermaier-Stiftung)
- Studie 3: Interventionsstudie „Schlafförderung bei Patienten mit Leukämie am UKT“ (gefördert José-Carreras-Stiftung)
- Projekt 4: Onkologisches Pflegekonzept inklusive onkologische Pflegevisite



Studie 1: Querschnittsstudie „Prävalenzerhebung zum Symptomerleben onkologischer Patienten am UKT“

Stand der Forschung:

Onkologische Patienten leiden im Durchschnitt an **8 bis 13 Symptomen**
→ nicht mehr die Betrachtung einzelner Symptome steht im Mittelpunkt, sondern ganzer **Symptomkomplexe**

Studiendesign: Quantitative deskriptive Studie anhand Gelegenheitsstichprobe (Querschnittsstudie)

Erhebungsort und Stichtag: ausgewählte Stationen des UKT am 12.August 2010

Messinstrumente:

- M.D.Anderson Inventory (MDASI)
- Brief Pain Inventory (BPI)
- Pittsburgh Schlafqualitäts-Index (PSQI)
- EORTC QLQ C 30 (Aaronson et al. 1993)
- Multidimensional Fatigue Inventory MFI

Stichprobe: n= 97 (angefragt n= 143)



Studie 1: Querschnittsstudie „Prävalenzerhebung zum Symptomerleben onkologischer Patienten am UKT“

Was belastet die Patienten am meisten?

Rang	Symptom	Mittelwert	Minimum	Maximum
1	Fatigue	3,5	0	10
2	Sorgen	2,93	0	10
3	Schlafstörungen	2,86	0	10
4	Traurigkeit	2,65	0	10
5	Schmerzen	2,4		
6	Appetitlosigkeit	2,39		
7	Mundtrockenheit	2,39		
8	Kurzatmigkeit	2,34		
9	Taubheitsgefühl/ Kribbeln	2,33	0	10
10	Schwindel/Schläfrigkeit	2,28	0	10
11	Übelkeit	1,82	0	10

Schlafstörung >2:
 >Teilstationär (n=22): 63,7%
 >Ambulant (n= 12): 50%
 >Stationär (n=50): 56%



Studie 1: Querschnittsstudie „Prävalenzerhebung zum Symptomerleben onkologischer Patienten am UKT“

Schlussfolgerungen

1. **Fatigue** ist das Symptom mit der **stärksten Ausprägung**, gefolgt von **Sorgen und Schlafstörungen**.
2. Sorgen und Traurigkeit müssen ernst genommen werden (Gesprächsangebot, Information, Psychoonkologischer Dienst).
3. Schlafstörungen relevantes Problem, aber bisher pflegerisch nicht im Fokus.
4. Das Schmerzmanagement scheint anzuschlagen (Schmerzen >2 bei stationären Patienten: 35,4%)
5. Unsere Maßnahmen, Übelkeit und Erbrechen zu reduzieren, scheinen erfolgreich.
6. Es gibt **noch immer** Patientinnen und Patienten, die die **Symptome in der stärksten Ausprägung** erleiden!



Studie 2: Interventionsstudie „Schlafförderung bei onkologischen Patienten“

- Erste pflegewissenschaftliche Interventionsstudie am UKT
- Gefördert durch die Ludwig-Hiermaier-Stiftung für angewandte Krebsforschung am UKT

Fragestellung:

Gelingt es mittels einer **strukturierten und fachpflegerischen Intervention** für onkologische Patienten eine **Verbesserung** ihrer **Schlafqualität** sowohl in der **stationären als auch in der nachstationären Phase** zu erreichen?

Ziele:

1. Entwicklung, Umsetzung und Evaluation einer strukturierten Pflegeintervention zur Schlafförderung bei onkologischen Patienten
2. Förderung der Selbstpflegekompetenz / Patientenautonomie
3. Verstetigung der Studienintervention über den nachstationären Bereich hinaus



Studie 2: Interventionsstudie „Schlafförderung bei onkologischen Patienten“

Studientyp und -dauer:

Prospektives, quasi-experimentelles prä-post Design mit Kontrollgruppe über 12 Monate → Crossover-Design mit wash-out-Phase

Messinstrumente:

- PSQI: Schlafqualität,
- EORTC QLQ-30: Lebensqualität / Alltagsautonomie,
- MFI: Fatigue / Allgemeine Müdigkeit

Messzeitpunkte:

Tag der Studienaufnahme → nach 4 Wochen → nach 8 Wochen

Stichprobe und beteiligte Einrichtungen:

Stationäre und teilstationäre Patienten aus der Medizinische Klinik, Frauenklinik & Radioonkologische Klinik

Wissenschaftlicher Beirat:

- Fallmanager
- Mediziner
- Psychoonkologen
- Seelsorger



Studie 2: Interventionsstudie „Schlafförderung bei onkologischen Patienten“

Entwicklung einer strukturierten, modularen Studienintervention:

- Schlafbezogenes Assessment
Ziel: Erkennen individueller Probleme mit dem Schlaf, Ressourcenerfassung, Ermittlung der Selbstwirksamkeit
- Strukturierte Beratung anhand Informationsbroschüre zu Maßnahmen der Stimuluskontrolle, Schlafhygiene, Schlafrestriktion und Entspannung
Alarmzeichen / Hilfsmöglichkeiten zu Hause
- Schlafstagebuch (Selbstassessment)
Ziel: Fördern die Wahrnehmung des eigenen Schlafes bzgl. Schlafquantität & -qualität, Schlaffeffizienz und angewendete schlaffördernder Maßnahmen
- Optimierung des Entlassungsmanagements
- Nachstationäre telefonische Betreuung zur Förderung der Selbstpflegekompetenz & Autonomiestärkung des Patienten

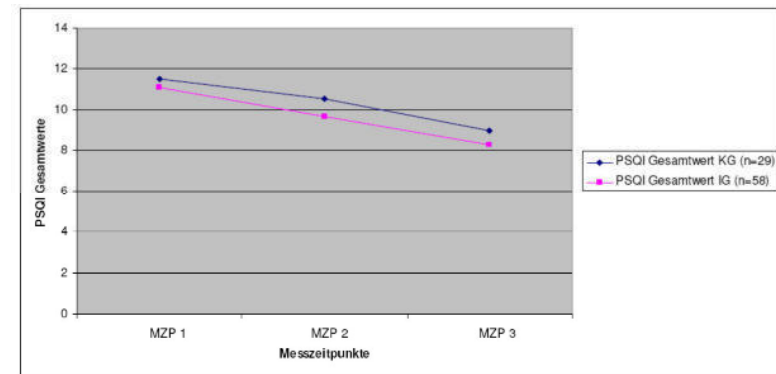
Erhebung der Ausgangssituation	Intervention	Evaluation	IG	KG
1. Zielsetzung der Intervention (z.B. Verbesserung der Schlafqualität, Reduzierung von Schlafstörungen, Erhöhung der Selbstwirksamkeit)	Strukturierte Beratung (IG) / Standardberatung (KG)	Erhebung der Schlafqualität (PSQI) zu MZP 1, 2, 3	↑	↑
2. Erhebung der Schlafqualität (PSQI) zu MZP 1, 2, 3	Strukturierte Beratung (IG) / Standardberatung (KG)	Erhebung der Schlafqualität (PSQI) zu MZP 1, 2, 3	↑	↑
3. Erhebung der Selbstwirksamkeit (SES) zu MZP 1, 2, 3	Strukturierte Beratung (IG) / Standardberatung (KG)	Erhebung der Selbstwirksamkeit (SES) zu MZP 1, 2, 3	↑	↑
4. Erhebung der Schlafqualität (PSQI) zu MZP 1, 2, 3	Strukturierte Beratung (IG) / Standardberatung (KG)	Erhebung der Schlafqualität (PSQI) zu MZP 1, 2, 3	↑	↑



9

Studie 2: Interventionsstudie „Schlafförderung bei onkologischen Patienten“ – Ausgewählte Ergebnisse

Subjektive Schlafqualität bei allen Studienteilnehmer (n= 87)

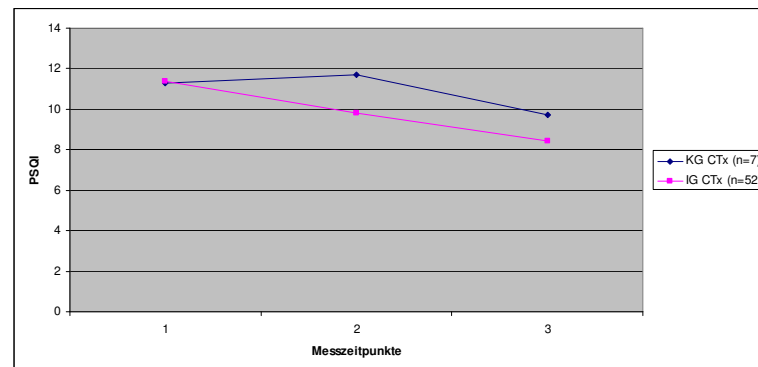


→ Schlafstörungen verbessern sich in IG und KG

10

Studie 2: Interventionsstudie „Schlafförderung bei onkologischen Patienten“ – Ausgewählte Ergebnisse

Subjektive Schlafqualität bei Patienten mit Chemotherapie (n= 59)

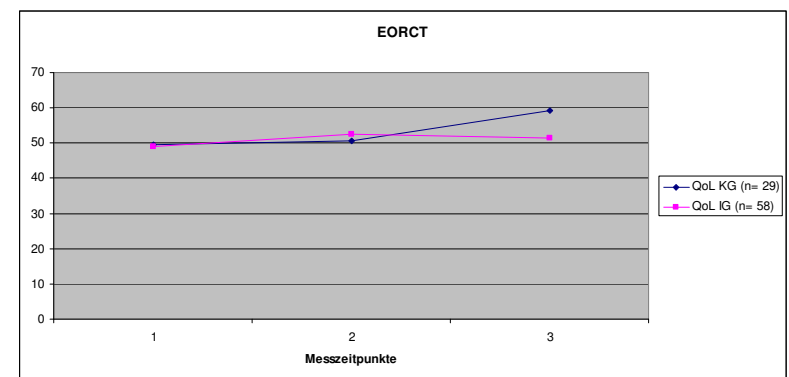


→ Schlafstörungen verbessern sich in beiden Gruppen; IG > KG, keine Signifikanz

17

Studie 2: Interventionsstudie „Schlafförderung bei onkologischen Patienten“ – Ausgewählte Ergebnisse

Lebensqualität bei allen Studienteilnehmer (n= 87)



→ Lebensqualität zum MZP 3 in KG besser als in IG, keine Signifikanz

UKT

Studie 2: Interventionsstudie „Schlafförderung bei onkologischen Patienten“ – Ausgewählte Ergebnisse

Wer hat tendenziell profitiert?

1. PatientInnen mit Chemotherapie
2. PatientInnen mit Strahlentherapie
3. Tagesklinische PatientInnen

Was war gut?

1. Schlafstörungen als relevantes Pflegeproblem thematisiert
2. Mehrmalige Beratung nach individuellem Bedarf
3. Einbezug der PatientInnen in Zielvereinbarungen unter Berücksichtigung der Ressourcen



Studie 3: Interventionsstudie „Schlafförderung bei Patienten mit Leukämie“

Drittmittelinwerbung José-Carreras-Stiftung

„Verstetigung eines strukturierten, pflegerischen Beratungsprogramms zur Schlafförderung im stationären und nachstationären Setting bei Patienten mit Leukämie zur Verbesserung der Lebensqualität und Selbstpflegekompetenz“

- Evaluierung eines strukturierten, pflegerischen Beratungsprogramms bestehend aus kommunikativen und instrumentellen Maßnahmen

Laufzeit: 01. Dezember 2013 – Juli 2015

Stichprobe: stationäre, teilstationäre und ambulante Patienten

Fallzahl: 50 Patienten



Projekt 4: Onkologisches Pflegekonzept mit Pflegevisite

Übergreifendes Ziel der Pflegevisite:

Beratung über bisherige Pflege und weiteres Vorgehen
gemeinsam durch aktiven Austausch mit dem Patienten & Angehörige zur Förderung der Selbstpflegefähigkeit

Patientenbezogene Zielsetzung:

- › Steigerung der Motivation zur Einbringung eigener Ressourcen
- › Vermeidung und Abbau von Unsicherheiten und Ängsten
- › Gefühl des ernst genommen Werdens
- › Entscheidung für oder gegen eine Maßnahme auf der Basis einer kompetenten Beratung durch die Pflegenden



Projekt 4: Onkologisches Pflegekonzept mit Pflegevisite

Teilnehmer:

- › Patient und dessen Bezugspflegekraft
- › Onkologische Fachpflegekraft und je nach Problem weitere Fachexperten wie Schmerz-, Wundexperte, Physiotherapeuten .a.)

Beratungsthemen/Problemfelder in den Pflegevisiten:

- › Probleme beim Schluckvorgang (feste und flüssige Nahrung)
- › Wunsch, die Autonomie zu bewahren bei körperlichen Einschränkungen & Bedürfnisse zu äußern
- › Diarrhoen und Mundtrockenheit, Geschmack, Mund- & Zahnpflege
- › Mukositis mit Schmerzen
- › Völlegefühl, Übelkeit, Appetitlosigkeit
- ›



Weiterführende Forschungsfragen und Kooperationspartner

Weiterführende Themen/Forschungsfragen

- Anwendungsorientierte Studien zu Pflegeinterventionen bei Symptomkomplexen zum Nachweis effektiver & effizienter Pflegemaßnahmen
- Entwicklung strukturierter, individualisierter, evidencebasierter Beratungskonzepte für Patienten & Angehörigen anhand von Informationsbroschüren
- Erweiterung der Gesprächs- und Kommunikationskompetenz Pflegenden
- Stärkung der interdisziplinären & berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit im stationären Bereich
- Bessere Verzahnung interdisziplinärer & sektorübergreifender Zusammenarbeit – Betreuung über den stationären Aufenthalt hinaus

Kooperationspartner:

- Beteiligung aller an der Behandlung und Therapie des Patienten Beteiligte bspw. Ärzte, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Psychoonkologen, Seelsorger,...



Universitätsklinikum Tübingen
**Kompetenz
mit Herz**
www.uniklinikum-tuebingen.de

**Vielen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit!**



„Return to work“ – eine Herausforderung für die Versorgungsforschung bei Krebserkrankungen

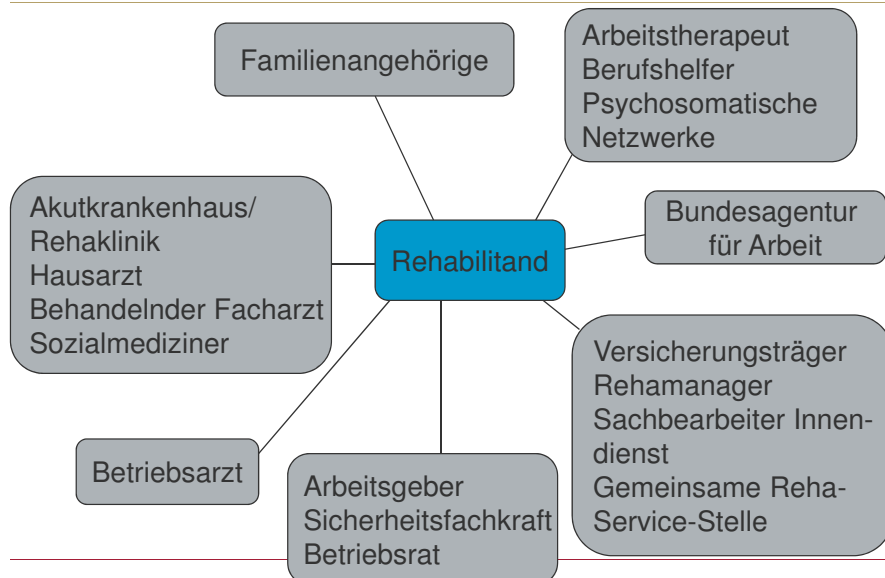
Susanne Völter-Mahlknecht

Anteil der Patientinnen mit Brustkrebs, die ins Berufsleben zurückkehren, im internationalen Vergleich

Land	Pat. (n)	RTW (%)	Lit.
Südkorea	1594	58	(Ahn et al. 2009)
USA	443	80	(Bouknight et al. 2006)
Kanada	646	79	(Drolet et al. 2005)
Norwegen	Anzahl nicht angegeben	74	(Syse et al. 2008)
Niederlande	514	71	(Roelen et al. 2011)
Deutschland	446	59	(Mehnert et al. 2012)
Frankreich	586	79	(Peuginez et al. 2010)
Großbritannien	267	82	(Amir et al. 2007)

Pat., Patientinnen; n, Anzahl der Patientinnen; RTW, „return to work“, prozentualer Anteil der Patientinnen, die wieder eine Erwerbstätigkeit aufgenommen haben; Lit., Literatur

Quelle: Rick et al. Reintegrator von Krebspatienten ins Erwerbsleben, Deutsches Ärzteblatt, 109 (42), 702-208 (2012)



Gründe für unbefriedigende Wiedereingliederung (I)

Kommunikationsprobleme innerhalb allen Akteursgruppen (u.a. Tavs 2005):

- Kommunikationsprobleme u. -defizite **zw. Rehaklinik und Hausarzt**
- Kommunikationsprobleme **zw. Kostenträger und Hausarzt**
- **schlechte telefonische Erreichbarkeit** der Reha- u. Betriebsärzte, die Wiedervorlagen und Rückrufe erforderlich machen (Behrens 2000)

Gründe für unbefriedigende Wiedereingliederung (II)

Informationsdefizite

- Informationsfluss **zwischen Beteiligten häufig unterentwickelt** (Tavs 2006; Dasinger et al, 2001; Schupp 2001, Lüdemann 2008; Enderle et al. 2010)
- Informationsdefizite **hinsichtlich**
 - **verschiedener Rehabilitationskriterien** (z.B. Unklarheit über Beurteilungskriterien, nach denen gutachtlich entschieden wird)
 - **hinsichtlich wechselseitiger Erwartungen**, z.B. Zielsetzung einer Rehabilitation, Erreichbarkeit eines langfristigen Rehabilitationsergebnisses
 - des **jeweiligen Arbeitsplatz** des Patienten

Gründe für unbefriedigende Wiedereingliederung (III)

Entlassungsbericht

- **Betriebs- und realitätsferne Wiedereingliederungsempfehlungen** im Entlassungsbericht der Rehaklinik (Loisel et al. 2005; Hüppe et al. 2006).
- **Fehlende Transparenz von Gutachten und Berichten:** geringes wechselseitiges und lückenhaftes Wissen von Behandlungsverläufen und Behandlungs-/Verhaltensempfehlungen (Tavs 2005)
- **Zeitliche Latenz** (Tavs 2005)
- **Qualitative Mängel** (Tavs 2005)

*Probleme kann man niemals mit
derselben Denkweise lösen,
durch die sie entstanden sind.*

Albert Einstein



Impulsvortrag

Chancen qualitativer Methoden bei der Erhebung von Lebensqualität

25.03.2014 Christine Preiser, M.A.



Charakteristika qualitativer Forschung

- Keine Abfrage ‚objektiver Wahrheit‘, sondern von Konzepten
- Verstehen statt erklären
- Offenheit
 - Kontrolle eigener Vorkenntnisse
 - Flexibler Forschungsprozess
- Kommunikation
- Kleine Stichproben



Ziele qualitativer Forschung

- Repräsentation statt Repräsentativität
- Rekonstruktion von über den Einzelfall hinaus gültigen Falltypen



Datenerhebungsformen

- Teilnehmende Beobachtung
 - offen
 - verdeckt
- Videographie
- Bildanalyse
- Analyse von Dokumenten
- Interview
 - Einzelinterview
 - Gruppendiskussion

Chancen bei der Erhebung von Lebensqualität

- Subjektives Erleben der eigenen Lebensqualität
- Einschätzung der Lebensqualität durch Dritte schwierig
- Lebensqualität ist ein komplexer sozialer Zusammenhang

Chancen bei der Erhebung von Lebensqualität

- Arbeit mit offenen Fragen
- Abbildung von subjektiven Relevanzen und Konzepten
- Abbildung des Zusammenspiels von medizinischen, psychischen und sozialen Faktoren
- Abbildung von Optimierungsmöglichkeiten

Qualitative Methoden in der Forschung zur Lebensqualität ermöglichen eine **patientenzentrierte Perspektive**.

Literatur

Zum Einstieg

Literaturempfehlungen

Flick, Uwe et al. (2011): Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen, Weinheim.

Helfferich, Cornelia (2011): Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews, Wiesbaden.

Kruse, Jan (im Erscheinen): Reader Qualitative Interviewforschung, Weinheim.

Lucius-Hoehne, Gabriele; Deppermann, Arnulf (2002): Rekonstruktion narrativer Identität. Ein Arbeitsbuch zur Analyse narrativer Interviews, Opladen.

Przyborski, Aglaja; Wohlrab-Saar, Monika (2014): Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch, München.



Danke.

Kontakt: Christine Preiser, M.A.

**Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin
und Versorgungsforschung**

Wilhelmstraße 27, 72074 Tübingen

Telefon: +49 7071 29-85797

Telefax: +49 7071 29-4362

christine.preiser@med.uni-tuebingen.de

VII

Posterpräsentation

Übersicht

**Versorgungsgestaltung und Qualität in der Onkologie-
2. Tag der Versorgungsforschung der Medizinischen Fakultät Tübingen
Dienstag, 25. März 2014**

Posterpräsentation: Versorgungsforschung an der Medizinischen Fakultät Tübingen

Moderation: Dr. Martina Michaelis, Koordinierungsstelle Versorgungsforschung

Prävention & Screening	1	Junne et al.	Abteilung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Tübingen	Zugangsbarrieren zu Prävention und Behandlung der Adipositas bei Vorschulkindern. Design einer gemischt-methodischen Studie der Versorgungsepidemiologie
	2	Sailer et al.	Zentrum für Diabetesforschung, Tübingen	Die deutsche Prädiabetes-Lebensstilinterventions-Studie
	3	Michaelis et al.	Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Tübingen & FFAS, Freiburger Forschungsstelle Arbeits- und Sozialmedizin	Warum nehmen Beschäftigte arbeitsmedizinische Angebotsuntersuchungen nicht in Anspruch? Einschätzung möglicher Gründe aus Sicht von BetriebsärztInnen & Arbeitgebern
	4	Gröber-Grätz et al.	Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Tübingen	Prävention psychischer und psychosomatischer Erkrankungen inner- und außerhalb des Betriebs – Erfahrungen von Betriebsärzten, Hausärzten, Psychotherapeuten und Personalverantwortlichen
	5	Esen et al.	Institut für Tropenmedizin, Reisemedizin, Humanparasitologie, Universitätsklinikum Tübingen	Impact of helminth infections during pregnancy: Socio-economical influence on helminth infections, the perception of helminth infections and the general perception of disease of pregnant women in Lambaréné, Gabon
	6	Krauß et al.	Abteilung Sportmedizin, Leistungsmedizin, spezielle Prävention, spezielle Rehabilitation, Universitätsklinikum Tübingen	Personenorientierte sporttherapeutische Interventionsmaßnahmen bei Osteoarthritis
	7	Schäffeler et al.	Abteilung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Tübingen	Elektronisches Psychoonkologisches Screening (ePOS): Diagnostik und psychoonkologische Behandlungspfade
	8	Ringwald et al.	Abteilung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum, Tübingen	Psychosoziale Bedürfnisse von Patientinnen mit Mamma-Karzinom: Wünsche und Notwendigkeiten im Krankheitsverlauf

VII

1

Patientensicherheit	9	Stricker et al.	Universitätsklinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin Tübingen	Prospektive Analyse von Zwischenfällen im Zusammenhang mit Medizingeräten
	10	Heinzel et al.	Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Tübingen . PAEDSIM	Checkliste zur Überprüfung der Patientensicherheit auf pädiatrischen Stationen. Entwicklung auf der Basis der Evaluation von Notfallsimulationstrainings in deutschen Kinderkliniken.
	11	Michaelis et al.	Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Tübingen & FFAS, Freiburger Forschungsstelle Arbeits- und Sozialmedizin	Zusammenhang zwischen subjektiver Bewertung von Arbeitsschutz, Patientensicherheit sowie Arbeitsbedingungen und beobachtetem sicherheitsrelevantem Verhalten von Beschäftigten Eine explorative Analyse in einem Krankenhaus der Maximalversorgung

Moderation: Prof. Dr. Monika A. Rieger, Koordinierungsstelle Versorgungsforschung

Strukturen & strukturelle Veränderungen	12	Simoes et al.	Forschungsinstitut für Frauengesundheit, Universitäts-Frauenklinik Tübingen	Breast Cancer Centre
	13	Holderried et al.	Vorstand UKT, Zentralbereich Medizin	Saving continuity of care by improving communication and information between hospitals and Primary Care Physicians (PCP) in Germany with Integrated Health Intelligence (IHI) and Team Learning
	14	Holderried et al.	Vorstand UKT, Zentralbereich Medizin	Erste online Arzt-Patienten-Kommunikation mit IT-gestützter Terminbuchung und Ressourcenplanung am Cochlear-Implant-Centrum Tübingen
	15	Maschmann et al.	Vorstand UKT, Zentralbereich Medizin	Arbeitszeitkonforme Dienstmodelle für Ärzte: 5 Jahre Erfahrung am UKT
	16	Maschmann et al.	Vorstand UKT, Zentralbereich Medizin	Verbesserung der Erstversorgung von Schlaganfallpatienten am UKT

VII

2

Moderation: Dr. Heidrun Sturm, PhD, Koordinierungsstelle Versorgungsforschung

Schnittstellen	17	Karacay et al.	Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie mit Poliklinik, Universitätsklinikum Tübingen	Stellenwert der interkulturellen Kompetenz bei der hausärztlichen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund bei psychischen Beschwerden
	18	Hüttig et al.	Universitätsklinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Tübingen	Explorative Studie zur Zusammenarbeit von Hausärzten und Zahnärzten
	19	Völter-Mahlknecht et al.	Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Tübingen	Die Kooperation zwischen Betriebsärzten und Rehabilitationsmedizinern in Deutschland. Erhebung von Erfahrungen, Haltungen und Optimierungsmöglichkeiten aus Sicht verschiedener Arztgruppen und Rehabilitanden
	20	Barth et al.	Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter, Universitätsklinikum Tübingen	Versorgungsforschung zu Kindern und Jugendlichen mit Autismus-Spektrum-Störung
	21	Simoes et al.	Forschungsinstitut für Frauengesundheit, Universitäts-Frauenklinik Tübingen	Transitionsversorgung bei Seltenen Erkrankungen: TransCareO - Development of a provisional model to improve transitional care for female adolescents with genital malformations as an example for orphan diseases
	22	Simoes et al.	Forschungsinstitut für Frauengesundheit, Universitäts-Frauenklinik Tübingen	Versorgungsforschung zum Demographischen Wandel - Focus Frauengesundheit im Rahmen des Modellvorhabens zur Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepten nach § 45c SGB XI. Gemeinsames Modellprojekt des Landkreises Lörrach und der Kantone Basel
	23	Gröber-Grätz et al.	Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Tübingen	Erfahrungen, Einstellungen und Optimierungsmöglichkeiten in der interprofessionellen Kooperation und Kommunikation zwischen Hausärzten und ambulanten Pflegediensten – eine qualitative Studie
Forschung mit Sekundärdaten	24	Hansel et al.	Abteilung Sportmedizin, Leistungsmedizin, Leistungsmedizin, spezielle Prävention, spezielle Rehabilitation, Universitätsklinikum Tübingen	„Evaluation diagnostischer und therapeutischer Pfade sowie der Reintegration bei Sporttreibenden mit Verdacht auf das Vorliegen einer Mykarditis“. Mykarditis-Register für Sportler – Ziele und Stand Ende 2013
	25	Denneke et al.	Zentrum für Gastrointestinale Onkologie, Universitätsklinikum Tübingen	Adherence to tumorboard recommendations in a university gastrointestinal cancer center

Neue Versorgungsformen	26	Schramm et al.	Universitäts-Augenklinik Tübingen	Die Okklusionstherapie – Eine Odyssee für Kinder, Eltern und Erzieher. Die Suche nach dem einfachen Weg.
	27	Heil et al.	Geriatrisches Zentrum, Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie mit Poliklinik, Universitätsklinikum Tübingen	Ohrakupunktur nach dem NADA-Protokoll in der Gerontopsychiatrie – eine Machbarkeitsstudie
	28	Metzger et al.	Geriatrisches Zentrum, Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie mit Poliklinik, Universitätsklinikum Tübingen	Moderne Telekommunikation bei kognitiv eingeschränkten Patienten in der gerontopsychiatrischen Regelversorgung
Weitere Themen der Versorgungsforschung	29	Schäffeler et al.	Abteilung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Tübingen	Themenübersicht/ Projekte in der Psychoonkologie
	30	Graf et al.	Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung, Tübingen	Implementierung und Evaluation der Blockwoche „Methoden der Versorgungsforschung“ an der Medizinischen Fakultät Tübingen
	31	Graf et al.	Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung, Tübingen	Koordinierungsstelle Versorgungsforschung Angebote und Dienstleistungen für Promovierende

VII

Posterpräsentation

Prävention & Screening

Moderation: Dr. Martina Michaelis, Koordinierungsstelle Versorgungsforschung



ZUGANGSBARRIEREN ZU PRÄVENTION UND BEHANDLUNG DER ADIPOSITAS BEI VORSCHULKINDERN

Design einer gemischt-methodischen Studie der Versorgungsepidemiologie

Junne F¹, Teufel M¹, Giel K¹, Rieger MA², Zipfel S¹, Ehehalt S³

¹Medizinische Universitätsklinik Tübingen, Abt. für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

²Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinik Tübingen

³Abteilung Kinder-, Jugend- und Zahngesundheit, Soziale Dienste, Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Stuttgart

HINTERGRUND UND ZIELE

- Zunehmende Prävalenz und Ausprägung von Adipositas im Kindesalter¹
- Datenlücke bzgl. Inanspruchnahme / Barrieren zu Prävention / Intervention im Vorschulalter²
- Ziel I: Qualifizierung u. Quantifizierung des Inanspruchnahmeverhaltens
- Ziel II: Identifikation von Prädiktoren und Barrieren zur Inanspruchnahme

LEITMOTIV

Das Wissen um die Versorgung von Vorschulkindern mit Übergewicht und Adipositas erweitern, um zielgerichtete Modelprojekte entwickeln zu können

FORSCHUNGSFRAGEN

QUANTITATIV:

1. Art und Frequenz der Inanspruchnahme von präventiven/interventionellen Angeboten durch Eltern von Kindern mit ÜG/Ad?
2. Nachfrageseitigen Prädiktoren / Barrieren der Inanspruchnahme?

QUALITATIV:

1. Zugangsbarrieren zur Adipositasprävention und -intervention bei Eltern (von betroffenen Vorschulkindern) aus Risikogruppen für kindliches ÜG/Ad
2. Problembewusstsein, Rollenpotentiale in der Adipositasprävention und -intervention bei potentiellen Leistungserbringern

METHODIK I (quantitativ)

STUDIENPOPULATION UND EINSCHLUSSKRITERIEN:

- n = 100 Eltern von Kindern mit Übergewicht (ÜG) (BMI > 90. Perzentil)
- n = 50 Eltern von Kindern mit Adipositas (Ad) (BMI > 97. Perzentil)
- Kinder im Alter von 4,5 Jahren (+/- 6 Monate) bei Einschulungsuntersuchung

BEOBSACHTUNGSZEITRAUM:

- T0-Erhebung bei Einschulungsuntersuchung im Gesundheitsamt
- T1-Erhebung 6 Monate nach Identifikation und Aufklärung im Gesundheitsamt

ERHOBENE DETERMINANTEN / PRÄDIKTOREN (Auswahl):

- Sozio-demographische Daten der Familie/Elternteile Bildungsgrad
- Migrationsstatus und Sub-Determinanten (Sprachkenntnisse, kultureller Hintergrund)
- Haushaltseinkommen
- Familienanamnese bzgl. ÜG/Ad

ZIELPARAMETER:

- **Kategorie 1:** Art und Frequenz der auf ÜG/Ad-Problematik bezogenen Kontakte mit Informationsquellen und potentiellen Leistungserbringern
- **Kategorie 2:** Bei vorhandener Inanspruchnahme - Art der dort vorgeschlagenen / eingeleiteten Maßnahmen und Einschätzung der Kindseltern zu diesen Maßnahmen
- **Kategorie 3:** Größen-/Gewichtsentwicklung und BMI des Kindes

ANALYSESTRATEGIEN:

- 1. Explorative Analysen zu (gruppen-differenziellem) Inanspruchnahmeverhalten von Angeboten der Adipositasprävention und -behandlung nach Arten und Frequenzen von wahrgenommenen Angeboten
- 2. Prädiktorenanalysen des Inanspruchnahmeverhaltens mittels multivariater logistischer Regression - jeweils mittels SPSS-Software

LITERATUR:

1. Kuhl, B.M., Schaafah-Razawi, A. (2007) Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforsch. Gesundheitsschutz 50:738-743.
2. AGA (2010) Leitlinie Diagnostik, Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA).
3. Krause, J. (2008) Einführung in die Qualitative Interviewforschung. Reimer, Freiburg (Brosch. über: <http://www.sociologie.uni-freiburg.de/krause/>)
4. Mayring P. (2003) Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. Weinheim, Beltz Verlag.

STUDIENDESIGN UND FELDZUGANG

QUANTITATIV:

- Kohortenstudie zur Versorgungsepidemiologie / Inanspruchnahmeverhalten mittels Fragebogen bei Eltern von Kindern mit ÜG/Ad

QUALITATIV:

- Inhaltsanalytische Auswertung von:
 - Einzelinterviews mit Eltern von betroffenen Kindern mit ÜG/Ad
 - Fokusgruppen mit potentiellen Leistungserbringern der Adipositasprävention und -intervention

REKRUTIERUNG:

- Einschulungsuntersuchung am Gesundheitsamt Stuttgart (gesamtes Stadtgebiet)

Tab. 1 Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey des Robert Koch-Instituts (KiGGS) zum Thema „Adipositas bei Kindern und Jugendlichen“

Die Prävalenz von Übergewicht bei Drei- bis 17-Jährigen liegt im Erhebungszeitraum 2003 bis 2006 bei 15% und hat damit seit den 1990er-Jahren um 50% zugenommen.
Von den 15% übergewichtigen Kindern und Jugendlichen sind 6% adipös. Das entspricht einer Zunahme um 100% seit den 1990er-Jahren.
Übergewicht kommt häufiger vor bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund, mit geringerem Sozialstatus und niedrigerem Bildungsniveau.
Kinder und Jugendliche nehmen zu viel gesüßte Erfrischungsgetränke und Süßigkeiten und zu wenig Obst und Gemüse zu sich.
Das Übergewicht der Eltern ist eine wichtige Determinante für Adipositas bei Kindern und Jugendlichen.
Eine hohe Gewichtszunahme in der Schwangerschaft bei normalgewichtigen Müttern korreliert mit Übergewicht bei den Kindern.
Es besteht ein Zusammenhang zwischen Rauchen der Mutter in der Schwangerschaft und Übergewicht bei den Kindern.
Ein hohes Geburtsgewicht korreliert mit späterem Übergewicht.
Adipositas bei Kindern und Jugendlichen ist mit einer geringeren Schlafdauer assoziiert.
Übergewichtige Kinder haben einen höheren Medienkonsum.
Adipöse Jugendliche zeigen vermehrt Herz-Kreislauf-Risikofaktoren.
Die gesundheitsbezogene Lebensqualität Übergewichtiger ist geringer als die von Normalgewichtigen.

Mensink et al. 2011

METHODIK II (qualitativ)

STUDIENPOPULATION u. EINSCHLUSSKRITERIEN:

- 15 Einzelinterviews a 30 min. mit Eltern aus den Risikogruppen für kindliche Adipositas mit betroffenen Kindern (FamAnamnese+; Migranten; Einkommen < 25. Perzentil)
- 3 Fokusgruppen a 90min mit jeweils n = 10 potentiellen Leistungserbringern (KiTa-Leiter; ambulante Kinderärzte; Experten des Gesundheitsamtes)

INHALTSANALYTISCHE AUSWERTUNG (NACH MAYRING*):

1. Deduktive Kategorienbildung aus Leitfragen im Expertendialog
2. Induktive Kategorienbildung aus dem Interviewmaterial
3. Erstellung von Kodierleitfäden (diskursiv)
4. Inhaltliche Strukturierung mit quantitativer Analyse zu Kategorienhäufigkeiten
5. Kommunikative Validierung im interdisziplinären Analyseteam
6. Inhaltliche Validierung im Expertendialog
7. Berichtslegung nach Maßgabe der COREQ-Checkliste

Kontakt: Dr. med. Florian Junne, M.Sc.
Medizinische Universitätsklinik, Abt. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Oswalderstraße 5 · 72076 Tübingen · Germany
Telefon +49 7071 29-86706
E-Mail: florian.junne@med.uni-tuebingen.de



Die Deutsche Prädiabetes Lebensstilinterventions Studie (PLIS)

Corinna Sailer, Vera Schmid, Hans-Ulrich Häring, Norbert Stefan, Andreas Fritsche

Institute for Diabetes Research and Metabolic Diseases of the Helmholtz Center Munich at the University of Tübingen, Tübingen, Germany

German Center for Diabetes Research (DZD e.V.), Neuherberg, Germany

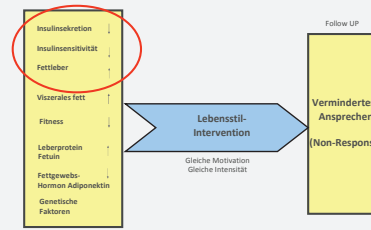
Department of Internal Medicine, Division of Endocrinology, Diabetology, Angiology, Nephrology and Clinical Chemistry, Eberhard Karls University Tübingen, Tübingen, Germany

Hintergrund

Der Diabetes mellitus hat mit einer Prävalenz von mehr als 7% der Bevölkerung in Industrieländern epidemische Ausmaße angenommen. Zudem hat eine hohe Anzahl der Menschen bereits einen Prädiabetes und somit ein deutlich erhöhtes Diabetesrisiko. Ursächlich hierfür ist vor allem ein ungesunder Lebensstil (wenig körperliche Aktivität, ungünstige fett- und kalorienreiche Ernährung, Übergewicht). Mehrere große Studien der letzten Jahre mit Prädiabetikern haben gezeigt, dass eine Prävention durch Lebensstilintervention möglich ist. Hinsichtlich der eingeschränkten Ressourcen des Gesundheitswesens muss die Kosteneffektivität dieser Interventionen allerdings erhöht werden.

Eigene Vorarbeiten

Es hat sich gezeigt, dass Menschen trotz gleicher Compliance unterschiedlich stark auf eine Lebensstilintervention ansprechen („Responder“ und „Non-Responder“). In Tübingen konnten Parameter zur Vorhersage des Erfolgs einer Lebensstilintervention identifiziert werden. Durch die Faktoren Insulinsekretion, Insulinsensitivität und den Leberfettgehalt werden in der PLIS-Studie Hoch- und Niedrigrisikopersonen unterschieden. Es ist davon auszugehen, dass eine konventionelle Intervention bei „Respondern“ effektiv ist, während „Non-Responder“ eine intensive Intervention benötigen, um im gleichen Maße zu profitieren. Dies erlaubt eventuell eine Steigerung der Kosteneffektivität.



Nicht assoziiert mit Non-Response: BMI, Alter, Geschlecht

Fragestellung

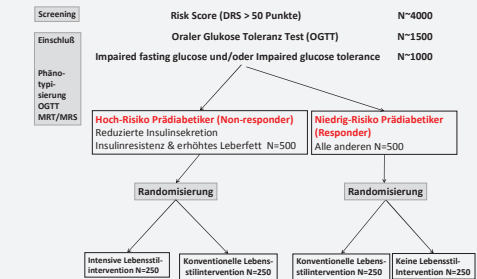
- Verbessert eine intensive Lebensstilintervention bei Hochrisikopersonen für Non-Response und Diabetes den Glukosemetabolismus (postprandialer Blutzucker, Insulinsensitivität) stärker als eine konventionelle Lebensstilintervention?
- Zeigen Menschen mit hohem Risiko nach konventioneller Intervention einen schlechteren Glukosemetabolismus als Menschen mit einem niedrigen Risiko?
- Verbessert sich der Glukosemetabolismus bei Niedrigrisikopersonen mit konventioneller Intervention verglichen mit der Kontrollgruppe?
- Zeigen Hochrisikopersonen mit einer Insulinsekretionsstörung einen höheren postprandialen Blutzucker nach Intervention, als diejenigen mit einer Insulinresistenz und erhöhtem Leberfettgehalt? Ist dieser Unterschied unabhängig von intensiver oder konventioneller Intervention?

Methoden

- oraler Glukosetoleranztest (Blutabnahme 0,30,60,90,120 min, Bestimmung von Glukose, Insulin, C-Peptid, Proinsulin)
- Magnetresonanztomografie mit Ganzkörperfettbestimmung (MRT)
- Magnetresonanzspektroskopie (MRS)
- Spiroergometrie
- körperliche Untersuchung und ausführliches Blutbild

Studiendesign

Bei der PLIS Studie handelt sich um eine prospektive, randomisierte, kontrollierte, multizentrische Interventionsstudie. Es sollen insgesamt 1000 Personen mit Prädiabetes (eingeschränkte Glukosetoleranz, erhöhter Nüchternblutzucker) eingeschlossen werden.



Alle Gruppen durchlaufen ein einjähriges Interventionsprogramm mit Ernährungsberatung und Steigerung der körperlichen Aktivität:

- intensive Gruppe: 16 Beratungstermine, 6 h sportliche Aktivität/Woche
- konventionelle Gruppe: 8 Beratungstermine, 3 h sportliche Aktivität/Woche
- Kontrollgruppe: keine Intervention, 1 mal Beratung

Nach einem halben Jahr und nach einem Jahr werden die Baselineuntersuchungen wiederholt.

Versorgungsrelevante Aspekte

Individualisierte Prävention – wie in der PLIS-Studie – zielt darauf ab, für unterschiedliche Patientengruppen das am besten geeignete Präventionsangebot zu identifizieren, wobei Nutzen- und Kostenaspekte gemeinsam berücksichtigt werden müssen. Die versorgungsrelevanten Aspekte werden anhand verschiedener Fragebögen erfasst, die zu allen drei Untersuchungszeitpunkten ausgefüllt werden:

1. Gesundheitsbezogene Lebensqualität (EQ-5D-5L und SF-12)
2. Inanspruchnahme medizinischer Versorgung
 - Interventionskosten (dokumentiert im CRF)
 - Außerhalb der Intervention anfallende Kosten (FIMA)
3. Nicht-medizinischer Aufwand bzw. Kosten einschließlich Patientenzeitkosten (DPP)
 - Interventionskosten
 - Kosten außerhalb der Intervention
 - Indirekte Kosten



Warum nehmen Beschäftigte arbeitsmedizinische Angebotsuntersuchungen nicht in Anspruch?

Einschätzung möglicher Gründe aus Sicht von BetriebsärztInnen & Arbeitgebern

Martina Michaelis^{1,2}, Nicole Blomberg¹, Christine Preiser¹, Monika A. Rieger¹, Susanne Völter-Mahlknecht¹

¹ Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Tübingen

² FFAS – Freiburger Forschungsstelle Arbeits- und Sozialmedizin, Freiburg/BrsG.

E-Mail: michaelis@ffas.de

I. Hintergrund, Fragestellungen

2008: In-Kraft-Treten der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV) §2: Def. „Angebotsuntersuchungen“ (AngU)
-> für Arbeitgeber verpflichtend, für Beschäftigte freiwillig

Fragestellung

1. Warum nehmen Beschäftigte Angebotsuntersuchungen nicht (immer) wahr?
2. Zielgruppen für Fragestellung:
 - a) BetriebsärztInnen (BÄ)
 - b) Arbeitgeber (vertreterInnen, AG)

II. Rahmen

Erhebung 2012 zur **Zurverfügungstellung und Inanspruchnahme** von AngU bei Mitgliedern des Verbands Deutscher Betriebs- & Werksärzte (VDBW, n= 1.580¹), des Verbands der Metall- und Elektroindustrie Ba-Wü (Südwestmetall, n=1.400), des Kommunalen Arbeitgeberverbands Ba-Wü (KAVB, n=765), **Krankenhäusern** der Allg. Versorgung > 200 Betten in Ba-Wü (n=82)
¹ in 11 ausgewählten Bundesländern

III. Methoden

Items: n=7 (standardisiert) als mögliche Gründe für eine Nicht-Inanspruchnahme von Beschäftigten (Zusammung „stimmt völlig/immer“ - „stimmt gar nicht/nie“)

Operationalisierung aus zuvor qualitativ erhobenen Daten (Fokusgruppen-/ Einzel-Interviews mit BÄ, AG- VertreterInnen und Beschäftigten).

Betrieblicher Bezug: Angaben der BÄ -> zuletzt betreuter Betrieb, der AG -> eigener Betrieb.

Datenauswertung: Bivariat vergleichend (Chi²-Test), getrennt für BÄ und AG. Effektstärke: Korrelationskoeffizient phi (ab 0,3 „mittel“)

IV. Rücklauf und Kollektive

Rücklaufquote: BÄ: 29% (n= 460), AG_{gesamt}: 21% (n=477), und zwar KAVBW 31%, Südwestmetall 16%, Krankenhäuser 9%.

Betreuung/Zugehörigkeit (beschriebener) Betrieb: BÄ 10 ± 8 Jahre (Mittelwert ±Standardabweichung); AG 16 ± 12 J.

Bundesländer (BÄ): 82% aus Ba-Wü, Bayern, NRW. **Qualifikation (BÄ):** FA für Arbeitsmed. 63%, Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ 30%.

Stellung im Betrieb/Beruf (AG): Personalabteilung 56%, Geschäftsführer/Betriebsinhaber 17%, Fachkraft für Arbeitssicherheit 15%, Abteilungsleitung 7%, sonstige 5%.

V. Ergebnisse

Inanspruchnahmeverhalten von AngU durch Beschäftigte
-> 78% der BÄ und 66% der AG "meistens/immer"
(p=0,000, phi=0,13).

Vergleichsweise **übereinstimmende Einschätzung** von BÄ und AG (max. niedrige Effektstärke <0.3) nur bei **gesundheitsbezogenen Items** ("d", "e").
Hohe Diskrepanzen -> Items mit Bezug auf **Befürchtungen** ("a" bis "c")
-> 3/4 der BÄ, 1/4 der AG (p=0,000, phi= 0,41 bis 0,55). **Cave:** hoher Anteil **fehlender Werte** (AG: 16% „trifft nicht zu, keine Vorsorge/ AngU im Betrieb“; BÄ: 12-23% keine Angabe/ weiß nicht, AG: 15-34% je nach Item)

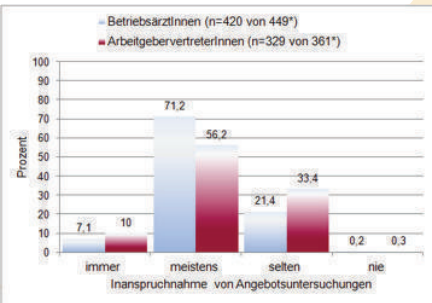


Abb. 1: Inanspruchnahme von Angebotsuntersuchungen durch Beschäftigte (Einschätzung der Befragten)
* mit Angebotsuntersuchungen im Betrieb; fehlend hierzu "weiß nicht"/keine Angabe

Nr. Item	Zustimmung *		Stat. Kennwerte	Fallzahl
	BÄ	AG		
a	72,8	25,4	0,000 -0,46	323 185
b	72,8	24,4	0,000 -0,47	334 197
c	70,3	28,4	0,000 -0,41	347 201
d	86,9	72,9	0,000 -0,18	313 236
e	89,0	84,1	0,087 -0,07	373 246
f	82,1	26,5	0,000 -0,55	363 230
g	70,1	17,6	0,000 -0,51	334 205

Tab. 1: Gründe für die Nichtinanspruchnahme von Angebotsuntersuchungen durch Beschäftigte; Datenbasis Gesamtschichtprobe: n =460 BetriebsärztInnen (BÄ), n=361 Arbeitgeber/vertreterInnen; AG)
Legende: Zustimmung ("stimmt völlig/immer" bzw. "ziemlich/oft") K.A.=keine Angabe/ "weiß nicht/nicht beurteilbar, TNZ(1)=Trifft nicht zu, Inanspruchnahme "immer", TNZ(2)=Trifft nicht zu, keine Vorsorge/keine Angebotsuntersuchungen im Betrieb

VI. Schlussfolgerungen

Hohe Einschätzung der Inanspruchnahme von AngU durch Beschäftigte (geringer bei AG als bei BÄ -> weniger Beachtung von Befürchtungen ihrer Beschäftigten im Hinblick auf mögliche innerbetriebliche Nachteile aufgrund auffälliger Untersuchungsergebnisse?)

Limitationen: ggf. **Positivelektion** der Stichprobe; hoher Anteil **fehlender Angaben** (bei AG deutlich höher als bei BÄ); **Fremdeinschätzung** von BÄ/AG statt Selbsteinschätzung durch Beschäftigte selbst -> ergänzender **Forschungsbedarf!**

Ausblick: Bedarf für **vermehrte Aufklärung** von Beschäftigten und **Sensibilisierung** von Arbeitgebern zu den Zielen und Inhalten von Angebotsuntersuchungen und v.a. dem Umgang mit deren Ergebnissen (Datenschutz, Schweigepflicht).

Danksgungen

- Bei der Geschäftsführung und den befragten Mitgliedern der kooperierenden Verbände und Krankenhäuser.
- Die Durchführung der Studie wurde vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales in Auftrag gegeben.
- Die Arbeit des Instituts für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung Tübingen wird finanziell unterstützt durch den Verband der Metall- und Elektroindustrie Baden-Württemberg e.V. (Südwestmetall)



Prävention psychischer und psychosomatischer Erkrankungen inner- und außerhalb des Betriebs – Erfahrungen von Betriebsärzten, Hausärzten, Psychotherapeuten und Personalverantwortlichen

Dagmar Gröber-Grätz¹, Florian Junne², Eva Rothermund³, Martina Michaelis^{1,4}, Rahna Shahriri¹, Harald Günde³, Stephan Zipfel², Monika A. Rieger¹

¹ Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Tübingen

² Medizinische Universitätsklinik Tübingen, Abt. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

³ Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm

⁴ FFAS-Freiburger Forschungsstelle Arbeits- und Sozialmedizin, Freiburg/BrsG.

1. Hintergrund

- ▶ In der Arbeitswelt scheinen psychische Belastungen zuzunehmen. Diskutiert werden u.a. Arbeitszeitverdichtung, ständige Erreichbarkeit oder prekäre Beschäftigungsverhältnisse.
- ▶ Parallel ist ein Anstieg des Anteils psychischer Diagnosen als Ursache für Erwerbsunfähigkeitsrenten und Arbeitsunfähigkeitstagen zu beobachten (1-2).
- ▶ Aufgrund der längeren Lebensarbeitszeit und des demografischen Wandels kommt der Prävention hohe Bedeutung zu.
- ▶ Beschäftigte sind eine wesentliche Zielgruppe für die Prävention psychischer und psychosomatischer Erkrankungen.
- ▶ Untersuchung als Teilprojekt des Kompetenzzentrums „Prävention psychischer und psychosomatischer Erkrankungen in der Arbeits- und Ausbildungswelt“ (PPAA).

2. Studienziel

- ▶ Welche Erfahrungen haben Betriebsärzte, Hausärzte, Psychotherapeuten und Personalverantwortliche im Hinblick auf die Prävention psychischer und psychosomatischer Erkrankungen bei Beschäftigten?
- ▶ Ziel: Ableitung von Optimierungsmöglichkeiten im Setting Betrieb und an den Schnittstellen zur Gesundheitsversorgung

3. Methode

- ▶ Die Fragestellung wird mittels einer standardisierten Befragung von Betriebsärzten, Hausärzten, Psychotherapeuten und Personalverantwortlichen in Betrieben bearbeitet.
- ▶ Der Fragebogen ist modular aufgebaut: Kernbereich für alle Zielgruppen plus spezifische Module für einzelne Berufsgruppen.
- ▶ Zur Erstellung des Fragebogens wurden Erkenntnisse aus vorherigen qualitativen Studien der Institute einbezogen (3-5).
- ▶ Das Erhebungsinstrument enthält Fragen zu folgenden Themenbereichen:
 1. Erfahrungen der Akteure mit der Prävention psychischer und psychosomatischer Erkrankungen.
 2. Bedeutung von Faktoren aus der Arbeitswelt für die Entstehung und Prävention psychischer/psychosomatischer Erkrankungen.
 3. Stellenwert der Prävention von psychischen/psychosomatischen Erkrankungen in Betrieben.

4. Ausblick

- ▶ Durchführung der Befragung im Mai 2014.
- ▶ Ableitung von Empfehlungen zur Prävention psychischer und psychosomatischer Erkrankungen bei Beschäftigten aus den Befragungsergebnissen.

Literatur:

1. Jahresbericht der Deutschen Rentenversicherung 2012
 2. Badura B, Duck A, Schröder H., Klose J, Meyer M. Fehlzeiten-Report 2012: Gesundheit in der flexiblen Arbeitswelt: Chancen nutzen-Risiken minimieren. Wissenschaftliches Institut der AOK (Wido, Berlin); 2012.
 3. Moßhammer D, Natanzon I, Manske I, Grutschkowski P, Rieger MA. Cooperation between general practitioners and occupational health physicians in Germany: how can be optimised? A qualitative study. Int Arch Occup Environ Health. 2013;87(2):137-46.
 4. Rothermund E, KilianR, Hoelzer M, Mayer D, Mauss D, KruegerM, et.al. "Psychosomatic consultation in the workplace": a new model care at the interface of company-supported mental health care and consultation-liaison psychosomatica:design of mixed methods implementation study. BMC public health 2012;12(1):780.
 5. Preiser C, Rieger MA. Erfahrungen und Haltungen von Beschäftigten und Akteuren des betrieblichen Gesundheitsschutzes zur „Psychosomatischen Sprechstunde im Betrieb“-abgebildet in Experten- und Fokusgruppen. Abschlussbericht für das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg (2011)
- Danksgung:** Die Studie wird vom Land Baden-Württemberg innerhalb des Kompetenzzentrums „Prävention psychischer und psychosomatischer Störungen in der Arbeits- und Ausbildungswelt“ (PPAA) gefördert. Die Arbeit des Instituts für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung Tübingen und damit auch diese Arbeit wird durch den Verband der Metall- und Elektroindustrie Baden-Württemberg e.V. (Südwestmetall) unterstützt.

Impact of helminth infections during pregnancy: Socio-economical influence on helminth infections, the perception of helminth infections and the general perception of disease of pregnant women in Lambaréné, Gabon

Sina Brückner^{1,2}, Esther Adele Askaní², Akim Adegniká^{1,2}, Martina Michaelis^{3,4,5}, Vera Kühne², Josiane Honkphedji², Marguerite Massinga Loembe², Monika A. Rieger^{3,4}, Peter Krömsner^{1,2}, Meral Esen^{1,2}

¹Institut für Tropenmedizin, University of Tübingen, Wilhelmstraße 27, D-72074 Tübingen; ²Centre de Recherches Médicales de Lambaréné (CERMEL), Albert Schweitzer Hospital, BP 118 Lambaréné, Gabon; ³Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung, University of Tübingen, Wilhelmstraße 27, D-72074 Tübingen; ⁴Koordinierungsstelle Versorgungsforschung, University of Tübingen, Wilhelmstraße 27, D-72074 Tübingen; ⁵FFAS Freiburger Forschungsstelle Arbeits- und Sozialmedizin, Bertoldstraße 27, D-79098 Freiburg

INTRODUCTION

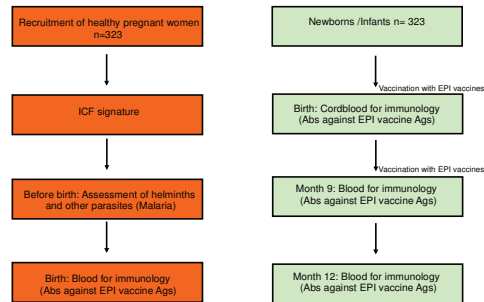
Infection with geohelminths, mainly *Ascaris lumbricoides*, *Trichuris trichiura* and Hookworm, is a major public health problem affecting 20% of the world's population, especially in Sub-Saharan Africa. Geohelminthiasis is considered by the WHO as a neglected tropical disease, which has an influence on cognitive and physical development of infected children (Jardim-Bothelo et al. 2008, Mascarini-Serra 2011, Labato et al. 2012). There is evidence that immune responses change upon infection with geohelminths and a modulation of the host immune response towards T-helper 2 (Th2) cells is induced. This may support the survival of the parasite in the host (Maizels et al. 2003, Moreau et al. 2010) and influence other immune reactions.

Several studies showed that infection with intestinal parasites influences the immunological outcome of vaccination (Cooper et al. 1999; Elias et al. 2001, Esen et al. 2012) and recently it was shown that antihelminthic treatment before oral vaccination enhances immune response to cholera vaccine antigens (Cooper et al. 2000). So far, this hypothesis has not been experimentally validated in studies with other, non oral vaccines.

In the present study (Helmvacc II) we aim to investigate the immunogenicity of the Expanded Program on Immunization (EPI) vaccines in infants born to helminth-infected mothers or uninfected mothers to discover the effect of helminth infections on immune responses to vaccine antigens.

Additionally, in a subgroup, we investigate the influence of socio-economical factors on helminth infections, the perception of helminth infections and the general perception of disease in pregnant women (third trimester and postnatal period) in Lambaréné, Gabon. This is an important tool since the health of the mother during pregnancy could have an effect on the health of the infant as well as the mothers are responsible for the future health and hygiene education of their children.

STUDY DESIGN: IMMUNOLOGICAL INVESTIGATIONS



STUDY DESIGN: SOCIO-ECONOMICAL INFLUENCE ON HELMINTH INFECTION

Socio-economical factors, education and perception may influence the risk of helminth infections, but the extent in pregnant women is not yet clear. Therefore we address the socio-economical influence on helminth infections as well as the perception of helminth infections in pregnant women and perception of disease in general in this population to target specific actions to reduce helminth burden in this region. A questionnaire will be developed in collaboration with Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung. The women participating in the Helmvacc II trial will be asked during their third trimester or during the postnatal period in Lambaréné, Gabon via a guideline-run interview to assess and discover contributing or preventing helminth infection in pregnant women in Central Africa. These findings could be implemented in a future step in the Gabonese health care system.

In the questionnaire the following topics will be addressed:

- Perception of the infections with helminths
- Family, education and formation
- Work and income
- Home and possession
- Diet and food pattern
- General health awareness
- Perception of disease and adherence
- Interest in the study

Our main aim is to address with this questionnaire if the participants know their risk to be infected with helminths, how they can be infected and how to deal with an infection. Furthermore we are addressing socio-economical aspects, like education, income and how the hygiene conditions in participant's houses are. Also interesting is the aspect of food - here we will ask for example what kind of water they drink or what their eating habits are. This will later be correlated with the burden of helminth infection of each participant.

BIBLIOGRAPHY

- Cooper PJ, Chico M, Sandoval C, et al. Albendazole treatment of children with ascariasis enhances the vibriocidal antibody response to the live attenuated oral cholera vaccine CVD 103 HgR. *J Infect Dis*. 2000; 182:194-200.
- Cooper PJ, Espinel I, Wiseman M, et al. Human oncochocerciasis and tetanus vaccination: impact on the postvaccination antitetanus antibody response. *Infect Immun* 1999; 67:5951-7.
- Elias D, Wolday D, Akuffo H, Petros B, Bronner U, Britton S. Effect of deworming on human T cell responses to mycobacterial antigens in helminth-exposed individuals before and after bacille Calmette Guerin (BCG) vaccination. *Clin Exp Immunol* 2001; 123:219-25.
- Esen M, Mordmüller B, de Salazar P, et al. Reduced antibody response against Plasmodium falciparum vaccine antigens in the presence of Trichuris trichiura. *Vaccine* 2012; 30(52):7621-4.
- Jardim-Bothelo A, Raff S, DeÁvila Rodrigues R et al. Hookworm, Ascaris lumbricoides infection and Polyarthritis associated with poor cognitive performance in Brazilian schoolchildren. *Trop Med Int Health* 2008; 13(8):994-1004.
- Labato L, Miranda A, Faria IM, Bethony JM, Gazzinelli MF. Development of cognitive abilities of children infected with helminths through health education. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 2012; 45(4):514-9.
- Maizels RM, Dalic A, Gomez-Escobar N, Nair M, Taylor MD, Allen JE. Helminth parasites – masters of regulation. *Nat Rev Immunol* 2003; 3(9):733-44.
- Mascarini-Serra L. Prevention of soil-transmitted helminth infection. *J Global Infect Dis* 2001; 3(2):175-82.
- Moreau E, Chauvin A. Immunity against helminths: Interactions with the host and the intercurrent infections. *Journal of Biomedicine and Biotechnology* 2010; 2010:1-10.

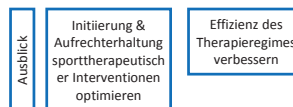
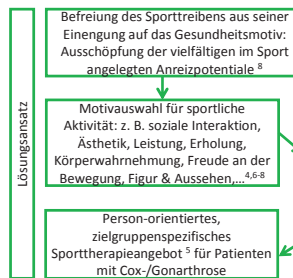
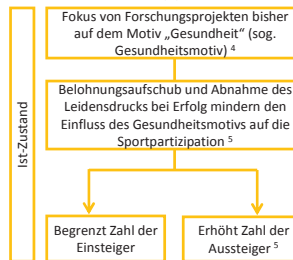
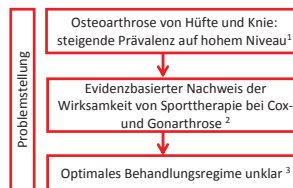
Funding: This work is supported by the German Federal Ministry of Education and Research [01 KA 1307].

Inga Krauß¹, Uwe Katzmarek¹, Monika A. Rieger^{2,3}, Gorden Sudeck⁴

Motivbasierte Konzeptionen der Sporttherapie bei Osteoarthritis

¹ Medizinische Universitätsklinik, Abteilung Sportmedizin, Universität Tübingen. ² Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung, Universität Tübingen. ³ Koordinierungsstelle Versorgungsforschung der Medizinischen Fakultät Tübingen, Universität Tübingen. ⁴ Institut für Sportwissenschaft, Universität Tübingen.

Theoretischer Hintergrund



Zielsetzung der Studie:

Entwicklung zielgruppenspezifischer Sporttherapiekonzepte für Patienten mit Gon- bzw. Coxarthrose (OA) unter Berücksichtigung ...

- individuelle Motive zur Sportpartizipation
- körperlicher Voraussetzungen
- wahrgenommener Barrieren ... zu entwickeln.

Forschungsfrage:

1. Lassen sich auf der Grundlage persönlicher Motive zur Sportpartizipation, körperlicher Fähigkeiten und wahrgenommener Barrieren Gruppen von Arthrosepatienten mit ähnlichen Merkmalskonfigurationen zum Ausgangspunkt person-orientierter sporttherapeutischer Interventionen machen?

Methodisches Vorgehen:

Studienpopulation:

166 Frauen und 126 Männer mit OA (M=63 Jahre, SD=21).

Rekrutierung:

Landesweite Fragebogenerhebung (Rücklauf 26%). Hierbei wurde die Repräsentativität der Stichprobe i. H. auf Alter, Geschlecht und Region angestrebt.

Fragebogeninhalte: siehe Tabelle rechts.

Datenanalyse:

In Anlehnung an die Vorgehensweise bei Sudeck et al.⁴ erfolgte eine clusteranalytische Bestimmung typischer Motivprofile. Hierfür wurden die intra-individuell standardisierten Motivausprägungen (z-Werte) des BMZI herangezogen. Von den einbezogenen Motivbereichen gingen unter Berücksichtigung statistischer Kennwerte (u.a. Inter-Item-Korrelationen, Item-Schwierigkeit, Heterogenität des Antwortverhalten, Varianzaufklärung der jeweiligen Motive) sowie inhaltlicher und konzeptioneller Bewertungen der durchgeführten Auswerteschritte 5 Motive als segmentbildende Variable in die Analyse ein: Gesundheit, Ästhetik/Freude an der Bewegung, Kontakt, Natur und Figur/Gewichtsregulation.

Ergebnisse:

Die resultierende 4-Clusterlösung (siehe Tabelle unten) zeigt neben einem stark zweckorientierten Typus mit Fokus auf Gesundheit und Gewichtsregulation (Cluster 4) weitere Ausdifferenzierungen, wobei z. B. das Sporttreiben in der Natur (Cluster 3) eine deutliche Präferenz ausmacht oder das (gemeinschaftliche) Aktivsein mit Freude an der Bewegung (Cluster 1/2) hervorgehoben wird.

Ward Method	Gesundheit	Figur/Gewicht	Ästhetik/Freude an Bewegung	Kontakt	Natur
Mittelwert	.94	.51	.00	.00	-.16
Cluster 1	.68	.72	.61	.66	.86
SD	.54	-.01	.49	-.14	-.63
Cluster 2	.44	.69	.39	.47	.32
SD	.72	-.14	-.82	-.53	.87
Cluster 3	.91	.80	.56	.68	.44
Mittelwert	1.31	.97	-.51	-.68	-.60
SD	.50	.58	.47	.43	.50
Cluster 4	.93	-.09	-.21	-.64	.35
Mittelwert	.62	.93	.81	.77	.80
SD					

Ausblick:

In Verbindung mit weiteren segmentbeschreibenden Merkmalen (z. B. Funktionsfähigkeit, Barrierenwahrnehmung) dienen die motivbasierten Differenzierungen als Ansatzpunkte für eine im Weiteren vorgemogene Entwicklung zielgruppenspezifischer, person-orientierter Sporttherapiekonzepte für Menschen mit OA.

Literatur: (1) Reginster JY, Khaltaev NG. *Rheumatology* 2002 Apr; 41 Suppl 1:1-2. (2) Zhang W, Nuki G, Moskowitz RW et al. Osteoarthritis Cartilage 2010;18(2):476-99. (3) Roddy E, Zhang W, Doherty M et al. *Rheumatology*, 2005; 44(1): 67-73. (4) Sudeck G, Lehnert K, Conzelmann A. *Zeitschrift für Sportpsychologie* 2011;18(1):1-17. (5) Fuchs R. *Psychologie und körperliche Bewegung*. Göttingen: Hogrefe; 1997. (6) Palmieri I. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 2008; 41: 168-76. (7) Gabler H. *Motive im Sport*. Schöndorf: Hofmann; 2002. (8) Fuchs R. *Sport, Gesundheit und Public Health*. Göttingen: Hogrefe; 2003. (9) Krämer L, Fuchs R. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* 2010;18(4): 170-82. (10) Robert Koch-Institut (Hrsg.). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin: Robert Koch-Institut; 2006: 91-93. (11) Schneider S, Schmitt G, Mau H et al. *Orthopäde* 2005; 34: 782-790. (12) Hecker J, Kreny E, Ludwig F et al. *DRV-Schriften*; 2004: 61-82. (13) Mook J, Kohlmann T, In: Bengel J, Wirtz M, Zwiggmann C (Hrsg.) *Göttingen: Hogrefe*; 2008:229-332. (14) Bellamy N. *Clin Exp Rheumatol* 2005; 23: S148-S153. (15) Stucki G, Meier O, Stucki S et al. *Z Rheumatol* 1996; 55:40-49. (16) Lehnert K, Sudeck G, Conzelmann A. 42. Jahrestagung asp. 13 May 2010. (17) Jerusalem M, Schwarzer Rin. *Schwarzer R, Jerusalem M (Hrsg.) Berlin: Freie Universität Berlin; 1999.* (18) Brehm W, Duan YP, Mair T et al. *Methodenhandb. Bayreuth*; 2010. (19) Sudeck G, Lehnert K, Amacker C et al. *Sport Check II: Grundlagen für die Diagnostik und die Beratung*. 2011. (20) Fuchs R. *Messung der körperlichen Aktivität: Indizes zur Bewegungs- und Sportaktivität*. Freiburg: Institut für Sport und Sportwissenschaft; 2009.

Danksagung: Unser Dank gilt Frau Christine Enrich (Koordinierungsstelle Versorgungsforschung der Medizinischen Fakultät Tübingen) für die Unterstützung bei inhaltlichen und organisatorischen Fragen, dem Zentrum für Evaluation und Qualitätsmanagement der Universität Tübingen für die Ermöglichung der scanner-basierten Fragebogenauswertung (EvaSys, Electric Paper) sowie Frau Dr. Martina Michaelis (FFAS - Freiburger Forschungsstelle Arbeits- und Sozialmedizin und Koordinierungsstelle Versorgungsforschung an der Medizinischen Fakultät Tübingen) für die Bereitstellung relevanter Daten, die aus dem Public Use File der GEDA 2009 generiert wurden.

Die Studie wird innerhalb des Nachwuchsprogramms des Netzwerks "Versorgungsforschung Baden-Württemberg" durchgeführt, das vom baden-württembergischen Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst und dem Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren gefördert wird.



Elektronisches Psychoonkologisches Screening (ePOS): Diagnostik und psychoonkologische Behandlungspfade



N. Schäffeler^{1,3}, M. Wickert^{1,3}, D. Wallwiener^{2,3}, S. Zipfel^{1,3}, M. Teufel^{1,3}

¹ Medizinische Universitätsklinik Tübingen, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

² Universitäts-Frauenklinik, Tübingen ³ Südwestdeutsches Tumorzentrum (CCC), Universitätsklinikum Tübingen

Hintergrund

Etwa ein Drittel aller Krebspatienten entwickelt eine behandlungsbedürftige stressassoziierte psychische Erkrankung wie Depression, Angststörung oder Belastungsstörung. Aufgrund kürzer werdender stationärer Behandlungszeiten sowie weiterhin meist knapper Personalressourcen in der Psychoonkologie müssen belastete Patienten zuverlässig identifiziert werden, um gezielt weiterführende Diagnostik, Krisenintervention oder psychoonkologische Behandlung anbieten zu können. Aktuelle Leitlinien sowie Zertifizierungsvorgaben für Organkrebszentren fordern ein flächendeckendes Routinescreening onkologischer Patienten.

Methoden

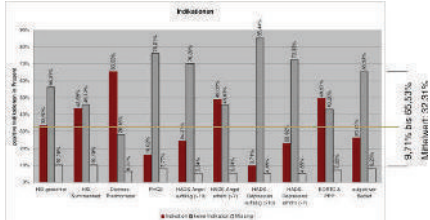
Die ePOS-Studie untersucht bei Patientinnen mit Mamma-Karzinom die Akzeptanz eines computerbasierten Screenings (randomisierte Zuweisung Computer vs. Papier) sowie die Übereinstimmung empfohlener Instrumente: Hornheider Screening-Instrument, Distress-Thermometer, Hospital Anxiety and Depression Scale, Patient-Health-Questionnaire-2, sowie EORTC QLQ-C30. Ferner wird der „subjektive Bedarf“ erhoben.

Stichprobe

Von N=245 Patientinnen nahmen n=206 an der Studie teil: Alter 53.7 Jahre (SD 11.0), 86.9% Ersterkrankung, 69.0% verheiratet, 82.2% mit Kinder, 26.6% mit höherem Schulabschluss, 62.5% sind erwerbstätig, 21.8% nehmen/ nahmen Psychopharmaka ein, 25.9% befinden/ befanden sich in psychotherapeutischer/ psychiatrischer Behandlung. 26.2% äußern einen subjektiven Bedarf, 33.5% mit Indikation laut HSI.

Ergebnisse

Indikationen



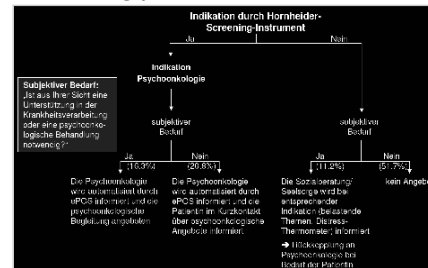
Übereinstimmung der Indikationen

	HSI	Distress-Thermometer	PHQ-2	HADS-Depression	HADS-Angst	HADS-Depression+Angst	HADS-Depression+Angst+PHQ-2	EORTC QLQ-C30	Subjektiver Bedarf
HSI positiv	21.2%	50.11%	72.4%	77.11%	65.11%	71.57%	73.97%	90.48%	67.81%
PHQ-2 positiv	58.7%	91.02%	94.44%	83.24%	91.57%	83.50%	83.27%	83.27%	80.87%
Distress-Thermometer positiv	41.3%	83.60%	85.27%	70.84%	47.77%	58.19%	49.42%	49.42%	49.42%
PHQ-2 + HADS-Depression + HADS-Angst	33.00%	81.25%	87.86%	82.11%	59.68%	68.44%	68.44%	68.44%	68.44%
PHQ-2 + HADS-Depression + HADS-Angst + EORTC QLQ-C30	11.2%	55.17%	68.22%	72.28%	62.51%	62.51%	62.51%	62.51%	62.51%
PHQ-2 + HADS-Depression + HADS-Angst + EORTC QLQ-C30 + Subjektiver Bedarf	54.2%	87.7%	91.72%	84.78%	73.72%	73.72%	73.72%	73.72%	73.72%
PHQ-2 + HADS-Depression + HADS-Angst + EORTC QLQ-C30 + Subjektiver Bedarf + Indikation laut HSI	61.2%	88.1%	93.2%	88.1%	78.1%	78.1%	78.1%	78.1%	78.1%

Die Profile zeigen in Richtung des Instruments, welches mehr Indikationen stellt. Genaue Kappa (Maß der Übereinstimmung) erreicht maximal moderates Niveau (HADS-Depression und PHQ-2).



Behandlungspfade



Diskussion

- gute Akzeptanz
- Hilfe bei Behandlungsplanung
- geringe Übereinstimmung
- „Subjektiver Bedarf“ wichtig

Das elektronische psychoonkologische Screening wird von den Patientinnen insgesamt gut akzeptiert. Die automatisierte Datenauswertung erleichtert die zeitnahe Planung psychoonkologischer Erstgespräche anhand der Behandlungspfade. In der klinischen Routine sind kaum Fehlzuweisungen zu beobachten.

Die Übereinstimmung der Indikationsstellung durch die Screening-Instrumente ist gering. Es zeigt sich lediglich ein kleiner Zusammenhang mit dem erhobenen „subjektiven Bedarf“, der folglich eine wichtige Information darstellt und zur Planung der Behandlung erhoben werden sollte.



Psychoziale Bedürfnisse von Patientinnen mit Mamma-Karzinom: Ambulante psychoonkologische Versorgung



J. Ringwald^{1,2}, C. Wochnowski¹, N. Speiser¹, N. Schäffeler^{1,2}, R. Gümmer¹, M. Wickert², H. Sütterlin², D. Wallwiener^{2,3}, S. Zipfel^{1,2}, M. Teufel^{1,2}

¹ Medizinische Universitätsklinik Tübingen, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

² Südwestdeutsches Tumorzentrum (CCC), Universitätsklinikum Tübingen

³ Universitäts-Frauenklinik, Tübingen

Hintergrund

Patientinnen mit Brustkrebs haben häufig durch den Therapieverlauf physische, emotionale und soziale Beeinträchtigungen

⇒ Entstehung spezifischer Bedürfnisse und Wunsch nach psychosozialer Unterstützung

Ziel:

Erfassung und Darstellung von Bedürfnissen in verschiedenen Krankheitsstadien und psychoonkologische Settings

⇒ Entwicklung eines bedürfnisorientierten und psychoedukativen Gruppentrainings

Methoden

Bundesweite Befragung von Patientinnen mit Brustkrebs:

- Universitäts-Frauenklinik Tübingen
- Krebsberatungsstellen
- Selbsthilfegruppen
- krankheitsspezifischen Onlineportalen

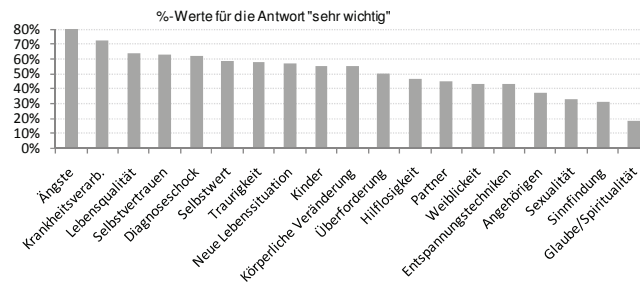
Stichprobe

Fragebogenbasierte Querschnittsuntersuchung in Online- und Papierversion (N= 733)

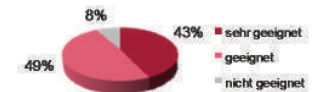
- Ø Alter 50.9 Jahre (Min= 21; Max= 83)
- 81.5% Ersterkrankung
- 11.4% Metastasierung
- 10.6% Rezidiv

Zwischenergebnisse

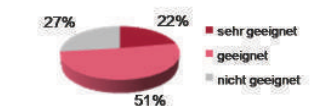
Welche Themen fänden Sie für ein psychoonkologisches Gruppentraining wichtig?



Wie geeignet sind Gruppentrainings zur Vermittlung der Themen?



Wie geeignet sind Onlinetools zur Vermittlung der Themen?



Diskussion

- Erstmalig eine bundesweite Bedürfniserfassung bei einem repräsentativen Patientinnenkollektiv
- Erhebung des tatsächlichen psychoonkologischen Bedarfs bei Betroffenen mit Ersterkrankung, Metastasierung, Rezidiv und auch nach Remission unter dem speziellen Aspekt des Cancer Survivorships
- Erfassung der gewünschten Interventionsmöglichkeiten aus Sicht der Patientinnen
- Hohe Studienbeteiligungen durch krankheitsspezifische Onlineportale und Selbsthilfegruppen

⇒ Notwendigkeit von webbasierten Unterstützungstools und ambulanten Gruppentrainings für Patientinnen mit Mamma-Karzinom

VII

Posterpräsentation

Patientensicherheit

Moderation: Dr. Martina Michaelis, Koordinierungsstelle Versorgungsforschung

Prospektive Analyse von Zwischenfälle im Zusammenhang mit Medizingeräten

E. Stricker, M. Heller, M. Müller, F. Iwanowski, S. Reddersen
Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Universitätsklinikum Tübingen, Tübingen, Germany

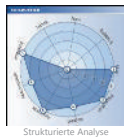
Fehler in der Medizin gehören zu den zehn häufigsten Todesursachen in Deutschland. Wir wollen das ändern. Zu viele Patienten in Kliniken und Krankenhäusern erleiden während ihrer Behandlung aufgrund unbeabsichtigter Fehler einen Folgeschaden. Fast die Hälfte dieser Fehler ist jedoch potentiell vermeidbar. Auch im Patientenrechtegesetz, welches im Februar letzten Jahres in Kraft getreten ist, wird die Forderung nach der Formulierung von Anforderungen an einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme formuliert. Das Tübinger Patientensicherheits- und Simulationszentrum *tüpass* betreibt mit *pasis* ein einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem zur Erfassung von sicherheitsrelevanten Zwischenfällen, Beinahe-Zwischenfällen und unerwünschten Ereignissen. *Pasis* erfüllt alle von der WHO geforderten Kriterien für Fehlermeldesysteme (Anonymität, Unabhängigkeit, Zugänglichkeit, Professionalität, Expertenanalyse, Freiheit von Strafe und negativen Konsequenzen, organisatorische Einbindung und Unterstützung durch die Geschäftsführung). *Pasis* wurde 2005 an der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin entwickelt und hat sich in der Zwischenzeit zu einem der meiststärksten Systeme im deutschsprachigen Raum entwickelt. Derzeit beteiligen sich an *pasis* über 150 Abteilungen und Institutionen aus klinischen und präklinischen Bereichen, insgesamt sind bis heute mehr als 2730 Fälle gemeldet, anonymisiert und analysiert worden.

Die Ereignisberichte werden nach der Anonymisierung systematisch analysiert. Fehlerquellen werden identifiziert und geeignete Maßnahmen zur Prävention durch das *tüpass* Team vorgeschlagen. Ziel von *pasis* ist, die „Fehlerfälle“ zu entschärfen, noch bevor sie zuschnappt. Viele kritische Ereignisse im medizinischen Umfeld ähneln sich stark und können in jeder Klinik vorkommen. In *pasis* werden die anonymisierten Berichte dem gesamten Teilnehmerkreis auf globaler Ebene zur Verfügung gestellt. So ist es möglich, aus anonymisierten Fallberichten anderer Einrichtungen zu lernen, noch bevor ein Patient im eigenen Hause zu Schaden kommt.



pasis Prozess – von der Meldung zum Erfolg

Auswertung von Ereignisberichten aus *pasis*



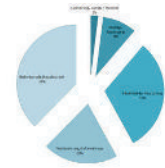
Strukturierte Analyse

Eine Auswertung von Zwischenfällen kann retrospektiv über eine Root-Cause-Analyse (RCA) erfolgen. Hierbei wird versucht, die betragenden Faktoren für das Entstehen eines Ereignisses zu identifizieren. Alternativ kann im Sinne einer Failure-Mode-Effects-Analysis (FMEA) versucht werden prospektiv Wirkungsweisen von Fehlern zu untersuchen. Eine saubere Trennung der beiden Verfahren erscheint wichtig. Die Analyseverfahren bestehender Fehlermeldesysteme wenden überwiegend abgewandelte Formen der RCA an und arbeiten mit der Analyse einzelner Zwischenfälle. Das *tüpass* arbeitet an einer Entwicklung zur Kopplung beider Systeme. Hierbei soll über eine Korrelation von betragenden Faktoren, Cluster aus Zwischenfällen gebildet werden, die dann über eine FMEA analysiert werden können und so zur Erhöhung der Patientensicherheit beitragen. Ein Beispiel hierfür ist der Umgang mit Medizinprodukten.

One should assume that if errors can occur, they will occur and that design may be a factor.
Dick Sawyer, Do it by Design

Eine echte statistische Auswertung der eingegangenen Fallberichte ist nicht möglich, da die Grundgesamtheit nicht bekannt ist. Dennoch macht es Sinn, ein besonderes Augenmerk auf häufig gemeldete Probleme zu legen.

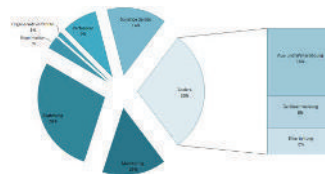
Es wurden 2315 Ereignisberichte aus *pasis* im Hinblick auf Probleme mit medizinischen Geräten oder deren Bedienung untersucht. Davon wurden 573 Ereignisberichte direkt mit medizinischen Geräten oder der Benutzung von medizinischen Geräten verknüpft. Das bedeutet, dass ca. 25% der gemeldeten Ereignisse eine eindeutige Verknüpfung zwischen Patientengefährdung und Medizintechnik haben. Nimmt man die „weichen“ zu Grunde liegenden Faktoren, wie Aus- und Weiterbildung, Geräteeinweisungen und Einarbeitung in Bezug auf medizinische Geräte hinzu, kommt man auf eine Zahl von 913 Ereignisberichten. 344 Ereignisberichte wurden mit dem Attribut Gebrauchstauglichkeit versehen, somit haben diese Ereignisse einen direkten Zusammenhang mit schlecht gestalteten Interfaces und unverständlichen Bedienkonzepten.



Auswertung Analyseeinheiten

Bei der Auswertung nach Gerätegruppen fällt auf, dass Beatmungsgeräte einen hohen Anteil haben. Dies liegt sicher daran, dass ein Großteil der Fälle aus Anästhesieabteilungen gemeldet werden.

Aber auch Probleme in der Aus- und Weiterbildung in Korrelation mit Problemen bei der Bedienung von medizinischen Geräten scheinen eine große Bedeutung zu haben. Darüber hinaus scheint die Bedienbarkeit / Brauchbarkeit von Medizinprodukten für die Melder eine große Rolle zu spielen. Gelänge es, diese Fälle sinnvoll zu clustern, könnten aus der Analyse die Ursachen und Wirkungsweisen bei Zwischenfälle eruiert werden und diese in Zusammenarbeit mit der Industrie bei der weiteren Entwicklung und Validierung wertvolle Hinweise geben. Hiermit könnte ein großer Beitrag für die Sicherheit von Medizinprodukten und damit für die Patientensicherheit als Ganzes geleistet werden.



Auswertung beschreibender Schlagwörter.

Checkliste zur Überprüfung der Patientensicherheit auf pädiatrischen Stationen – Entwicklung auf der Basis der Evaluation von Notfallsimulationstrainings in deutschen Kinderkliniken

Julia Keil⁽¹⁾, Florian Hoffmann⁽¹⁾, Ellen Heimberg⁽²⁾, Martina Michaelis^(3,4), Monika A. Rieger⁽³⁾, Oliver Heinzl⁽²⁾

(1) Kinderklinik und Kinderpoliklinik im Dr. von Hauner'schen Kinderspital der Ludwig-Maximilians-Universität München
(2) Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Tübingen
(3) Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Tübingen
(4) Freiburger Forschungsstelle Arbeits- und Sozialmedizin (FFAS)

1. Hintergrund

- Die Notfallversorgung von kritisch kranken Kindern ist höchst anspruchsvoll für Behandlungsteams.
- Mangelnde Routine, höchste emotionale Belastung und strukturelle Defizite führen zur Beeinträchtigung der Versorgungsqualität.
- Aufgrund der Seltenheit lebensbedrohlicher Notfälle im Kindesalter wird zur Verbesserung der Patientenversorgung in den letzten Jahren zunehmend medizinisches Simulationstraining propagiert.
- Der Verein PAEDSIM e.V. – ein Kooperationsprojekt mehrerer Uniklinika - führt seit 2007 mehrtägige Inhouse-Simulationstrainings an deutschen Kinderkliniken durch.
- Diese Schulungen werden evaluiert und dienen als Basis für weitere wissenschaftliche Fragestellungen.

2. Methoden

- Rahmen: 19 Inhouse-Simulationstrainings (2,5 Tage) durch Trainer/innen der Arbeitsgruppe PAEDSIM e.V. in deutschen Kinderkliniken in den Jahren 2009-2011.
- Vorarbeiten: Schriftliche Rückmeldungen im Anschluss an die Trainings (Leitfragen: Vorhaltung von Notfallausrüstung, logistische Abläufe, Zwischenfallsmanagement).
- Auswertung und Zusammenfassung dieser Evaluationen in tabellarischer Form.
- Extraktion der sicherheitsrelevanten Items und Verschlagwortung.
- Ergänzung durch Inhalte aktueller Leitlinien und Empfehlungen zur Kindernotfallausrüstung.
- Gliederung der Checkliste in 6 sicherheitsrelevante Bereiche:
 - Patientensicherheit ...
 - im Fall einer Notfallalarmierung
 - im Notfall- bzw. Schockraum
 - bei der Ausstattung des Notfallequipments
 - bei der Ausstattung an Notfallmedikamenten
 - Technical Skills des ärztlichen und pflegerischen Personals
 - Organisation des Zwischenfallmanagements
- Checkliste kann teilweise während einer Begehung ausgefüllt werden (Räumliche Anordnung der Ausrüstung, Beschriftung etc.). Die Beantwortung von Fragen zu logistischen Abläufen erfordert stationsinternen Sachverstand. Eine Befragung von Mitarbeitern ist deshalb notwendig.

3. Erste Ergebnisse

- Identifizierung von insgesamt 431 sicherheitsrelevanten Items in 19 Kliniken.
- Kategorisierung der identifizierten Sicherheitsmängel in 66 Hauptaspekte.
- Hohe Anzahl von Sicherheitsmängeln in den Kategorien Equipment (24) und Logistik (15), z.B. durch Lagerung von Notfallequipment an verschiedenen Stellen sowie Vorhaltung von umfangreichem, nicht zur Notfallversorgung benötigtem Material.
- Abbildung 1 zeigt einen Auszug der Checkliste für die Beurteilung eines im Hinblick auf die Patientensicherheit „idealen“ Notfallraums
- Abbildung 2 zeigt Fragen zur Logistik bei der Alarmierung

NOTFALLRAUM / SCHOCKRAUM		Abb. 1
1.1. Notfallraum bzw. Schockraum vorhanden? (Bei „nein“ → weiter mit 3.1)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein →	
1.1.1. ... jederzeit für Notfälle verfügbar?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein →	
1.1.2. ... in der Nähe der Intensivstation?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein →	
1.1.3. Patienteneinlege von mind. 3 Seiten aus erreichbar?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein →	
1.1.4. Monitor(s) für passives Team sichtbar?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein →	
1.1.6. Beatmungsgerät im Raum vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein →	

TECHNICAL SKILLS		Abb. 2
1.1. Geräteschulungen vorhanden? (z.B. für Diffiblast, Beatmungsgeräte, Monitor) (Bei „nein“ weiter mit 3.1.1)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein →	
1.1.1. ... regelmäßig durchgeführt? (z.B. für Diffiblast, Beatmungsgeräte, Monitor) → ca. ... x pro Jahr	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein →	
1.1.2. ... für alle Mitarbeiter Pflicht?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein →	
„Notfallbeauftragter“ aus dem Team vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein →	
1. Reanimationstrainings vorhanden? (Bei „nein“ weiter mit 3.4.1)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein →	

Ausblick

- Derzeit Praxistest und Evaluation der Checkliste im Rahmen weiterer Inhouse-Trainings.
- Anschließend konsensbasierte Abstimmung mit Experten/innen im Rahmen eines Delphi-Verfahrens.
- Einsatz der Checkliste vor und nach einem medizinischen Simulationstraining zur Erfassung eines für die Patientenversorgung relevanten Effektes der Intervention.

Zusammenhang zwischen subjektiver Bewertung von Arbeitsschutz, Patientensicherheit sowie Arbeitsbedingungen und beobachtetem sicherheitsrelevantem Verhalten von Beschäftigten

Eine explorative Analyse in einem Krankenhaus der Maximalversorgung

12. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung, 25.10.2013, Berlin (Vortrag)

Monika A. Rieger⁽¹⁾, Angelika Stage⁽¹⁾, Constanze Lessing⁽²⁾, Edwin Luntz⁽¹⁾, Martina Michaelis^(1,3)

⁽¹⁾ Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung, Tübingen ⁽²⁾ Institut für Patientensicherheit, Universität Bonn

⁽³⁾ Freiburger Forschungsstelle Arbeits- und Sozialmedizin (FFAS)

monika.rieger@med.uni-tuebingen.de

I. Hintergrund, Fragestellung, Setting und Stichprobe	IIa Methoden: Instrumente
<p>Eine checklistengestützte Beobachtung ist neben Befragungen eine Möglichkeit, die Umsetzung von Vorgaben zu Arbeitsschutz (AS), Hygiene und damit auch Patientensicherheit (PS) im Krankenhaus zu erfassen.</p> <p>Welcher Zusammenhang besteht 1. Erleben, Haltung und 2. Verhalten von Beschäftigten, d.h. zwischen</p> <p>a. der beobachteten Umsetzung entsprechender Vorgaben zu Arbeitssicherheit/ Hygiene im Krankenhaus und der von Pflegenden wahrgenommenen AS- und PS-Kultur, sowie</p> <p>b. dem Umsetzungsverhalten und von den Pflegenden selbst berichteten psychosozialen Arbeitsbedingungen?</p> <p>Setting: Krankenhaus der Maximalversorgung, 7 Kliniken / Abteilungen Stichprobe: n=270 Pflegenden auf 47 Normalstationen (Rücklauf: 37%)</p>	<p>Instrumente</p> <p>1. Erleben der Sicherheitskultur (Fragebogen – FB) - PS-bezogen: HSOPS-Original *** (10 von 12 Skalen) + 1 Global-Item - AS-bezogen: HSOPS-Adaption („Zwillinge“: 4 Skalen) + 1 Global-Item („Zwilling“) + 2 Scores, selbst entwickelt *** HSOPS: Hospital Survey on Patient Safety Culture (www.who.int/patientafety/safetysurvey/index.html)</p> <p>2. Haltung zum Arbeits-/Selbstschutz (FB) - arbeitsschutzbezogen: 4 Scores, selbst entwickelt (4-7 Items)</p> <p>3. Psychosoziale Arbeitsbedingungen: COPSOQ *** (9 von 27 Skalen) *** COPSOQ: Copenhagen Psychosocial Questionnaire (www.copsoq.de)</p> <p>4. Beobachtbares AS/PS-Verhalten - Checkliste für Stationsbeobachtung (selbst entwickelt) 50 Items: Modifikation durch <i>Verhalten</i> der Beschäftigten -> Scores (n=14: unmittelbarer Selbstschutz: „Score „Arbeits-/Selbstschutz““) (n=40: Schutz der Allgemeinheit: „Score Patientensicherheit“) (n= 6: Überschneidung zugelassen)</p>
IIb. Methoden. Datenauswertung	
<p>Datenauswertung: Explorative Korrelationstests mit stationsaggregierten Fragebogendaten: Spearmans´ rho, zweiseitig Effektstärke: ≤0,49: schwache; 0,50-0,69: moderate; ≥ 0,70: starke Korrelation</p>	

III. Ergebnisse
<p>Beobachteter Arbeitsschutz/ beobachtete Patientensicherheit (Gesamtscore, mögliche Spanne 0-3 – je höher, desto besser . Mittelwert ± Standardabw. : AS: 2,87 ± 0,15 und PS: 2,73 ± 0,10) (alle Kliniken) → deutliche Deckeneffekte, kaum Varianz zwischen den Kliniken.</p> <p>Repräsentativität : In 4 von 10 Skalen (HSOPS) und 4 von 9 Skalen (COPSOQ) → mehr als 10% bessere Werte im Vergleich mit 1) High 5s – Studie zur Patientensicherheit in 5 deutschen Krankenhäusern (HSOPS) ; 2) Deutsche COPSOQ-Datenbank (www.copsoq.de).</p>

Nr.	Quelle Var.	Pol.	Beobachtete Patientensicherheit				Beobachteter Arbeitsschutz			
			PS-rho	p	AS-rho	p	PS-rho	p	AS-rho	p
1	HSOPS1814	-	0,11	0,270	0,14	0,340	-0,09	0,142	-0,08	0,330
2	HSOPS1211	-	0,30	0,041	0,14	0,380	0,10	0,481	0,10	0,511
3	HSOPS70	-	0,28	0,054	0,37	0,010	-0,33	0,025	0,18	0,218
4	HSOPS1814	-	0,07	0,627	0,12	0,429	-0,18	0,228	-0,05	0,776
5	Item 244,291	-	0,18	0,294	0,07	0,638	-0,18	0,290	-0,02	0,899

Tab. 1: Korrelation zwischen Haltung / Erleben (Fragebogen) und Patientensicherheit und Arbeitsschutz (beobachtet **) – PS/AS „Zwillinge“
** Scores und Items aus Checkliste für Stationsbeobachtung, n= 47 Stationen
-Abk.: LE= Lernende Organisation; p= Signifikanzwert *+ -> hoch-positive Bewertung; s-e= selbst entwickelt

IV. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen
<p>Sehr gutes Arbeits-/Selbstschutz- und Patientensicherheitsverhalten (beobachtet): Deckeneffekte. Korrelationen mit rho > 0,2/ p<0,05 oder Trend zur Signifikanz (p<0,1):</p> <p>1. Beobachtbares PS-Verhalten -> vergl. höher, wenn direkter Vorgesetzter dies unterstützt, organisatorische Verbesserungen im Sinne der PS und des AS kontinuierlich erfolgen, sowie im Team eine gute soziale Unterstützung und ein hohes Gemeinschaftsgefühl besteht (Nr. 2, 3 in Tab. 1 und Nr. 25, 27 in Tab. 2).</p> <p>2. Beobachtbares AS-Verhalten -> vergl. höher, wenn mit kritischen Ereignissen offen umgegangen wird, die Pflegenden Einfluss auf die Arbeit haben und hohe Verbindlichkeiten (Bsp. "Teambesprechungen") bestehen, sowie die eigene Gesundheitsgefährdung als gering angesehen wird (Nr. 9, 21, 14, 17 in Tab. 2).</p> <p>Überraschend: a) positiv: hohe Ausprägung trotz hoher (1) quantitativer Anforderungen und starker Rollenkonflikte; b) negativ: geringe Ausprägung des beobachtbaren AS-Verhaltens bei hoher Bewertung laufend angepasster org. PS-Verbesserungen und hoher allgemeiner Wahrnehmung von Patientensicherheitsaspekten (Nr. 3, 7 in Tab. 1 und Nr. 19, 20 in Tab. 2).</p> <p>Mögliches Fazit: Im Konfliktfall scheinen sich Pflegende eher um die PS zu kümmern als um den AS. Dieser Eindruck sollte weiter untersucht werden.</p> <p>Limitationen: Inhaltliche Validität der Checkliste besteht, Inter-Rater-Reliabilität, Diskriminationsfähigkeit, Retest-Güte jedoch nicht überprüft. Beobachtung erfolgte nur einmalig und mit Vorankündigung.</p> <p>Fazit: Die checklistengestützte Beobachtung von PS/AS kann Befragungen, Chart Reviews, CIRS etc. <i>ergänzen</i>, -> als alleinige Beurteilung jedoch nicht ausreichend.</p>

Nr.	Quelle Var.	Pol.	Korrelation mit PS		Korrelation mit AS	
			r	p	r	p
6	HSOPS1814	+	0,18	0,300	0,18	0,300
7	HSOPS1814	+	0,18	0,300	0,18	0,300
8	HSOPS1814	+	0,18	0,300	0,18	0,300
9	HSOPS1814	+	0,18	0,300	0,18	0,300
10	HSOPS1814	+	0,18	0,300	0,18	0,300
11	HSOPS1814	+	0,18	0,300	0,18	0,300
12	HSOPS1814	+	0,18	0,300	0,18	0,300
13	HSOPS1814	+	0,18	0,300	0,18	0,300
14	HSOPS1814	+	0,18	0,300	0,18	0,300
15	HSOPS1814	+	0,18	0,300	0,18	0,300
16	HSOPS1814	+	0,18	0,300	0,18	0,300
17	HSOPS1814	+	0,18	0,300	0,18	0,300
18	HSOPS1814	+	0,18	0,300	0,18	0,300
19	HSOPS1814	+	0,18	0,300	0,18	0,300
20	HSOPS1814	+	0,18	0,300	0,18	0,300
21	HSOPS1814	+	0,18	0,300	0,18	0,300
22	HSOPS1814	+	0,18	0,300	0,18	0,300
23	HSOPS1814	+	0,18	0,300	0,18	0,300
24	HSOPS1814	+	0,18	0,300	0,18	0,300
25	HSOPS1814	+	0,18	0,300	0,18	0,300
26	HSOPS1814	+	0,18	0,300	0,18	0,300
27	HSOPS1814	+	0,18	0,300	0,18	0,300

Tab. 1: Korrelation wie Tab. 1 (non-„Zwillinge“)

Weiterer Forschungsbedarf: Erleben und Handeln der Akteure, Ziel: größere Stichprobe -> multivariate Analyseverfahren.

VII

Posterpräsentation

Strukturen & strukturelle Veränderungen

Moderation: Prof. Dr. Monika A. Rieger, Koordinierungsstelle Versorgungsforschung



Breast Cancer Center



Head
Professor Dr. med. Eva-Maria Grischke

Vize-Head
PD Dr. med. Markus Hahn

- Departments Involved**
- Gynecology
 - Diagnostic and Interventional Radiology
 - Pathology
 - Radiation Oncology
 - Nuclear Medicine
 - Medical Oncology

- Future Goals/Steps**
- Pathway development for patients with hereditary breast cancer
 - Development of new concepts for primary systemic breast cancer treatment
 - Evaluation of minimal residual disease to predict and monitor systemic breast cancer treatment efficacy
 - Implementation of genetic signatures for individualized primary breast cancer treatment
 - Improvement of imaging procedures for breast cancer

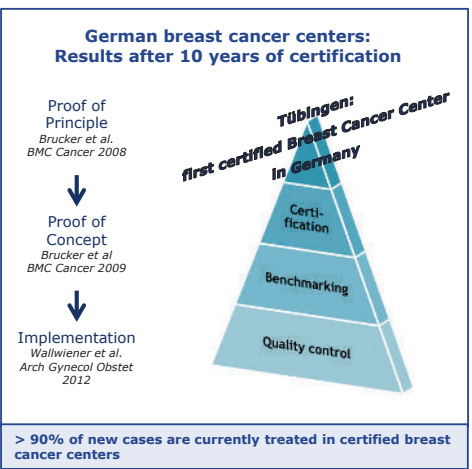
Selected Clinical Trials

- PULSION (IIT):** ICG fluorescence technique for the detection of sentinel Lymph nodes (SLN) in breast cancer
- PREGNANT (IIT):** Prospective academic translational research network to improve the quality of oncologic patient care in primary and advanced breast cancer
- GAIN II: (Phase III):** Adjuvant phase III trial to compare intense dose-dense adjuvant treatment with EnPC to dose dense, tailored therapy with dTEC-dTd for patients with high-risk early breast cancer
- PENELOPE-B (Phase III):** A Study of Palbociclib in Addition to Standard Endocrine Treatment in Hormone Receptor Positive Her2 Normal Patients With Residual Disease After Neoadjuvant Chemotherapy and Surgery
- PUMA-NALA (Phase III):** A Study of Neratinib Plus Capecitabine Versus Lapatinib Plus Capecitabine in Patients With HER2+ Metastatic Breast Cancer Who Have Received Two or More Prior HER2 Directed Regimens in the Metastatic Setting

No. of patients in clinical trials (2013): 134

No. of treated patients	2012	2013
Breast cancer	743	831

- Highlights / Achievements since Last Visit**
- Quality management by the clinical pathway
 - Development of new diagnostic procedures
 - Elite center for Fertiprotect
 - Expansion of the regional breast cancer network
 - Strengthen of psycho-oncologic support



Selected Publications

- Gruber I, Fehm T, Taran FA, Wallwiener M, Hahn M, Wallwiener D, Krawczyk N, Hoffmann J, Hartkopf AD: **Disseminated tumor cells as a monitoring tool for adjuvant therapy in patients with primary breast cancer.** *Breast Cancer Res Treat* 2014.
- Hartkopf AD, Taran FA, Wallwiener M, Hagenbeck C, Melcher C, Krawczyk N, Hahn M, Wallwiener D, Fehm T: **The presence and prognostic impact of apoptotic and nonapoptotic disseminated tumor cells in the bone marrow of primary breast cancer patients after neoadjuvant chemotherapy.** *Breast cancer research* 2013, **15**(5):R94.
- Hartkopf AD, Banys M, Meier-Stiegen F, Hahn M, Rohm C, Hoffmann J, Helms G, Taran FA, Wallwiener M, Walter C et al.: **The HER2 status of disseminated tumor cells in the bone marrow of early breast cancer patients is independent from primary tumor and predicts higher risk of relapse.** *Breast Cancer Res Treat* 2013, **138**(2):509-517.
- Gruber IV, Rueckert M, Kagan KO, Staebler A, Siegmann KC, Hartkopf A, Wallwiener D, Hahn M: **Measurement of tumour size with mammography, sonography and magnetic resonance imaging as compared to histological tumour size in primary breast cancer.** *BMC Cancer* 2013, **13**:328.
- Hartkopf AD, Banys M, Krawczyk N, Staebler A, Becker S, Hoffmann J, Hahn M, Wallwiener M, Fehm T: **Bone marrow versus sentinel lymph node involvement in breast cancer: a comparison of early hematogenous and early lymphatic tumor spread.** *Breast Cancer Res Treat* 2012, **131**(2):501-508.

Saving continuity of care by improving communication and information between hospitals and Primary Care Physicians (PCP) in Germany with Integrated Health Intelligence (IHI) and Team Learning

M. Holderried^{1,2}, J. Maschmann¹, M. Bamberg¹, C. Ernst²
¹Tuebingen University Medical Center, Germany
²Institut of Health Care and Public Management, Hohenheim University, Germany

Introduction:
In Germany timely an accurate discharge summaries are very important for communication and information transfer in intersectoral care. Thus delayed and incomplete communication between hospitals and Primary Care Physicians (PCP) may negatively affect continuity of care and patient safety.

Objectives:
Implementation of IT-supported Team Learning for improving the quality and timeliness of discharge summaries by (1) Developing an Integrated Health Intelligence (IHI) application for making invisible Performance Indicators visible, (2) Standardization of generating the discharge summaries with IT-support, and (3) Using the IHI-application for interdisciplinary feedback workshops to identify and improve deficits in communication and information transfer by Team Learning.

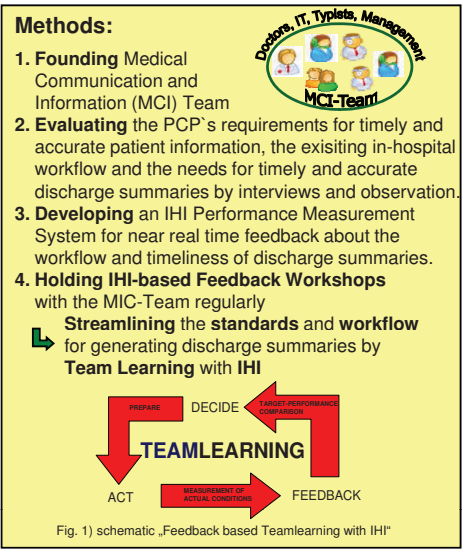


Fig. 1) schematic „Feedback based Teamlearning with IHI“

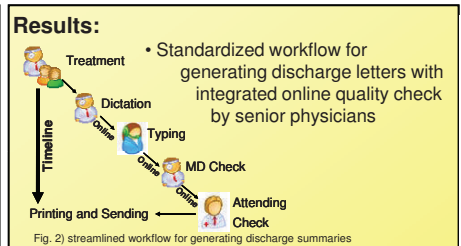


Fig. 2) streamlined workflow for generating discharge summaries

- IHI Performance Measurement System for automated and near real time feedback about the present workflow

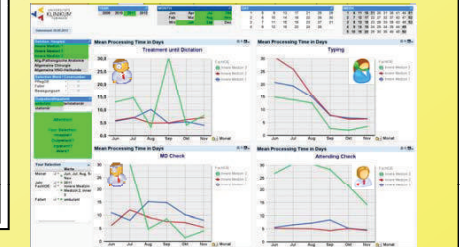


Fig. 3) Screenshot „IHI Performance Measurement System“

Results:

- Standard format and requirements for the included elements of discharge summaries according to the „JCAHO Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations“
- Semi-automated integration of lab, pathology, and microbiology test results

Overall improved timeliness of information transfer (n= 3501 discharge summaries)

inpatient summaries: 47,8% (23 to 12 days)
outpatient summaries: 41,7% (48 to 28 days)

Conclusion:
Based on Team Learning with Integrated Health Intelligence various interventions can be developed, implemented and self-directed by the hospital staff. These interventions are highly effective for timeliness, completeness, efficiency, and overall quality of communication and information transfer. Thus Team Learning with IHI-based near real time feedback is very effective for saving quality and safety in continuity of care.

Erste online Arzt-Patienten-Kommunikation mit IT-gestützter Terminbuchung und Ressourcenplanung am Cochlear-Implant-Centrum Tübingen

M. Holderried, H. Löwenheim, P.S. Mauz, H.P. Zenner, M. Pfister
Universitätsklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde

Einleitung:

In vielen Lebensbereichen ist das Internet nicht mehr wegzudenken. Online-Shopping oder –Flugbuchung sind inzwischen selbstverständlich. Für Hörgeschädigte und Gehörlose sowie für Patienten mit Sprech- und Sprachstörungen bietet das Internet eine neue Dimension der Arzt-Patienten-Kommunikation.

Methoden:

Am Cochlear-Implant-Centrum Tübingen wird eine Web 2.0 basierte Plattform für die Verbesserung der Arzt-Patienten-Kommunikation und der klinikinternen Ressourceneinsatzplanung sowie für den Aufbau eines Ärzte-Netzwerks eingesetzt. Allgemeine Fragen und Terminbuchungen können von Patienten und niedergelassenen Ärzten selbstständig zu jeder Tages- und Nachtzeit online getätigt werden. Für alle buchbaren Terminarten sind die dazugehörigen Behandlungsabläufe hinterlegt. Damit werden je nach gebuchter Terminart die klinikinternen Ressourcen (Arzt, Raum, Audiologie,..) für die entsprechenden Zeitenfernter belegt.

Ergänzend unterstützt das System automatisierte E-Mails und SMS an die Patienten für Terminerinnerungen, -verschiebungen und für den Austausch von allgemeinen Informationen.

Abb. 1) Web 2.0 basiertes Kommunikationsnetzwerk schematisch



Abb. 2) Screenshots der sehr einfachen online-Terminbuchung für die verschiedenen Sprechstunden des Cochlear-Implant-Centers

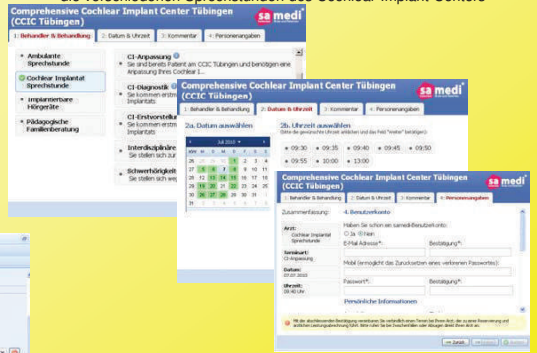


Abb. 3) Ressourcenkonsum für die Terminart CI-Diagnostik zur automatisierten Vergabe freier Zeitfenster und effizienter, klinikinterner Ressourcennutzung

Ergebnisse:

Bereits in den ersten 5 Monaten wurden 12.8% der Termine des Cochlear-Implant-Centrum Tübingen über das Online-Portal vereinbart. Die online Arzt-Patienten-Kommunikation steigert die Servicequalität vor allem für Hörgeschädigte und Gehörlose sowie für Patienten mit Sprech- und Sprachstörungen. Die Top 3 der „User-Zufriedenheit“ aus Patientensicht sind die webbasierte Kommunikationsmöglichkeit, die flexible Terminvereinbarung und die Terminerinnerung. Klinikintern führt die Kombination mit der IT-gestützten Planung des Ressourcenkonsums zu transparenten und optimierten Abläufen mit weniger Administration sowie Zeit- und Kostenvorteilen und einer erhöhten Mitarbeiterzufriedenheit.

Schlussfolgerung:

Die Online-Plattform für Patienten, Kliniken und niedergelassene Ärzte eignet sich besonders für die Arzt-Arzt-Patienten-Kommunikation über die Grenzen des Untersuchungszimmers hinaus. Sie unterstützt die Behandlung und ermöglicht eine effiziente Ablauforganisation zu Sicherung und Verbesserung von Qualität, Sicherheit, Effektivität und Effizienz der Gesundheitsversorgung und steigert die Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit.

Einführung arbeitszeitrechtlich konformer Dienstmodelle für Ärztinnen und Ärzte: 5 Jahre Erfahrungen am Univ. Klinikum Tübingen

J. Maschmann¹, G. Blumenstock², D. Rau³, B. Gesche¹, M. Holderried¹, M. Wilke⁴, M. A. Rieger⁵
¹Zentralbereich Medizin, ²Institut für Med. Biometrie, ³Personalabteilung, ⁴Abt. für Neuropädiatrie, ⁵Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung am Universitätsklinikum Tübingen (UKT)

Einführung:

Mit der Umsetzung der Europäischen Arbeitszeitrichtlinie (2003/88/EG) in nationales Recht 2007 wurden Anpassungen der Arbeitszeitmodelle im ärztlichen Dienst notwendig, die darüber hinaus auf die tatsächliche Einhaltung der arbeitszeitrechtlichen Vorgaben zu überprüfen waren.

Zielsetzung:

1. Entwicklung arbeitszeitrechtlich konformer Dienstmodelle für Ärztinnen und Ärzte am UKT
2. Einführung einer elektronischen Dienstplanung und Dienstzeitendokumentation
3. Etablierung eines Monitoringsystems für arbeitszeitrechtliche Fragestellungen
4. Personalkostenneutrale Umsetzung

Methoden:

1. Einrichtung einer interprofessionellen Arbeitsgruppe und Etablierung einer Projektstruktur
 2. Gemeinsame Entwicklung neuer Dienstmodelle zusammen mit den betroffenen Klinikern
 3. Einführung von elektronischer Dienstplanung und Dokumentation der Arbeitszeiten
 4. Entwicklung einer Auswertungsroutine zur Auswertung arbeitszeitrechtlicher Aspekte und jährliche Feedback-Gespräche mit den Klinikern
- **Pilotkliniken** waren die Kliniken für Gynäkologie und Geburtshilfe, Anästhesiologie, Neurochirurgie und Allgemeine, Viszeral- und Transplantationschirurgie, Einführung neuer Dienstmodelle in 2008
- **Statistik:** Vergleich der 10h-Tageshöchstarbeitszeitgrenze (10h-TAZ) zwischen Ein-, Zwei- und Dreischichtsystemen nach log. Transformation mittels linearer Regression (ANOVA). Vergleich der Personalkosten und der stationären Erlöse zwischen Interventions- und Kontrollkliniken mittels student t-test.



Ergebnisse:

Die Auswertungen der 10h-TAZ in den Pilotkliniken 2009 ergab signifikant mehr Überschreitungen bei Einschicht- im Vergleich zu Mehrschichtsystemen (s. Abb. 1).

Die Entwicklung der Überschreitung der 10h-TAZ sowie der durchschnittlichen Wochenarbeitszeit (dWAZ) zeigt Tab. 1.

	2009	2010	2011	2012	2013
Anzahl der Ärzte (n)	331	468	517	552	731
Überschreitungen dWAZ (n)	70	126	140	112	106
Überschreitungen dWAZ (%)	21,1%	26,9%	27,1%	20,3%	14,5%
Überschreitungen 10h-TAZ (%)	13,9%	15,8%	12,3%	14,8%	9,8%

Tab. 1: Anzahl der Ärzte in neuen Dienstmodellen mit Überschreitungen der dWAZ und der 10h-TAZ (Median) von 2009-2013

Der Vergleich der Quotientendifferenz „ärztl. Personalkosten pro Casemix-Punkt“ jeweils im Jahr vor und nach der Einführung zeigte keine signifikanten Unterschiede zwischen den Interventionskliniken (mit neuem Dienstmodell, Stand 2012) und den Kontrollkliniken (noch ohne neues Dienstmodell) (Abb. 2).

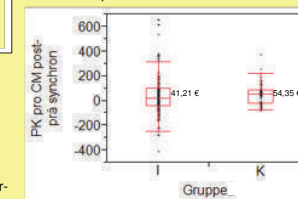


Abb. 2) Differenz der monatlichen Personalkosten (PK)/Casemixpunkt (CM) (Mittelwerte) aller 11 SP-X-Projektkliniken (I, n=132 vs. 5 Kontrollkliniken* (K, n=60). Nicht signifikant (p=0,46). *K: HNO, Radioonkologie, Augen, Haut, Neurologie

Ergebnisse der Mitarbeiterbefragungen 2008 und 2013 auf die Frage: Mein Dienstplan wird rechtzeitig veröffentlicht (immer, meistens, selten, nie, Abb. 3)

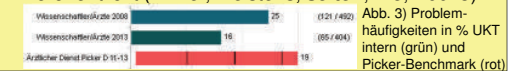


Abb. 3) Problemhäufigkeiten in % UKT intern (grün) und Picker-Benchmark (rot)

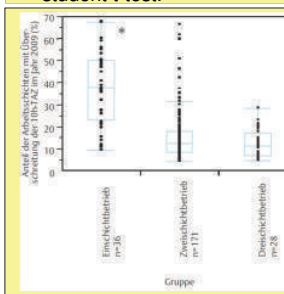


Abb. 1) Relative Häufigkeit von Überschreitungen der 10 h-Tagesarbeitszeithöchstgrenze (10h-TAZ) in Abhängigkeit vom Schichtsystem; Darstellung der relativen Häufigkeit von Überschreitungen bezogen auf die Anzahl maximal möglicher Überschreitungen pro Mitarbeiter im Jahr 2009. *Einschichtbetrieb (n = 36) signifikant abweichend von Zwei- (n = 171) und Dreischichtbetrieb (n = 28) (p<0,001), kein Unterschied zwischen den Mehrschichtsystemen (p > 0,18).

Conclusion:

Der interdisziplinäre Ansatz zur Erstellung arbeitszeitgesetzkonformer Dienstmodelle mit Ergebnisfeedback führte zu einer akzeptablen und sich verbessernden Einhaltung der beiden Parameter dWAZ und 10h TAZ im ärztlichen Dienst des UKT ohne signifikante Kostensteigerungen. Die Zufriedenheit mit der Dienstplanerstellung hat zwischen 2008 und 2013 deutlich zugenommen. **Literatur:** Maschmann et al. Gesök & QM 2011, Acta Neurochir. 2012, Anästhesie 2012, Geburtsh. & Frauenheilk. 2013

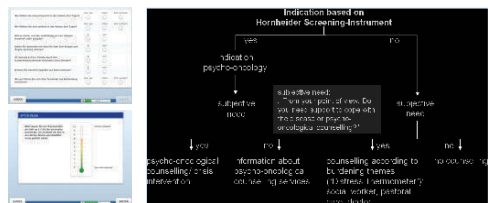
Psycho-Oncology

Involved Organ Cancer Centres
Breast Cancer Center
Center for Gynaeco-Oncology
Center for Dermato-Oncology
Center for Head and Neck Cancer
Haemat oncology
Center for Gastrointestinal Oncology
Radiation Oncology

Research Focus
Cancer related distress
Electronic psycho-oncological assessment
Clinical psycho-oncological pathways
PO-Interventions (face-to-face, e-counselling)

Projects

Psycho-oncological pathways
Development of psycho-oncological pathways based on the electronic psycho-oncological screening, implementation in clinical routine and evaluation of pathways
Acceptance of a Computer Based Screening
For electronic psycho-oncological screening (ePOS) a computer-software has been developed to replace paper-pencil-questionnaires. The acceptance of patients as well as the feasibility of implementation in clinical routine has been validated.
Gold-standard evaluation of PO screening
Evaluation of recommended Screening instruments (DT, HSI, HADS, PHQ-2, EORTC-QLQ-C30, Fragebogen zur Belastung von Krebskranken FBK) using clinical expert-interviews (PO-BaDo, SKID, ICD-10-Checklisten)



Cancer Related Distress
Measuring distress, mental health and subjective need for psycho-oncological treatment of cancer patients in the course of treatment (e.g. Breast cancer, gynaecological cancer, stem cell transplantation, melanoma, head and neck carcinoma).
Distress in Outpatient Chemotherapy
Cross-sectional-study to measure distress, mental health and subjective need during outpatient chemotherapy (breast & gynaecological cancer)

Contact
Prof. Dr. Stephan Zipfel , Head of Department of Psychosomatic Medicine and Psycho-Oncology Dr. Martin Teufel , Deputy department head Dipl. Psych. Martin Wickert , Head of the Section of Psycho-Oncology

German CCC Multicenterstudy on the Utilisation of PO Services of Cancer Patients
Acceptance of PO services by patients in clinical routine. A comparative evaluation of patients with wish for and patients who denial PO services.
Attachment, coping, religiosity
Attachment style, coping strategies, religiousness as possible mediating factors of cancer related distress
Religiosity and Distress
Prospective pilot-study with dermal cancer patients: religiosity as possible stabilizing resource
Evaluation of unmet needs and wants
Assessment of psychosocial needs and wants relating to distress, attachment and quality of life in women with cancer. Special focus on patients with BRCA, survivorship, and gender aspects.

Psychoeducational group and web-based intervention
Skills-training (face-to-face groups and web-based) for women with breast cancer, based on evaluated unmet needs and wants.

Evaluation of Supportive Interventions in Children of Cancer Patients (KiKe)
Arts therapy for children of cancer patients and expert guided psychosocial interventions for families

Prospect: e.g. E-Counselling
Development and implementation of a telehealth intervention program for cancer patients living far from our centre or those who suffer under several additional limitations and barriers for a personal contact. Further projects: distress in the course of somatic treatment, dose of counselling/ stepped care, psycho-oncological group counselling, dimensions of psycho-oncological needs

Selected publications
Schäffeler, N., P. Enck, I. Riessen, D. Seitz, A. Marme, D. Wallwiener, and S. Zipfel, Screening for mental stress and the wish for psychological support in patients with breast cancer. <i>Z Psychosom Med Psych</i> , 2010. 56(2): p. 207-19.
Schäffeler, N., K. Pfeiffer, E.M. Grischke, D. Wallwiener, C. Garbe, S. Zipfel, and M. Teufel, Acceptance and Reliability of an Electronic Psychooncological Screening of Patients with Breast Cancer: a Randomized Controlled Study. <i>Psychother Med Psych</i> , 2013. 63(9/10): p. 374-380.
Teufel M, Schäffeler N, Zipfel S. Better Regulation of Clinical Pathways. Computer-based Screening in Psycho-Oncology. <i>Dtsch Arztebl</i> 2014; 111: 208-209



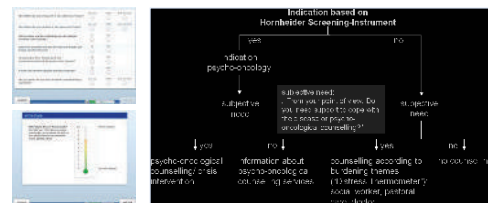
Psycho-Oncology

Involved Organ Cancer Centres
Breast Cancer Center
Center for Gynaeco-Oncology
Center for Dermato-Oncology
Center for Head and Neck Cancer
Haemat oncology
Center for Gastrointestinal Oncology
Radiation Oncology

Research Focus
Cancer related distress
Electronic psycho-oncological assessment
Clinical psycho-oncological pathways
PO-Interventions (face-to-face, e-counselling)

Projects

Psycho-oncological pathways
Development of psycho-oncological pathways based on the electronic psycho-oncological screening, implementation in clinical routine and evaluation of pathways
Acceptance of a Computer Based Screening
For electronic psycho-oncological screening (ePOS) a computer-software has been developed to replace paper-pencil-questionnaires. The acceptance of patients as well as the feasibility of implementation in clinical routine has been validated.
Gold-standard evaluation of PO screening
Evaluation of recommended Screening instruments (DT, HSI, HADS, PHQ-2, EORTC-QLQ-C30, Fragebogen zur Belastung von Krebskranken FBK) using clinical expert-interviews (PO-BaDo, SKID, ICD-10-Checklisten)



Cancer Related Distress
Measuring distress, mental health and subjective need for psycho-oncological treatment of cancer patients in the course of treatment (e.g. Breast cancer, gynaecological cancer, stem cell transplantation, melanoma, head and neck carcinoma).
Distress in Outpatient Chemotherapy
Cross-sectional-study to measure distress, mental health and subjective need during outpatient chemotherapy (breast & gynaecological cancer)

Contact
Prof. Dr. Stephan Zipfel , Head of Department of Psychosomatic Medicine and Psycho-Oncology Dr. Martin Teufel , Deputy department head Dipl. Psych. Martin Wickert , Head of the Section of Psycho-Oncology

Involved Organ Cancer Centres
Breast Cancer Center
Center for Gynaeco-Oncology
Center for Dermato-Oncology
Center for Head and Neck Cancer
Haemat oncology
Center for Gastrointestinal Oncology
Radiation Oncology

German CCC Multicenterstudy on the Utilisation of PO Services of Cancer Patients
Acceptance of PO services by patients in clinical routine. A comparative evaluation of patients with wish for and patients who denial PO services.
Attachment, coping, religiosity
Attachment style, coping strategies, religiousness as possible mediating factors of cancer related distress
Religiosity and Distress
Prospective pilot-study with dermal cancer patients: religiosity as possible stabilizing resource
Evaluation of unmet needs and wants
Assessment of psychosocial needs and wants relating to distress, attachment and quality of life in women with cancer. Special focus on patients with BRCA, survivorship, and gender aspects.

Psychoeducational group and web-based intervention
Skills-training (face-to-face groups and web-based) for women with breast cancer, based on evaluated unmet needs and wants.

Evaluation of Supportive Interventions in Children of Cancer Patients (KiKe)
Arts therapy for children of cancer patients and expert guided psychosocial interventions for families

Prospect: e.g. E-Counselling
Development and implementation of a telehealth intervention program for cancer patients living far from our centre or those who suffer under several additional limitations and barriers for a personal contact. Further projects: distress in the course of somatic treatment, dose of counselling/ stepped care, psycho-oncological group counselling, dimensions of psycho-oncological needs

Selected publications
Schäffeler, N., P. Enck, I. Riessen, D. Seitz, A. Marme, D. Wallwiener, and S. Zipfel, Screening for mental stress and the wish for psychological support in patients with breast cancer. <i>Z Psychosom Med Psych</i> , 2010. 56(2): p. 207-19.
Schäffeler, N., K. Pfeiffer, E.M. Grischke, D. Wallwiener, C. Garbe, S. Zipfel, and M. Teufel, Acceptance and Reliability of an Electronic Psychooncological Screening of Patients with Breast Cancer: a Randomized Controlled Study. <i>Psychother Med Psych</i> , 2013. 63(9/10): p. 374-380.
Teufel M, Schäffeler N, Zipfel S. Better Regulation of Clinical Pathways. Computer-based Screening in Psycho-Oncology. <i>Dtsch Arztebl</i> 2014; 111: 208-209



VII

Posterpräsentation

Schnittstellen

Moderation: Dr. med. Heidrun Sturm MPH, PhD
Koordinierungsstelle Versorgungsforschung

Kivanc Karacay¹, Andrea Kronenthaler², Zerin Devocioglu¹, Servet Akgöbek³, Lukas Nock³, Kai Budischewski³, Manfred Eissler², Friederike Wernz¹

Stellenwert der interkulturellen Kompetenz bei der hausärztlichen Versorgung von Menschen mit türkischem Migrationshintergrund bei psychischen Beschwerden

¹ Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universität Tübingen. ² Lehrbereich Allgemeinmedizin, Universität Tübingen. ³ Heidelberger Institut für Sozial- und Verhaltenswissenschaften e.V.

THEORETISCHER HINTERGRUND

Der Zugang ins psychiatrische Versorgungssystem ist für Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland dringend verbesserungswürdig. Rechtzeitiges Erkennen psychischer Beschwerden durch den Hausarzt = wesentlicher Zugangsweg zur psychiatrischen Weiterbehandlung. Sprachliche und kulturelle Verständigungsprobleme zwischen Arzt u. Patient können rechtzeitiges Erkennen psychischer Beschwerden erschweren. Insbesondere davon betroffen sind auch türkischstämmige Menschen (ca. 3 Mio. in Deutschland). Aktuelle Forderung von z.B. Gesetzgebung und Fachverband DGPPN: Bessere medizinische Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund (MH) durch Öffnung des medizinischen Systems durch Implementierung von Kulturkompetenz.

ZIELSETZUNG DER STUDIE – FORSCHUNGSFRAGEN

Untersuchung der Rolle von interkultureller Kompetenz von Hausärzten bei der Behandlung von türkischstämmigen Patienten mit psychischen Beschwerden.

- Wie bewerten Hausärzte und türkischstämmige Patienten mit psychischen Beschwerden die interkulturelle Verständigung in der hausärztlichen Sprechstunde?
- Besteht aus Sicht der Hausärzte Bedarf für eine entsprechende Schulung? Wie sollte diese konzipiert sein?
- Wie schätzen Hausärzte in Baden-Württemberg ihre interkulturelle Kompetenz ein?

METHODISCHES VORGEHEN – MIXED METHODS ANSATZ

Qualitative Methoden

3 Fokusgruppen (FG) mit Hausärzten (insgesamt 19 Teilnehmer).

15 Interviews mit türkischstämmigen Patienten der Psychiatrischen Institutsambulanz Tübingen in türkischer Sprache.

Inhaltsanalytische Auswertung (Mayring, 1997): Kategorienbasierte Auswertung der qualitativen Daten (alle FG, 10 Interviews). Die Kategorien werden induktiv und deduktiv gebildet.

Quantitativ-deskriptive Methoden

Einsatz u. Evaluation eines Selbstbewertungsfragebogens zur interkulturellen Kompetenz bei Hausärzten. Zuvor Adaptation der deutschsprachigen Version des „Clinical cultural competency questionnaire“ durch Ergebnisse der qualitativen Studienphase.

Themenbereiche/Subskalen des Fragebogens:
 A. Demografische Daten B. Wissen C. Fähigkeiten
 D. Begegnungen/Situationen E. Bewusstsein F. Aus- und Weiterbildung

VORLÄUFIGE QUALITATIVE ERGEBNISSE

Sprachliche Barrieren und kulturelle Unterschiede spielen beim Erkennen/ Schildern von psychischen Störungen für Hausärzte und Patienten **eine Rolle** – aber in unterschiedlicher Gewichtung.

Patienten:

- Je schlechter die Sprachkenntnisse umso weniger steht kulturelle Verständigung mit dem Hausarzt im Fokus.
- Legen weniger Wert auf kulturspezifische, sondern auf eine allgemeine wertschätzende und interessierte Haltung des Arztes.

Ärzte:

- Deutliche Wahrnehmung der „Andersartigkeit“ von Menschen mit MH (Stereotypen, Vorurteile Überforderung ↔ positive Erfahrungen).
- Überwiegend Interesse an einer Schulung (BIAS: Teilnahme von Ärzten mit Interesse für dieses Thema, soziale Erwünschtheit).
- Interkulturelle Kompetenz Definition: Faktenwissen ↔ Teil der sozialen Kompetenz mit Offenheit, Sensibilität, Neugier.
- Sehen deutliche Einschränkungen in der Erlernbarkeit, v.a. Abhängigkeit vom grundlegenden Interesse an der Thematik.

„Ja, also wirklich, ich meine, das Interesse muss natürlich da sein. Ob man das lernen kann, das weiß ich nicht. Aber wenn das Interesse da ist, die Kompetenz zu erwerben, wenn ich offen bin für jemanden, also das kann ich schon lernen, also die speziellen Kompetenzen. Aber klar, ob jemand, der kein Interesse hat an Fremden, ob man dem das beibringen kann, ist die Frage.“ FG.III, Abs. 377.

„Ich denke nicht, dass der Kulturunterschied eine Rolle spielt, (...) Natürlich, ein wenig ist es auch in unserer Hand, ob wir Schwierigkeiten erleben oder nicht. Warum, weil wir kein Deutsch können. Aber es ist auch so, wenn wir sehr gut Deutsch könnten, vielleicht gebe es dann eine kulturelle Auseinandersetzung. Daran denke ich auch. Also, wenn man den anderen Menschen vollständig verstehen würde, (...)“ Int. 11, Abs. 69.

„Also, wenn ein Arzt mit fremden Kulturen... Ja, er muss sich einfach wie ein Arzt verhalten.“ Int.10, Abs. 43.

NÄCHSTE STEUERUNG

Vervollständigung der inhaltsanalytischen Auswertung. Modifikation und Validierung des Fragebogens zur interkulturellen Kompetenz bei Hausärzten.

AUSBLICK

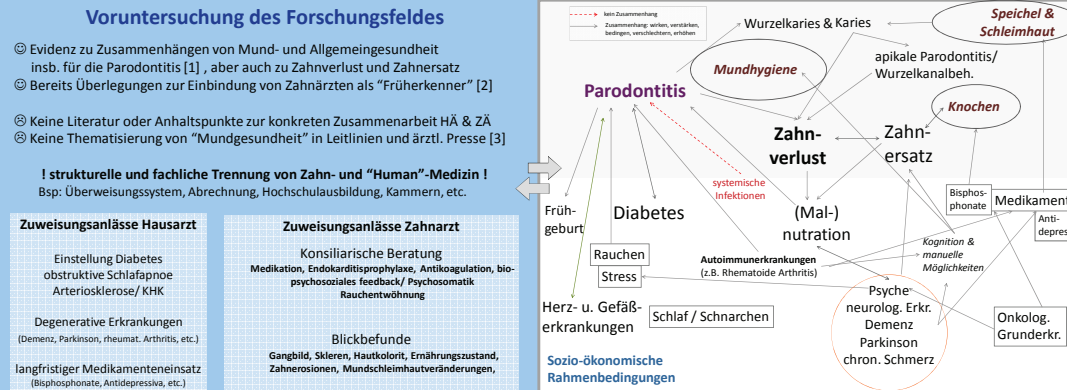
Konzeption: Wie muss die „ideale“ Schulung in interkultureller Kompetenz für Ärzte konzipiert sein (Akzeptanz, Effektivität)?
 Wirksamkeit: Kann durch eine Schulung von Hausärzten in interkultureller Kompetenz die Zuweisung von Menschen mit Migrationshintergrund ins psychiatrische Versorgungssystem verbessert werden?

Literatur: (1) Betancourt, J.R. (2006). Consult Pharm, 21, 988-95. (2) Callies, I.T., Ziegenhein, M., Gosman, J., Schmaus, M., Berger, M. & Machleidt, W. (2008). GMS Z. Med. Ausbild. 15, 1-12. Zugriff am 01.10.2012 unter <http://www.ejgms.de/en/journals/zma/2008/15/zma0000576.shtml> (3) Die Bundesregierung (2007) Zuletzt abgerufen am 01.10.2012 unter http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Archiv16/Artikel/2007/07/Anlage/2007-10-18-nationale-integrationsplan.pdf__blob=publicationFile (4) Erin und Koch 2011. Proc. Erin, Y. & Konrad. Koch, E. (2011). Psychiat Prax, 38(1), 5-7. (5) Haritz, T. & Marstedt, G. (2009). Gesundheitsmonitor Newsletter 2009-01. Zuletzt abgerufen am 01.10.2012 unter http://www.bundesgesundheitsministerium.de/Dateien/ctd/2009/01/09_gesundheitstrends2009.pdf (6) Hegemann, T. & Salmer, R. (Hrsg.) (2009). Bism: Psychiatrie (T.7) Kräfte, K., Strackmann, C., Kupferschmid, W., Garlipp, P. & Callies, I.T. (2009). In H.J. Assion (Hrsg.), Migration und seelische Gesundheit (Seiten 215-230). Heidelberg: Springer Medizin. (8) Mayring, P. (1997). Weinhelmer: Beltz. (10) Mikrozensus 2009. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2010). Fachserie 1 Reihe 2.2. (11) Penka S., Schouler-Ocak M., Heinz A., Kluge U. (2012). In: Bundesgesundheitsbl. 2012; 55: 1168-1175 (12) Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN). Stellungnahme Nr. 14 / 12.09.2012. Zuletzt abgerufen am 01.10.2012 unter http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/m Medien/downloads/pdf/Positionspapier_migration.pdf (13) Ratzum, O., Zerb, H., Meermann, U., Schenk, L., Brodhorst, M., Barzoka, P., Dercks, T., Glödy, S., Menkhaus, S., Salmer, R., Saß, A.C. & Ulrich, R. (2008). Berlin: Robert Koch-Institut. (14) Schouler-Ocak, M., Schepker, R., Brez, H.J., Hartkamp, N., Koch, E., Penka, S., Haut, I., Rapp, M.A., Achberger, M.C. & Heinz, A. (2010). Nervenarzt 81, 86-94.

Danksagung: Unser Dank gilt Frau Prof. Dr. med. Monika A. Rieger und allen Mitarbeitern der Koordinierungsstelle Versorgungsforschung der Medizinischen Fakultät Tübingen für die Unterstützung bei inhaltlichen und organisatorischen Fragen.

Fabian Huettig[†], Detlef Axmann[†], Dagmar Gröber-Grätz[†], Heiner Weber[†] & Monika Rieger[†]

Explorative Studie zur Zusammenarbeit von Hausärzten und Zahnärzten



ZIEL

Die Studie soll Potential für Interventionen an der Schnittstelle „Kooperation zwischen Haus- und Zahnärzten“ identifizieren, um die interdisziplinäre Patientenversorgung zu verbessern. Die Exploration dient außerdem der Hypothesen-Generierung zur weiteren quantitativen Untersuchung der Schnittstelle Allgemein- und Zahnmedizin.

Forschungsfragen

Hauptfrage: „Welches Wissen zu den Zusammenhängen zwischen Mund- und Allgemeingesundheit besteht bei Haus- und Zahnärzten; In wie weit kann es und wird es im Versorgungsalltag integriert?“

Gibt es eine Zusammenarbeit von Haus- und Zahnärzten; Wie gestaltet sie sich. Was wird als Chance, was als Barriere wahrgenommen?
 Was sind Anlässe für gegenseitige Patientenzuweisung?
 Wie gestaltet sich der Informationsaustausch für/bei Zuweisungen?
 Welche Ausprägung nehmen die Kooperationen an? (Briefe, Telefonate, Treffen)
 Was bietet dabei der strukturelle Rahmen (Krankenakte, Region)?
 Was bedeutet erfolgreiche Zusammenarbeit für die beiden Arztgruppen?
 Welche Potentiale und Barrieren sehen die Arztgruppen in der Kooperation?

Wie ist die Einstellung der einen hinsichtlich der anderen Arztgruppe?
 Welches Selbst- und Fremdbild kommunizieren die beiden Arztgruppen in den Interviews?
 Wie konnotieren Haus- und Zahnärzte Ihre Erfahrungen zur Versorgung „gemeinsamer“ Patienten?
 Gibt es kollegiale Vielfalt oder eine kleine Auswahl von Kollegen in (regelmäßigem) Kontakt?

Gibt es dabei wesentliche Unterschiede zwischen den Strukturregionen Großstadt, Metropolregion und Ländlicher Raum?

*Leitfragen

Die Leitfragen der Interviews werden mit der SPSS Methode zusammengestellt. Erstellung von Aufrechterhaltungs- und Nachfragen. Die Frageblöcke konzentrieren sich auf: Wissen, Kooperation und Erfahrungen. (Selbst- und Fremdbild der Arztgruppen sowie deren Einstellung zueinander sollen aus dem Kontext der Antworten in skalierendem Strukturieren ermittelt werden.)

Literatur

[1a] Otomo-Corgel, J., et al., *State of the science: chronic periodontitis and systemic health.* J Evid Based Dent Pract, 2012, 12(3 Suppl): p. 20-8.
 [1b] European Federation of Periodontology, *EFP-Manifesto: Perio and General Health, 2012, www.perioworkshop.efp.org*
 [2a] Greenberg, B.L., et al., *Patients' attitudes toward screening for medical conditions in a dental setting.* Journal of public health dentistry, 2012, 72(1): p. 28-35.
 [2b] Greenberg, B.L., et al., *Dentists' attitudes toward chairside screening for medical conditions.* Journal of the American Dental Association, 2010, 141(1): p. 52-62.
 [3] Huettig, F., *Impact of oral health: knowledge transfer towards German physicians.* J Dent Res 92 (Spec Iss C):199, 2013
 [4] Stefan, S., J. Richard, and U. Norbert *Der Beitrag der ländlichen Räume Baden-Württembergs zu wirtschaftlicher Wettbewerbsfähigkeit und sozialer Kohäsion – Positionsbestimmung und Zukunftsszenarien*, MLR, LBW, 2011
 [5] Mayring, P., *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken.* 11. aktualisierte und überarb. Aufl. ed. 2010, Weinheim: Beltz, 144 S.

Qualitative Methodik

Auswahl der Strukturregion
 Großstadt: Stuttgart
 Metropolregion: Reutlingen
 Ländlicher Raum [4]:
 Gammertingen / Sigmaringen

Aquisé von Interviewpartnern
 jeweils 5 Haus- und 5 Zahnärzten (max. 3 der 5 aus Qualitätszirkeln) telefonische Anfrage nach Auswahl über (Zahn-)Arzt-Suchportal der Landeskammer

Struktur und Inhalt der Interviews
 Exploratives Experten-Interview mit Leitfaden* in den Praxen der HÄ / ZÄ
 Dauer: ca. 20-30 Minuten mit Interview-Entscheidung von 40 EUR digitale Tonaufnahme zur späteren Transkription

Postskript
 Interviewerinterview
 Name, Vorname, Praxisanschrift
 Reflexion der Interviewsituation
 Quittung für Entschädigung

Strukturdaten
 Alter, Geschlecht, Berufserfahrung; Zusatzqualifikationen (z.B. Psychosomatik, Umweltmedizin, Alterszahnheilkunde)
 Praxisgröße: Anzahl der Ärzte, Räume, Patienten
 Integration in ein Zentrum / Ärztehaus?

Transkription, Inhaltsanalyse und Validierung

- Die Transkription in einem externen Schreibbüro nach Regelwerk für Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring [5].
- Technik der Zusammenfassung deduktiv und induktiv zur Kategorienbildung durch zwei Zahnärzte, zwei geprüfte wissenschaftliche Hilfskraft mit sozialwissenschaftlichem Hintergrund
- Strukturierung erfolgt nach Konsensbildung zum Kategoriensystem zwischen den o.g. Zusammenfassenden mit Software MaxQDA 11 plus . Diese Strukturierung findet inhaltlich aber auch skalierend statt. z.B. Häufigkeit (selten/nie – unregelmäßig – regelmäßig – häufig) Realisierung (möglich/unmöglich – findet statt/nicht statt – problematisch/unproblematisch) Ausprägung der Kooperation (schriftlich – fernmündlich – persönlich – indirekt) Erfahrungen mit der anderen Arztgruppe (gut – ambivalent – schlecht) Eigene/ fremde Kompetenz (kompetent – ambivalent – inkompetent)
- kommunikative Validierung in interdisziplinärem Kreis (Sozialwissenschaftler, Zahnärzte, Ärzte)
- Inhaltliche Validierung mit den Interviewpartnern und (Zahn-)Ärzten (Einladung zur moderierten Fortbildungsveranstaltung zu den Ergebnissen, Rückrufe)

Die Kooperation zwischen Betriebsärzten und Rehabilitationsmedizinern in Deutschland

Erhebung von Erfahrungen, Haltungen und Optimierungsmöglichkeiten aus Sicht verschiedener Arztgruppen und von Rehabilitanden

Susanne Völter-Mahlknecht¹, Rainer Kaluscha², Dagmar Gröber-Grätz¹, Monika A. Rieger¹
 1) Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Tübingen
 2) Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung, Uni Ulm & Therapiezentrum Federsee, Bad Buchau

I. Hintergrund und Studienziele

Ziele von Rehabilitationsmaßnahmen bei Patienten im erwerbsfähigen Alter: u.a. Erhalt der Erwerbsfähigkeit, Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, zeitnahe Wiedereingliederung am Arbeitsplatz

Gründe für derzeit unbefriedigende Wiedereingliederungsquote in Deutschland: u.a. unzureichende Kenntnisse über Arbeitsplatz des Patienten seitens Rehabilitationsmediziner, ungenügender Informationsfluss zwischen Rehabilitationsmediziner und Betriebsarzt

Ziele des Projektes: 1. Erheben von Erfahrungen und Haltungen von Betriebsärzten, Rehabilitationsmedizinern, Hausärzten und Rehabilitanden 2. Aufzeigen von Barrieren und Optimierungsmöglichkeiten für Schnittstelle zwischen Betrieb und Rehabilitationseinrichtung

II. Forschungsfragen

- Wie wird **Kooperation** von **Arztgruppen** erlebt und bewertet?
- Welche **Ausprägungen** hat Kooperation zwischen Betriebsärzten und Rehabilitationsmedizinern?
- Was erleben und was wünschen sich betroffene **Rehabilitanden** an Schnittstelle zw. Betriebsärzten und Rehabilitationsmedizinern?
- Welche **Optimierungsmöglichkeiten** benennen die beiden Arztgruppen und die Rehabilitanden?

III. Zeitplan

Zeitraum	Aktivität oder Meilenstein
1. Monat	Literaturrecherche
1. und 2. Monat	Erstellung der Interviewleitfäden, Ethikkommission
2. und 3. Monat	Rekrutierung der Teilnehmenden für Fokusgruppen
3. - 5. Monat	Durchführung der Fokusgruppen
5. - 14. Monat	Inhaltsanalytische Auswertung der Transkripte
14. und 15. Monat	Fragebogen-Erstellung (Betriebsärzte)
15. Monat	Pretest des Fragebogens
16. Monat	Workshop mit allen Arztgruppen
16. Monat	Erstellung von Optimierungsmöglichkeiten
17. und 18. Monat	Erstellen von Veröffentlichungen, Abschlussbericht

Tabelle 1: Zeitplan der Studie

Betriebsärzte	1-2 fest in einem Betrieb angestellte(r) Betriebsarzt/Betriebsärztin 1 angestellte(r) Betriebsarzt / Betriebsärztin in einem überbetrieblichen Dienst (Betreuung nur eines / weniger Betriebe) 1 angestellte(r) Betriebsarzt / Betriebsärztin in einem überbetrieblichen Dienst (Betreuung mehrerer Betriebe / KMU-Betreuung) 1 (i.d.R. angestellter(r)) Betriebsarzt / Betriebsärztin mit zusätzlicher personalärztlicher Funktion (z.B. Deutsche Post, Deutsche Bahn) 1 in eigener Praxis tätige(r) Betriebsarzt / Betriebsärztin (städtisches Gebiet) 1-2 in eigener Praxis tätige(r) Betriebsarzt / Betriebsärztin (ländliches Gebiet)
Hausärzte	1 Arzt/Ärztin aus Einzelpraxis im Einzugsbereich eines werksärztlichen Dienstes eines größeren Betriebs in der Stadt 1 Arzt/Ärztin aus Einzelpraxis im Einzugsbereich eines werksärztlichen Dienstes eines größeren Betriebs in ländlicher Region 1 Arzt/Ärztin aus Gemeinschaftspraxis im Einzugsbereich eines werksärztlichen Dienstes eines größeren Betriebs in Stadt 1 Arzt/Ärztin aus Gemeinschaftspraxis im Einzugsbereich eines werksärztlichen Dienstes eines größeren Betriebs in ländlicher Region 1 Arzt/Ärztin aus Einzelpraxis ohne besonderen Bezug zu einem Betrieb in der Stadt 1 Arzt/Ärztin aus Einzelpraxis ohne besonderen Bezug zu einem Betrieb in einer ländlichen Region 1 Arzt/Ärztin aus Gemeinschaftspraxis ohne besonderen Bezug zu einem Betrieb in der Stadt 1 Arzt/Ärztin aus Gemeinschaftspraxis ohne besonderen Bezug zu einem Betrieb in einer ländlichen Region

Tabelle 2: Geplante Zusammensetzung der Fokusgruppen (strukturelle Variation), exemplarisch für Betriebs- und Hausärzte. Legende: KMU = Kleine und mittlere Unternehmen gemäß EU-Definition (Empfehlung 2003/361/EG der Kommission vom 6. Mai 2003 [Amtsblatt L124 vom 20.5.2003].)

Die Studie wird innerhalb des Nachwuchsprogramms des Netzwerks 'Versorgungsforschung Baden-Württemberg' durchgeführt, das vom baden-württembergischen Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst und dem Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren gefördert wird.

IV. Methoden

I. Erster Projektteil - Qualitativer Ansatz: Fokusgruppeninterviews (n = 8)

- 2 Fokusgruppen pro Akteursgruppe
- Zahl pro Fokusgruppe: n = 6 – 8 Interviewpartner

Entwicklung der Schlüsselfragen des Interview-Leitfadens auf Basis von

- systematischer Literaturrecherche und
- Brainstorming innerhalb eines interdisziplinären Forscherteams

Inhalt des Interview-Leitfadens (angepasst an die jeweiligen Akteure):

- Erfahrungen und Haltungen zur Kooperation von Betriebsärzten und Rehabilitationsmedizinern
- Optimierungsmöglichkeiten

Rekrutierung und Zusammenstellung der Fokusgruppen:

- Prinzip der maximalen strukturellen Variation (Tab. 2)
- Betriebsärzte: Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte (VDBW)
- Hausärzte: Lehrärzte der Universität Tübingen
- Rehabilitationsmediziner/ Rehabilitanden: Therapiezentrum Federsee, Bad Buchau; weiteres Rehazentrum (geplant)

Digitale Aufzeichnung der Fokusgruppen (Dauer: ca. 90 Min., Tonmitschnitt und Video)

Inhaltsanalytische Auswertung der transkribierten Daten (Mayring 2003), Qualitätssicherung durch kommunikative und inhaltliche Validierung

II. Zweiter Projektteil - Quantitativer Ansatz:

- > Entwicklung eines standardisierten Fragebogens (Betriebsärzte)
- > Pretest

III. Formulierung von Lösungsansätzen zur Überwindung bzw. Reduzierung der Barrieren und Verbesserung der Zusammenarbeit unter Berücksichtigung der Erfahrungen und Wünsche der Rehabilitanden

Versorgungsforschung zu Kindern und Jugendlichen mit Autismus-Spektrum-Störung

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter
 Institut für Arbeits- und Sozialmedizin und Versorgungsforschung
 Psychologisches Institut, Arbeitsbereiche Schulpsychologie und Klinische Psychologie und Psychotherapie
 UNIVERSITÄTSKLINIK TÜBINGEN und EBERHARD-KARLS-UNIVERSITÄT TÜBINGEN

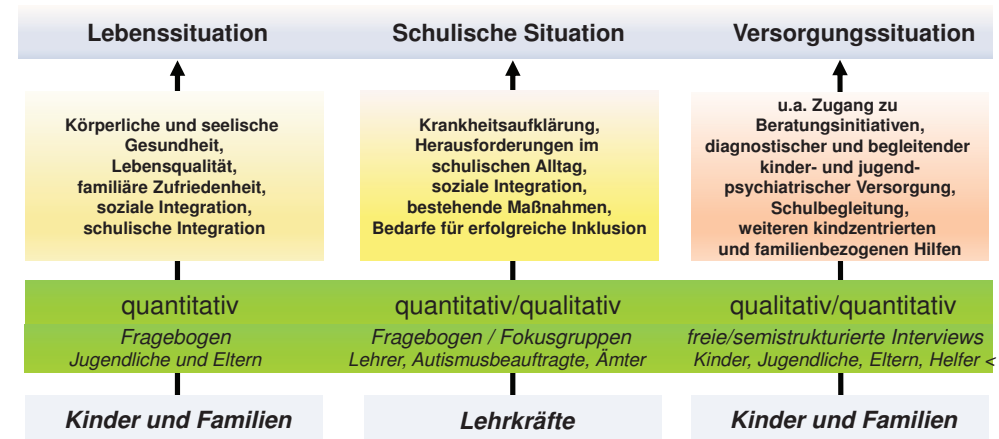
Projektbeschreibung und Ziele

Autistische Störungen bedeuten für betroffene Kinder und Jugendliche mit ihre Familien erhebliche Erschwernisse in ihrer Teilhabe an der Gesellschaft und ihrer schulisch-beruflichen Entwicklung. Dabei umfassen die Autismus-Spektrum-Störungen nicht nur schwerste Ausprägungen mit geistiger Behinderung sondern auch gut begabte Kinder und Jugendliche, bei denen die soziale Entwicklung stark eingeschränkt ist. Autistische Störungen sind nicht „heilbar“ und stellen sowohl Kinder als auch ihre Familie und das begleitende Umfeld vor enormen Herausforderungen in allen Lebensbereichen.



Dieses Spannungsfeld führt nicht selten zum Auftreten von weiteren psychischen Erkrankungen bei den Kindern und zu schweren Belastungen der Familien. Hilfen durch Beratungsstellen oder Jugendhilfe, schulische Autismusbeauftragte und Selbsthilfe-Initiativen sowie auch durch kinder- und jugendpsychiatrische und psychotherapeutische Behandlung sind geeignete und häufig notwendige Angebote zur Verbesserung der Lebenssituation von Kindern und Familien und fördern die Integration in die Gesellschaft. Dennoch sind bislang nur wenige Daten zur Versorgungslage von autistischen Kindern verfügbar.

In der vorliegenden Projektinitiative sollen in drei Schritten mit unterschiedlichem qualitativem Tiefgang die allgemeine **Lebenssituation**, die **Schulische Situation** sowie die **Versorgungssituation** von Kindern und Jugendlichen mit Autismus durch quantitative und qualitative Befragung von den Kindern und Jugendlichen selbst, deren Eltern und zugleich von ihrer begleitenden Schulen aus Lehrersicht sowie Helferperspektive aus erhoben werden.



Projektumsetzung und erwartete Wirkung in Praxis und Wissenschaft

Die Projektinitiative wird im Raum Tübingen/Reutlingen in Kooperation der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter und des Instituts für Arbeits- und Sozialmedizin und Versorgungsforschung der Universitätsklinik Tübingen, sowie des Psychologischen Instituts, Arbeitsbereiche Schulpsychologie und Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Tübingen durchgeführt.

Die Ergebnisse finden unmittelbaren Eingang in bereits bestehende und geplante gemeinschaftliche **Modellinitiativen** zur Unterstützung von autistischen Kindern und ihren Familien zusammen mit hilfegebenden Partnern wie Selbsthilfe, Jugendämtern und Schülern.

Das Projekt **Aufbau einer Koordinierungs- und Fachstelle Autismus** im Landkreis Reutlingen der Projektträger **Verein Autismus Verstehen, Ministerium für Kultur und Sport Stuttgart - Referat 35, Regierungspräsidium Tübingen - Abteilung 7, Staatliches Schulamt Tübingen, Landratsamt Reutlingen - Kreisjugendamt, Universitätsklinik Tübingen - Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter** unter der Leitung des Qualitätszirkel Autismus am Landratsamt Reutlingen wird unterstützt und evaluiert.

Weiter bildet die Projektinitiative den Ausgangspunkt für weiterführende wissenschaftliche **Projekte zur Versorgungsforschung** bezüglich Kinder und Jugendlicher mit Autismus.

Transitionsversorgung bei Seltenen Erkrankungen

TransCareO

Development of a provisional model to improve **transitional care** for female adolescents with genital malformations as an example for orphan diseases

Elisabeth Simoes^{1,2,4}, Andrea Kronenthaler³, Monika A. Rieger⁴, Kristin Katharina Rall⁵, Norbert Schäffeler⁵, Hanna Hiltner³, Dagmar Gröber-Grätz³, Esther Ueding¹, Sara Y. Brucker^{1,2}, ¹Forschungsinstitut für Frauengesundheit (Ärztliche Direktorin Prof. Dr. med. S.Y. Brucker), ²Universitäts-Frauenklinik (Ärztlicher Direktor Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. D. Wallwiener), ³Lehrbereich Allgemeinmedizin, Universität Tübingen (Leiter Bereich Forschung Dr. med. Dipl.-Phys. M. Eißler), ⁴Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung (Ärztliche Direktorin Prof. Dr. med. M.A. Rieger), ⁵Medizinische Universitätsklinik, Innere Medizin VI - Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (Ärztlicher Direktor Prof. Dr. med. S. Zipfel), ⁶Stabstelle Sozialmedizin des Universitätsklinikums Tübingen (Leitender Ärztlicher Direktor Prof. Dr. med. M. Bamberg)

Förderung: BMBWF FKZ 01GY1125

Projektleitung: Prof. Dr. med. Elisabeth Simoes

Stv. Projektleitung: Prof. Dr. med. Sara Y. Brucker

Hintergrund: Bei Seltenen Erkrankungen ist die Transition in besonderem Maß gekennzeichnet durch die Gefahr der Fehl- und Unterversorgung durch verzögerte Diagnosestellung und z.B. mangelnde Koordination.

Zielsetzung: Erstellung eines bedarfsorientierten Versorgungsmodells für die Transitionsphase

Design: multi-methodischer Ansatz in 5 Phasen mit qualitativen (u.a. problemzentrierte Leitfaden-gestützte Interviews, Szenarientwicklung) und quantitativen Elementen (Abb. 1), modulare systematische Recherche (Abb. 2)

Fragestellungen:

- Welches sind die besonderen Bedürfnisse an Versorgung und unterstützenden Maßnahmen für weibliche Jugendliche mit genitalen Fehlbildungen in der Übergangsphasen vom Kindes- zum Jugend-/ Erwachsenenalter? Welche Defizite und Hindernisse werden erlebt?

Erste Ergebnisse aus Phase 1 und 2:

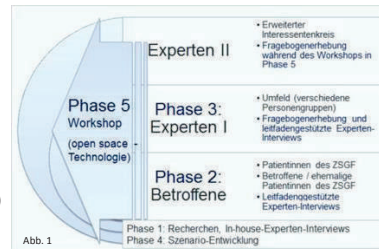
- Die speziellen Problemfelder der Transition (u.a. Sexualität, soziale Kompetenzentwicklung, Integration von Bildung und Ausbildung) wurden bisher nicht unter mehrdimensionalem Einbezug des Umfelds aufgegriffen.
- Forschungsbasierte Eckpunkte zur Versorgungsgestaltung in der Transitionsphase fehlen in sämtlichen einschlägigen Leitlinien.
- Partner_innen fanden in der bisherigen Forschung keine Berücksichtigung.
- Insbesondere das Informationsdefizit sowohl seitens von Ärzt_innen als auch der Betroffene und ihrer Angehörigen erschwert eine effektive und effiziente Versorgung.

Schlussfolgerungen:

- Der Forschungsansatz mit einer kommunikativ validierten Modellierung hin zu einem umsetzbaren Versorgungsmodell (Forschungsergebnis) stellt ein innovatives Design gestaltender Versorgungsforschung dar.
- Die Umsetzung des Verbesserungspotenzials lässt erwarten
 - erhöhte Chancen auf einen guten Outcome
 - verbesserte Adherence und
 - verbesserte soziale Integration durch passgerechten Support
 - Zusatznutzen für Frauen z.B. nach Genitalmutilationen
 - Übertragbarkeit von strukturbezogenen Erkenntnissen auf die Übergangsvorsorgung bei anderen Seltenen Erkrankungen.

Ausgewählte Publikationen

Simoes E, Kronenthaler A, Rieger MA, Rall K, Schäffeler N, Gröber-Grätz D, Ueding E, Brucker SY. Design und erste Ergebnisse einer Untersuchung zur Gestaltung der Transitionsversorgung bei Seltenen Erkrankungen am Beispiel von Patientinnen mit genitalen Fehlbildungen - Gesundheitswesen 2013; 8/9 Gröber-Grätz D, Andrea Kronenthaler A, Rieger MA, Rall K, Schäffeler N, Hiltner H, Ueding E, Brucker SY, Simoes E. Entwicklung eines Versorgungsmodells zur Verbesserung der Transitionsversorgung bei Seltenen Erkrankungen am Beispiel MRKH - Ergebnisse einer systematischen Literaturrecherche. URS: <http://www.egms.de/static/de/meetings/newmeeting.htm>. *Die Arbeit des Instituts für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung Tübingen wird finanziell unterstützt durch den Verband der Metall- und Elektroindustrie Baden-Württemberg e.V. (Südwestmetall).

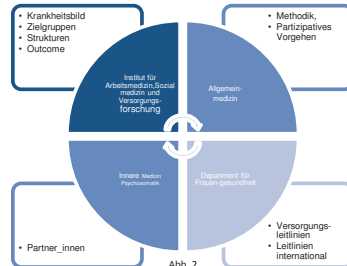


Studienteilnehmende

Betroffene: 25

Experten_innen I: 32 (12 Ärzte_innen, z.B. Kinderärzt_innen, 8 Partner_innen, 12 Eltern u.a.)

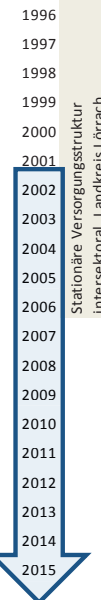
Experten_innen II: bis zu 50 interessierte Freiwillige; Teilnehmerzahl beim Validierungworkshop in Phase 5 insgesamt ca. 100 Personen aus den Personengruppen Betroffene, Exper-en_innen I und II



Versorgungsforschung zum Demographischen Wandel - Focus Frauengesundheit

im Rahmen des Modellvorhabens zur Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepten nach § 45c SGB XI, Gemeinsames Modellprojekt des Landkreises Lörrach und der Kantone Basel

Elisabeth Simoes^{1,2,4}, Esther Ueding¹, Alko Kühn³, Ralf Münich³, Sara Y. Brucker^{1,2}, ¹Forschungsinstitut für Frauengesundheit (Ärztliche Direktorin Prof. Dr. med. S.Y. Brucker), ²Universitäts-Frauenklinik (Ärztlicher Direktor Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. D. Wallwiener), ³Wirtschafts- und Sozialstatistik, Universität Trier (Lehrstuhl Prof. Dr. med. Ralf Münich, ⁴Stabstelle Sozialmedizin des Universitätsklinikums Tübingen (Leitender Ärztlicher Direktor Prof. Dr. med. M. Bamberg)



Hintergrund: Zusammenarbeit Deutschland – Schweiz im Gesundheitswesen

Förderung: Land Baden-Württemberg in Verbindung mit den Pflegekassen, Kantone Basel, Landkreis Lörrach

Projektleitung: Prof. Dr. med. Elisabeth Simoes
Stv. Projektleitung: Prof. Dr. med. Sara Y. Brucker

Zielsetzung: Erstellung eines grenzüberschreitenden bedarfsorientierten Regionalmodells zur verbundenen Pflege

Design: partizipative Gesundheitsforschung im multimodalen, multiperspektivischen Ansatz, 4-phasier modularer Aufbau

Fragestellungen: Welchen Einfluss hat der Demographische Wandel auf die Frauengesundheit, wenn Pflegebedürftigkeit und Pflegedarf in der Gesellschaft weiter zunehmen? Mit welchen Auswirkungen auf die Frauengesundheit ist zu rechnen (und in welchem Umfang)?

Aus den ersten Ergebnissen:

- Fast 75% der häuslich Pflegenden im erwerbsfähigen Alter sind Frauen. Die gesundheitlichen Auswirkungen während der Pflegeverpflichtung und danach sind umfassender, als bisher wahrgenommen.
- Geringe Selbstsorge:
 - Geringere Inanspruchnahme von Vorsorge
 - Unzureichende Inanspruchnahme des Gesundheitssystems
- „Sekundärpatientin“
- Nachfolgend zur Übernahme einer Pflegeverpflichtung häufiger Langzeitarbeitslosigkeit mit ihren negativen gesundheitlichen Folgen.
- Es sind mehr Frauen von Frühberentung betroffen als Männer.

Schlussfolgerungen:

- Eingebunden sein in eine Sorgeverpflichtung ist als ein Kontextfaktor mit prognostischer Bedeutung zu werten.
- Es ist mit einer zunehmenden Zahl an pflegebedürftigen Personen in Deutschland (12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder: bis zum Jahr 2030 ca. 3,4 Millionen) und einer entsprechenden Zunahme von Menschen - insbesondere Frauen - in Sorgeverpflichtung zu rechnen.
- Sorgeverpflichtungen stellen einen zu oft noch unerkannten verlaufs- und ergebnisrelevanten Einflussfaktor dar.
- Der Confounder ist im Ausmaß seiner ungünstigen Wirkung z.B. für die Frauenheilkunde bislang noch nicht abzuschätzen.
- Diesbezüglich ist fachbezogene Outcome-Forschung dringend benötigt.

Studienteilnehmende

Problemzentrierte Experteninterviews: 24 Personen aus beiden Ländern (informell Pflegend, Pflegebedürftige, unterschiedlicher Kontext; theoretisches Sampling, Glaser & Strauss, 1974).

Binationale Fragebogenerhebung: ca. 50 – 80 Personen pro Land (unterschiedliche Professionen, verschiedene gesellschaftliche Gruppen, Institutionen; Meuser & Nagel, 2009).

Ausgewählte Publikationen

Simoes E, Wallwiener D, Ueding E, Münich R, Brucker SY. Gesundheit von Frauen in Sorgeverpflichtung. Geburtsh Frauenheilk 2014; 74
Simoes E, Ueding E, Kronenthaler A, Münich R, Wallwiener D, Brucker SY. Pflege als gesamtgesellschaftliche Konzeption - Modellvorhaben zu einem grenzüberschreitenden Ansatz Deutschland – Schweiz. Palliativmedizin (angenommen 1/2014)
Simoes E. Frauen in informeller Pflegeverpflichtung. In: Die Pflegeversicherung. Handbuch 3. Aufl. Gaertner T et al. (Hrsg.) Walter de Gruyter, Berlin/Boston. 2013
Simoes E, Brucker SY, Wallwiener D. Werden Zentren ihrem Auftrag (noch) gerecht? Stellung von medizinischen Zentren in der Versorgungsgestaltung der Zukunft. Geburtsh Frauenheilk 2012; 72: 893-897
Emrich C, Rieger MA, Simoes E. Häusliche Pflegearrangements. Eine explorative Analyse auf Basis des Sozio-ökonomischen Panels, Wellen 2002-2009. Gesundheitswesen 2012; 74 - A27.
Simoes E, Zumbunn A, Zisselsberger G, Schmaß FW. Länderspezifische Unterschiede bei den Inanspruchnahmeprofilen grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung weisen auf differenzierte Interessenlage und selektive Nutzung hin. Gesundheitswesen 2011; 73: e61-e67

Erfahrungen, Einstellungen und Optimierungsmöglichkeiten in der interprofessionellen Kooperation und Kommunikation zwischen Hausärzten und ambulanten Pflegediensten – eine qualitative Studie

Dagmar Gröber-Grätz^{1,2}, Cornelia Mahler¹, Ines Vogel¹, Achim Siegel¹, Saskia Gladis³, Stefanie Joos³, Stefan Noest³, Iris Tinsel⁴
¹Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Tübingen
²Koordinierungsstelle Versorgungsforschung an der Medizinischen Fakultät Tübingen
³Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg
⁴Lehrbereich Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Freiburg
⁵Sektion Gerontopsychiatrische Forschung, Universitätsklinikum Heidelberg

I. Hintergrund und Ziel

- Defizite in Kommunikation und Kooperation führen zu hohen Kosten und zu einer schlechteren Lebensqualität von Patient/innen.
- Vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung und einer zu erwartenden steigenden Prävalenz von ambulanten Patient/innen werden Hausärzt/innen und ambulante Pflegedienste vor besondere Herausforderungen gestellt.
- Für eine gute Qualität in der medizinischen Versorgung ist eine kontinuierliche, gut funktionierende interprofessionelle Zusammenarbeit notwendig.
- Ziel:** Es soll eruiert werden welche Erfahrungen, Einstellungen und Verbesserungen Hausärzt/innen und Pflegeexpert/innen hinsichtlich ihrer Kooperation und Kommunikation identifizieren.

II. Methoden

- Qualitatives Studiendesign
 - 3 problemzentrierte leitfadengestützte Einzelinterviews mit Hausärzt/innen (HA),
 - 6 problemzentrierte leitfadengestützte Einzelinterviews mit ambulanten Pflegediensten (Pflegeleiter/innen (PD))
 - Auswahl der HA und PD nach der maximalen strukturellen Variation
 - Tonaufnahmen → Transkription → inhaltsanalytische Auswertung (nach Mayring 2003)
 - Qualitätssicherung:
 - Auswertung in der interdisziplinären Gruppe (kommunikative Validierung)
- im vorliegenden Poster lediglich exemplarische Ergebnisdarstellung

IIa. Ergebnisse: Erfahrungen und Einstellungen in der interprofessionellen Kooperation

Hausärzt/innen (Auszug)

- Schätzen die Fachliche Kompetenz der Pflegeexperten
- Schätzen die Verfügbarkeit vor Ort
- Lassen die Pflegeexperten autark und autonom arbeiten
- Generell erfolgt eine Wertschätzung und Anerkennung der Arbeit von Pflegeexpert/innen
- Angst vor Verlust der ärztlichen Kompetenz

„Und dann ist das wichtigste eigentlich dass der Pflegedienst vor Ort geht und unter seinen Aspekten, die oft nicht meine sind sagt, ich brauch das und das.“ (HA1)

„(...) ja auch denke ich, wir sollten auch unsere Kompetenz im Wundmanagement nicht komplett abgeben (...).“ (HA3)

IIb. Ergebnisse: Optimierungsmöglichkeiten in der interprofessionellen Kommunikation

Hausärzt/innen (Auszug)

- Es spielen zu viele verschiedene Akteure im Gesundheitswesen bei der ambulanten Pflege mit (KK, MDK, Hausarzt, Pflegedienst)
- Schnittstelle/Austausch ermöglichen
- freundlicher Umgang
- aufeinander zugehen
- Hausärzte haben zeitliche Probleme zu gemeinsamen (PD +HA) Patient/innen Besuchen

„(...) dass die KK nicht bezahlt (...), wie dass dann manchmal im MDK ist, da sitzen auch nicht nur medizinische Koryphäen (...).“ (HA1)

„(...) Probleme kann es geben, und die anrufen, die Frage ist, ob man die Kooperation überhaupt verbessern muss.“ (HA2)

Pflegeexperten/innen (Auszug)

- Hausärzte sehen ambulante Pflegedienste als Einmischung in Ihre Arbeit, als Kränkung der ärztlichen Kompetenz
- Ersehen aber auch, dass ihre Qualität der Arbeit vom Hausarzt wertgeschätzt wird
- Hausärzte lassen sich auch bei einer guten Wundversorgung von anderen Behandlungen überzeugen

„Es gibt Hausärzte da klappt die Zusammenarbeit reibungslos. Es gibt aber auch Hausärzte, die ihre Delegation an den Pflegedienst nicht gerne abgeben.“ (PD2)

Pflegeexperten/innen (Auszug)

- Arbeiten mit bestimmten Ärzten zusammen – kollegiales Verhalten
- Bewusstsein schaffen für die Probleme der Patient/innen
- Es muss noch viel Überzeugungsarbeit bei den Ärzten bzgl. der Wundversorgung geleistet werden

„Also wir haben jetzt 19 Jahre den Pflegedienst das war zu Anfangszeiten, muss man sagen, war das immer ein Kampf, aber es sind nicht mehr so viele.“ (PD1)

IV. Schlussfolgerungen

Mit dem qualitativen Ansatz gelang es, Erfahrungen der beiden Berufsgruppen miteinander zu dokumentieren, Defizite und Barrieren zu beschreiben und Optimierungsmöglichkeiten aus Sicht der Betroffenen zu erheben. Sektorale Trennung im Gesundheitswesen erschwert die Kooperation und Koordination von Hausärzten und ambulanten Pflegeexperten/innen.

V. Danksagung

- Die Graduiertenakademie wurde im Rahmen des Programms zu "Ausbau und Koordinierung der Versorgungsforschung in Baden-Württemberg" durchgeführt, das vom baden-württembergischen Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst in Zusammenarbeit mit dem Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren gefördert wird.
- Die Arbeit des Instituts für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung Tübingen wird finanziell unterstützt durch den Verband der Metall- und Elektroindustrie Baden-Württemberg e.V. (Südwestmetall).

VII

Posterpräsentation

Forschung mit Sekundärdaten
Moderation: Dr. med. Heidrun Sturm MPH, PhD
Koordinierungsstelle Versorgungsforschung

„Evaluation diagnostischer und therapeutischer Pfade sowie der Reintegration bei Sporttreibenden mit Verdacht auf das Vorliegen einer Myokarditis“

Myokarditis-Registers für Sportler – Ziele und Stand Ende 2013

Hansel J, Burgstahler C, Nieß AM

Medizinische Klinik, Abteilung Sportmedizin, Universitätsklinikum Tübingen



Hintergrund, Begründung, Fragestellung und Verortung des Registers:

In Anbetracht der möglichen schwerwiegenden Konsequenzen einer unter- oder nicht korrekt eingeschätzten Myokarditis werden hinsichtlich des Wiedereinstiegs des Sportlers in der Regel eher konservative Empfehlungen formuliert. Diese Entscheidungen bedingen beim Sportler teilweise Trainings- und Wettkampfpausen von mehreren Monaten.

Methodik:

Die in das Register aufgenommenen Sportler werden im Rahmen der Routinediagnostik zu den dort festgelegten Zeitpunkten ambulant untersucht. Soweit unterscheiden sich in das Register eingeschlossene Sportler nicht von denen, welche daran nicht teilnehmen. Von den in das Register eingeschlossenen Patienten werden jedoch in jedem Falle 1, 3 und 5 Jahre nach der Erstvorstellung telefonisch Verlaufsdaten erhoben (Abb.1).

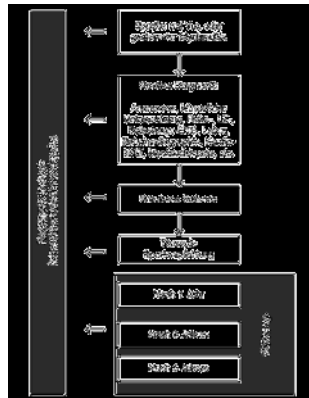


Abb.1 Struktur der Datengewinnung

Fragestellung:

Das klinische Register für Sportler mit Verdacht auf Myokarditis ist eine eigens zu diesem Zweck begründete prospektive standardisierte Dokumentation zu vorab festgelegten Fragestellungen:

- Welche diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen werden bei der Zielpopulation ergriffen?
- Welche Empfehlungen werden der Zielpopulation für die Sportausübungen gegeben?
- Welche akuten oder chronischen Komplikationen treten bei der erfassten Zielpopulation in den ersten 5 Jahren nach Einschluss in das Register auf?
- Welcher Zusammenhang besteht zwischen den initial erhobenen diagnostischen Befunden bzw. Konstellationen von Befunden und dem akuten oder späteren Auftreten von Symptomen oder Komplikationen in der Zielpopulation?

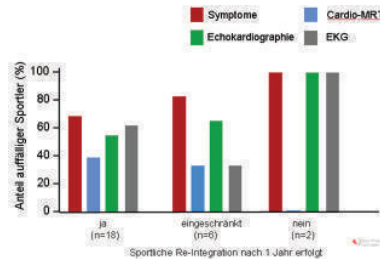
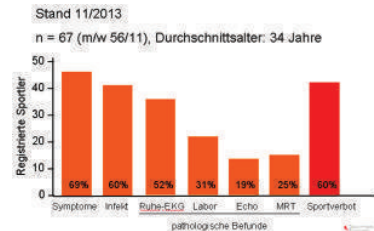
Ziel:

- Erfassung und Definition von Konstellationen der Befunde für eine genauere Risikostratifizierung bei Sportlern mit Verdacht auf Myokarditis.
- Erarbeitung daraus abgeleiteter Kriterien zur Entscheidungsfindung bei der individuellen Freigabe zur Wiederaufnahme des Trainings und der Wettkampf- bzw. Spieleteilnahme.
- Erstellung eines Positionspapiers „Myokarditis und Sport“ in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin (DGSP) und der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK).

Einleitung:

- Die Myokarditis stellt eine der wichtigsten Ursachen des plötzlichen Herztodes bei Sportlern dar.
- Es wird eine myokardiale Beteiligung bei Vorliegen eines viralen Infektes in 5-10 % der Fälle angegeben. Daten zur Inzidenz für Sporttreibende und insbesondere für Personen, die Leistungssport betreiben, sind nicht bekannt.

Erste Ergebnisse:



Beteiligte Zentren:

Hers- und Diabetesklinik Bad Dürkheim ksp@herd.de	Dr. med. Mießing
Universität Basel ana.schmidt-trucksack@unibas.ch	Prof. Dr. med. Schmidt-Trucksack
Kardiologische Praxis Düsseldorf bernd.rahd@kardiologie.uni-due.de	Dr. med. Bernd-Rahnel
Widmann Kardiologie Städt. Krankenhaus	Prof. Dr. med. Schreiber
Universitätsklinikum Halle dr.med.schiffli@paracelsus-kliniken.de	Prof. Dr. med. Schiffli
Arkley's Klinik St. Georg Hamburg a.cohen@arkleys.com	Dr. med. Genco
Universitätsklinikum Würzburg/Saarbrücken lin.meyer@uni-wuerzburg.de	Prof. Dr. med. Meyer
Kardiologische Praxis Köln kardiologie@uni-koeln.de	PD Dr. med. Kiedemann
Universitätsklinikum München haller@sport.med.uni-muenchen.de	Prof. Dr. med. Halle PD Dr. med. Walfahrt Dr. med. Pressler
Universitätsklinikum Salzburg info@betriebszentr... info@betriebszentr...	Prof. Dr. med. Hebauer
Robert Bosch Krankenhaus Stuttgart boeka.ms@rktb.de	Prof. Dr. med. Seifried Prof. Dr. med. Mahrholdt
Universitätsklinikum Bonn joergen.steinhaeuser@uni-bonn.de	Prof. Dr. med. Steinsacker
Universitätsklinikum Tübingen jochen.hansel@med.uni-tuebingen.de	Prof. Dr. med. Hansel
Universitätsklinikum Tübingen Autonome Stuttgart boeka.stuebe@med.uni-tuebingen.de	Prof. Dr. med. Dr. jur. Stuebe

Förderung:



Firma Wörwag Pharma GmbH & Co.KG

Kontaktadresse:

Dr. J. Hansel, jochen.hansel@med.uni-tuebingen.de

Medizinische Klinik, Abteilung Sportmedizin, Universitätsklinikum Tübingen



Adherence to tumor board recommendations in a university gastrointestinal cancer center



B. Denecke¹, A. Königsrainer¹, D. Zips², B. Trilling², M.A. Rieger^{3,4}, H. Sturm¹

¹Zentrum für Gastrointestinale Onkologie, Universitätsklinikum Tübingen

²Comprehensive Cancer Center Tübingen

³Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung, Universität Tübingen

⁴Koordinierungsstelle Versorgungsforschung an der Medizinischen Fakultät Tübingen

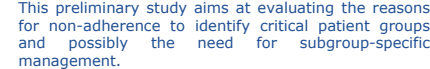


Introduction: The Center for gastrointestinal oncology (ZGO) Tübingen was founded in 2000 to improve interdisciplinary patient management and adherence to national guidelines while respecting new scientific evidence and offering new treatment options to patients beyond standard care. The number of recommendations given each year is still increasing, covering our own patients as well as second opinions for external patients. Compliance to the recommendation given usually is high. Non-adherence occurs in a low percentage of cases.

Adherence to national guidelines showed improved overall survival in patients with colorectal cancer¹. This preliminary study aims at evaluating the reasons for non-adherence to identify critical patient groups and possibly the need for subgroup-specific management.

Methods: retrospective review of a sample of 20% of our tumor board recommendations and comparative chart review for recommendations given in 2012 and 2013 in the gastrointestinal tumor board (ZGO). Adherence to tumor board recommendation was grouped into three categories: followed, modified (medically justified discrepancy between recommendation and therapy), and not followed (not medically justified discrepancy).

Number of cases (per annum) discussed in the ZGO tumor board since 2001



Departments Involved

- Surgical Oncology
- Gastroenterology
- Medical Oncology
- Radiation Oncology
- Nuclear Medicine
- Pathology
- Psychooncology
- Medical Genetics
- Radiology

Reasons for non-adherence 2012 (25 / 368 patients)

Modified: Contraindication – 6

- Therapy was initiated, but discontinued due to side effects (2)
- Delayed wound healing (2)
- Therapy discontinued due to progressive disease (2)

Not followed: Refused by patient – 16

Other – 3

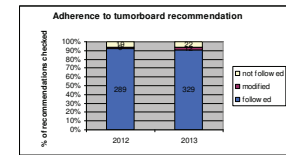
Reasons for non-adherence 2013 (34 / 363 patients)

Modified: Contraindication – 12

- Tumor progression before therapy (4)
- Diagnosis of secondary tumor (1)
- Low Karnofsky performance status (2)
- AV-Shunt before TACE (2)
- Contraindication for surgery (1)
- Liver Transplantation before bridging therapy (1)
- Staging revised (1)

Not followed: Refused by patient – 20

Other – 2



Reasons for non-adherence 2012 (25 / 368 patients)

Modified: Contraindication – 6

- Therapy was initiated, but discontinued due to side effects (2)
- Delayed wound healing (2)
- Therapy discontinued due to progressive disease (2)

Not followed: Refused by patient – 16

Other – 3

Reasons for non-adherence 2013 (34 / 363 patients)

Modified: Contraindication – 12

- Tumor progression before therapy (4)
- Diagnosis of secondary tumor (1)
- Low Karnofsky performance status (2)
- AV-Shunt before TACE (2)
- Contraindication for surgery (1)
- Liver Transplantation before bridging therapy (1)
- Staging revised (1)

Not followed: Refused by patient – 20

Other – 2

Interpretation and Future Goals

•Non-adherence to tumor board recommendations occurs in <10% of all cases in our university hospital. In one quarter (2012) resp. one third (2013) of those, the recommended therapy could not be performed due to contraindications not known during tumor board discussion or which developed following board discussion. In two thirds of the non-adherent cases, the patient decided against the recommended therapy.

•Medical reasons are well-documented. Personal reasons for refusal of a proposed therapy are rarely documented. Further analysis concerning reasons of non-adherence is needed to characterize hospital – associated parameters (e.g. patient information process) and patient-associated (e.g. comorbidity, age, social status) factors.

•We aim at the development of internal guidelines to improve adherence to national guidelines for critical subgroups and also for patients who decide not to comply to national guidelines despite thorough medical information.

¹Boland GM, Chang GJ, Haynes AB, Chiang YJ, Chaggar R, Xing Y, Hu CY, Feig BW, You YN, Cormier JN. Association between adherence to National Comprehensive Cancer Network treatment guidelines and improved survival in patients with colon cancer. Cancer. 2013 Apr 15;119(8):1593-601.

VII

Posterpräsentation

Neue Versorgungsforschung
Moderation: Dr. med. Heidrun Sturm MPH, PhD
Koordinierungsstelle Versorgungsforschung

Charlotte Schramm¹, Dagmar Gröber-Grätz², Sybille Gräf¹, Karl U. Bartz-Schmidt¹, M. Rieger², Dorothea Besch¹

¹Department für Augenheilkunde, Universitätsklinikum Tübingen

²Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung, Eberhard Karls Universität Tübingen

Die Okklusionstherapie - Eine Odyssee für Kinder, Eltern und Erzieher. Die Suche nach dem einfachen Weg.

Hintergrund:

Die Amblyopie (Schwachsichtigkeit) betrifft ca. 3-5 % der Bevölkerung und ist die Hauptursache für visuelle Funktionseinbußen vor dem 45. Lebensjahr.¹ Das lebenslange Risiko bei amblyopen Patienten für eine beidseitige Sehbehinderung ist im Vergleich zu Gesunden doppelt so groß.^{2,3} Die aktuelle Therapie der Amblyopie besteht in der Beseitigung der Ursache (z. B. Operation) und anschließend in einer Okklusionsbehandlung des besseren Auges bis zum Erreichen einer seitengleichen vollen Sehschärfe. Unter Okklusion ist das vollständige, lichtdichte Abdecken eines Auges zu verstehen (Abb. 1). Eine gleichwertige therapeutische Alternative zur Okklusionstherapie gibt es bis zum jetzigen Zeitpunkt nicht. Die Okklusionstherapie stellt daher die einzige Therapieoption für die amblyopen Kinder dar und hat zur Behandlung der Amblyopie einen hohen Stellenwert. Der Erfolg der Therapie hängt aber entscheidend von der Mitarbeit der Eltern und Kindern ab.⁴ Daher stellt das Hauptproblem der Okklusionstherapie die mangelnde Adhärenz der Kinder und Eltern dar. Bisherige Studien belegen, dass die tatsächliche Okklusionszeit deutlich unter der angeordneten Okklusionszeit liegt.^{5,6} Die Ursachen und Gründe für die schlechte Adhärenz wurden in Deutschland bisher nicht ausgearbeitet.

Abb. 1: Kind mit einem Okklusionspflaster



Methoden:

Mit Hilfe zweier qualitativer Methoden – Durchführung von Einzelinterviews und systematischer teilnehmender Beobachtung – sollen die Schwerpunktprobleme der Okklusionstherapie herausgearbeitet werden (s. Zeitplan Abb. 2). Zunächst sollen in einer ersten Phase Einzelinterviews mit 25 erwachsenen Personen, die in engen Kontakt mit der Okklusionstherapie stehen (Eltern, Erzieher und ehemals mit der Okklusionstherapie behandelte Erwachsene), durchgeführt werden. Dabei sollen folgende Forschungsfragen bearbeitet werden:

1. Was wird von den Eltern oder Erziehern der abklebenden Kinder als Problem angesehen? (z. B. bessere Aufklärung über Spätfolgen oder Ablehnung der Okklusionstherapie durch das Kind)
2. Fühlen sich Eltern und Erzieher der Aufgabe der Überwachung und Betreuung der Okklusionstherapie gewachsen? (u. a. steigen immer mehr Frauen nach der Schwangerschaft schnell wieder in den Beruf ein und haben dadurch weniger Zeit für eine intensive Ganztagsbetreuung des Kindes. Die Betreuung wird mehr und mehr in andere Hände verschiedener Erziehungspersonen (Kindergarten, Tagesmutter...) abgegeben. Davon sind auch die gesundheitlichen Belange der Kinder betroffen. Aber kann die Okklusionstherapie durch diese Erziehungspersonen ausreichend übernommen werden? Bzw. ist eine ausreichende Therapieüberwachung durch die Eltern möglich?)
3. Heutzutage gibt es eine zunehmende Anzahl erwachsener Personen, die selbst in der Kindheit abgeklebt haben. Wie wird die Okklusionstherapie aus Sicht dieser Personen empfunden?

Entwickelte Kategorien:

- Ausgangsfaktoren: Sehschärfe, Alter, Charakter
 - Ressourcen: Bildung, zeitlich, materiell, psychisch
 - Gesellschaft
 - Erleben der Eltern/Kind/Erzieher: psychisch/psychisch
 - Therapie: Kommunikation, Aufklärung, Motivation (Eltern, materiell, psychisch), Akzeptanz,
- Therapiedurchführung, Therapiebeginn, Therapiefaktoren (Hänselein, Pflaster, Einstellung der Eltern/Erzieher (Rollenverständnis) - Einstellung zur computergestützten Therapie

4. Liegt es an der sozialen Ausgrenzung der abklebenden Kinder durch andere Kinder?
5. Besteht Bedarf an einem computerbasierten Lösungsansatz zur Unterstützung der Okklusionstherapie? (z. B. Kinder sollen während der Okklusion ein speziell abgestimmtes Computerspiel spielen)? In der letzten Zeit kommt zudem vermehrt Software auf den Markt, die durch eine gezielte Beschäftigung/ Übung während der Okklusion die Okklusionstherapie unterstützen soll.^{24, 25} Der Sinn dieser Programme wird sowohl unter Eltern, Orthoptist-innen und Ärzten kontrovers diskutiert.
6. Bei der Früherkennung der Amblyopie zeigt sich bereits ein sozialer Unterschied.¹ Die Studie soll zusätzlich klären, ob der Bildungsstand der jeweiligen Familie auch bei der Umsetzung der Okklusionstherapie eine Rolle spielt.

Die Auswertung der Interviews erfolgt induktiv und deduktiv mittels strukturierender qualitativer Inhaltsanalyse nach P. Mayring. Danach wird eine systematische teilnehmende Beobachtung in 2-3 Kindergärten durchgeführt. Hier ist eine 2 stündige Beobachtungsphase geplant. Der dazu eingesetzte Dokumentationsbogen wird am Ende der Phase 1 anhand der Ergebnisse der Einzelinterviews erstellt werden. Anschließend erfolgt eine methodische Reflexion mit Einbeziehung der Ergebnisse aus den Einzelinterviews.

eine einheitliche und gleichgestellte Behandlung aller behandlungs-bedürftigen Kinder mit einer Amblyopie angestrebt. Die ersten Auswertungen konnten bereits einige Hinweis auf Verbesserungsmöglichkeiten geben. Hierzu gehören v. a. eine Verbesserung der Kommunikation zwischen Ärzten und Eltern, sowie zwischen Eltern bzw. Eltern und Erziehern. Besondere Schwerpunkte scheinen hier zunächst die reine Information für die Erzieher und eine psychische Unterstützung der Eltern eine Rolle zu sein.

Ziel:

Ziel der Studie ist eine Darstellung der aktuellen Situation und Problematik der Okklusionstherapie in Deutschland. Mittels qualitativen Methoden sollen Ursachen für die schlechte Adhärenz der Kinder und Eltern herausgestellt und Lösungsansätze gefunden werden. Es soll daher in der Studie auch auf verschiedene Möglichkeiten der Entlastung der Erziehungspersonen wie den Einsatz von computerbasierten Programmen im Sinne einer softwaregestützten Okklusions-therapie eingegangen werden. Letztendlich wird

Literatur:

- 1) Holmes JM, Clarke MP. Amblyopia. Lancet 2006; 367: 1343
- 2) Rahi J, Logan S, Timms C et al. Risk, causes and outcomes of visual impairment after strabismic amblyopia. Strabismus 1983; 65:575
- 3) Tommila V, Tarkkanen A. Incidence of loss of vision in the healthy eye in amblyopia. Br J Ophthalmol 1983; 65:575
- 4) Lihander J, Sjöstrand J. Anisometropic and strabismic amblyopia in the age group 2 years and above: A prospective study of the results of treatment. Br J Ophthalmol 1991;75: 111
- 5) Simonsz HJ, Polling JR, Voorn R et al. Electronic monitoring of treatment compliance in patching for amblyopia. Strabismus 1999; 7: 113
- 6) Loudon SG, Polling JR, Simonsz HJ. Electronically measured compliance with occlusion therapy for amblyopia is related to visual acuity increase. Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol 2003; 241: 176

Kontakt: charlotte.schramm@med.uni-tuebingen.de

Janina Heil¹, Florian G. Metzger¹, Gerhard W. Eschweiler¹, Rieger M.A.²

Ohrakupunktur nach dem NADA-Protokoll in der Gerontopsychiatrie – eine Machbarkeitsstudie

¹ Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie und Geriatriisches Zentrum des Universitätsklinikums Tübingen
² Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung der Universitätsklinikums Tübingen

Theoretischer Hintergrund:

- Menschen mit Depressionen im höheren Lebensalter nehmen deutlich zu. (1)
- Hoher Leidensdruck durch die Symptome Minderung der Gedächtnisleistungen, Schlafstörungen, innere Unruhe
- Medikation – deutlich höhere Nebenwirkungsrate: Sturzneigung, anticholinerge und extrapyramidalmotorische Nebenwirkungen, zudem häufig eingeschränkte Nieren- und Leberfunktion (2)
- > **Notwendigkeit Therapien effizienter zu gestalten/ innovative Möglichkeiten zu suchen**
- Akupunktur als alternative Therapieform auch in der Psychiatrie seit wenigen Jahren in der Entwicklung
- Besonders geeignete Form für psychiatrische Patienten: Ohrakupunktur
- Wirkung Ohrakupunktur : Entspannung, innerlich ausgleichend, Verbesserung Nachtschlaf, Förderung Wachheit bei Erschöpfung (3)

Ohrakupunktur nach NADA:

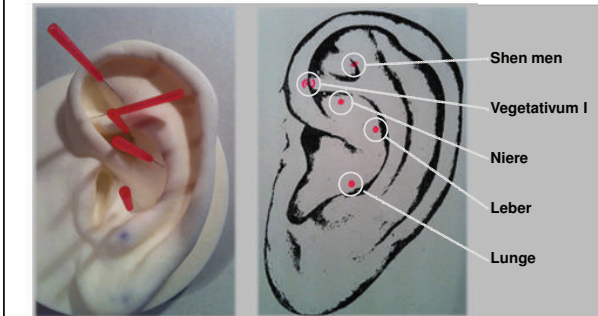
- NADA: National Acupuncture Detoxification Association
- Gruppensetting
- Non-konfrontativ
- Hochfrequent
- Feste Behandlungszeiten
- Akzeptanz der passiven Teilnahme
- Durchführung auch durch nicht-ärztliches Personal (nach Kursen und Zertifizierung)
- Punktareale: Shen men, Vegetativum I, Lunge, Leber, Niere

Forschungsgedanke:

Leitgedanke: Lässt sich durch Ohrakupunktur die Lebensqualität und das Wohlbefinden positiv beeinflussen?
-> Wenige Studien zu Ohrakupunktur in der Psychiatrie vorhanden
Keine Vorstudien zu Ohrakupunktur in der Gerontopsychiatrie verfügbar
-> **Machbarkeitsstudie notwendig!**

Forschungsfragen:

- Lässt sich eine Gruppenohrakupunktur bei depressiven Patienten in eine gerontopsychiatrische Tagesklinik implementieren?
- Wie wird das Angebot angenommen? Welches sind die Gründe für eine Annahme dieses Angebots? Was versprechen sich die Probanden / das therapeutische Team von einer Teilnahme?

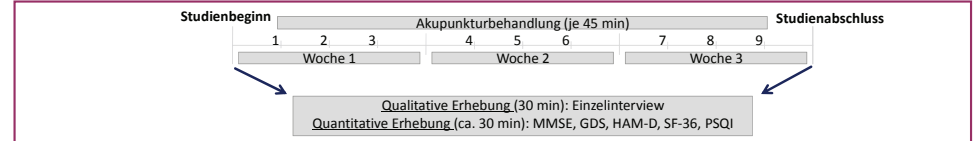


Studiendesign:

- 20 teilstationärer Patienten der gerontopsychiatrischen Tagesklinik mit der Diagnose Depression (ICD 10: F32-F33)
- Vorerst 3x wöchentlich 45-min. Ohrakupunktur im Gruppensetting nach dem NADA-Protokoll durch ärztliches oder pflegerisches Personal (nach Zertifizierung)

Methode:

- **Qualitative Assessments** (vor Studienbeginn und nach -abschluss)
 - Interviews mit Patienten
 - Gruppeninterviews des therapeutischen Teams
 - > qualitativen Inhaltsanalysen der Interviews
 - > soweit möglich: Überführung in quantitative Auswertungen
 - > Kontrollgruppe: 20 Ablehner (Darlegung der Ablehnungsgründe)
- **Quantitative Assessments** (vor Studienbeginn und nach -abschluss; Probanden + Ablehner)
 - Depressivität: Geriatric Depression Scale (GDS), Hamilton-Depression Scale (HAM-D)
 - kognitive Funktionen und Orientierung: Mini-Mental-Status-Examination (MMSE)
 - Schlafqualität: Pittsburg Schlafqualitäts-Index (PSQI)
 - Lebensqualität: SF-36



Literatur: (1) statistischen Bundesamt, Demografischer Wandel in Deutschland. Auswirkungen auf Krankenhausbearbeitungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. (2) Darowski A, Chambers SA, Chambers DJ: Antidepressants and falls in the elderly. Drugs Aging. 2009;25(5):383-94. (3) Grüsser SM, Möden CF, Ras S et al (2005) Der Einfluss von Ohrakupunktur auf das Drogenverlangen und das emotionale Befinden bei Quasibilligen und nicht abhängigen Alkoholkonsumenten. Dtsch. Ztschr. F. Akup. 2005; 48, 2:20-27. (4) Röbe A, Röbe J, Yassouridis A, Hemmeter U. (2011): Standardisierte Gruppenohrakupunktur nach dem NADA-Protokoll zur Befindlichkeitsverbesserung bei allgemeinspsychiatrisch erkrankten Patienten in tagesklinischer Behandlung. St. Gallische Psychiatrische Dienste Sektor Nord, SG, Center of Education an Research (COEUR), Schweiz. Poster zur DGPPN 2011

Die Studie wird innerhalb des Nachwuchsprogramms des Netzwerks „Versorgungsforschung Baden-Württemberg“ durchgeführt, das vom baden-württembergischen Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst und dem Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren gefördert wird.

Florian G. Metzger¹, Raphael Niebler¹, Gerhard W. Eschweiler¹

Moderne Telekommunikation bei kognitiv eingeschränkten Patienten in der gerontopsychiatrischen Regelversorgung

¹ Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie und Geriatriisches Zentrum des Universitätsklinikums Tübingen.

Theoretischer Hintergrund:

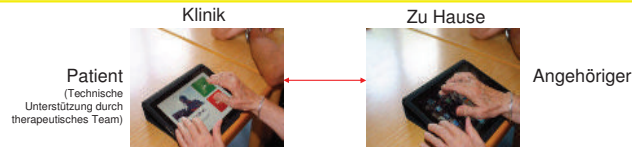
- Alter stationärer Patienten zunehmend (1)
 - demente Patienten im Krankenhaus ansteigend (2)
 - mögliche Komplikation einer stat. Einweisung:
Delir
 - Definition: akuter Verwirrheitszustand bei organischer Grunderkrankung mit akutem Beginn und fluktuierendem Verlauf:
 - Schlafstörungen,
 - psychomotorische Unruhe
 - Störung der Aufmerksamkeit
 - Störung der Wahrnehmung
 - Störung der Bewusstseins
 - Risiko mit Alter stark ansteigend (gesamt 1-2%, >85Jahre 14%), (3)
 - Risiko bei dementen Personen erhöht
 - Anstieg der Mortalitätsrate
- Nicht-somatische Delirprophylaxe:
- direkter Kontakt mit Angehörigen (4)
 - Vermeidung der Klinikeinweisung durch Videotelekommunikation in der Gerontopsychiatrie (5)

Forschungsgedanke:

- Lässt sich während eines stationären Aufenthalts das Delirrisiko durch regelmäßige Videotelekommunikation zwischen gerontopsychiatrischen Patienten und deren Angehörige senken?
- Keine Vorstudien zur Machbarkeit von Videotelekommunikation in der gerontopsychiatrischen Regelversorgung verfügbar

Forschungsfragen:

- Lässt sich Videotelekommunikation zwischen kognitiv eingeschränkten Patienten und deren Angehörigen in der gerontopsychiatrischen Regelversorgung erfolgreich anwenden?
- Welchen Verlauf nehmen Kognition, Stimmung, Lebensqualität und evtl. Delirentwicklung während regelmäßiger Videotelefoniekontakten?



Forschungsplan:

- Rekrutierung 30 vollstationäre Patienten der gerontopsychiatrischen Station mit Diagnosen:
- Demenz (ICD 10: F00-F03)
 - leichten kognitiven Einschränkung (MCI, ICD 10: F06.7)
- Vorerst 2x täglich 5- bis 30-min. Kontakt per Bild-Ton-Telekommunikation zwischen Angehörigen und Patienten mittels Tablet-Computer.

Methode:

- Qualitative Assessments (wöchentlich)
 - Interviews mit Patienten
 - Interviews mit Angehörigen
 - Gruppeninterviews des therapeutischen Teams
 - qualitativen Inhaltsanalysen der Interviews
 - soweit möglich: Überführung in quantitative Auswertungen
- Quantitative Assessments (wöchentlich)
 - delirante Symptomatik: Confusion Assessment Method (CAM)
 - kognitive Funktionen und Orientierung: Mini-Mental-Status-Examination (MMSE)
 - weitere psychiatrische Symptome: Neuropsychiatric Inventory (NPI-10)
 - Depressivität: Geriatric Depression Scale (GDS)
 - Lebensqualität und -umstände: Berliner Lebensqualitätsprofil (BELP)

Vorläufige Ergebnisse:

- Anfänglich technische Schwierigkeiten bei Einrichtung von WLAN und Videotelefonie
- Überraschende hohe Ablehnungsquote (Rekrutierungsquote 6 von 36 Patienten)

- Entwicklungsprozess (I): Umfassende Einbindung aller Beteiligten notwendig (Pflege, Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter)
- Entwicklungsprozess (II): Behutsamere Hinführung und umfassendere Betreuung der Videotelefonkontakte ist notwendig
- Entwicklungsprozess (III): Individuelle Anpassung der Telefonzeiten und Frequenz notwendig
- Entwicklungsprozess (IV): Teilnahmebefähigung/-bereitschaft oft erst spät oder am Ende des Aufenthalts

Ablehnungsgründe (gruppiert)

1. Anstehende Entlassung
2. Technische Schwierigkeiten bei den Angehörigen
3. Ablehnung von moderner Technik (Pat. und Ang.)
4. Zu starke akute Erkrankung (wahnhaftes Symptomatik Depression, Verwirrtheit)
5. Angehörige ungeeignet

Fazit:

- Anleitung und Begleitung von kranken, hilfsbedürftigen und erst recht kognitiv eingeschränkten Menschen in der Handhabung von neuen Technologien essentiell und entscheidend
- Erweiterung der Patienten-Interviews im Rahmen von Fokusgruppen für tagesklinische Patienten (weniger stark Erkrankungen)
- Übertragung des Telekommunikationsprojektes in Pflegeheime aufgrund fehlender akuter Erkrankung, zeitlich höherer Flexibilität und Konstanz und höherem Stimulationsbedarf im Pflegeheim als Machbarkeitsuntersuchung und mit Fokus Lebensqualitätsverbesserung

Literatur: (1) statistischen Bundesamt, Demografischer Wandel in Deutschland. Auswirkungen auf Krankenhausbearbeitungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. (2) Plinkert C, Halle B. People with dementia in acute hospitals: Literature review of prevalence and reasons for hospital admission. *Z Gerontol Geriatr.* 2012 Apr 28; (3) Sharon K. Inouye: Delirium in Older Persons. *N Engl J Med* 2006;354:1157-65. (4) Lyketsos CG, Roques D, Hovsnec L, Jones BN. Telemedicine Use and the Reduction of Psychiatric Admissions from a Long-term Care Facility. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology* 2001; 14:76-79 (5) Rosenbloom-Brunton et al., 2010. Feasibility of family participation in a delirium prevention program for hospitalized older adults. *Journal of Gerontological Nursing* 36: 22-33

Die Studie wird innerhalb des Nachwuchsprogramms des Netzwerks 'Versorgungsforschung Baden-Württemberg' durchgeführt, das vom baden-württembergischen Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst und dem Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren gefördert wird.

VII

Posterpräsentation

Weitere Themen der Versorgungsforschung
Moderation: Dr. med. Heidrun Sturm MPH, PhD
Koordinierungsstelle Versorgungsforschung

Prospektive Analyse von Zwischenfälle im Zusammenhang mit Medizingeräten

E. Stricker, M. Heller, M. Müller, F. Iwanowski, S. Reddersen
Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Universitätsklinikum Tübingen, Tübingen, Germany

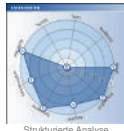
Fehler in der Medizin gehören zu den zehn häufigsten Todesursachen in Deutschland. Wir wollen das ändern. Zu viele Patienten in Kliniken und Krankenhäusern erleiden während ihrer Behandlung aufgrund unbeabsichtigter Fehler einen Folgeschaden. Fast die Hälfte dieser Fehler ist jedoch potentiell vermeidbar. Auch im Patientenrechtegesetz, das im Februar letzten Jahres in Kraft getreten ist, wird die Forderung nach der Formulierung von Anforderungen an einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme formuliert. Das Tübinger Patientensicherheits- und Simulationszentrum *tüpass* betreibt mit *pasis* ein einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem zur Erfassung von sicherheitsrelevanten Zwischenfällen, Beinahe-Zwischenfällen und unerwünschten Ereignissen. *Pasis* erfüllt alle von der WHO geforderten Kriterien für Fehlermeldesysteme (Anonymität, Unabhängigkeit, Zugänglichkeit, Professionalität, Expertenanalyse, Freiheit von Strafe und negativen Konsequenzen, Organisatorische Einbindung und Unterstützung durch die Geschäftsführung). *Pasis* wurde 2005 an der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin entwickelt und hat sich in der Zwischenzeit zu einem der meiststärksten Systeme im deutschsprachigen Raum entwickelt. Derzeit beteiligen sich an *pasis* über 150 Abteilungen und Institutionen aus klinischen und präklinischen Bereichen, insgesamt sind bis heute mehr als 2730 Fälle gemeldet, anonymisiert und analysiert worden.

Die Ereignisberichte werden nach der Anonymisierung systematisch analysiert, Fehlerquellen werden identifiziert und geeignete Maßnahmen zur Prävention durch das *tüpass* Team vorgeschlagen. Ziel von *pasis* ist, die „Fehlerfälle“ zu entschärfen, noch bevor sie zuschnappen. Viele kritische Ereignisse im medizinischen Umfeld ähneln sich stark und können in jeder Klinik vorkommen. In *pasis* werden die anonymisierten Berichte dem gesamten Teilnehmerkreis auf globaler Ebene zur Verfügung gestellt. So ist es möglich, aus anonymisierten Fallberichten anderer Einrichtungen zu lernen, noch bevor ein Patient im eigenen Hause zu Schaden kommt.



pasis Prozess – von der Meldung zum Erfolg

Auswertung von Ereignisberichten aus *pasis*



Strukturierte Analyse

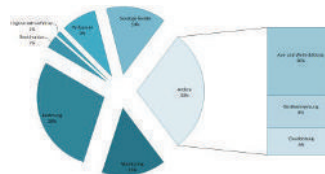
Eine Auswertung von Zwischenfällen kann retrospektiv über eine Root-Cause-Analyse (RCA) erfolgen. Hierbei wird versucht, die betragenden Faktoren für das Entstehen eines Ereignisses zu identifizieren. Alternativ kann im Sinne einer Failure-Mode-Effects-Analysis (FMEA) versucht werden prospektiv Wirkungsweisen von Fehlern zu untersuchen. Eine saubere Trennung der beiden Verfahren erscheint wichtig. Die Analyseverfahren bestehender Fehlermeldesysteme wenden überwiegend abgewandelte Formen der (RCA) an und arbeiten mit der Analyse einzelner Zwischenfälle. Das *tüpass* arbeitet an einer Entwicklung zur Kopplung beider Systeme. Hierbei soll über eine Kopplung von verwandten beitragenden Faktoren Zwischenfällen zu Clustern zusammengeführt werden, die dann über eine FMEA analysiert werden können und so zur Erhöhung der Patientensicherheit beitragen. Ein Beispiel hierfür ist der Umgang mit Medizinprodukten.

One should assume that if errors can occur, they will occur and that design may be a factor.

— Dick Sawyer, Do it by Design

Eine echte statistische Auswertung der eingegangenen Fallberichte ist nicht möglich, da die Grundgesamtheit nicht bekannt ist. Dennoch macht es Sinn, besonderes Augenmerk auf häufig gemeldete Probleme zu legen.

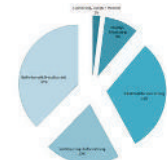
Es wurden 2315 Ereignisberichte aus *pasis* im Hinblick auf Probleme mit Medizinischen Geräten oder deren Bedienung untersucht. Davon wurden 573 Ereignisberichte direkt mit medizinischen Geräten oder der Benutzung von medizinischen Geräten verknüpft. Das bedeutet, dass ca. 25% der gemeldeten Ereignisse eine eindeutige Verknüpfung zwischen Patientengefährdung und Medizintechnik haben. Nimmt man die „weichen“ zu Grunde liegenden Faktoren, wie Aus- und Weiterbildung, Geräteeinweisungen und Einarbeitung in Bezug auf Medizinische Geräte hinzu, kommt man auf eine Zahl von 913 Ereignisberichten. 344 Ereignisberichte wurden mit dem Attribut Gebrauchstauglichkeit versehen, somit haben diese Ereignisse einen direkten Zusammenhang mit schlecht gestalteten Interfaces und unverständlichen Bedienkonzepten.



Auswertung beschreibender Schlagwörter

Bei der Auswertung nach Gerätegruppen fällt auf, dass Beatmungsgeräte einen hohen Anteil haben. Dies liegt sicher daran, dass ein Großteil der Fälle aus Anästhesieabteilungen gemeldet werden.

Aber auch Probleme in der Aus- und Weiterbildung in Korrelation mit Problemen bei der Bedienung von medizinischen Geräten scheinen eine große Rolle zu spielen. Bei der Auswertung der Analyseeinheiten scheinen die Bedienbarkeit/ Brauchbarkeit für die Melder eine große Rolle zu spielen. Gelänge es, diese Fälle sinnvoll zu clustern könnten aus der Analyse wertvolle Ursachen und Wirkungsweisen bei Zwischenfälle eruiert werden und diese in Zusammenarbeit mit der Industrie bei der weiteren Entwicklung und Validierung wertvolle Hinweise geben. Hiermit könnte ein wertvoller Beitrag für die Sicherheit von Medizinprodukten und damit für die Patientensicherheit als ganzes geleistet werden.



Auswertung Analyseeinheiten

Implementierung und Evaluation der Blockwoche „Methoden der Versorgungsforschung“ an der Medizinischen Fakultät Tübingen

Joachim Graf^{1,2}, Christine Emrich^{1,2}, Monika A. Rieger^{1,2}

¹ Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Tübingen

² Koordinierungsstelle Versorgungsforschung, Medizinische Fakultät Tübingen

1. Hintergrund

- Zentrale Aufgabe der der lokalen Koordinierungsstelle Versorgungsforschung: **Stärkung des Feldes der Versorgungsforschung** an der Medizinischen Fakultät in Tübingen
- Obwohl der Versorgungsforschung (VF) im internationalen Kontext eine immer größere Bedeutung zukommt, ist die Disziplin in Deutschland unterrepräsentiert und gehört nach wie vor nicht zum etablierten Fächerkanon an den Medizinischen Fakultäten.
- Die Medizinische Fakultät Tübingen bietet seit 2012 die Blockveranstaltung „Methoden der Versorgungsforschung“ an, um Studierende und Doktoranden für die methodischen und inhaltlichen Fragen der Versorgungsforschung zu sensibilisieren.

2. Ziele der Veranstaltung

- **Anregen von Vernetzung** durch den Workshopcharakter vieler Module sowie über die methodische Diskussion
- **Zielgruppe:** WissenschaftlerInnen, MedizinerInnen, MedizindoktorandInnen und Medizinstudierende
- **Nachwuchsförderung:** Veranstaltung wird explizit über die **Graduiertenakademie der Universität** und als **Wahlpflichtveranstaltung (WPV) für Studierende** (bei vollständiger Belegung aller Module) angeboten

5. Ergebnisse

- **2012: 43 Personen** (30 w, 13 m), durchschnittlich 11 TeilnehmerInnen (TN) pro Veranstaltung;
- **2013: 23 Personen** (8 w, 15 m), durchschnittlich 10 TN pro Veranstaltung
- Deutlicher Anstieg der TN, die **alle Module** besuchten (2012: 3 von 43 TN, 2013: 6 von 23 TN)
- Überwiegender Anteil der TN: Studierende, DoktorandInnen, NachwuchswissenschaftlerInnen
- Evaluationsauswertung: vgl. Tabelle (1=sehr gut, 5= sehr schlecht)

10 Kategorien der Bewertung (Ø n=6 Fragebögen/Modul)	MW 2012	Median 2012	MW 2013	Median 2013
Menge neues Wissen	1,9	1,8	2,1	2
Qualität neues Wissen	1,7	1,8	1,6	1,5
Kompetenz ReferentIn	1,4	1,3	1,4	1,3
Didaktik	1,6	1,7	1,8	1,6
Verständlichkeit	1,5	1,4	1,4	1,5
Übungsmöglichkeiten	2,9	3,2	2,5	2,6
Theorie-Praxis	2,2	2,1	2,0	1,9
Atmosphäre	1,4	1,5	1,6	1,6
Modul gelohnt?	1,6	1,5	1,7	1,4
Modul insgesamt	1,7	1,7	1,7	1,6

3. Durchführung

- **13 (2012) bzw. 12 (2013) Module:** flexible Teilnahme, bei kompletter Buchung Anrechnung als WPV möglich
- Jeweils im Frühjahr (Anfang vorlesungsfreie Zeit)
- 40 Unterrichtseinheiten (je 45 min), **drei Themenblöcke: versorgungsforschungsrelevante Fragestellungen** (Einführung in die VF, Studientypen, Systemaspekte), **methodische Grundlagen** (quantitative Fragebögen, qualitative Interviewforschung...), **wiss. Arbeiten in der VF** (Literaturbewertung und –recherche, Datenschutz...)
- **Breites Spektrum der Fachkompetenz** der ReferentInnen (ÄrztInnen/Ärztinnen, GesundheitswissenschaftlerInnen, SoziologInnen, BiometrikerInnen...)

4. Methode der Evaluation

- Alle Module wurden auf **5-stufiger Likert-Skala** (1= sehr gut, 5= sehr schlecht) anonym evaluiert, zielgruppenspezifische Informationen wurden den TeilnehmerInnen entnommen
- **Modulübergreifend** wurden für die einzelnen Kategorien das **arithmetische Mittel (MW)** und der **Median** ermittelt

6. Diskussion/ Schlussfolgerungen

- Wegen der Anonymisierung war keine zielgruppenspezifische Auswertung möglich.
- Nachfrage weist auf Bedarf an versorgungsforschungsrelevanten Aus- und Fortbildungsinhalten an der Medizinischen Fakultät hin.
- Wahlpflichtfach „Methoden der Versorgungsforschung“ ist eine praktikable Möglichkeit, um die Versorgungsforschung in das Medizinstudium zu integrieren.
- **Ausblick:** Weiterführung des Angebots im jährlichen Turnus.

Danksagung: Die Arbeit der Koordinierungsstelle Versorgungsforschung (KS VF) wird im Rahmen des Programms zu „Ausbau und Koordinierung der Versorgungsforschung in Baden-Württemberg“ finanziell durch das baden-württembergischen Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst in Zusammenarbeit mit dem Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren gefördert. Darüber hinaus wird die Arbeit des Instituts für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung Tübingen und damit auch die Arbeit der KS VF finanziell durch den Verband der Metall- und Elektroindustrie Baden-Württemberg e.V. (Südwestmetall) unterstützt.

Korrespondenzadresse: Koordinierungsstelle Versorgungsforschung an der Medizinischen Fakultät Tübingen, Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Tübingen, Wilhelmstraße 27, 72074 Tübingen. E-Mail: versorgungsforschung@med.uni-tuebingen.de.

Koordinierungsstelle Versorgungsforschung

Angebote und Dienstleistungen für Promovierende

J. Graf, M.A. Rieger

1. Versorgungsforschung (VF): Definition

- ▶ Teilgebiet der Klinischen Forschung; grundlagen- und problemorientierte Disziplin; interdisziplinär; Methodenvielfalt; Untersuchung der Patientenversorgung in Gesundheitseinrichtungen; Entwicklung, Begleitung und Evaluation von Verbesserungskonzepten
- ▶ Ziel: Untersuchung der Versorgung unter Alltagsbedingungen und nicht unter hochstandardisierten Studienbedingungen

2. Versorgungsforschung in Tübingen

- ▶ Versorgungsforschung findet an vielen Instituten und Kliniken statt
- ▶ Seit 2011 besteht die Koordinierungsstelle Versorgungsforschung (KS VF) an der Medizinischen Fakultät in Tübingen (MFT); Förderung durch Landesmittel (<http://www.versorgungsforschung-bw.de/>)
- ▶ **Auftrag:** Förderung der VF an allen Kliniken und Instituten; Vernetzung und Koordinierung der Forschungstätigkeiten
- ▶ **Verortung:** Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung (Leiterin & Ärztliche Direktorin: Prof. Dr. med. Monika A. Rieger, Koordinator: J. Graf, M.A.)

3. Leistungsbeschreibung der Koordinierungsstelle Versorgungsforschung

1. Beratung, ggf. Kooperationen mit anderen Arbeitsgruppen

- ▶ Strategische und methodische Beratungen zur jeweiligen wissenschaftlichen Fragestellung

2. Qualifizierung und Information von WissenschaftlerInnen und Promovierenden

- ▶ Fortbildungs- und Vernetzungsangebote
- ▶ Nachwuchsförderung im Rahmen der Graduiertenakademie der Universität Tübingen
- ▶ Informationen zu aktuellen Entwicklungen/ wiss. Know How auf neuestem Stand im Bereich der Versorgungsforschung

3. Tübinger Standort im Netzwerk „Versorgungsforschung Baden-Württemberg“

- ▶ u.a.: Begleitung der Teilnehmenden an der Nachwuchsakademie Versorgungsforschung

4. Angebote/ Dienstleistungen für Promovierende

- ▶ wissenschaftliche Qualifizierung über verschiedene Lehrformate
 - Kolloquium zu Methoden und aktuellen Fragen der Versorgungsforschung: alle 2-3 Monate
 - Forschungswerkstatt Qualitative Methoden: ca. 1x pro Monat
 - unregelmäßige Methoden-Workshops: z.B. zur Entwicklung von Interviewleitfäden oder zur Auswertung von qualitativen Daten
 - Blockwoche „Methoden der Versorgungsforschung“
- ▶ wissenschaftliche Begleitung von Dissertationen mit Versorgungsforschungsbezug aller Disziplinen und Fächer
 - interdisziplinäres DoktorandInnen-Seminar Versorgungsforschung: alle 6 Wochen
- ▶ an der Koordinierungsstelle VF können momentan keine Doktorarbeiten zur Erstbetreuung vergeben werden

5. Beispiele für Promotionsthemen mit Versorgungsforschungsbezug an der MFT

- ▶ Wie sehen Haus- und Betriebsärzte ihre Zusammenarbeit? (3 Promotionen)
- ▶ Kann man Beschäftigte mit leichter arterieller Hypertonie zu einer Lebensstiländerung motivieren? (1 Promotion)
- ▶ Motiviert die betriebsärztliche Beratung Beschäftigte mit schwerer arterieller Hypertonie zum Hausarztbesuch? (1 Promotion)
- ▶ Wie wirkt die neue Versorgungsform „Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb“?
- ▶ Welche Zugangsbarrieren zu Prävention und Behandlung der Adipositas bestehen bei Vorschulkindern?
- ▶ Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit von Hausärzten und Zahnärzten?

Danksagung: Die Arbeit der Koordinierungsstelle Versorgungsforschung wird im Rahmen des Programms zu „Ausbau und Koordinierung der Versorgungsforschung in Baden-Württemberg“ finanziell durch das Baden-Württembergischen Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst in Zusammenarbeit mit dem Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren gefördert. Darüber hinaus wird die Arbeit des Instituts für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung Tübingen und damit auch die Arbeit der KS VF finanziell durch den Verband der Metall- und Elektroindustrie Baden-Württemberg e.V. (Südwestmetall) unterstützt.

Korrespondenzadresse: Prof. Dr. med. Monika A. Rieger, Leiterin der Koordinierungsstelle Versorgungsforschung und Ärztliche Direktorin des Instituts für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Tübingen, Wilhelmstraße 27, 72074 Tübingen. E-Mail: versorgungsforschung@med.uni-tuebingen.de, URL: <http://medizin.uni-tuebingen.de/versorgungsforschung>.

Impressum
Copyright

Dokumentation zum 2. Tag der Versorgungsforschung an der Medizinischen Fakultät Tübingen

Herausgeber:

Koordinierungsstelle Versorgungsforschung an der Medizinischen Fakultät Tübingen

(Joachim Graf, M.A.; Prof. Dr. med. Monika A. Rieger)

Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung

Universitätsklinikum Tübingen

Wilhelmstr. 27

72074 Tübingen

und

Südwestdeutsches Tumorzentrum - Comprehensive Cancer Center Tübingen

Herrenberger Str. 23

72070 Tübingen

Satz und Layout:

Isabel Reusch (CCC Tübingen)

Die Broschüre ist als PDF im Internet kostenfrei verfügbar unter: www.medizin.uni-tuebingen.de/versorgungsforschung/

Nachdruck und Vervielfältigung, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Herausgebers

Selbstverlag der Koordinierungsstelle Versorgungsforschung an der Medizinischen Fakultät Tübingen

1. Auflage, November 2014